



Projeto Levantamento Censitário de Informações sobre os Estabelecimentos Geridos por OSS no Brasil

Percepção dos atores envolvidos nesse modelo de gestão

19 de março de 2026

Seminário de apresentação da Base de Dados das Organizações Sociais de Saúde no Brasil

Brasília, DF

Equipe Técnica



Professores:

Mônica Viegas Andrade (coordenadora acadêmica)

Bernardo Campolina (coordenador institucional)

Kenya Noronha

Pesquisador Externo:

Maíra Coube Salmen (INSPER)

Assistentes de Pesquisa:

Maria Luisa Rigotti

Henrique Bracarense

Sofia Aguiar

Bolsistas de Iniciação Científica

Clara Sanna

Carolina Carvalho

Pedro Amorim

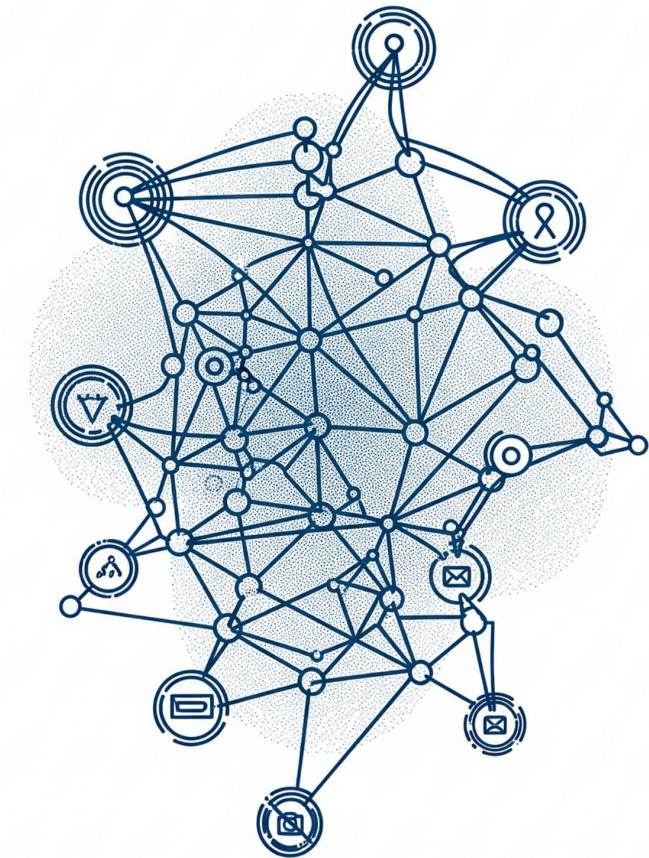
Alice Bessa

Objetivo Principal do Projeto

Atualização da Base de Dados das Organizações Sociais de Saúde e **análise da percepção dos atores** envolvidos sobre esse modelo de gestão.

Resultados de pesquisa qualitativa com atores do sistema de saúde

OSS na gestão de serviços públicos de saúde no Brasil



Contexto da Pesquisa Qualitativa

Crescimento expressivo do uso de OSS na gestão de serviços públicos de saúde, conforme documentado pela **BDOSS+**.

Modelo adotado por diversos estados e municípios para gestão de hospitais e UBS.

Debate institucional sobre eficiência, transparência, riscos do modelo e aprimoramento do Marco Regulatório.

Necessidade de compreender como o modelo funciona, fatores contratuais e institucionais influenciam seus resultados.

Pergunta Central da Pesquisa Qualitativa

Questão 1

Quais **fatores institucionais** são percebidos como relevantes para o funcionamento do modelo de OSS na gestão de serviços de saúde?

Questão 2

Como o **marco regulatório** e o **desenho dos contratos** podem, na percepção dos atores, influenciar nos resultados do modelo?

Pesquisa Qualitativa

Percepções de atores do mercado de saúde sobre o desenho de contratos de gestão celebrados entre o poder público e OSS no Brasil.

44

Entrevistas

Realizadas de forma remota e gravadas

11

Grupos de Atores

Pluralidade de perspectivas

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética da UFMG (COEP) - Processo **CAAE 90006025.9.0000.5149**

Participantes da Pesquisa

A pesquisa envolveu 44 entrevistas remotas com 11 grupos de atores do sistema de saúde brasileiro, garantindo pluralidade de perspectivas sobre o modelo OSS.

Gestores de Estabelecimentos de Saúde (GS) (N=10)

- Gestores hospitalares/UPA (N=6)
- Gestores de UBS (N=4)

Gestores de Instituições do Terceiro Setor GTS (N=10)

- Gestores de Organizações Sociais de Saúde (N=7)
- IBROSS (N=3)

Gestores Públicos (GP) (N=17)

- CONASS (N=5)
- CONASEMS (N=2)
- Gestores estaduais (N=4)
- Gestores municipais (N=6)

Outros Atores (OA) (N=7)

- Representantes de usuários (N=3)
- Especialistas (N=2)
- TCU (N=2)

Metodologia: Pesquisa qualitativa, entrevistas semiestruturadas, gravadas remotamente e transcritas para análise de conteúdo.

Categorias Investigadas



1

Desenho de Contratos



2

Marco Regulatório



3

Macroprocessos



4

Recursos Humanos



5

Compra de Insumos



6

Microprocessos



7

Volume, Qualidade e Desfecho

Categorias Investigadas



Desenho de Contratos



Marco Regulatório



Macroprocessos



Recursos Humanos



Compra de Insumos



Microprocessos



Volume, Qualidade e Desfecho

MENSAGEM PRINCIPAL

O instrumento das OSS cria condições institucionais específicas para a gestão dos serviços de saúde no SUS, mas seu desempenho depende fundamentalmente da qualidade do marco regulatório e da capacidade do Estado de estruturar e monitorar contratos de gestão.

Estrutura Analítica

O modelo OSS cria um sistema de **governança contratual**, no qual o desempenho depende da interação entre **marco regulatório, capacidade estatal e desenho do contrato**.

