

Contrato de gestão: O impacto da contratualização no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER

Contract management: the impact of contracts in the Reference Center for Women's Health Ribeirão Preto - Mater

Débora Brandão Bertolini¹; Aline Veras Leite Mota¹; Diego Roberto Meloni¹; Fernanda Nogueira Costa¹; André Lucirton Costa²; Pedro Vaz de Lima Matos¹

RESUMO

Introdução: Contrato de gestão é um instrumento firmado entre o Poder Público e as Organizações Sociais de Saúde (OSS), pelo qual se transfere a gestão de serviços e equipamentos do primeiro para a execução das atividades pelo segundo. **Objetivo:** analisar os indicadores de desempenho do contrato entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e a FAEPA (OSS), na administração do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER. **Metodologia:** Por meio de um estudo exploratório na modalidade estudo de caso, realizou-se entrevistas com os gestores da MATER e análise de dados referentes ao número de saídas hospitalares, atendimento e cirurgias ambulatoriais, além de indicadores qualitativos dos serviços de atenção ao usuário. **Resultados:** Entre os contratos de gestão de 2009 e 2013 houve aumento nos valores pactuados. Entretanto, ao ajustar as metas entre Março à Dezembro de 2009 e Janeiro a Fevereiro de 2013, houve redução das saídas hospitalares, cirurgias ambulatoriais e exames radiológicos; com aumento no atendimento ambulatorial, de urgências e de exames endoscópicos. Esses resultados estão atrelados ao repasse de verbas. **Conclusão:** nossos dados sugerem a necessidade de uma busca ativa da real demanda da população atendida, para que haja planejamento estratégico na oferta de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-Chave: Organização Social. Contrato de Gestão. Contractualização. Serviços de Saúde.

1. Mestrando da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)
2. Docente da Pós Graduação de Gestão e Organizações de Saúde da FMRP-USP.

Correspondência:
Débora Brandão Bertolini.
Universidade Paulista - UNIP. Bloco B.
Av. Carlos Consoni, 10 - Jardim Canadá –
CEP 14024-270 – Ribeirão Preto - SP
debora.bertolini@usp.br

Artigo recebido em 16/06/2014
Aprovado para publicação em 14/08/2014

ABSTRACT

Introduction: The interaction between the Brazilian Government and Social Health Organization (SHO) has been used as an instrument to transfer services and facilities from the first to implement the activities by the second. **Objective:** To analyze the indicators of one contract between the Department of Health of São Paulo State and FAEPA, a SHO, in administering the Reference Center for Women's Health at Ribeirão Preto - MATER. **Methods:** Using an exploratory case control study, interviews were performed with the managers of MATER. Analysis of data were performed on the number of hospital outputs, outpatient care and surgeries and qualitative indicators of care services to the user. **Results:** Among the management contracts of 2009 and 2013, there was an increase in money values. However, when setting goals between March to December of 2009 and January and February of 2013, there was a reduction of hospital outputs, outpatient surgeries, and imaging exams and an increased outpatient care, emergency care, and endoscopy. These results are linked to the transfer of funds from government to SHO. **Conclusion:** Our data suggest a strategic planning in order to offer to the Unified Health System users their real needs.

Key-Words: Social Organization. Management Agreement. Contractual agreements. Health Services.

Introdução

No início da década de 1990, instituiu-se no Brasil uma reforma administrativa que provocou diversas mudanças na estrutura e no funcionamento do aparelho estatal. O motivo principal da implantação da chamada Reforma Gerencial do Estado foi econômico, o país sofria uma crise fiscal que teve início no final da década de 1970, mas que se intensificou nos anos 1980 e 1990. Assim, a Administração Pública precisando enfrentar os sérios problemas que passava, deu início à reforma administrativa que se pautava, principalmente, nos seguintes objetivos: diminuição de gastos públicos, diminuição custos de serviços prestados pelo governo à sociedade e melhoria na qualidade desses serviços.¹

Em decorrência do novo modelo de administração proposto, foi promulgada a Lei 9.637/98 (Lei das Organizações Sociais (O.S.))² que passou a prever a possibilidade de certas entidades, antes pertencentes à Administração Pública, serem transformadas em Organizações Sociais (O.S.) e a partir daí, celebrarem Contratos de Gestão com o Poder Público.

