



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
BACHARELADO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

**O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO:
ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ**

Erica Macedo Souza

Orientadora: Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao bacharelado em Gestão de Políticas
Públicas da Escola de Artes, Ciências e
Humanidades da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
BACHARELADO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

**O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO:
ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ**

Erica Macedo Souza

Orientadora: Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

São Paulo

2008

Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso

Título: O Processo de Terceirização da Saúde no Estado de São Paulo:
Estudo de Caso do Hospital Geral do Grajaú

Autor: Erica Macedo Souza

Ano: 2008

Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

Orientadora

Nota:

Marta Maria Assumpção Rodrigues

Participante da Banca de Avaliação

Nota:

SUMÁRIO

Resumo	7
1. Introdução.....	8
2. Método da pesquisa.....	12
3. Análise histórica na área da saúde no estado de São Paulo: Contribuição do movimento social de saúde na construção do Sistema Único de Saúde.....	14
4. Contexto econômico e mudança no papel do Estado brasileiro.....	18
5. Contextualização da região de abrangência do Hospital Geral do Grajaú.....	23
6. Hospital Geral do Grajaú Professor Liberato Jhon Alphonse Di Dio	30
7. Resultados e Conclusão.....	34
8. Considerações Finais.....	40
9. Referências Bibliográficas	42

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

TABELAS

Tabela 1. População por gênero e faixa etária do distrito de Grajaú. São Paulo, 2004 a 2007.	24
Tabela 2. Porcentagem da população por faixa etária acumulada no distrito do Grajaú. São Paulo, 2004 a 2007.	25
Tabela 3. Número de internações hospitalares no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de especialidade. São Paulo, 2004 a 2007.	35
Tabela 4. Percentual de internações hospitalares no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de especialidade. São Paulo, 2004 a 2007.	36
Tabela 5: Internações hospitalares por 1.000 habitantes no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de especialidade. São Paulo, 2004 a 2007.	36
Tabela 6. Indicador de atendimentos em clínica obstétrica e pediátrica no Hospital Geral do Grajaú, segundo 1.000 habitantes na faixa etária referente ao atendimento. São Paulo, 2004 a 2007.	37
Tabela 7. Número de atendimentos realizados no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de atendimento. São Paulo, 2004 a 2007.	37
Tabela 8. Percentual de atendimentos realizados ao ano no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de atendimento. São Paulo, 2004 a 2007.	38
Tabela 9. Indicador de atendimento ambulatorial, urgência e SADT realizados no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de atendimento. São Paulo, 2004 a 2007.	38

QUADROS

Quadro 1. Unidades Básicas de Saúde por rede: Unidades existentes e necessárias. Município de São Paulo e Subprefeitura Capela do Socorro, 2004 e 2007.	29
Quadro 2. Capacidade operacional médica de atendimento das OSS. São Paulo, 2008.	31
Quadro 3. Especialidades médicas do Hospital Geral do Grajaú. São Paulo, 2008.	32

FIGURAS

Figura 1. Pirâmide etária do distrito de Grajaú. São Paulo, 2004 a 2007.	25
Figura 2. Mapa georreferenciado do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social da subprefeitura de Capela do Socorro. São Paulo, 2000.	28

LISTA DE SIGLAS

BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEB	Comunidade Eclesiástica de Saúde
DOE/SP	Diário Oficial do Estado de São Paulo
PMS	Política Metropolitana Saúde
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
OSEC	Organização Santamarense de Educação e Cultura
OSS	Organização Social de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
QUANGOS	Quase Autonomous Non-governmental Organization
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Resumo

Erica Macedo Souza .**O Processo de Terceirização da Saúde no Estado de São Paulo: Estudo de Caso do Hospital Geral do Grajaú.** São Paulo, 2008

Este trabalho teve por objetivo analisar a experiência do novo modelo de gestão de saúde no estado de São Paulo, a partir do estudo de caso de um hospital gerenciado por organização social de saúde, localizado em uma região de alta vulnerabilidade social. A implementação das Organizações Sociais no estado de São Paulo foi resultado do processo da participação do movimento social de saúde, que influenciou na construção do Sistema Único de Saúde e no processo de elaboração da Constituição Federal. A pressão popular resultou na Política Metropolitana de Saúde, que previa a expansão de equipamentos públicos para a periferia. A Reforma do Estado trouxe para o governo do Estado de São Paulo, o modelo de Organização Social de Saúde, alternativa para otimizar recursos e melhorar a gestão e a prestação de serviço público.

Palavras Chave: Reforma Gerencial do Estado, Organização Social, Hospital Geral do Grajaú.

1. Introdução

O Hospital do Grajaú foi resultado de longo processo de luta do movimento social de saúde e Política Metropolitana de Saúde, iniciadas na década de 1980, assim como a Reforma do Estado, que resultou na expansão de equipamentos públicos de saúde para a periferia de São Paulo. No presente trabalho, foi analisada a produção de uma organização social de saúde em uma região de muito alta vulnerabilidade social.

O setor de saúde no estado de São Paulo tem grande influência do movimento social de saúde, com base na organização das associações de bairros e Movimento Sanitarista, na demanda por equipamentos públicos e melhor qualidade no atendimento em saúde. A década de 1980 é marcada pela redemocratização do país, explosão dos movimentos sociais, em especial no setor da saúde, que influenciou efetivamente no processo da elaboração da Constituição Federal e construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta do SUS foi apresentada ao Projeto de Constituição como emenda popular, após o recolhimento de milhares de assinaturas. A promulgação da Constituição Federal do Brasil e garantia dos direitos em saúde à totalidade da população, resultou em incapacidade de atendimento aos cidadãos de acordo com os princípios do SUS, sendo que os hospitais existentes não conseguiam atender à significativa demanda, a prestação de serviços em saúde era mal avaliada, os gastos dispendidos no setor eram altos, apresentando tendência crescente, e baixa qualificação dos profissionais devido à burocracia em contratação de pessoal.

O governo do Estado de São Paulo, na década de 1980, iniciou o Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para a Região Metropolitana de São Paulo, com financiamento do Banco Mundial para construção de instituições hospitalares e unidades básicas de saúde, que resultou no Programa Metropolitano de Saúde (PMS). O objetivo do projeto era expandir o número de equipamentos de saúde, principalmente hospitais, com intuito de aumentar e melhorar a oferta de serviços de saúde à população das regiões mais pobres da cidade.

Nas décadas de 1970 e 1980, houveram significativas transformações no campo social e econômico em países desenvolvidos, ocorrendo grave crise do Estado de Bem Estar Social na América Latina, crise no regime autoritário e pressão dos movimentos sociais em defesa da democracia.

“No campo econômico, pelo elevado endividamento externo e pelas altas taxas inflacionárias — situação agravada pela perda da sustentação política e econômica por parte dos países ditos “centrais”. Nesse quadro, a reforma do Estado entra em pauta de discussão, e, como itens cruciais, são levantadas as bandeiras da redução do Estado e da necessidade de torná-lo mais eficiente e mais responsável (accountable) frente à sociedade.” (FERREIRA JUNIOR, 2003).

O contexto econômico da década de 1980, de acordo com Bresser Pereira (1998), é marcado pela redução das taxas de crescimento econômico e crise do Estado, tanto em termos do formato burocrática de administrar, quanto no modo de intervenção do Estado no plano econômico e social.

Outro ponto relevante durante o processo de redemocratização e início do sistema único de saúde é a globalização, no início da década de 1990, e a abertura econômica no Brasil, que intensificou relações comerciais e competitividade internacional do país, reduzindo a autonomia das políticas econômicas e sociais em diversos estados nacionais.

A década de 1990 é marcada por mudanças no papel do Estado, escassez de recursos e insatisfação dos cidadãos na prestação dos serviços públicos. Existia necessidade de criar um novo modelo de gestão pública capaz de otimizar o uso de tempo e recursos.

Em 1995, é criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), dirigido pelo então ministro Luís Carlos Bresser Pereira, que apresentou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), prevendo significativas mudanças na gestão pública, principalmente quanto à melhoria da eficiência e eficácia das políticas públicas.

O objetivo da Reforma Gerencial do Estado é modernização da gestão pública, otimização dos recursos públicos, melhoria da eficiência, flexibilização da gestão, garantia de transparência e controle social sobre ações dos agentes públicos, adaptação da prestação de serviços à realidade do setor, foco nos resultados - em detrimento dos processos -, previsão da divisão dos serviços públicos em duas categorias: exclusivo do Estado (polícia, regulação e fiscalização) e não exclusivos (saúde, pesquisa, ensino e cultura).

Assim, houve redefinição do papel do Estado e fortalecimento da capacidade estatal de formulação e fiscalização das políticas públicas, sendo transferidas a entidades não governamentais algumas atividades, que não cabiam ao governo prover, como, por exemplo, a prestação de serviços sociais.