Percepções acerca do Marco Regulatório do modelo OSS

1. Natureza convencional do instrumento permite maior flexibilidade para repactuações

"(...) o contrato de gestão, por ele ter uma natureza convencional, ele permite uma flexibilização muito maior para você repactuar do que um contrato administrativo" -

OA21

2. Fragmentação normativa entre entes federativos pode gerar insegurança jurídica para as OSS, podendo desestimular entidades qualificadas a assumir o risco de gerir equipamentos

"(...) existe ainda uma incerteza jurídica para alguns pontos. (...) a lei das OSS, (...) na ideia deles era deixar os municípios e os estados mais livres para fazerem sua lei. (...) Algumas decisões viraram em vez de decisões administrativas, decisões jurídicas em que você vinha fazendo um jeito até que alguém toma a decisão judicial" - **GTS35**

3. Ausência de padrões mínimos que precisam ser seguidos pelos entes subnacionais

4. Aprimoramento do marco regulatório, separando as OSS das demais entidades do terceiro setor, preservando a autonomia dos entes subnacionais

"(...) uma das preocupações dos secretários eram que ele não fizesse o relatório para um projeto de lei que viesse modificar as leis estaduais ou dar algum risco jurídico para aquilo que já está funcionando nos estados. (...) Acho que o posicionamento dos estados foi no sentido de que precisa aprimorar, mas precisa garantir a autonomia, (...) se houve avanço nessa relação com OSS, foi feito principalmente pelos estados, e isso não pode ser perdido". — GP17

5. Necessidade de requalificação das OSS

"Hoje aqui a gente tem se qualificar por decreto, só que, por exemplo, a gente não tem (...) essa requalificação. (...) O decreto está ali, tem, OSS que está há 10 anos qualificada. (...) Como que a gente vai requalificar, como que a gente vai acompanhar se ela mantém a qualificação que ela obteve ali quando foi emitido o decreto, quando ela foi qualificada a primeira vez, né?" - GP41

6. Risco financeiro: garantia dos repasses pré-estabelecidos e reajustes

"(...) Se não receber o recurso e tem todo o compromisso, tem que pagar folha, aí vai ter que ir a banco (...) E todos [ente público e OSS] os dois tem que ter cuidado. O ente público que contrata qualquer um, ele tá assumindo um risco altíssimo de cidadania. A OSS que entra também em qualquer contrato, ela tá entrando no suicídio". - GTS14

O modelo OSS desloca o papel do Estado da execução direta dos serviços para a governança por contratos.

Funções do Estado:

Planejamento da rede de serviços, Estruturação dos contratos de gestão, Monitoramento da execução

*“Mas eu **estou delegando competência para alguém fazer o trabalho**. Eu não estou me livrando da responsabilidade do trabalho. Porque eu sou o delegante. **Eu preciso estar monitorando sempre o que está acontecendo com o meu delegado**”. - GP16*

*“(...) É uma parceria mesmo. Então você não vai deixar de estar lá, **você só vai ter alguém para executar, mas você tem que estar lá diariamente**. **Você tem que tá alinhado diariamente com o que a OSS tá fazendo, inclusive para você passar o que você quer, né?**” - GP39*

Capacidade estatal como pré-condição

O desempenho do modelo depende da capacidade institucional das secretarias de saúde para exercer a governança contratual.

*"(...) O **coração da OSS tá na contratualização**, certo? Ela vai funcionar ou não vai funcionar em função do contrato que está sendo feito e monitorado. (...) O que define tudo é se o ente **contratante**, a secretaria municipal, secretaria estadual, ela **tem a capacidade de formular um projeto, de elaborar um contrato e monitorar** esse contrato ao longo do tempo." — OA27*

Dimensões percebidas da Capacidade Estatal

- Capacidade institucional das secretarias de saúde para **planejar** a rede de serviços
- Capacidade técnica para estruturar contratos de gestão
- Capacidade de monitoramento e avaliação de desempenho das unidades
- Disponibilidade de sistemas de informação e indicadores de desempenho
- Capacidade de coordenação entre planejamento, contratualização e regulação do acesso

Planejamento da Rede e definição do papel da Unidade

O contrato de gestão depende da capacidade do gestor público de definir **o papel do estabelecimento na rede assistencial**

“(...) é feito um estudo de viabilidade da unidade, né? Então, a gente vai pro território, (...) analisa qual é a demanda do território e qual é a vocação da unidade, o que que eu preciso ali melhorar dentro daquele hospital para que a gente atenda às necessidades do território.”— GP02

O contrato como instrumento central de governança

O contrato de gestão estrutura a relação entre o gestor público e a OSS.

Dimensões do Contrato

- Metas assistenciais
- Indicadores de Desempenho
- Plano de Trabalho
- Memória de Cálculo
- Mecanismos de prestação de contas

“Você tem um contrato de gestão que fala do plano de trabalho, dos indicadores, das metas, dos produtos, do que vai ser entregue e você tem a memória de cálculo que é justamente a descrição de tudo que você vai gastar(...)” - GP39

*“A qualidade dessa prestação depende da **qualidade do contrato e da capacidade do gestor de fazer o monitoramento, o acompanhamento** disso, né?” - GP19*

Importância da Clareza Contratual

Riscos: Contratos mal definidos geram dificuldades de execução e conflitos entre gestor e OSS.

Problemas mencionados

- Diagnóstico inadequado
- Metas mal definidas ou inatingíveis
- Orçamentos que não refletem custos reais
- Mecanismos de prestação de contas mal definidos e demorados

“Às vezes a secretaria tem dificuldade de entender o que ela precisa (...) parece que quer fazer um contrato muito duro, quase inatingível.” — GTS35

“Depende da gestão qualificar a OSS antes de fazer a contratação, deixar claro o que que ela quer quando ela vai fazer a contratação e, principalmente, como é que ela faz o acompanhamento do dinheiro.” – OA26

“É mais ter mais capacidade de avaliar o serviço que está sendo acompanhado, o custo de acompanhar metas mais com mais (...) Avaliação ela ainda é ainda é demorada, a gente está em outubro de 2025. Eu diria que demora em torno de 1 ano passou a olhar a prestação de contas”. - GS28

Estrutura de Incentivos dos contratos

Os contratos influenciam diretamente o comportamento das organizações sociais.