Nesse sentido, versa o artigo 1º da Lei nº 9.637/98 :

“O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei”. (art. 1º)

As O.S. são organizações privadas, pertencentes ao Terceiro Setor, que não fazem parte da Administração Pública Indireta, que não têm fins lucrativos e que devem prestar os serviços de interesse coletivo não exclusivos do Estado, ou seja, aqueles serviços em que é permitida a atuação concorrente de setores privados - ensino, pesquisa científica, saúde, desenvolvimento tecnológico, cultura e proteção e preservação do meio ambiente. É o Poder Executivo quem qualifica uma entidade como O.S.^{3,4} (Art. 1º da Lei nº 9.637/98).

Para que seja qualificada, a O.S. deve preencher alguns requisitos, tais como: que a natureza social de seus objetivos seja relativa à respectiva área de atuação; que não possua finalidade lucrativa; conte com um Conselho de Administração e uma Diretoria, com suas composições e atribuições; que haja a participação de representantes do Poder Público e de membros da comunidade no órgão colegiado de deliberação superior; que haja publicação dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão. A aprovação da sua qualificação como OS deve ser realizada pelo titular do órgão ou entidade supervisora da área de atividade correspondente ao seu objeto social.⁵

O contrato de gestão é o instrumento firmado entre Poder Público e a O.S.⁶, pelo qual se transfere daquele para esta a gestão dos serviços e equipamentos que fomentem a execução das atividades dispostas no primeiro artigo da lei. Por meio desse contrato, se estabelece um modelo de gestão em que há uma pactuação dos objetivos institucionais entre os exe-

cutores das ações de saúde e os mantenedores, visando à melhoria dos mecanismos de gestão das Organizações de Saúde. No contrato são estabelecidas as metas que deverão ser cumpridas pelas O.S. com os recursos públicos que lhe são repassados. Além disso, no instrumento devem estar estabelecidos os direitos e deveres das partes, suas atribuições, responsabilidades, obrigações e formas de controle.

“Para os efeitos desta Lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas ao ensino, pesquisa científica, saúde, desenvolvimento tecnológico, cultura e proteção e preservação do meio ambiente” (Art. 5º da Lei 9.637/98).

Baseado na lei das O.S., o Governo do Estado de São Paulo sancionou lei específica para a qualificação de Organizações Sociais, a Lei Complementar 846/98⁷, restringindo as ações das O.S. nas áreas da saúde e cultura.

As diferenças regionais do SUS e a dificuldade de implantação e articulação dos serviços de saúde em redes de atenção trazem à tona novos modos e ferramentas administrativas para gerenciamento e ampliação do acesso e qualidade ao serviço público de saúde dos cidadãos, sendo estes realizados por meio de contratos de gestão com Organizações Sociais, Fundações, OSCIPs, dentre outros. Estas organizações facilitam principalmente o papel de contratação de profissionais, considerando que os municípios e estados estão no limite do teto de Lei de Responsabilidade Fiscal, e também auxiliam na gestão e controle eficaz de bens, insumos, acesso e qualidade. Alguns questionamentos são voltados à forma de controle e monitoramento de metas, muitas vezes quantitativas, e a quantidade de recursos repassados para as organizações, muitas vezes com pouca transparência pública.

As organizações hospitalares apresentam características peculiares, sendo consideradas umas das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da missão, mas, sobretudo, pela atuação de uma equipe transdisciplinar, prestando assistência à saúde, nos aspectos preventivos, curativos e reabilitadores, a pacientes ambulatoriais e internados, mediante o uso de tecnologias leves (trabalho vivo) e duras (equipamentos), assim como administrando processos paralelos de produção: o assistencial e o administrativo.^{8,9}

O nível de autonomia administrativa e financeira concedido às O.S., tanto para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de recursos humanos, permite que, dentro dos limites orçamentários estabelecidos, sejam feitos todos os arranjos institucionais que garantam o melhor uso possível dos recursos a elas destinados. A aquisição de bens e serviços está condicionada exclusivamente à observância do preconizado pelo regulamento de compras estabelecido para este tipo de organização.^{10,11,12}

Tratando-se a Mater de uma maternidade com porta de entrada não exclusivamente por regulação, torna-se necessário um modelo de governança capaz de atender aos interesses do Estado e suas políticas de saúde, aos anseios da população, dos gestores hospitalares e dos profissionais de saúde. Em decorrência disso, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) se demonstram o modelo de gestão mais eficiente e adequado para este tipo de unidade.