Dentro de tal contexto, dezessete hospitais inacabados do Plano Metropolitano de Saúde tiveram a construção retomada na primeira gestão do governador Mario Covas, mas alguns problemas surgiram, destacando-se, especialmente, a falta de recursos para início do funcionamento dos hospitais. Em pleno contexto da Reforma Gerencial do Estado, optou-se por transferir a administração dos equipamentos de saúde a Organizações Sociais de Saúde (OSS).

O objetivo da política era expandir o número de hospitais de média e alta complexidade em regiões menos assistidas. Em 1998, a construção de alguns hospitais é concluída e o governo opta por delegar às Organizações Sociais de Saúde, com comprovada experiência na área da saúde, a administração dos hospitais.

O objetivo do presente trabalho foi analisar o caso do Hospital Geral do Grajaú, localizado na subprefeitura da Capela do Socorro, composta por três distritos: Socorro, Cidade Dutra e Grajaú, situados no extremo sul da cidade de São Paulo. A região apresenta extrema concentração de problemas na área da saúde e meio ambiente, assim como déficit de unidades básicas de saúde, estando situada em área de manancial, além de apresentar significativa concentração populacional, aproximadamente 420 mil habitantes.

Outro fator de escolha foi baseado no Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, tendo em vista que a região de abrangência do hospital está classificada em dois grupos de alta vulnerabilidade social (grupos 5 e 6), ou seja, a população residente em tais setores conta com baixos níveis de renda e escolaridade, grande concentração de famílias jovens e crianças.

Analisando-se dados demográficos e relatórios anuais da organização social, deve-se buscar verificar a relação entre prestação de serviços do hospital e características da região.

O problema norteador do presente trabalho é: “O Hospital Geral do Grajaú, gerenciado por uma organização social saúde, identifica e atende os problemas e necessidades da população do distrito de Grajaú, prestando serviços de saúde em quantidade suficiente para atender à população com qualidade?”.

O objetivo geral consiste em analisar a experiência do novo modelo de gestão de saúde no estado de São Paulo, a partir do estudo de caso de um hospital gerenciado por organização social de saúde.

Os objetivos específicos do presente trabalho são:

1. Descrever a história do movimento social de saúde e sua influência na elaboração de políticas públicas de saúde e construção do Sistema Único de Saúde;

2. Apresentar o contexto econômico e político que resultaram na Reforma Gerencial do Estado e mudanças no papel do Estado brasileiro;
3. Caracterizar a região de abrangência do Hospital Geral do Grajaú, baseado nas dimensões do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social;
4. Avaliar a produção do hospital, a partir dos relatórios anuais da organização social gerenciadora do Hospital Geral do Grajaú no período de 2004 a 2007.

Assim, a partir da análise da história do movimento de saúde em sua luta por melhor atendimento e equipamentos públicos no setor público em saúde, é possível verificar a influência decisiva da cultura de participação popular na elaboração das políticas públicas de saúde de São Paulo, sendo que, posteriormente, na década de 1990, as OSS vieram atender às necessidades da população das regiões periféricas da cidade. Percebe-se, assim, a importância de realizar um estudo de caso analisando-se a produção e as características da região na qual o estabelecimento de saúde está localizado, de forma a verificar se a organização social de saúde utiliza sua flexibilidade de gestão para identificar necessidades emergentes da população local e atuar efetivamente nas demandas mais prioritárias.

2. Método da pesquisa

O objetivo do presente estudo consistiu em analisar a experiência do novo modelo de gestão dos serviços públicos de saúde no estado de São Paulo, a partir do estudo de caso de um hospital gerenciado por organização social de saúde, o Hospital Geral do Grajaú.

Inicialmente, realizou-se levantamento bibliográfico extensivo nas bases de dados Scielo, DEDALUS e SIBI, a partir das palavras-chave “organizações sociais de saúde”, “movimentos social de saúde”, “distrito de Grajaú”, no período de 1980 a 2008. Os dados demográficos utilizados foram obtidos junto à Fundação SEADE e os dados de produção e recursos financeiros foram disponibilizados pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo, a partir de solicitação da autora junto à Coordenadoria de Gestão de Contrato, responsável pela fiscalização das organizações sociais de saúde. O material disponibilizado apresenta dados sobre recursos financeiros e produção contratada e realizada pelo hospital no período de 2004 a 2007. Analisaram-se somente os dados de produção realizada ao longo dos resultados apresentados, dada a inexistência de algumas informações essenciais sobre produção contratada.

A caracterização da população foi baseada em estimativa realizada pela Fundação SEADE, sendo o período correspondente ao mesmo período dos dados coletados junto à Secretaria Estadual da Saúde (2004 a 2007). Os quadros de caracterização foram distribuídos por faixas etárias e gênero, de forma a identificar detalhadamente o perfil da população atendida na região de abrangência do hospital.

A caracterização da região foi realizada por meio do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, construído pela Fundação SEADE, a partir de dados do censo de 2000, que retrata a vulnerabilidade social dos distritos da cidade de São Paulo. O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social consiste na combinação entre dimensões socioeconômicas e demográficas da população local, classificado por setor censitário em seis grupos de vulnerabilidade social.

Ainda na caracterização buscou-se apontar os principais problemas da região, com base na bibliografia analisada, como, por exemplo, um estudo realizado pela Prefeitura Municipal de São Paulo, que indica significativo déficit de unidades básicas de saúde na região e um estudo do Instituto Pólis, que apresenta como um dos motivos do déficit identificado pela prefeitura municipal refere-se à localização do distrito, situado em área de manancial com grande adensamento populacional, o que gera dificuldades na construção de novas UBSs.

A análise de estudo de caso do Hospital Geral do Grajaú foi efetuada em duas dimensões: características gerais (número de médicos, especialidades, leitos, entre outros), a partir de informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, e produção realizada, com base em dados da Secretaria Estadual da Saúde.

Análise dos dados foi dividida segundo quatro tipos de atendimento: internação hospitalar (clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica), atendimento ambulatorial, atendimento de urgência e Serviço de Apoio e Diagnóstico e Terapêutico (SADT Exame Externo).

Buscou-se apresentar uma análise da evolução da situação do hospital ao longo do tempo no período de 2004 a 2007. Em seguida, foram propostos indicadores de produção por mil habitantes, exceto nos casos de clínica obstétrica e pediátrica, cujos indicadores foram calculados com base na divisão da produção realizada pelo número de mulheres na faixa entre 10 a 49 anos de idade e crianças na faixa etária de 0 a 19 anos. Os indicadores referentes a recursos financeiros foram calculados em termos *per capita*, ou seja, volume de recursos repassados por população total.

Assim, o presente trabalho se propõe a analisar a produção do hospital, sob a nova modalidade de gestão, considerando, além da análise de dados e indicadores de caracterização local, buscar compreender o contexto social externo ao ambiente do hospital, de forma a avaliar se a organização social de saúde gerenciadora do Hospital Geral do Grajaú realmente busca atender e se adaptar às necessidades da região e população local, dadas as suas especificidades.

3. Análise histórica na área da saúde no estado de São Paulo: Contribuição do movimento social de saúde na construção do Sistema Único de Saúde

A década de 1970 é marcada pelo surgimento dos movimentos sociais, em meio à forte repressão política. O movimento popular de saúde surgiu com objetivo de reivindicar melhoria no sistema de atendimento à saúde e influenciou significativamente o processo de redemocratização do país.

Durante o período, em regiões periféricas da cidade de São Paulo, moradores insatisfeitos com a situação precária na área da saúde começaram a se organizar para reivindicar equipamentos públicos de saúde (unidades básicas de saúde). A movimentação popular ocorreu em toda a cidade, mas a história do Movimento de Saúde da Zona Leste se destacou pelas suas ações de influência global no processo de redemocratização.

Na zona leste, grupos compostos por donas de casa, estudantes de Medicina da Universidade de São Paulo – que prestavam atendimento em um ambulatório improvisado da região – e membros da comunidade eclesial de base (CEB) do bairro Jardim Nordeste, iniciaram as primeiras discussões em torno das necessidades da região, buscando melhores condições de saúde à população local. A atuação do movimento efetuou um levantamento sobre os problemas mais graves da cidade, tal como a falta de equipamentos hospitalares nas regiões periféricas para atendimento da população residente, conseguindo que o problema fosse incluído na agenda do governo.

“A partir do processo de abertura política, em meados da década de 1980 o Brasil passou por um período de redemocratização em sua ordem política. Neste contexto, setores da população que vinham se organizando se fortaleceram e buscaram canais mais visíveis de expressão para as manifestações. Isto ocorreu inicialmente, através das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), dos Clubes de Mães, Pastorais da Igreja Católica, das associações de bairro, dos grupos de educação popular, dos movimentos de carentia, sindicatos, partidos políticos, entre outros.” (SADER, 1988).