Elementos dos contratos

- Parte fixa e parte variável do financiamento
- Metas quantitativas
- Indicadores de desempenho

“A minha preocupação é porque isso tá atrelado ao valor financeiro. É, nós temos a parte fixa e a parte variável do contrato de gestão e a gente fica preocupado porque tem uns indicadores que são desafiadores (...) e o corte do valor pode prejudicar a própria assistência à saúde (...)” - GS03

“Mas existe, sim, um risco de escolha de perfil de paciente, né? De tabelas específicas e de não atendimento daquilo, inclusive, que epidemiologicamente, igual eu falei, acaba sendo maior na sociedade, e que não é vantajoso financeiramente (...)” - GS05

Governança e monitoramento do contrato

A execução contratual exige acompanhamento contínuo por parte do gestor público

Mecanismos

- Fiscal do contrato
- Análise periódica de indicadores e metas
- Reuniões de acompanhamento
- Capacidade de acompanhamento e repactuação

*“Nós temos um **fiscal do contrato** (...) responsável por acompanhar nossa produção e verificar se atingimos o pactuado.” - **GS05***

*“Então, a secretaria, por exemplo, participa **de reunião semanal** para (...) discussão, por exemplo, de giro de leito, que tem um projeto que chama [nome do projeto], que é discutir a internação de pacientes que estão ali prolongando com a internação”.-*

GS34

Mensagem Final – Marco Regulatório e Desenho de contratos

- O modelo OSS não substitui o papel do Estado na gestão dos serviços de saúde. Ele redefine esse papel, deslocando o foco da execução direta para a capacidade de **contratar, regular e monitorar prestadores.**
- Seu desempenho depende da interação entre marco regulatório, capacidade estatal e governança contratual.
- **Fortalecer a governança pública é central para melhorar os resultados do modelo.**

Categorias Investigadas



MENSAGEM PRINCIPAL

A OSS atua principalmente como executora dentro da rede, enquanto a organização dos macroprocessos continua sendo responsabilidade do gestor público; portanto, o desempenho do modelo depende fundamentalmente da governança da rede e da capacidade de coordenação do sistema.

MENSAGEM PRINCIPAL SOBRE MACROPROCESSOS

O modelo estabelece uma separação institucional entre a **governança da rede e regulação do sistema** - atribuída ao gestor público - e a **execução da assistência** - atribuída à OSS.

Os desafios de integração na rede variam **conforme o tipo de estabelecimento**

Os problemas de integração da rede não estão diretamente relacionados ao modelo de gestão (OSS ou administração direta) **mas dependem da capacidade de governança**

A integração da rede não depende do modelo de gestão

“Então, isso é um desafio pro SUS como um todo, independente da forma de contratualização ou de gestão, né? (...) Então esse é um processo que é um desafio para todos nós, constitui um processo de governança regional, onde a gente consiga instituir protocolos e diretrizes terapêuticas e organizar a regulação de forma a garantir o acesso de forma oportuna. O contato para transferência, para assistência desses estabelecimentos com a regulação continua o mesmo, independente do tipo de contrato (...) e depende da organização.” - GP30

“Onde o gestor tem a capacidade de fazer uma boa regulação, uma boa articulação entre atenção primária, ambulatorial especializada e hospitalar, você consegue fazer uma integração, quer dizer, você consegue trabalhar em rede, em rede assistencial. E isso não é o hospital, não é a OSS que administra o hospital que é responsável, ela é uma um dente nessa engrenagem. Isso depende do gestor. Há gestores que têm essa capacidade e há outros que não”. - GP19

“A OSS que ela não tem que fazer nada disso, né? Quem tem que fazer é a gestão e ela tem que participar do comitê gestor da rede como prestadora de serviço que ela é, entendeu?” - GP15

Os desafios de integração na rede variam **conforme o tipo de estabelecimento**

Maior previsibilidade em estabelecimentos porta fechada **Absenteísmo dos pacientes**

*“É uma unidade mais tranquila, eram cerca de 2000 a 2500 consultas por mês. Era um contrato que girava muito redondo, porque a unidade era totalmente previsível. Você já sabia a meta do contrato de gestão, quanto tinha que fazer. Estava quase 100 por cento na nossa governança. (...) Lá em [local], atendia a 7 municípios do entorno e era uma dificuldade, porque por mais que se desse a vaga ao município, o paciente tinha que chegar. Como era uma região carente, nem sempre as prefeituras disponibilizavam o transporte”. - **GS28***

Em unidades porta aberta há mais retenção de pacientes graves devido a dificuldades de transferência

*“(...) Algumas dificuldades da UPA : primeiro por ser porta aberta; segundo porque temos as salas Amarela e Vermelha e, às vezes, essas salas terminam virando uma unidade de internação. Ou seja, ela vira unidade de internação e o custo da gestão daquele paciente, até ele ser eventualmente transferido para outra unidade (...) Porque depende do sistema central. (...) E aí entra outra imprevisibilidade: você se programa para ficar com o paciente até 24 horas. Mas já vi paciente lá ficar até 20 dias, porque eu não conseguia transferir ele para outra unidade. E aí tudo é custo”. - **GS28***

Capacidade de gestão da rede impacta nos indicadores do estabelecimento gerido pela OSS