Objetivo

O objetivo do trabalho é compreender a contratualização como modelo de gestão, desenvolver análise crítica ao seu respeito e verificar o seu impacto na eficiência do contrato e a evolução dos indicadores de desempenho do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto- MATER, bem como propor modificações, visando à melhoria da gestão.

Método

O presente trabalho é um estudo exploratório na modalidade estudo de caso. Realizou-se pesquisa bibliográfica sobre o assunto, assim como entrevistas com os gestores dos hospitais e análise de dados quantitativos.

As informações do presente trabalho foram obtidas por meio de entrevistas com os gestores do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER, sendo que cada entrevista teve duração média de 2 horas. As visitas para realização destas foram realizadas durante o decorrer de um mês em diferentes dias, conforme disponibilidade da equipe do setor. Após terem sido realizadas as entrevistas, o grupo teve acesso aos contratos de gestão e realizou a análise do conteúdo dos mesmos.

A pesquisa envolve variáveis que interferem na avaliação dessas informações. Por isso, não há pre-

tensão de se elencar todas, tampouco esgotar o assunto. O que se pretende é tão somente demonstrá-las, como forma de conhecimento para o constante auxílio na tomada de decisão gerencial.

O objeto de estudo desse trabalho foi o contrato de gestão existente entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e o Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER, sendo este último gerido pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), entidade de caráter privado, sem fins lucrativos e com autonomia administrativa e financeira, criada em 31/08/88, anexa ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), por um grupo de pessoas

físicas e jurídicas da comunidade hospitalar e qualificada como O.S.

Desde a sua inauguração até março de 2009, a gestão administrativa da Mater ficou sob a responsabilidade da Fundação Maternidade Sinhá Junqueira (FMSJ). Ao final de 2007, iniciou o processo de ampla negociação, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES- SP) aceitou assumir os custos econômicos necessários para transformar a MATER em um Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto (CRSMRP), especificamente na atenção secundária hospitalar. Esta proposta foi viabilizada por meio de um contrato de gestão, dividido em 4 partes de acordo com a Tabela 1 abaixo, estabelecido com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com interveniência da FAEPA.

Tabela 1. Divisão do Contrato de Gestão entre a SES SP e CRSMRP.

Partes do contrato	Conceito
Corpo do contrato	São especificadas suas regras gerais, onde toda a atenção somente poderá ser prestada aos usuários do SUS, sendo vedado o atendimento a convênios privados e a pacientes particulares – pagantes. As despesas com o pessoal não podem exceder a 70% das despesas globais da unidade e criam-se situações especiais para administração do patrimônio público, bens móveis e imóveis, através de Termo de Permissão de Uso. Além disso, estabelece critérios para a denúncia do contrato por desqualificação da entidade como Organização Social, e a restituição do patrimônio e do saldo de recursos financeiros e responsabilidades.
Anexo técnico I	Há a descrição dos serviços e as metas do contrato de gestão, quais serviços são contratados, a quantidade anual e a realização mensal por tipo e especialidade, como quantidade de saídas hospitalares, atendimento em hospital dia, atendimento ambulatorial, atendimento às urgências, Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico (SADT), cirurgias ambulatoriais dentre outros.
Anexo técnico II	São descritos as formas e condições de pagamentos entre o contratante (SES- SP) e a contratada (CRSMRP), onde 90% do valor do contrato anual são pagos em 12 parcelas mensais fixas, 10% do valor do contrato anual são pagos em 12 parcelas mensais variáveis de acordo com avaliação de indicadores de qualidade, onde estes são avaliados por trimestre e ainda há a possibilidade de avaliação do orçamento de atividades para revisão e ajuste a cada 6 meses. Além disso, a produção acima de 85% ou excedente a 100% não gera nenhum efeito sobre o repasse contratualizado. A produção entre 70% e 84,99% há um efeito sobre o repasse de 90% do peso da atividade e inferior. O quantitativo da produção abaixo de 70% gera um efeito de 70% sobre o repasse contratualizado. A avaliação das metas quantitativas é realizada todos os meses e existe um sistema de planilhas web de envio de dados mensais. A cada três meses são realizadas reuniões de avaliação e caso haja penalização por não cumprimento de metas, a perda de recursos financeiros serão abatidos da parte variável do contrato.
Anexo técnico III	Traz o conceito de qualidade e estabelece parâmetros e indicadores de qualidade controlados, baseados na qualidade da informação, programa de humanização, melhoria contínua no serviço de obstetrícia, controle de infecção hospitalar dentre outros.