Uma comissão foi criada com o objetivo de atuar nas reivindicações e negociações junto ao governo. Como forma de pressionar as autoridades responsáveis pelo setor da saúde no Estado de São Paulo, a Comissão de Saúde organizou uma manifestação no prédio da Secretaria da Saúde para apresentar os problemas de falta de equipamentos e as condições precárias no atendimento nos postos de saúde existentes.

“Uma Comissão de Saúde composta por 55 pessoas fretou um ônibus e, no dia 16 de Outubro de 1978, levou ao Secretário de Saúde reclamações quanto ao funcionamento do posto de saúde do jardim Nordeste (...) um pequeno grupo apresentou as precariedades do atendimento do posto de saúde.” (ALVES, 2004:178).

O ápice do Movimento Social de Saúde ocorreu na década de 1980, por ocasião dos encontros nacionais de saúde, do processo de redemocratização do país e da criação dos conselhos populares mais organizados. As reivindicações, aos poucos, ingressavam na agenda do governo e soluções para melhorar a área da saúde do município começavam a ser formuladas e implementadas.

A década de 1980 é marcada pela redemocratização do país e explosão dos movimentos sociais – em especial o movimento da saúde, que influenciou efetivamente no processo de elaboração da Constituição Federal na questão da saúde. Muitos médicos sanitaristas foram convidados a trabalhar em Secretarias de Saúde, em nível municipal e estadual; enquanto outros foram eleitos deputados e participaram efetivamente da discussão de elaboração da Constituição Federal do Brasil de 1988.

A proposta de um Sistema Único de Saúde foi apresentada ao Projeto de Constituição como emenda popular após o recolhimento de milhares de assinaturas. *“A emenda popular nº50 de criação do SUS, relativa ao Direito à Saúde, alcançou 58.615 mil assinaturas e o apoio de 160 entidades, um recorde absoluto em relação à média de apoios dados a outras emendas populares”* (RODRIGES e DOIMO, 2003:101).

“O movimento social culminou na formulação de uma nova política no sistema de saúde, representada pelo Sistema Único de Saúde, adveio de uma articulação ímpar entre diferentes forças organizadas da sociedade civil, vinculada a uma estratégia estatista de propor transformações pela inserção política – institucional, hegemônica,

junto aos segmentos médico-sanitarista, e consoante aos padrões políticos da tradicional esquerda comunista e vinculada à chamada nova esquerda e ao trabalho de base da Igreja Católica identificadas com o partido dos trabalhadores.” (RODRIGES e DOIMO, 2003:96).

Ainda na década de 1980, o governo do Estado de São Paulo, a partir das demandas do movimento social de saúde, elaborou o projeto de expansão da rede de serviços básicos de saúde para a região metropolitana de São Paulo, que resultou no Programa Metropolitano de Saúde (PMS), com financiamento do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) para construção de equipamentos de saúde e reforma de unidades existentes.

“O programa previa inicialmente a construção de 400 unidades básicas de saúde e de 20 hospitais, e se propunha a viabilizar no município de São Paulo a constituição de uma infra-estrutura de atenção à saúde. A localização dos hospitais priorizava as áreas periféricas da cidade e dos municípios vizinhos, objetivando reverter a situação de grande concentração de leitos na região central da cidade e áreas desprovidas de serviços de saúde na periferia.” (SEIXAS, 2003).

O objetivo do PMS era expandir o número de equipamentos de saúde, principalmente hospitais, com o intuito de aumentar e melhorar a oferta de serviços de saúde, ou seja, buscar prestar serviço de saúde com qualidade para população das regiões periféricas da cidade de São Paulo.

“O PMS foi criado em 1983 pelo Decreto Estadual nº 21.862, no contexto do movimento da reforma sanitária, que estabeleceu os princípios que posteriormente culminaram em a criação do SUS, pela Constituição Federal de 1998. Esse programa era norteado por diretrizes de universalização da atenção à saúde, equidade no atendimento, integralidade da atenção, descentralização da tomada de decisão em relação à execução dos serviços e participação dos

usuários e profissionais na formulação e controle das políticas de saúde.” (FERREIRA JUNIOR, 2004).

O Programa Metropolitano de Saúde não foi implementado completamente e somente uma parte dos hospitais previstos foi efetivamente construída, mas restaram estruturas de dezessete hospitais inacabados, sendo que sua construção só foi retomada em meados da década de 1990.

O sistema de saúde existente no período não atendia o cidadão satisfatoriamente e dificultava o gerenciamento da administração hospitalar, principalmente no setor financeiro, impossibilitando realocação de recursos materiais e mão-de-obra de gestão por desempenho, dificultando a contratação e a capitação de bons profissionais. A burocracia excessiva na compra de materiais (licitação), contratação e desligamento de recursos humanos, assim como o baixo nível salarial, em comparação com salários do setor privado, dificultavam a operacionalização da saúde no país.

4. Contexto econômico e mudança no papel do Estado brasileiro

A década de 1980 foi marcada pela redução das taxas de crescimento econômico e crise do Estado, assim como crise fiscal, crise da forma burocrática de administrar e mudanças no modo de intervenção do Estado no econômico e social.

Outro ponto relevante no processo de mudança institucional é a globalização. No Brasil a abertura econômica intensificou relações comerciais com outros países, reduzindo a autonomia das políticas econômicas e sociais do Estado.

“A crise do Estado está associada, de um lado, ao caráter cíclico da intervenção estatal, e de outro, ao processo de globalização, que reduziu a autonomia das políticas econômicas e sociais dos estados nacionais”. (BRESSER PEREIRA, 1998).

De acordo com Machado (2005), no Brasil, foi verificado, a partir da década de 1990, o agravamento da crise do Estado. As dificuldades fiscais tornaram-se crescentes, as formas protecionistas de intervenção na economia exauriram-se e a administração pública burocrática passou a ser considerada ineficiente.

A década de 1990 é marcada por mudanças no papel do Estado, escassez de recursos e pela insatisfação dos cidadãos quanto à prestação dos serviços públicos, assim, inicia-se um movimento para mudar tal realidade, através da criação de um novo modelo de gestão ao setor público.

A Reforma Gerencial do Estado, previa a divisão dos serviços públicos em duas categorias: serviços exclusivos do Estado (polícia, regulação e fiscalização) e serviços não exclusivos (saúde, pesquisa, ensino e cultura). Houve redefinição do papel do Estado e o fortalecimento da capacidade estatal de formulação e fiscalização das políticas públicas, sendo transferido a entidades não governamentais o que não cabia ao governo prover, como a prestação dos serviços de serviços sociais.

A Reforma do Estado previa: modernização da gestão pública, otimização dos recursos públicos, adaptação da prestação de serviços à realidade do setor, melhoria de eficiência, eficácia e efetividade social, flexibilização da gestão, garantia de transparência e controle social sobre as ações dos agentes públicos, fortalecimento da capacidade estatal de

formulação, fiscalização das políticas públicas e foco no resultado, em detrimento do processo.

“Os principais conceitos dessa reforma são a valorização das funções gerenciais, o controle dos resultados, a autonomia de gestão e a responsabilidade individual na prestação dos serviços públicos” (BRESSER PEREIRA, 1998:55).

A partir da avaliação realizada pelo Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira do modelo inglês, em 1995, criou-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Tal proposição baseou-se na percepção dos problemas brasileiros que estavam na agenda pública.

O contexto político de Reforma do Estado e modernização do serviço público foi propício para a transformação do perfil e das funções do Estado.

“A proposta da reforma do aparelho de Estado, reconhece que a prestação de serviços de saúde (são explicitados apenas hospitais) tem uma forma de propriedade que não é exclusiva do Estado. Deste modo, estaria no bojo das atividades que poderiam ser transferidas para o setor privado, na forma de propriedade pública não-estatal, através de um programa de “publicização”, garantindo o direito de recebimento de recursos orçamentários públicos.” (MELO e TANAKA, 2005).

O setor da saúde, em meados da década de 1990, apresentava problemas relativos à falta de equipamentos, excesso de demanda e prestação de maus serviços. A solução do problema incluiu a retomada de obras nas estruturas remanescentes do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), que não foram concluídas na década de 1980, transformando-se em esqueletos de hospitais. Eram dezessete hospitais inacabados, sendo quinze na Grande São Paulo e dois no interior, a maioria nas periferias pobres da cidade, assim, no primeiro mandato Mario Covas (1995-1998), retomou-se a construção.

Assim que os hospitais foram finalizados, algumas limitações surgiram, pois o Estado não tinha recursos financeiros suficientes para contratar recursos humanos e mantê-los treinados e atualizados. Havia também limitações jurídicas, a Lei 8666/93, a Lei

Complementar n. 82/95 (Lei Camata) e a Lei Orgânica da Saúde de São Paulo, que proibiam a terceirização de serviços-fins de hospitais públicos estaduais.