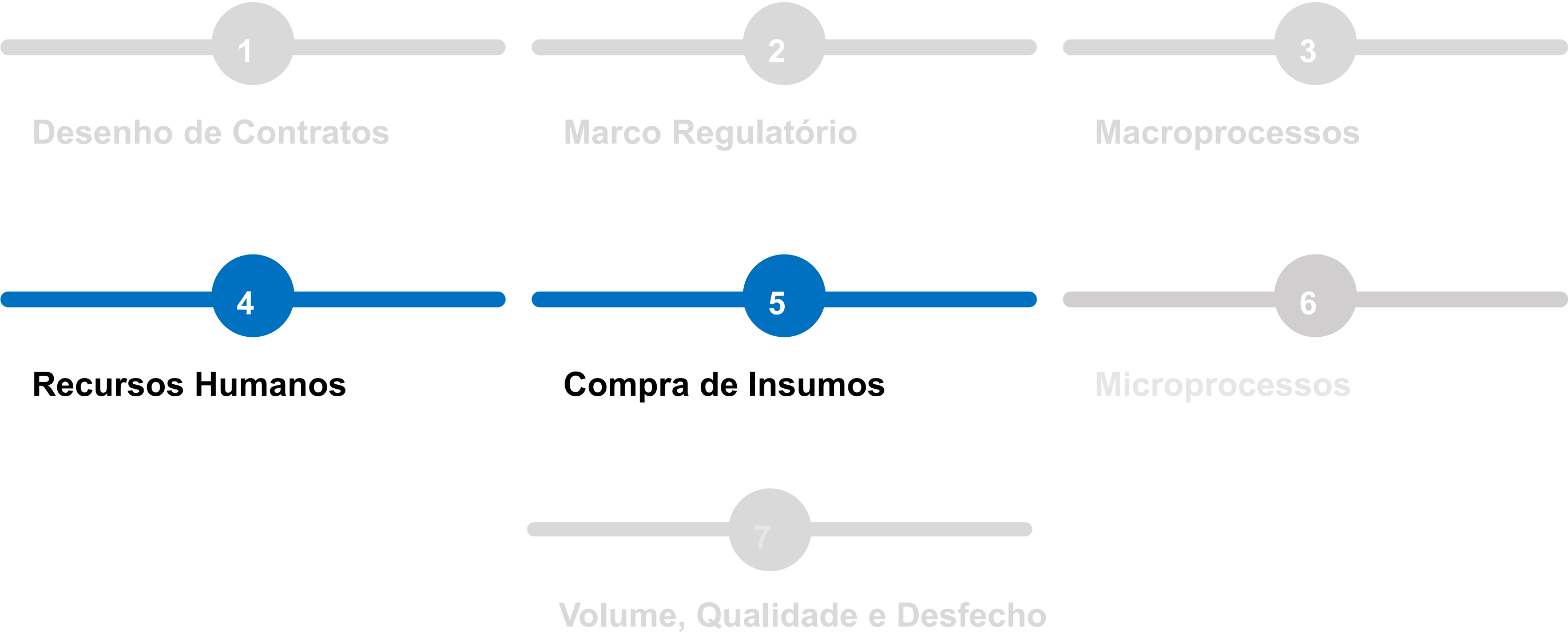
*“Também tem um outro ponto que está crescendo muito no hospital são os **serviços que deveriam ser prestados pela atenção básica que estão sendo prestados dentro do hospital.**” – OA21*

*“Paciente, ele chega na UPA e precisa ser transferido para uma referência e isso é uma coisa ainda muito complexa. É a **dificuldade da alta complexidade em referenciar** e referenciar pros outros níveis (...) porque **você tem o estrangulamento aí nessa parte da alta complexidade, né?**” - GP34*

*“(...) geralmente o paciente chega, faz uma cirurgia de alta complexidade, faz uma cirurgia de média complexidade e ele se torna baixa complexidade. **Então eles têm evoluído muito nessa parte de é fazer a transferência de cuidado da baixa complexidade.**(...) Então, principalmente a nível de ortopedia, eles têm trabalhado muito a questão de osteomielite, porque aí são internações prolongadas que ficava ali travando o leito”. – GP02*

*“Então, realmente, essas **questões sociais, a gente ainda tem alguns entraves para essa desospitalização mais rápida,** mas a nível de rede, tanto na parte do receber quanto na parte do encaminhar, eles já têm evoluído bastante. Então, eu considero isso como uma qualidade assistencial, porque o paciente ele tem que tá no lugar certo, na hora certa, né?”
- GP02*

Categorias Investigadas



MENSAGEM PRINCIPAL

O modelo de gestão por OSS amplia a capacidade gerencial dos serviços ao permitir maior flexibilidade na contratação de profissionais e na aquisição de insumos; contudo, essa mesma flexibilidade também traz desafios relacionados à rotatividade da força de trabalho, ao vínculo dos profissionais com o sistema público e aos mecanismos de fiscalização das compras e contratações.

Recursos Humanos e Insumos: Mecanismo Central

A percepção predominante entre os entrevistados é que o modelo de OSS introduz **maior flexibilidade gerencial na contratação de recursos humanos e na aquisição de insumos**, reduzindo restrições burocráticas associadas à administração pública direta.

Dimensões da Flexibilidade: Contratação e gestão de pessoal, aquisição de insumos e negociação com prestadores e fornecedores

“(...) as OSS elas chegaram e elas conseguiram, ter esse espaço tão grande por conta de uma dificuldade muito grande que a gente tem de limitações administrativas e orçamentárias da gestão de forma direta, é a questão de restrições legais burocráticas para contratação de profissionais, para compra e aquisição de insumos, a questão de licitações. E aí as OSS elas chegam com essa maior flexibilidade para que isso aconteça”. - GP29

“O que que a legislação do SSA me permite ser mais eficiente? Eu consigo fazer compras, eu consigo negociar preços melhores e fazer compras melhores, no que diz respeito até a qualidade do que na própria gestão pública. A gente consegue barrar itens por falta de qualidade, ou por qualquer item que a gente entenda que é um risco assistencial. A compra é feita pelo mais barato, a gente leva tudo isso em conta, mas a gente consegue fazer uma negociação com o fornecedor”. - GS05

A maior flexibilidade gerencial produz **ganhos operacionais concretos percebidos na capacidade de resposta e organização dos serviços.**