Fonte: Contrato de Gestão CRSMRP

Resultados e Discussão

Em Março de 2009 é celebrado o contrato de gestão entre a SES- SP e o CRSMRP, no valor estimado global de R\$69.269.558,75, com prazo de vigência de cinco anos.

No contrato de gestão do primeiro ano, celebrado por 10 meses (Março de 2009 à Dezembro de 2009), o anexo técnico I definiu a estrutura e o volu-

me de atividades, sendo o total de 3.472 saídas hospitalares, divididas em especialidades médicas conforme Tabela 2 abaixo:

Em relação ao atendimento ambulatorial, no ano de 2009 foi pactuado o total de 13.790 consultas de acordo com Tabela 3 abaixo:

Em relação às cirurgias ambulatoriais, no ano de 2009 foi pactuado o total de 260 cirurgias de acordo com Gráfico 1 abaixo:

Tabela 2. Quantidade de saídas hospitalares. Fonte: Contrato de Gestão CRSMRP de 2009.

<i>Internação</i>	<i>mar/09</i>	<i>abr/09</i>	<i>mai/09</i>	<i>jun/09</i>	<i>jul/09</i>	<i>ago/09</i>	<i>set/09</i>	<i>out/09</i>	<i>nov/09</i>	<i>dez/09</i>	<i>Total</i>
Clínica Médica	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	170
Clínica Cirúrgica	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	860
Obstetrícia	237	237	237	237	237	237	237	237	237	237	2370
Pediatria	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	120
Total	352	352	352	352	352	352	352	352	352	352	3520

Tabela 3. Quantidade de atendimentos ambulatoriais. Fonte: Contrato de Gestão CRSMRP de 2009

<i>Ambulatório</i>	<i>mar/09</i>	<i>abr/09</i>	<i>mai/09</i>	<i>jun/09</i>	<i>jul/09</i>	<i>ago/09</i>	<i>set/09</i>	<i>out/09</i>	<i>nov/09</i>	<i>dez/09</i>	<i>Total</i>
Primeira consulta	207	207	207	207	207	207	207	207	207	207	2070
Interconsulta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consulta subsequente	905	905	905	905	905	905	960	960	960	960	9270
Consulta não médica	245	245	245	245	245	245	245	245	245	245	2450
Total	1357	1357	1357	1357	1357	1357	1412	1412	1412	1412	13790