A solução encontrada foi regulamentar a Lei Complementar n.846/98, que permite a parceria do Estado com entes privados sem fins lucrativos, assim, a administração dos hospitais seria delegada a OSS, de forma que os hospitais começassem a atender à população. Todos os hospitais construídos seriam administrados por Organizações Sociais de Saúde para otimizar o uso dos recursos públicos e melhorar a qualidade do serviço.

“A delegação da prestação de serviços para uma organização filantrópica tem objetivos bem claros facilitar o acesso aos serviços de saúde para responder ao princípio da equidade, buscar fórmulas para conhecer e moderar o crescimento do gasto, dotar o sistema de estabilidade financeira e garantir a melhoria da qualidade dos serviços.” (Revista SP.GOV, 2005).

As características de tais equipamentos hospitalares são semelhantes a hospitais gerais, com tamanho médio de 250 leitos, abrangendo clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia. Todos apresentam atendimento de urgência/emergência, UTI adulto e pediátrica. De acordo com as necessidades identificadas nas regiões onde se localizam, são oferecidos atendimentos especializados, como cirurgia cardíaca, neurocirurgia, hemodiálise e transplante.

“Todos estes novos hospitais vieram suprir a lacuna de atenção secundária e em alguns casos terciária das regiões, principalmente da região metropolitana da Capital, caracterizadas por população de baixo poder aquisitivo, com problemas sócio-econômicos e de saúde significativos e totalmente dependentes dos atendimentos do SUS.” (BARRADAS e MENDES, 2006:09-10).

Atualmente, são quinze hospitais na cidade de São Paulo e quatro na região metropolitana: Hospital Grajaú, Itaim Paulista Santa Marcelina, Itapeverica, Pedreira, Carapicuíba, Pirajussara, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Itapevi, Diadema, Vila Alpina, Santo André, Sumaré, Bauru, Francisco Morato, Sapopemba e Luzia de Pinho Melo, entre outros.

O modelo das organizações Sociais de Saúde possibilitou melhor aproveitamento dos recursos em comparação à administração direta e garante maior transparência, devido ao contrato de gestão que estabelece metas que devem ser alcançadas.

O Estado reforça o papel estratégico de fiscalizador de políticas públicas e as OSS assumem a função de implementação das políticas públicas de saúde com administração independente dos hospitais, embora vinculada ao contrato de gestão por resultados.

Em geral, são organizações que foram criadas fora da administração direta passando a ter uma subordinação específica em relação aos dirigentes de ministérios ou secretarias; são sujeitas as regras mais flexíveis na gestão de recursos humanos, compras, orçamento e finanças (LEVY, 2004).

O modelo de Organização Social de Saúde implementado no Brasil foi baseado na experiência da Grã-Bretanha, que buscou trazer à gestão pública uma maneira “mais eficiente” de prestar serviços públicos, realizando parcerias entre a sociedade e o Estado, através do contrato de gestão baseada em resultados. Além disso, a entidade parceira tem autonomia, flexibilidade e responsabilidade na gestão do equipamento público, sem ficar preso aos entraves burocráticos do Estado.

A preocupação por melhorar a gestão dos serviços públicos na Grã-Bretanha iniciou-se entre a década de 1960 e 1970, quando havia dificuldades na organização e gestão dos serviços públicos. Os principais problemas presentes na gestão pública apontados no período são: dificuldade na mensuração de desempenho em termos quantitativo e financeiro e definição de objetivos para administração além da resistência dos gestores públicos à modernização da gestão pública.

A Reforma Gerencial ganhou impulso a partir da eleição de Margareth Thatcher em 1979, pois o principal objetivo do seu governo era buscar eficiência na prestação dos serviços públicos. As ações realizadas para melhorar a gestão foram: redução do número de servidores públicos em áreas específicas para melhorar a reorganização interna do serviço público e investimento em instrumentos de avaliação da efetividade do gasto público. “*A avaliação e o redirecionamento dos processos analisados, buscou-se alcançar uma redução nos custos e uma maior eficiência na prestação dos serviços*” (BRESSER PEREIRA, 1998:53).

“As reformas da década de 1970 focalizaram especialmente a introdução de controles gerenciais na área do serviço público. Entendia-se como desejável a importação de técnicas do mundo dos negócios, instilando procedimentos e abordagens gerenciais em

estruturas administrativas já existentes.” (BRESSER PEREIRA, 1998:52).

Identificados os problemas e iniciada a Reforma Gerencial de Margareth Thatcher, o Estado apostou no novo modelo para melhorar a gestão e a prestação do serviço público inglês. O governo inglês, no final da década de 1980, investiu significativo volume de recursos na área de sistema de informação gerencial para reestruturar departamentos, desenvolver mecanismos orçamentários e aumentar o nível de profissionalização dos gestores públicos das camadas gerenciais do serviço públicos, *“esses gestores freqüentavam cursos de treinamento especial e eram submetidos a sistemas de pagamento relacionados ao desempenho, bem como, a esquemas de produtividade especialmente para os que houvessem alcançado o nível sênior”* (BRESSER PEREIRA, 1998:54).

A consolidação da Reforma Gerencial ocorreu a partir da criação do programa *Next Steps*, em 1988, que consistia em delegar autoridade a organizações sociais através do contrato de gestão (*framework documents*) para garantir autonomia ou flexibilidade institucional na prestação de serviço público mais eficiente.

“Hospitais, universidades, e outras entidades sem poder de Estado foram autonomizadas e transformadas em entidades híbridas, entre o Estado e o setor privado, em entidades sem fins lucrativos, que não tem servidores públicos em seus quadros, que estão livres dos controles dos controles próprios da administração estatal, mas que estão incluídas no orçamento público. Tais instituições transformadas em quangos – quase autonomous non-governmental organization – tornaram-se mais autônomas e responsáveis, e, em consequência, muito mais eficiente.” (BRESSER PEREIRA, 1998:55).

5. Contextualização da região de abrangência do Hospital Geral do Grajaú

O objeto de análise do presente trabalho é o Hospital Geral do Grajaú, localizado na periferia da cidade de São Paulo. A análise do impacto da implementação de um hospital gerenciado por uma Organização Social de Saúde em um contexto específico de estudo de caso deve basear-se na avaliação do contexto no qual o hospital foi implantado e as características da região.

O Hospital Geral do Grajaú está situado na região de Capela do Socorro, composta por três distritos (Socorro, Cidade Dutra e Grajaú) com 656.695 mil habitantes em 2007, de acordo com estimativa populacional realizada pela Fundação SEADE, sendo considerada a região mais populosa da cidade de São Paulo.

O hospital está localizado no distrito de Grajaú, o mais populoso da região, apresentando em torno de 420 mil habitantes no ano de 2007 (Tabela 1), assim a análise do trabalho foi concentrada na região de abrangência do hospital.

Tabela 1. População por gênero e faixa etária do distrito de Grajaú. São Paulo, 2004 a 2007.

Faixa Etária	2004		2005		2006		2007	
	M	F	M	F	M	F	M	F
0 a 4	22.610	21.827	23.630	22.735	23.708	22.619	23.825	22.529
5 a 9	20.149	19.924	20.957	20.705	21.893	21.362	22.864	22.020
10 a 14	17.782	17.490	18.029	17.664	18.756	18.177	19.500	18.683
15 a 19	17.768	18.646	17.880	18.580	18.132	18.602	18.392	18.609
20 a 24	18.513	19.632	18.873	19.932	19.006	19.702	19.117	19.459
25 a 29	18.455	19.740	19.099	20.501	19.443	20.576	19.793	20.670
30 a 34	16.956	17.946	17.554	18.633	18.179	19.140	18.799	19.646
35 a 39	14.714	15.389	15.319	15.967	15.888	16.404	16.451	16.876
40 a 44	12.711	13.434	13.368	14.124	13.918	14.478	14.476	14.869
45 a 49	10.246	10.683	10.903	11.371	11.475	11.803	12.044	12.263
50 a 54	7.770	7.835	8.337	8.449	8.865	8.886	9.417	9.342
55 a 59	5.177	5.158	5.670	5.659	6.083	6.028	6.506	6.389
60 a 64	2.770	3.178	2.963	3.383	3.229	3.665	3.534	3.933
65 a 69	1.715	2.190	1.854	2.345	1.964	2.468	2.081	2.569
70 a 74	1.008	1.419	1.081	1.509	1.158	1.608	1.228	1.684
75 e mais	1.010	1.733	1.103	1.878	1.168	1.976	1.237	2.075
Total	189.354	196.224	196.620	203.435	202.865	207.494	209.264	211.616

Fonte: Fundação SEADE.