Maior previsibilidade financeira e uma gestão mais próxima de custos reais

*“(...) quando você faz um contrato de gestão, você **define um orçamento e a OSS, em tese, ela tem a segurança de que aquele recurso tá garantido (...)** E outra coisa, **os custos quando você trabalha com OSS, você trabalha mais próximo de custos reais (...)** Agora, se a OS ela tem a capacidade de negociar porque o fornecedor sabe que vai receber aquilo que ele entregou, você consegue obter um preço muito melhor, coisa que na administração direta nem sempre acontece.” - **GP19***

Ampliação da Capacidade Operacional

“Então, geralmente a minha escala ela não é a escala ideal, ela já é no meu dia a dia, na minha rotina, uma escala contingenciada. (...) Então, nós tivemos a oportunidade junto ao parceiro de fazer melhorias no quadro de profissionais. Então, nós tínhamos acho que seis leitos de clínica médica fechados por falta de técnico de enfermagem. Então, logo na transição, no primeiro período avaliatório, nós tivemos já a regularização por parte do parceiro. Então, eles contrataram profissionais e a gente conseguiu reabrir os leitos que antes estavam desativados por falta de profissional”. - GP02

Maior Eficiência Logística: redução de estoques

*“A gente consegue ter um **estoque de rotatividade maior**, né? Hoje, a gente já conseguiu chegar **num estoque de 60 dias**, que é um estoque seguro para nossa atividade, e **bem menor do que o que ele era no início**. Então, eu não deixo o dinheiro parado no estoque, eu **faço o giro de dinheiro**, né? (...) Consigo negociar, às vezes, entregas mais parceladas, que também me auxilia com espaço de guarda, com data de validade”. GS05*

Riscos associados a Flexibilização Gerencial

1. Fragilização do vínculo institucional com município e com o SUS e descaracterização da atenção básica

“Um grande desafio a questão da descaracterização da atenção básica, né? (...) do papel dela ali como coordenadora e coordenadora do cuidado, o papel dela como responsável por aquele território. Quando a gente vem com esse papel de terceirização (...) a gente pode fazer com que aqueles profissionais que estão ali, eles não se sintam pertencentes a à aquela gestão municipal. A responsabilidade com aquele território, é o enfraquecimento da governança municipal também, porque o gestor ele passa a mediar a política ali por contratos, ele não tem mais, né, é, o vínculo direto de contratação e de monitoramento (...) É porque é uma questão de ruptura de vínculo, né? ele tem que se enxergar como um servidor municipal, mas que tá sendo gerido por uma instituição terceirizada. E isso, eu acredito que isso pode dificultar, né, consolidar o processo de trabalho coletivo, o sentimento de pertencimento à rede SUS”. – GP29

2. Precarização e rotatividade da força de trabalho

“O que a gente sabe que é muito difícil é a introdução do corpo clínico dos médicos em todos esses processos, até porque por contratação de meio PJ é uma escala muito grande. Então hoje é um médico, amanhã é outro. Então tem aderência deles em treinamento, não é fácil”. - GS23

“Aí como risco, assim, eles são menos engajados, como eu falei, o servidor público tem um engajamento diferente, ele é mais chato, ele é mais reclamão, ele vai lá cobrar os seus direitos, ele vai botar o sindicato lá dentro, mas enquanto força operacional na ponta é muito diferente, ele se sente parte do processo de saúde pública mesmo, né? E o colaborador externo ele não é assim. (...) Então, a gente notou a rotatividade sim, apesar de ela ser menor até do que a anterior nos PSS, mas ela existe, tá? É uma coisa que a gente não pode deixar de considerar, não. A diferença é que ele consegue repor rapidamente”. GS10

3. Riscos de Governança e Controle

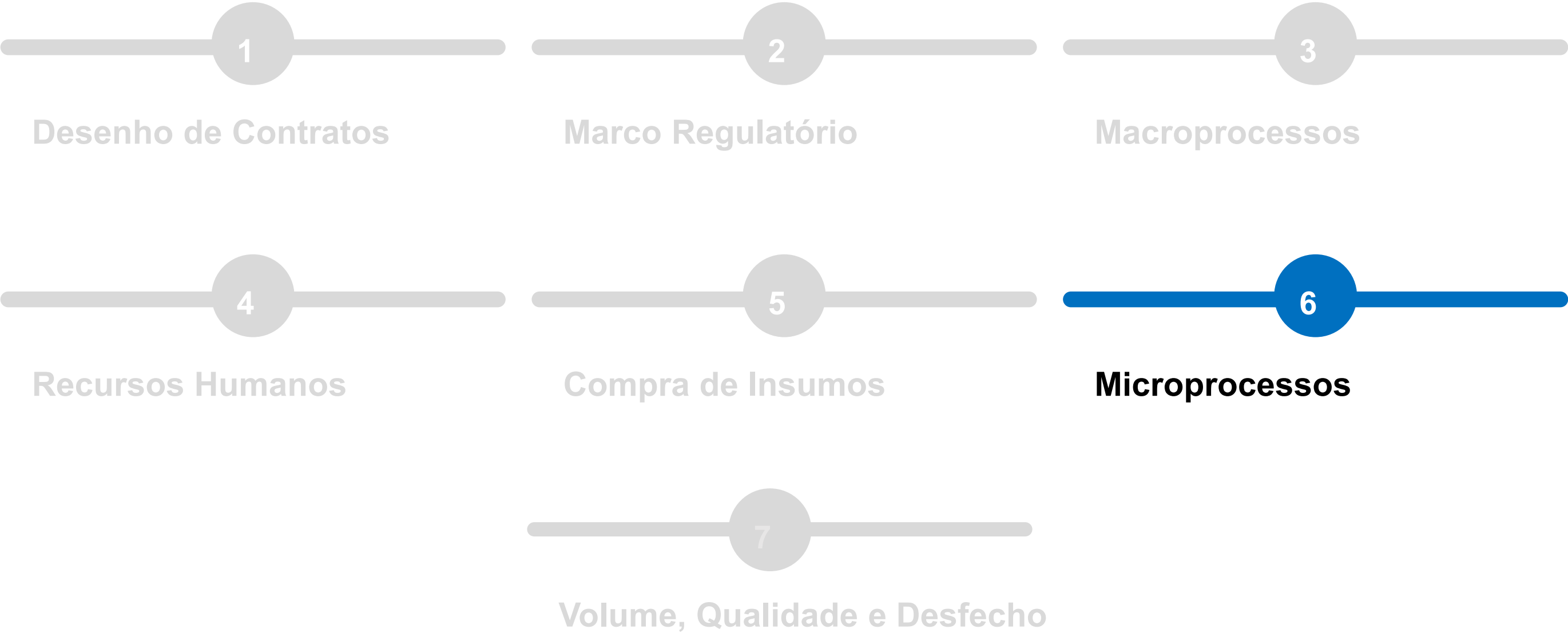
*“(...) mas aí hoje tu tens no Brasil um fator político muito forte. (...) pela experiência que eu tenho de Brasil, **muitos parlamentares têm vínculo com entidades que prestam serviço na saúde.** E você, quando tem um contrato, você tem uma equipe de auditoria para poder fazer as glosas, né? Agora vá glosar um faturamento de uma entidade aí vinculada a algum deputado para te ver o problema que vai dar. Então é isso. OSS não é diferente. Então você quer romper com uma OSS, você hoje não consegue, porque você vai correr risco de ser decapitado da função pública por interferência parlamentar. É um problema”.* -