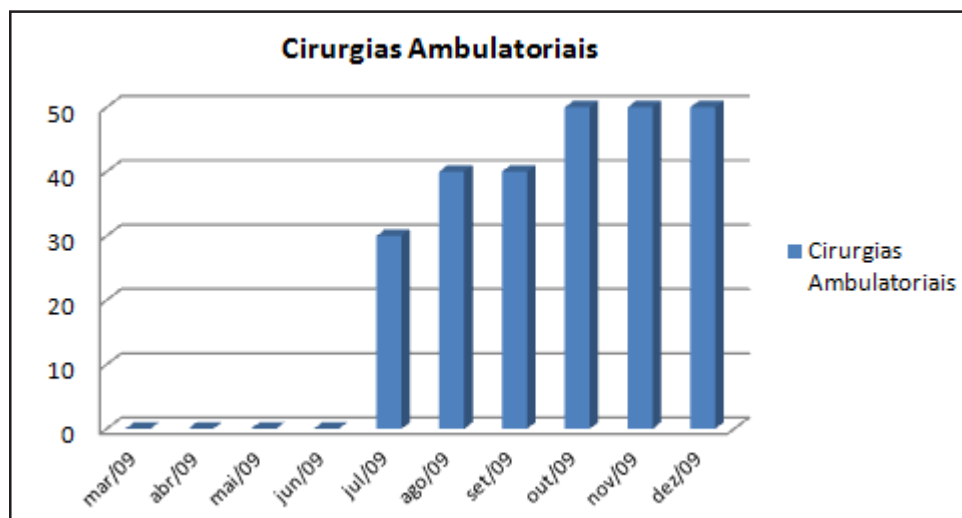


Gráfico 1. Quantidade de cirurgias ambulatoriais. Fonte: Contrato de Gestão CRSMRP de 2009.

Em relação ao Serviço de Apoio e Diagnose (SADT), no ano de 2009 foi pactuado o total de 4.700 exames de acordo com Gráfico 2 abaixo:

No anexo técnico II, o sistema de pagamento para o exercício de 2009 foi estimado em R\$ 11.211.805,25, sendo 72% (R\$ 8.072.499,78) correspondente ao custeio das despesas com atendimento hospitalar de internação, 20% (R\$ 2.242.361,05) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento ambulatorial, 3% (R\$ 336.354,16) corresponde ao custeio das despesas com a execução de Cirurgias Ambulatoriais e 5% (R\$ 560.590,26) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

No anexo técnico III, a avaliação de indicadores qualitativos continha indicadores de serviço de atenção ao usuário, melhoria contínua em obstetrícia, qualidade da informação, comissão de prontuários e comissão de óbitos.

No ano de 2009, o contrato contou ainda com 4(quatro) termos aditivos (TA). O primeiro TA contou com repasse financeiro de R\$3.572.469,00 para atualização tecnológica dos equipamentos médicos hospitalares, divididos em duas parcelas (Maio e Junho). O segundo TA houve um contingenciamento de recursos pela SES- SP, reduzindo o repasse contratual em 5% de Julho à Dezembro de 2009, totalizando o déficit contratual anual de R\$ 342.346,50. O terceiro

TA, na avaliação de metas semestral, incluiu o agrupamento do volume de cirurgias em regime de hospital dia e de cirurgias ambulatoriais, ampliando de 260 cirurgias ambulatoriais para 268 consultas/cirurgias hospital dia. No quarto TA houve alteração das metas e volumes das consultas ambulatoriais subsequente nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro, passando de 960 nestes meses para 600, totalizando uma redução de 1080 consultas subsequentes.

De acordo com os dados levantados, no ano de 2010, 2011 e 2012 não houve termos aditivos e alteração contratual, onde a alteração convenial ocorreu no ano de 2013 com dois Termos aditivos. O primeiro TA do ano de 2013 atualizou o valor do convênio para R\$ 16.531.500,00, com o valor de repasse mensal de R\$ 1.377.625,00. O segundo TA faz a previsão de acréscimo de R\$ 1.000.000,00 no contrato de gestão, dividido em três parcelas nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2013.

Na comparação do contrato de gestão de 2009 e o contrato de gestão de 2013, podemos notar um aumento de 56% (R\$ 5.319.694,75) no seu valor.