É possível perceber que há uma maior população feminina do que masculina. Somente na faixa etária de 0 a 14 anos de idade a população masculina é maior. Entretanto, houve uma queda na diferença entre população masculina e feminina no intervalo analisado.

Tabela 2. Porcentagem da população por faixa etária acumulada no distrito do Grajaú. São Paulo, 2004 a 2007.

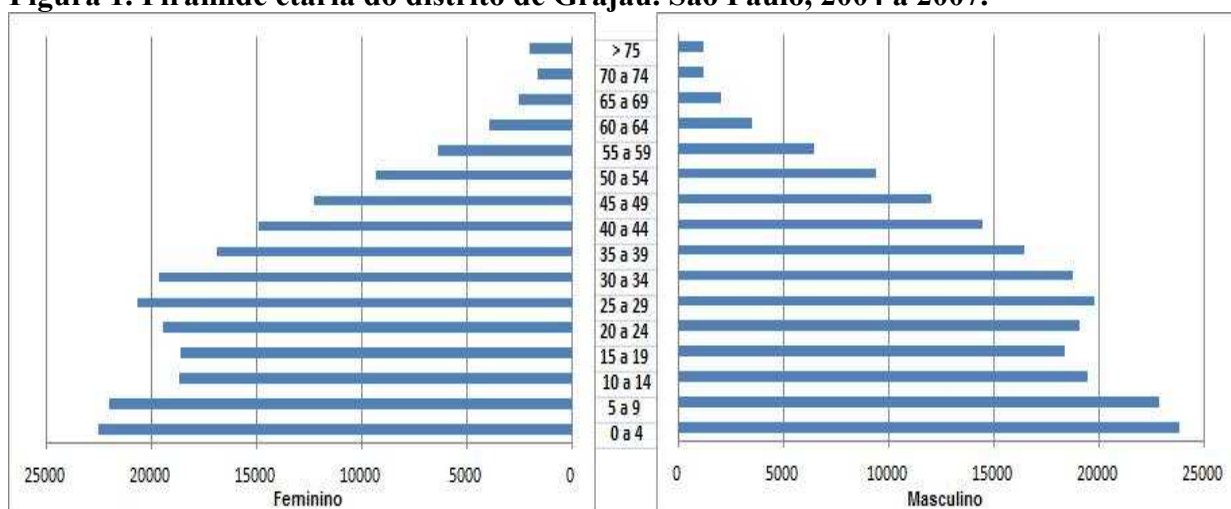
Faixa Etária	2004	2005	2006	2007
0 a 19 anos	40,51%	40,04%	39,78%	39,54%
20 a 59 anos	55,59%	55,93%	56,02%	56,1%
60 e mais	3,90%	4,03%	4,2%	4,36%

Fonte: Fundação SEADE.

A população do distrito de Grajaú foi distribuída em três grupos etários (Tabela 2), de forma a caracterizar a distribuição demográfica ente crianças e adolescentes, adultos e idosos. Destaca-se que 40% dos habitantes da região têm até 19 anos de idade, ou seja, uma população predominantemente jovem. Entre 2005 e 2007, houve aumento da concentração de indivíduos na faixa dos 5 aos 14 anos (Tabela 1).

Pode-se verificar na pirâmide etária que a população da região é predominantemente jovem, devido ao grande número de crianças e adolescentes (Figura 1).

Figura 1. Pirâmide etária do distrito de Grajaú. São Paulo, 2004 a 2007.



Fonte: Fundação SEADE.

O segundo grupo apresenta a maior parte da população economicamente ativa, entre 20 a 59 anos de idade, correspondendo a 56% da população, sendo especialmente concentrado na faixa dos 20 aos 34 anos.

O terceiro grupo inclui os idosos. De acordo com artigo 1º do Estatuto do Idoso, é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos de idade.

A partir dos dados demográficos do distrito de abrangência do Hospital Geral do Grajaú, é possível verificar que a população é predominantemente jovem, possuindo aproximadamente 40% dos habitantes com idade até 19 anos no ano de 2004. A população economicamente ativa (20 a 59 anos) representa 56% e os idosos são pouco mais de 4% dos habitantes da região.

O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS, desenvolvido pela Fundação SEADE, analisa a situação de vulnerabilidade do município de São Paulo, a partir de dados do Censo Demográfico de 2000, combinando vários indicadores, como número médio de anos de estudo do responsável pelo domicílio (percentual de responsáveis pelo domicílio com ensino fundamental completo; percentual de responsáveis pelo domicílio alfabetizados); rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio (percentual de responsáveis com renda até 3 salários mínimos) e idade média do responsável pelo domicílio (percentual de responsáveis com até 29 anos de idade; percentual de pessoas com até 4 anos de idade no total de residentes no domicílio). A partir de tais dados, é possível conhecer detalhadamente, por setor censitário, as características da cidade e a realidade intra-municipal de São Paulo.

“Vulnerabilidade à pobreza não se limita em considerar a privação de renda, central nas medições baseadas em linhas de pobreza, mas também a composição familiar, as condições de saúde e o acesso a serviços médicos, o acesso e a qualidade do sistema educacional, a possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequadas, a existência de garantias legais e políticas, etc.” (IPVS METODOLOGIA, 2004:4).

No estudo realizado pela Fundação SEADE 2004 descreve-se como o indicador foi criado e suas características. O IPVS varia entre os graus de vulnerabilidade de 1 a 6, sendo grau 1 atribuído a nenhuma vulnerabilidade social, caracterizada por melhor situação econômica, chefe de família mais velho e com elevada escolaridade, e menor presença de crianças no domicílio; e grau 6 atribuído aos setores de alta vulnerabilidade social, que apresenta características opostas, chefe de família jovem, baixa escolaridade e nível de renda, e grande presença de crianças.

O distrito de Grajaú se encaixa nos grupos de vulnerabilidade entre 5 e 6 (alta e muito alta vulnerabilidade social, respectivamente), ou seja, a região de abrangência do hospital

concentra população de baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, predominância de chefes de família jovens e grande presença de crianças pequenas.

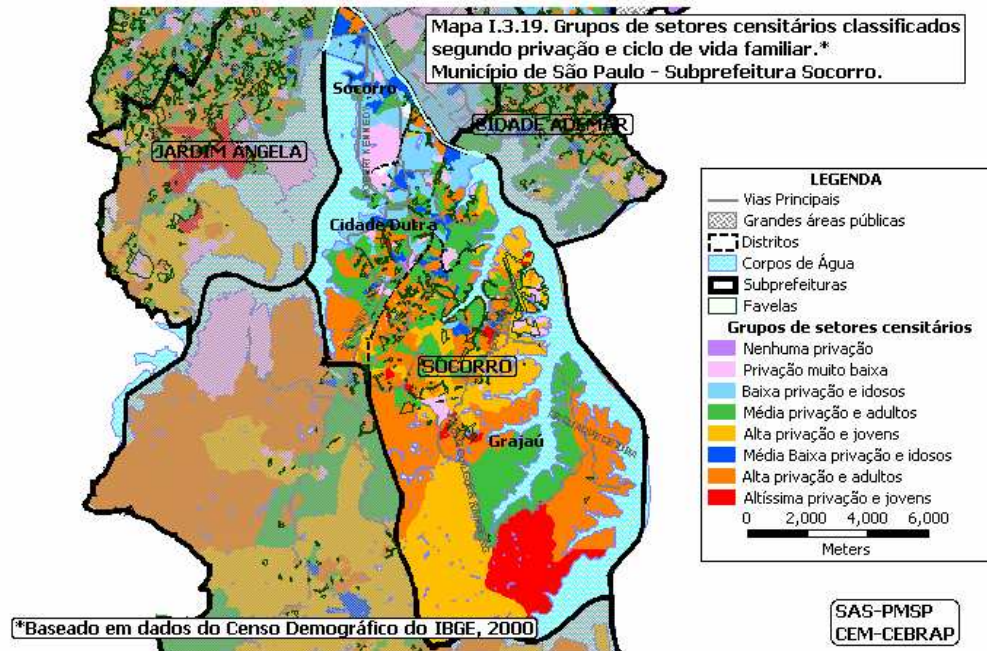
“Grupo 5 – Vulnerabilidade Alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.

Grupo 6 – Vulnerabilidade Muito Alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza” (IPVS METODOLOGIA, 2004:7).

A região apresenta muitos problemas de saúde específicos a populações jovens em áreas de baixo desenvolvimento sócio-econômico e algumas especificidades geográficas importantes, pois está localizada em uma área de manancial, altamente adensada populacionalmente com moradias irregulares, considerado um bolsão de pobreza no município. Além disso, de acordo com Barban (2007), a região de Capela do Socorro tem um déficit de doze unidades básicas de saúde (UBS), sendo que a justificativa do poder público quanto à escassez de UBS baseia-se nas características da região, que dificultam a construção de novas estruturas, conseqüentemente, atrasando o trabalho de rede do hospital (Figura 2).