GP16

*“(...) o modelo de organização social, obviamente, ele tem uma razão de ser, né? Ele veio para dar mais celeridade, mais agilidade, mais flexibilidade para os gestores públicos, né? Mas com grandes poderes, **vêm grandes responsabilidades.** (...) Então, na minha experiência de combate a fraude e corrupção havia problemas. Eu lembro de coisas históricas do tipo olha a gente roubava desde o peso da roupa da lavanderia, o preço dos medicamentos, **superfaturavam, basicamente, superfaturamento, né?**” -*

OA22

Categorias Investigadas



MENSAGEM PRINCIPAL

As OSS ampliam a capacidade de reorganizar microprocessos assistenciais e administrativos por meio do uso intensivo de informação gerencial e ferramentas de gestão. No entanto, a falta de interoperabilidade com os sistemas oficiais do SUS cria um descompasso que pode dificultar a regulação, a transparência e a integração efetiva da rede pública de saúde.

Microprocessos Assistenciais

1. Uso de plataformas de gestão e BI

Plataformas de BI permitem monitorar trajetórias de pacientes e apoiar decisões clínicas e gerenciais em tempo real.

“(...) Um dos BI que a gente tem na assistência, a gente consegue enxergar qual o horário que o paciente da primária procurou o pronto atendimento pra gente entender o seguinte, por que ele foi no horário que a unidade estava aberta, por que ele não foi na unidade, qual que era a queixa dele? E aí a gente tenta fazer esse resgate para trazer ele para a primária, para ele não ir para a secundária” — GTS36

“(...) eu tenho o relatório do programa hipertenso, o relatório do programa diabético, o relatório do programa da gestante. E eles não cruzam informações entre si. (...) E aí a gente teve que desenvolver internamente aqui, com nosso setor de tecnologia da OSS, um BI para que a gente conseguisse de fato fazer essa interconexão dos relatórios e isso facilitasse para a equipe assistencial as tomadas de decisão e monitoramento estratégico aí de cada unidade, né?” — GS42

2. Fluxo assistencial e resolutividade do cuidado

Adoção de metodologias que permitem melhorar o fluxo assistencial e a resolutividade do cuidado

*“(...) um projeto muito bom é o **LEAN** nas emergências, (...) que é um projeto que eles otimizam o atendimento de emergência para evitar aqueles corredores (...) lotados, otimizando todo um processo de atendimento para evitar que os pacientes fiquem esperando por dias a fio por um determinado procedimento que se fosse organizado, seria feito no tempo certo, num custo menor. Então é essa expertise que a gente buscou muito deles.” – GP17*

“(...) para tornar a atenção primária à saúde mais resolutiva, a gente tem o processo da tutoria, que é o matriciamento com médicos especialistas para discussão de caso e apoio na tomada de decisão pelo médico generalista. Então, esse já é um processo de regulação interno ali. Antes de colocar na fila de espera, se eu vejo no protocolo que é verde e azul, eu já preciso me atentar de que eu não devia estar encaminhando e sim discutindo com o tutor, passando esse caso de forma compartilhada com meu tutor de referência.” – GS42

1. Custos/DRG/centros de custo

Maior capacidade de gestão baseada em custos

“(...) O conhecimento que eles [OSS] têm, por exemplo, sobre o uso de DRG. Esses hospitais são muito, muito bem formados nessa questão de custo e centro de custos. Ele sabe quanto custa cada centro de custo de cada espaço do hospital. (...) Então, esse conhecimento prévio de centro de custos, de analisar impactos, que também a gente queria que aparecesse bastante na relação com o pessoal dos estados, né, que é justamente essa fragilidade saber definir eficiência, mas principalmente definir custo para poder definir eficiência”. — GP17

“Hoje, um dos grandes desafios é fazer com que o Estado, que é nosso contratante acompanhe a velocidade da OSS. A gente (...) está sempre buscando desenvolver tecnologia para as unidades que estão sendo geridas por ela. (...) a gente tem uma plataforma de custos (...) a gente já vem desenvolvendo há um bom tempo. Mas o Estado ainda não tem essa maturidade. Eles começaram agora a pouco a trabalhar essa questão de custo e tentar uniformizar” – GS28

2. Modernização de rotinas administrativas, logística e controle de estoque

Modernização das rotinas administrativas (contábil-financeiras e prestação de contas) e no fortalecimento da gestão de estoques e compras, com uso de plataformas administrativo-financeiras integradas para reduzir desperdícios e retrabalho.