Em relação às metas quantitativas descritas nos contratos de 2009 e 2013, houve aumento de 11% (368) na quantidade de saídas hospitalares, passando de 3472 em 2009 para 3840 em 2013. Mas se consideramos que no ano de 2009 a referência foi de 10 meses (de Março à Dezembro de 2009) e ajustarmos

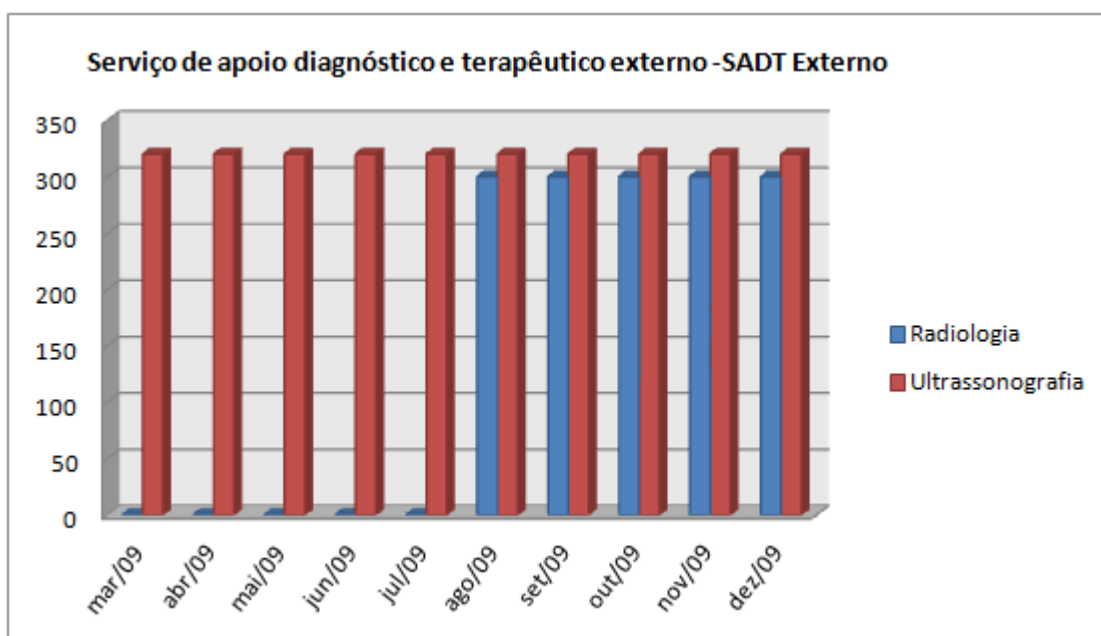


Gráfico 2. Quantidade de SADT Externo. Fonte: Contrato de Gestão CRSMRP de 2009.

a meta do primeiro semestre de 2009 para os meses de Janeiro e Fevereiro, o contrato atual de 2013 possui uma redução de 7,5% (312) saídas hospitalares.

Em relação às cirurgias ambulatoriais/Hospital dia, passou de 268 em 2009 para 144 em 2013, totalizando uma redução de 46%.

O atendimento ambulatorial no contrato de gestão de 2009 totalizava o quantitativo de 12.710 atendimentos anuais e no contrato de 2013 foi dividido em atendimento ambulatorial (8.520 atendimentos anuais) e atendimento às urgências de porta fechada (8.400 atendimentos anuais), totalizando o quantitativo de 16.920 atendimentos ambulatoriais e de urgências.

Em relação ao SADT Externo, passou de 4.700 exames em 2009, sendo 1.500 de radiologia e 3.200 de ultrassonografia para 2.112 exames em 2013, redução de 40% (1280) em ultrassonografia, redução total dos exames de radiologia e acréscimo de 192 exames anuais de endoscopia.

Devemos considerar que o contrato ficou 3 anos sem ajuste de repasses financeiros e de metas, e no ano de 2013 houve uma remodelação de metas e repasses. É importante ressaltar que este modelo de contrato propõe um novo papel para a SES SP, que passa de prestador de serviços para contratante fiscalizador.

O resultado está atrelado ao repasse de verbas e essas não estão vinculadas apenas ao número da produção, mas também a alguns indicadores de qualidade. O destacamento dessas verbas das tabelas de repasse por produção faz com que o gestor possa utilizar os recursos da melhor maneira para o alcance do objetivo contratado, permitindo investimentos em diferentes setores conforme a necessidade assistencial do hospital, desde recursos humanos, materiais permanentes e medicamentos dentre outros.