“Sabe-se que 90% do distrito está situado em áreas de mananciais hídricos, e por se constituir de grande parte de ocupações irregulares e adensadas, alega-se a dificuldade na disponibilidade de áreas para construção. Todavia, exatamente pela grande ocupação e situação precária daqueles moradores, o atendimento à saúde é essencial, inclusive para contribuir com a conservação ambiental.” (BARBAN, 2007).

Figura 2. Mapa georreferenciado do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social da subprefeitura de Capela do Socorro. São Paulo, 2000.



“A extrema carência de equipamentos e serviços públicos e o contínuo crescimento da população no distrito tornam urgente a construção de novos equipamentos. (...) Assim, são fundamentais o aumento da destinação de recursos e a ampliação dos equipamentos e serviços públicos na região (dentre outros equipamentos e serviços), visando diminuir as desigualdades sócio-territoriais na capital.” (BARBAN, 2007).

Estudo realizado pela Prefeitura Municipal de São Paulo comparou a quantidade de unidades básicas de saúde existentes e necessárias na cidade nos anos de 2004 e 2007, sendo o resultado analisado por Barban (2007) que indica significativo déficit de UBS na região, em comparação ao restante do município de São Paulo (Quadro 1).

Quadro 1. Unidades Básicas de Saúde por rede: Unidades existentes e necessárias. Município de São Paulo e Subprefeitura Capela do Socorro, 2004 e 2007.

Unidades Territoriais	Município de São Paulo	Capela do Socorro
População 2004 (SEADE)	10.679.760	619.644
Total UBS 2004 (Municipal + Estadual)	389	15
Déficit para atender 100% usuários 2004	6,8	45,1
Nº UBS necessária 2004	49	12
Total UBS 2007 (Municipal+Estadual)	414	15
Nº UBS necessária 2007(SMS)	407	14
CS Estado 2007	7	1
Diferença UBS 2007/2004	25	0
População 2007 (SEADE)	10.834.244	656.695

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo; Elaboração: Instituto Pólis.

“O comparativo entre as UBSs existentes na capital em 2007 a região da Capela do Socorro apresenta maior déficit de unidades para atender os 579 mil usuários do SUS na região: a limitada capacidade de atendimento das 15 unidades existentes deixa 48% dos usuários do SUS sem cobertura na atenção básica à saúde.” (BARBAN, 2007:13).

A partir da caracterização da região é possível verificar que o efetivo atendimento da população local, de acordo com determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS) - que prevê a necessidade de uma UBS para cada 20 mil habitantes -, é necessária a construção de mais 14 unidades básicas de saúde, além de contratações de profissionais, aquisição de medicamentos e compra de equipamentos.

O Hospital Geral do Grajaú efetua atendimentos por livre demanda, ou seja, atende diretamente aos cidadãos sem prévio encaminhamento da UBS. Dado o déficit de UBS, o hospital torna-se sobrecarregado com atendimentos que poderiam ser solucionados em postos de saúde, além de dificultar a realização dos exames a pacientes externos do hospital, isto é, pacientes encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde.

6. Hospital Geral do Grajaú Professor Liberato Jhon Alphonse Di Dio

O Hospital do Grajaú faz parte do plano de expansão de equipamentos públicos para periferia e região metropolitana de São Paulo iniciado na década de 1980 a partir do Plano Metropolitano de Saúde. O plano de expansão sofreu algumas adaptações devido às restrições orçamentárias do governo do estado de São Paulo e a influência da Reforma Gerencial do Estado.

O Hospital Geral do Grajaú iniciou funcionamento em janeiro de 1999 (11/01/1999), no entanto, o contrato de gestão com a primeira organização social (OS) gerenciadora, a Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC, foi assinado em 23/10/1998,. A relação da OSS com o governo ocorre por meio de um contrato de gestão, que fixa recursos e metas para cada serviço, por exemplo, quanto aos *“indicadores de produção de serviços, atendimento ambulatorial e de pronto socorro: no prazo máximo de 6 (seis) meses deverá ser atingida a meta de 15.000 atendimentos/mês de Ambulatório e Pronto Socorro”* (IBAÑEZ *et al.*, 2001:397).

A organização social de saúde é responsável por administrar os recursos humanos e financeiros e prestar os serviços de saúde à população do distrito de abrangência do hospital, mas toda infra-estrutura física necessária para funcionamento, prédio, mobiliário e equipamentos médico-hospitalares são patrimônio do Estado.

Os recursos repassados para a OSS são oriundos da Secretaria Estadual da Saúde e Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital Geral do Grajaú realiza atendimento médico especializado nas áreas de clínica médica, cirurgia geral e pediatria. Possui ambulatório de especialidades em alergia, imunologia, cardiologia, endocrinologia, endoscopia digestiva, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, obstetrícia, oftalmologia, otorrinolarigologia, pneumologia, psicologia, psiquiatria e reumatologia (Quadro 2).

O hospital é caracterizado como instituição de saúde “portas abertas”. Há dois tipos de hospital: “porta fechada” e “porta aberta”, sendo que o primeiro atende apenas encaminhamentos realizados pela rede de serviços de saúde (unidades básicas e postos de saúde), e, o segundo efetua o primeiro atendimento diretamente, sem necessidade de prévio encaminhamento.

Quadro 2. Capacidade operacional médica de atendimento das OSS. São Paulo, 2008.

Área Assistencial	Unidade	Quantidade ou área atendida
Unidade de internação (leitos)	Clínica cirúrgica	123
	Clínica pediátrica	70
	Clínica obstétrica	8
	Outros	14
	Leito UTI neonatal	12
	Leito UTI pediátrica	12
	Leito UTI adulto	20
	Leito UTI intermediária	17
Unidade de diagnóstico (própria)	Raios-X	5
	Mamógrafo	1
	Ressonância Magnética	1
	Tomógrafo Computadorizado	1
	Ultrassom Doppler Colorido	1
	Outros	Eletrocardiograma, endoscópio, Eletroencefalógrafo, laparoscópio, entre outros
Unidade cirúrgica (salas)	Centro Cirúrgico	4
	Centro Cirúrgico ambulatorial	1
	Salas de parto	4
Contratados terceirizados	Área de apoio	Lavanderia, Serviços de manutenção de equipamento (parte)
Quadro de pessoal total	Médico	400
	Enfermeiro	84
	Auxiliar de enfermagem	495
	Técnicos de enfermagem	26
	Quadro total de funcionários	1005

FONTE: CNES – Data SUS: Última atualização 10/10/2008.

É possível destacar, na unidade de diagnóstico, os aparelhos de mamografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada, tendo em vista que exames de tais equipamentos apresentam elevado custo e alta demanda, sendo normalmente encontrados apenas em hospitais de administração direta e hospitais universitários. Assim, o hospital do Grajaú é referência na região para tais tipos de exames, de forma que os indivíduos da região não precisem se deslocar aos hospitais centrais. Assim, a OSS cumpre uma de suas principais funções, oferecer serviços de média e alta complexidade para a população da periferia, e, ao

mesmo tempo, não sobrecarregar outros equipamentos públicos. De acordo com os dados do CNES-DataSUS apenas um serviço é terceirizado, a lavanderia, pois o serviço de manutenção de equipamentos não é totalmente terceirizado.

Quadro 3. Especialidades médicas do Hospital Geral do Grajaú. São Paulo, 2008.

MÉDICO	NÚMERO
Médico Clínico Geral	113
Médico Pediatra	56
Médico Ginecologista e Obstetra Cirurgião	35
Médico Ortopedista e Traumatologista	26
TOTAL	230

Fonte: CNES - Data SUS.

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – DataSUS, é possível efetuar o levantamento da relação de profissionais que trabalham no Hospital Grajaú. De acordo com a tabela geral de profissionais, há 1.005 profissionais que atuam diretamente no atendimento à população, entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O total de funcionários do hospital é 1.347 indivíduos em diferentes funções.

Analisando-se somente os médicos (Quadro 3), as especialidades com maior número de profissionais são: clínico geral, ginecologista/obstetra, ortopedia e pediatria, o que corresponde ao perfil da população e ao tipo de atendimento majoritariamente realizado no hospital. Como apresentado anteriormente, cerca de 40% da população é jovem, sendo que as mulheres são aproximadamente 140 mil no ano de 2007. O perfil profissional do hospital se adapta às necessidades e ao perfil demográfico da região, pois nota-se que as principais especialidades atendem ao tipo de indivíduo majoritariamente presente na região.