“(...) Ela tem um sistema de gestão que ela faz toda a parte de contabilidade, prestação de contas, financeiro, contratação, folha, folha de pagamento, parte de DP, parte gerencial. Então nós temos algumas plataformas de gestão (...) é a questão de ferramentas para a equipe, para a liderança”. — GTS36

“A gente tem uma plataforma de compras de leilão reverso. Esse pedido chega na minha matriz, que imediatamente joga nessa plataforma de compras de leilão reverso. Então, em média, um item de medicamento que tem muitos laboratórios ofertando, eu tenho, às vezes, 60 cotações. (..). E aí eu seleciono ali o menor preço ou o melhor preço (...)”. – GTS13

“E todos os nossos processos de trabalho, tanto assistenciais como administrativos, eles rodam dentro do TASY. (...) além do prontuário eletrônico, a gente tem em todos os módulos: custo, faturamento, controladoria, compras, auditoria. (...) a gente também tem um BI que extrai todos os relatórios necessários de todas as áreas do hospital, de dentro do TASY”. – GS05

Tensão entre inovação organizacional e integração sistêmica

Uso de **sistemas próprios** que frequentemente **não conversam com os do SUS**

As principais consequências são:

- 1) Enfraquecer o acesso oportuno do gestor público às informações fragilizando o monitoramento contratual
- 2) Redobrar o trabalho dos gestores de instituições geridas por OSS uma vez que precisam lançar as informações nos dois sistemas

Microprocessos - Riscos

“(...) Nós usamos o Tots e ele não conversa com o MV e tinha que usar o MV e a secretaria o tempo todo. (...) Por fim, hoje a gente sobe em dois lugares. A gente sobe no MV e sobe na nossa plataforma, mas eles não se conversam”.

– **GS23**

“Ele [o sistema de custos da OSS] está desconectado [com o sistema do SUS] e foi uma coisa assim que é realmente um gargalo, porque desde o início da descentralização da gestão eu tenho conversado com a própria comissão e com a [instituição gestora], para que a gente consiga ajustar essa questão dos custos hospitalares e a gente não caminhou com essa questão ainda”. –

GS03

*“(...) na UPA, que é vinculada a uma OSS, o sistema é diferente, ele não tem conversa, a gente utiliza aqui o PEC, lá eles utilizam o MV. Então a gente não tem essa visão da continuidade do cuidado. (...). Foi uma fragilidade no contrato (...). Porque deveria ter sido previsto que eles usassem o sistema nosso, o PEC, e hoje a gente encontra resistência para colocar esse sistema lá. Então tudo que é previsto anteriormente de contrato fica mais fácil, mas não pactuou antes, é complicado mudar depois”. – **GS34***

Os principais ganhos do modelo OSS parecem ocorrer no nível dos microprocessos organizacionais, enquanto os macroprocessos continuam dependentes da capacidade estatal de coordenação da rede.

Categorias Investigadas



Desenho de Contratos



Marco Regulatório



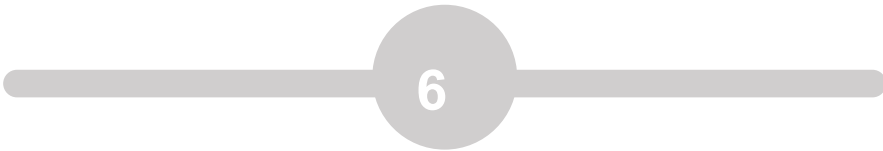
Macroprocessos



Recursos Humanos



Compra de Insumos



Microprocessos



Volume, Qualidade e Desfecho

MENSAGEM PRINCIPAL

A gestão por OSS aumenta o volume do cuidado assistencial e melhora a qualidade dos processos internos e infraestrutura, mas pode ampliar o risco de priorizar a produção em detrimento da resolutividade.

MENSAGEM PRINCIPAL SOBRE VOLUME, QUALIDADE E DESFECHO

Volume - Benefícios Percebidos

A gestão por OSS amplia a capacidade produtiva das unidades devido a maior velocidade de resposta e flexibilidade operacional em comparação à gestão direta.

Ampliação do volume assistencial

Unidades geridas por OSS apresentam **maior produção** de consultas, procedimentos e internações, contribuindo para redução de filas.

Acesso ampliado inclusive em territórios vulneráveis

OSS viabilizaram a **implantação de serviços em regiões com histórico de baixa oferta**, melhorando cobertura territorial.

Volume

Redução de filas e tempo de espera

“Para vocês terem uma ideia, no primeiro mês de operação, a gente saiu de 50 cirurgias para 114 cirurgias, apenas com restabelecimento de contratos, né, readequação de escala e fornecimento do insumo necessário para a realização de procedimentos. Hoje é um hospital que realiza em média 350 cirurgias com potencial a realizar 500”. - GTS31

Acesso ampliado inclusive em territórios vulneráveis

“Quando a OSS chega, ela traz profissionais em geral, especialistas que melhoram muito, né? mesmo com que fiquem lá de plantão à distância, a hora que precisa ele vem e atende. Então eu acho que melhorou muito a qualidade, principalmente quando isso foi pro interior em que a OSS conseguiu trazer mais esses profissionais para disponibilizar nos serviços, né?” – GP15

Boas Práticas de Gestão

Maior abertura das OSS para adotar boas práticas de gestão assistencial, uso de protocolos clínicos atualizados, e busca pela qualidade incluindo acreditação dos hospitais

“Eu falo, ó, primeiro que o [nome do Hospital] tem certificação e foi considerado o melhor hospital do Brasil, público, gerenciado por OSS há uns dois anos atrás, eu acho. (...) E por quê? porque ele cumpre a meta e ele cumpre a meta com muita qualidade”

– GTS04

“A gente não tem DRG, mas a gente trabalha com LEAN nas emergências e a gente tem um processo de giro de leito que é assim pesado, forte”. – GTS11

“Ou seja, são determinadas categorias médicas (...), que não precisa dele dentro do hospital o tempo todo, mas se ele for acionado, ele tem que estar ali em x tempo, isso tudo foi organizado. Então, tinha um regramento. Como o parceiro não tem esse regramento, e lá, como eu falei, tem uma certa escassez do profissional médico, então, a tendência é eles quererem impor lá os desejos e as vontades e o parceiro ir cambaleando e tentando solucionar. E essa foi a questão com recursos humanos, em especial no médico. (...) É, e o bacana foi completar a escala. Isso aí foi sensacional. (...). Não teve pronto socorro fechado mais, a gente conseguiu dar uma vazão muito grande na fila de espera das cirurgias, tá? – GP10