A gestão tem mais flexibilidade e não fica engessada com a burocracia pública. Por outro lado a SES SP passa a ter um papel controlador podendo esperar metas objetivas que foram contratadas e exigir seu cumprimento ou optar por re-contratualizar ou mudar o prestador caso isso não esteja ocorrendo com aconteceu em umas das unidades hoje geridas pela FAEPA e que anteriormente foram geridas por outra Organização Social que não estava cumprindo as metas pactuadas.

A segunda relação importante alterada com esse modelo é a forma de contratação dos recursos humanos dentro do serviço de saúde. Se antes nos hospi-

tais de administração direta e também nas autarquias o modelo de contratação era o concurso público, com a transformação do pessoal em servidores públicos estaduais com toda a carga financeira e inércia que esse processo implica, dentro das organizações de saúde os contratos são feitos por processos seletivos, sob o regime do Contrato de Leis Trabalhistas (CLT) ou sob a forma de contrato de empresas terceirizadas conforme o serviço prestado. Dessa forma o Estado se desonera de muitos encargos e também permite investimentos respeitando o teto permitido com gastos com folha de pagamento.

A terceira relação se altera com os usuários do SUS, já que nos contratos mais atuais sempre está presente como forma de avaliação o Serviço de Atenção ao Usuário (SAU), incentivando o controle social do serviço prestado, inclusive modulando o repasse financeiro a qualidade desse serviço. Apesar de constar nas Leis Orgânicas de Saúde, o Controle Social é pouco efetivo na maioria das instancias e qualquer medida direcionando seu fortalecimento é benéfica ao sistema como um todo.

A quarta relação se faz com a Diretoria Regional de Saúde (DRS) que passa a ter definido de forma objetiva qual a capacidade desses serviços contratados o que pode potencializar a organização regional do sistema de saúde, já que a maioria dos serviços prestados sob o modelo do contrato de gestão são serviços que atendem a mais de um município. Pudemos observar um déficit enorme de dados objetivos de necessidade de serviços de saúde dentro da regional e talvez tenha se apresentado como um dos fatores a serem modificados ou aperfeiçoados nesse modelo de gestão. É necessário que a DRS observe com mais clareza suas necessidades reais de serviço, para que os contratos não sejam firmados a partir da capacidade instalada de um serviço ou de sua disponibilidade de prestação, mas a partir da real necessidade da população.

Conclusão

Inserida nessa última discussão, a sugestão que pode ser feita ao Centro de Referência em Saúde da Mulher é a proposta de que passe a existir uma busca ativa por dados reais de demanda da população atendida, para que sua potencial ampliação e mudança de oferta de serviços sejam planejadas de forma mais estratégica a atender aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Agradecimentos

A todos aqueles que nos acompanharam neste percurso, especialmente às instituições e os gestores, e que acreditaram e contribuíram para a construção deste trabalho.

Referências Bibliográficas

1. Bresser-Pereira LC. Crise econômica e reforma do Estado no Brasil. São Paulo: Editora. 1996; 34.
2. Brasil. Lei nº 9637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 maio de 1998.
3. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Ciênc saúde coletiva. [online]. 2010; 15: 2483-95.
4. Coutinho NM. As organizações sociais e o contrato de gestão. Rev Direito Público. 2006; 1: 25-40.
5. Lima SML. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. Rev Adm Pública. 1996; 30: 101-38.
6. Gomes MC. Organizações sociais de saúde: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Gestão pública no Brasil contemporâneo. São Paulo: FUNDAP, 2005.
7. São Paulo (Estado). Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 05 de jun 1998; v.108.
8. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3. Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
9. Braga Neto FC. Examinando alternativas para administração dos hospitais: modelos de gestão descentralizados e linha de produção. [Dissertação de Mestrado], Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ; 1991.
10. Pacheco RS. Brasil: avanços da contractualização de resultados no setor público. XI Congresso Internacional do CLAD. Cidade da Guatemala. 2006.
11. Machado RO. As organizações sociais de saúde no estado de São Paulo: um estudo comparativo de desempenho com base no contrato de gestão. [Dissertação de mestrado], Ribeirão Preto: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – USP; 2005.
12. Luedy A, Mendes VLP, Ribeiro Junior H. Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. 2012; 19: 641-59.