O número de leitos também apresenta relação direta ao perfil demográfico da região: há um número grande de leitos nas áreas de UTI neonatal e pediátrica, no entanto, o atendimento geral da população ainda apresenta déficit importante, pois, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, é recomendável 4 leitos por mil habitantes, sendo que o hospital do Grajaú tem somente 276 leitos, ou seja, 0,28 leitos por mil habitantes.

Assim, os dados apresentados indicam que as características básicas do Hospital Grajaú, relacionado aos dados demográficos, apresentam direta relação entre perfil da população e o tipo de oferta de atendimento em saúde, assim como dados da divisão dos equipamentos e médicos especialistas. É possível concluir que a organização social

gerenciadora do Hospital Geral do Grajaú buscou adequar a prestação de serviços às necessidades e problemas mais evidentes da região.

7. Resultados e Conclusão

A análise foi baseada nos relatórios produzidos pela Organização Social de Saúde (OSS) gerenciadora do Hospital Geral do Grajaú, sendo que o período analisado compreende os anos de 2004 a 2007. O objetivo do trabalho é efetuar uma análise temporal da evolução da produção do hospital quanto ao atendimento à população do distrito de abrangência do hospital.

Os dados de serviços prestados pelo hospital são divididos em quatro tipos: internação hospitalar (clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica), atendimento ambulatorial, atendimento de urgência, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT exame externo). Outra informação a ser analisada refere-se ao perfil de recursos repassados.

Os relatórios analisados apresentam recursos e produção contratada e realizada do hospital no período de 2004 a 2007, no entanto, a análise foi concentrada nos serviços efetivamente realizados pela OSS gerenciadora do hospital do Grajaú. O principal instrumento utilizado para fiscalização do uso dos recursos e nível de atendimento é o contrato de gestão, que estabelece metas, indicadores de qualidade, condições para suspensão e rescisão do contrato, vigência, renovação e penalidades.

O contrato de gestão assinado pela Organização Social com a Secretaria Estadual da Saúde define serviços que devem ser obrigatoriamente prestados à população. A seguir, segue a definição de cada tipo de atendimento analisado.

Atendimento Hospitalar/Internação

Segundo SÃO PAULO (2008), a assistência hospitalar abrange o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente, desde o momento de sua admissão no hospital pela patologia até a alta hospitalar. Incluem-se na modalidade atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para tratamento no âmbito hospitalar.

Atendimento Ambulatorial

São considerados atendimentos ambulatoriais desde a primeira consulta realizada pelo paciente a um profissional de determinada especialidade, consultas subseqüentes (retorno) e cirurgias ambulatoriais sem necessidade de internação. O número de atendimentos ambulatoriais é definido pela quantidade de consultas realizadas por especialidades SÃO PAULO (2008).

Atendimento de Urgência

De acordo com SÃO PAULO (2008), o atendimento de urgência pode ser definido como o atendimento programado prestado pelo Serviço de Urgência do hospital a indivíduos que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhada pelo sistema de referência.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT exame externo)

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT exame externo) é um exame realizado em pacientes externos ao hospital, isto é, pacientes encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria de Saúde nas quantidades médias mensais especificadas (SÃO PAULO, 2008).

Os dados analisados foram produzidos pela organização social de saúde gerenciadora do Hospital do Grajaú no período de 2004 a 2007. Apresenta-se, a seguir, dados sobre os quatro tipos de internação hospitalar (médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica) e a produção total de cada ano, assim como a produção por tipo de internação hospitalar (Tabela 3).

Tabela 3. Número de internações hospitalares no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de especialidade. São Paulo, 2004 a 2007.

Tipo de atendimento	2004	2005	2006	2007	Total
Clínica Médica	2.671	2.783	3.252	3.169	11.875
Clínica Cirúrgica	4.538	5.056	4.862	5.184	19.640
Clinica Obstétrica	2.972	2.834	3.154	3.168	12.128
Clinica Pediátrica	3.515	4.087	4.304	4.057	15.963
Internação Hospitalar	13.696	14.760	15.572	15.578	59.606

Fonte: Banco de dados Secretaria Estadual da Saúde.

Em seguida (Tabela 4), apresenta-se o percentual de cada ano em relação à produção total do período em análise (2004 a 2007).

Tabela 4. Percentual de internações hospitalares no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de especialidade. São Paulo, 2004 a 2007.

Tipo de atendimento	2004	2005	2006	2007
Clínica Médica	19,50	18,86	20,88	20,34
Clinica Obstétrica	21,70	19,20	20,25	20,34

Fonte: Baseado no banco de dados Secretaria Estadual da Saúde.

A análise das internações hospitalares foi baseada nas características da região de abrangência do hospital, perfil demográfico e deficiências ou dificuldades que a OSS enfrenta para realizar a prestação de serviço.

Além disso, buscou-se relacionar a produção hospitalar no período de 2004 a 2007 às características da população da região de abrangência do Hospital Geral do Grajaú, sendo apresentados indicadores de atendimento por mil habitantes e indicadores de recursos *per capita*.

A modalidade de clínica médica representa aproximadamente 20% do atendimento de internação do hospital, que representa a primeira etapa do atendimento ao pacientes.

A maioria dos atendimentos realizados pelo hospital ocorre na área cirúrgica, sendo em torno de 34% dos atendimentos realizados, especialmente por constituir o único hospital da região e apresentar diversas especialidades, o que justifica a alta demanda da modalidade.

O indicador de internação hospitalar por mil habitantes (Tabela 5) indica que, em média, há cerca de 3 atendimentos médicos por mil habitantes e 5 atendimentos cirúrgicos por mil habitantes.

Tabela 5: Internações hospitalares por 1.000 habitantes no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de especialidade. São Paulo, 2004 a 2007.

Tipo de atendimento	2004	2005	2006	2007
Clínica Médica/1000 hab.	2,67	2,78	3,25	3,17
Clínica Cirúrgica/1000 hab.	4,54	5,06	4,86	5,18
Internação Hospitalar/1000 hab.	13,70	14,76	15,57	15,58

Fonte: Banco de dados – Secretaria Estadual da Saúde.

A área obstétrica realiza aproximadamente 3.000 mil atendimentos por ano, o que representa 20% dos atendimentos realizados pelo hospital. A população feminina da região na faixa de 10 a 49 anos de idade, considerado o período fértil, é composta por aproximadamente 140 mil mulheres, assim, atendimentos na modalidade obstétrica são muito importantes à

população local. Um trabalho conjunto do hospital com as UBS e as equipes do programa saúde da família pode diminuir a taxa de mortalidade infantil, desnutrição da mãe e da criança, enfim prevenir e resolver problemas com a mãe e a criança.

A região do Grajaú é caracterizada pela presença de uma população predominantemente jovem, pois cerca de 40% da população apresenta até 19 anos de idade, sendo que, na faixa etária de 0 a 4 anos, há 45 mil crianças no ano de 2007, assim, a área pediátrica é importante e necessária para a região. O atendimento de clínica pediátrica representa o segundo maior volume de atendimentos realizados, em torno de 26% do total de internações hospitalares (Tabela 6).

Tabela 6. Indicador de atendimentos em clínica obstétrica e pediátrica no Hospital Geral do Grajaú, segundo 1.000 habitantes na faixa etária referente ao atendimento. São Paulo, 2004 a 2007.

Tipo de Atendimento	2004	2005	2006	2007
Clínica Obstétrica	22,35	20,72	22,71	22,46
Clínica Pediátrica	22,50	25,52	26,36	24,38

Fonte: Banco de dados – Secretaria Estadual da Saúde.

Houve crescimento acentuado do volume de atendimentos ambulatoriais durante o período de 2004 a 2007, sendo uma causa possível a existência de déficit de unidades básicas de saúde na região (Tabela 7). Como enfatizado anteriormente, o distrito de Grajaú necessita de mais 14 UBS para atender à totalidade da população, de acordo com estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, que estabelece como recomendação, no mínimo, um equipamento de saúde para cada 20 mil pessoas.

Tabela 7. Número de atendimentos realizados no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de atendimento. São Paulo, 2004 a 2007.

Tipo de atendimento	2004	2005	2006	2007	Total geral
Atendimento ambulatorial	61.191	47.870	124.585	119.689	353.335
Atendimento de urgência	325.345	198.815	302.645	281.074	1.107.879
SADT (Exame Externo)	352.217	283.953	1.373.051	416.412	2.425.633

Fonte: Banco de dados – Secretaria Estadual da Saúde.

Assim, pode-se concluir que é necessária uma rede de unidades básicas de saúde em número suficiente para atender à população e realizar os primeiros atendimentos (atendimento ambulatorial), assim como encaminhar ao hospital somente indivíduos com problemas mais graves. No caso de atendimentos de urgência, realizado sem prévia marcação, de forma espontânea ou encaminhada pelo sistema de referência, observa-se flutuações quanto ao percentual de atendimentos realizados (Tabela 8).

Tabela 8. Percentual de atendimentos realizados ao ano no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de atendimento. São Paulo, 2004 a 2007.

Tipo de atendimento	2004	2005	2006	2007
Atendimento Ambulatorial	17,32	13,55	35,26	33,87
Atendimento de Urgência	29,37	17,95	27,32	25,37
SADT (Exame Externo)	14,52	11,71	56,61	17,17

Fonte: Banco de dados – Secretaria Estadual da Saúde.

No caso do SADT externo, atendimento realizado a pacientes encaminhadas pela rede de saúde para efetuar exames no hospital, observa-se que a média de atendimentos é aproximadamente 300 atendimentos anuais, representando, no total da produção do hospital, cerca de 11% ao ano. A população na região continua em crescimento, no entanto, a oferta de equipamentos públicos não tem acompanhado o crescimento populacional.

Tabela 9. Indicador de atendimento ambulatorial, urgência e SADT realizados no Hospital Geral do Grajaú segundo tipo de atendimento. São Paulo, 2004 a 2007.

Tipo de atendimento	2004	2005	2006	2007
Atendimento Ambulatorial / 1000 hab.	61,19	47,87	124,59	119,69
Atendimento Urgência / 1000 hab.	325,35	198,82	302,65	281,07
SADT (exame externo) / 1000 hab.	352,22	283,95	1.373,05	416,41
Recursos <i>per capita</i>	R\$ 148,67	R\$ 169,01	R\$ 197,55	R\$ 189,81

Fonte: Banco de dados – Secretaria Estadual da Saúde.

Os indicadores apresentam que um crescimento na demanda por atendimentos ambulatoriais, sendo, em média, 120 pessoas atendidas em ambulatório 280 pessoas atendidas em urgência e uma média de 600 atendimentos no SADT, utilizando média simples entre os anos analisados (Tabela 9).

O gasto médio por pessoa sofreu contínua elevação até 2006, ocorrendo uma pequena queda em 2007.

Os dados da organização demonstram que há uma média elevada de atendimentos no hospital nas áreas ambulatorial, urgência e SADT, assim, é possível concluir que a falta de UBS sobrecarrega o hospital nos atendimentos mais básicos, que poderiam ser realizados nos postos de saúde.

8. Considerações Finais

O presente trabalho teve como objetivo analisar o modelo de organização social na área da saúde, por meio do estudo de caso sobre o Hospital Geral do Grajaú. A avaliação baseou-se na produção realizada pelo hospital no período de 2004 a 2007, descrição do hospital, caracterização da região e estimativa da demanda pelos serviços hospitalares, assim como sua articulação com a rede de saúde.

O hospital está situado em uma área com ampla carência de equipamentos públicos de saúde, visualizada pelo déficit de unidades básicas de saúde identificado, tendo somente o hospital analisado disponível para atendimento especializado e clínica cirúrgica à população local. O hospital do Grajaú é referência para os distritos vizinhos devido à falta de UBSs no entorno, assim, alguns serviços ofertados, como atendimento de urgência/emergência e atendimento ambulatorial, estão sobrecarregados.

Analisando-se o perfil da população por faixa etária, há grande número de crianças e adolescentes, assim como mulheres na faixa dos 10 a 49 anos de idade. É possível relacionar diretamente o perfil da população ao tipo de atendimento que apresenta maior demanda, especialidades médicas e número de leitos: as áreas pediátrica e ginecológica/obstétrica têm grande procura. Conforme diagnosticado pelo IPVS, a região está classificada nos grupos 5 e 6, ou seja, há grande número de crianças na região e, dada a falta de UBS na região, o hospital precisa suprir as amplas necessidades da população com mais médicos e leitos. A flexibilidade de gestão na organização social auxilia à direção focalizar uma determinada área de atuação para atender à demanda.

A análise dos indicadores de atendimento foi prejudicada pela ausência de parâmetros de comparação objetivos, à exceção de algumas recomendações da Organização Mundial da Saúde, de forma a avaliar o atendimento da OS. Ao analisar os relatórios, observa-se que a organização social cumpriu as metas contratadas durante o período analisado, no entanto, não foi possível estabelecer se o volume de atendimentos contratado pela Secretaria Estadual de Saúde é suficiente para atender à demanda da região. O contrato de gestão é um excelente instrumento para auxiliar gestores na fiscalização, responsabilização dos diretores da organização e redução dos controles burocráticos.

A implementação do hospital no extremo sul da cidade está relacionado às reivindicações do movimento social de saúde, assim como os objetivos propostos na Política Metropolitana de Saúde, dentro do contexto da Reforma Gerencial do Estado. Analisando os

relatórios de produção realizados e a caracterização da região, verifica-se que um único hospital, mesmo sendo um estabelecimento de médio porte com grande número de especialidades, não consegue prestar serviços de forma a atender toda a demanda da região. É necessário incluir uma rede de saúde de apoio (unidades básicas e posto de saúde) em número suficiente para atender aos casos mais simples e trabalhar em parceria com o hospital.

9. Referências Bibliográficas

ALCOFORADO, Flávio C.G. Flexibilidade organizacional e adaptação à cultura setorial: o caso das organizações sociais no Brasil. IX Congresso Internacional Del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Administración pública, Madrid, España, 2-5 Nov. 2004. Disponível em: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0049826.pdf>. Acesso: 05/04/2008.

BARBAN, Vilma (Org). Estudos, formação e assessoria em políticas sociais. fortalecimento da sociedade civil em regiões de extrema pobreza. São Paulo: Instituto Pólis, n.43, 2003.

BARBAN, Vilma. (Org). A luta pela melhoria da assistência à saúde no Grajaú: avanços e desafios para pautar o orçamento público. São Paulo, 2007. Disponível em: www.polis.org.br/utilitarios/editor2.0/UserFiles/File/pesquisa%20saúde%20grajau.pdf. Acesso: 20/03/2008.

BARRADAS BARATA, L.R.; MENDES, J.D.V. Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 2006.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma do Estado para a Cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. Editora 34, Brasília: ENAP, 1998.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – DATA SUS. Quadro dos funcionários por especialidade/função no Hospital Geral do Grajaú. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?Navegacao=Proxima&VCo_Unidade=3550302077671. Acesso 11/11/2008.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão não estatal. Revista de Saúde Pública, v.40, n.5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/23.pdf>. Acesso: 20/09/2007.

FERREIRA JUNIOR, W.C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

FUNDAÇÃO SEADE. Demografia: População, por Sexo, segundo Grupos de Idade Município de São Paulo 2004 a 2007. Disponível em:

http://www.seade.gov.br/produtos/anuario/2003/dem/dem2003_02.xls. Acesso:20/08/2008

FUNDAÇÃO SEADE. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. Espaço e dimensões da pobreza nos municípios do estado de São Paulo - Metodologia. Fundação SEADE. São Paulo, 2004.

GOMES, Marcio Cidades. A experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. In: Levy & Drago (Orgs). Gestão pública no Brasil contemporâneo. São Paulo: S/D Fundap, Disponível em: www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers/MarcioCidade.pdf. Acesso: 20/09/2007.

IBAÑEZ, N; BITTAR, OJNV; SÁ, ENC; YAMAMOTO, EK; ALMEIDA, MF; CASTRO, CGJ. Organizações Sociais de Saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Ciência Saúde Coletiva, v.6, n.2, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20/09/2007.

LEVY, E. Organizações Sociais no Estado de São Paulo: estratégias de implementação e resultados. IX Congresso Internacional Del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Administración pública, Madrid, España, 2-5 Nov. 2004.

MACHADO, R.O. As Organizações Sociais de Saúde no estado de São Paulo: um estudo comparativo de desempenho com base no contrato de gestão. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MELO, C.; TANAKA, O. As Organizações Sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão. 2005. Disponível em: www.revistaoes.ufba.br/include/getdoc.php?id=159&article=77&mode=pdf. Acesso: 08/11/2007.

RODRIGUES, M.M.A.; DOIMO, A.M. A formulação da Nova Política de Saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. Revista de Sociologia Política, 2003.

ROMÃO NETTO, J.V. Participação popular em saúde: o caso dos conselhos gestores de saúde nas subprefeituras de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SADER, E. Quando novos personagens entram em cena. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1988.

SÃO PAULO. Lei Complementar Nº 846, de 4 de junho de 1998. Diário Oficial do estado de São Paulo. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. São Paulo, 05 de Junho de 1998.

SÃO PAULO. Resolução SS142, de 24 de Outubro de 2008. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 30 Outubro 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Relatório com os recursos financeiros e produção contratada e realizada pelo hospital no período de 2004 a 2007. São Paulo. 2008

SEIXAS, PHA. As organizações sociais de saúde em São Paulo, 1998-2002. Uma visão institucional. 2003. 96p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.