Qualidade

Infraestrutura, Processos e Satisfação dos Usuários

Melhor infraestrutura e manutenção, equipamentos mais atualizados e processos administrativos mais ágeis, maior satisfação do usuário principalmente com limpeza

“Nós tínhamos UPAs extremamente sucateadas com atendimento de profissionais que eram até qualificados, mas às vezes faltava insumos básicos para o serviço de urgência e emergência. (...) E quando nós tivemos as OSS na cidade, (...), eu percebi que as paredes ficavam sempre limpas, as macas sempre eram novas, nós éramos sempre capacitados, e que nós tínhamos sempre que cumprir as metas”.— GP09

“(...) eles já reformaram a unidade que estava, uma estrutura muito antiga, né? (...) Traz um ambiente mais humano, mais interessante pra população. Você chega lá e tá bonito o hospital, (...) Revitalizaram o chão, colocaram sinalização de chão (...) Melhoraram a cara da recepção, trocaram várias portas que estavam muito ruins. Então (...) os jardins, o pessoal é encantado com jardins.” – GP10.

Qualidade

Infraestrutura, Processos e Satisfação dos Usuários

Melhor infraestrutura e manutenção, equipamentos mais atualizados e processos administrativos mais ágeis, maior satisfação do usuário principalmente com limpeza

“Eu escutei muitas vezes falar assim, o [nome do hospital] parece um hospital privado. (...). Eu lembro de um paciente chegou para mim e falou assim: “Doutor, eu sabia que aqui não era público. Olha aí, eu não tenho condições de pagar isso não, doutor”. “Não, não, o senhor já pagou, os impostos do senhor já pagaram isso”. (...) E a fala era: “Aqui funciona melhor que o hospital privado”. Então acho que a OSS ela veio com dinheiro público entregar uma medicina de qualidade. Muitas OSS sérias buscaram isso, buscaram certificação de qualidade, buscaram é serem melhores através da sua produção, entrega de fato.” – GTS35

Qualidade – Desfechos Clínicos e Indicadores Operacionais

“Então a gente conseguiu já ver que a implementação de alguns processos já conseguiu reduzir tempo de internação que às vezes ficava superior a 10 dias. Hoje o nosso tempo de internação tá inferior a 3 dias”.— GS24

“(…) A gente conseguiu observar além dos desfechos de mortalidade, tempo de internação reduzido, (…) a gente implementou os sistemas de infecção relacionados à saúde, mas houve redução desse índice. Não tem os dados exatos, mas a gente conseguiu ver que teve redução” – GS24

“Olha, o [nome do hospital] é destaque em relação a essa questão do DRG e resultado assistencial. Já ganhou um prêmio no início do ano, vai receber um agora com melhor taxa de mortalidade do rol de hospitais que ele equivale no case mix. (…) Então, além da produção quantitativa, qualitativa, a gente tem a manutenção ou melhoria dos indicadores, e algumas premiações aí que estão aparecendo e a busca aí pela certificação” – GP10

Qualidade: Continuidade Assistencial

Em algumas unidades, percebe-se melhor coordenação interna entre equipes multiprofissionais, favorecendo a continuidade do cuidado ao longo da internação ou do seguimento ambulatorial

“(...) Anteriormente, por exemplo, nós tínhamos uma espera muito longa pro atendimento nas nossas unidades. O usuário ficava aí 7 horas, 6 horas para poder ser atendido e hoje ele não ultrapassa o tempo estabelecido com o protocolo que nós utilizamos, né, que é o protocolo de Manchester. (...) Então, assim, o volume de atendimentos e o acesso aos serviços de saúde, tanto o acesso ao serviço como a qualidade daquilo que é ofertado, né? É muito rápido. Nós não temos dúvidas com relação a isso. É, oferta de exames, oferta de procedimentos, a gente amplia muito o leque daquilo que é ofertado entre a administração pública e um contrato”. – GP20

“(...) E a partir disso começou realmente a evoluir em produção. Como em cirurgias cresceu 30% nesse período de tempo. (...) Tinha urgência programada mais a eletiva, então a eletiva sempre ficava coitada para depois. A gente tinha a ideia de fazer um projeto com eles de mutirão, sabe, para poder conseguir dar vazão. Não precisou, liquidou a fila sem mutirão. É, então foi muito muito bacana. Exatamente por conta de uma composição de escala médica, que era o grande problema lá, conseguiu dar uma vazão muito maior. Lá não tinha anestesista, gente. Então, assim, pulava a escala do anestesista. Então, cirurgia lá não ocorria na capacidade máxima do bloco, no tempo máximo, sempre com esses buracos, desmarcava cirurgia, o paciente ficava, enfim, naquele contexto vai e volta, às vezes ele já tinha até entrado na unidade, tinha que dar alta, muito complexo, né? Então isso aí é bem nítido”. – GES10

Quantidade vs. Resolutividade

O aumento de volume de procedimentos não garante resolutividade.

A pressão por produtividade **pode reduzir o tempo médio** de consulta, prejudicando o vínculo terapêutico, especialmente na APS

*“(...) não posso dizer que eu ter números é eu ter qualidade, (...) porque **eu tenho que ter número e tenho que ter responsabilidade no território. A atenção básica, ela preza o quê? A prevenção e a promoção, ela preza a gente ter a responsabilidade do cuidado dentro do seu próprio território, é, o vínculo da pessoa com a equipe. E eu ter esses números não quer dizer que eu vou estar tendo tudo isso, né, que são os princípios básicos ali da atenção básica.**” — GP29*

*“(...) O parâmetro da Secretaria, garante aí então uma agenda de uma consulta a cada 15 minutos para esses pacientes da Atenção Primária. (...) **Então a gente considera hoje o tempo de consulta insuficiente para a maior parte das demandas. Então acaba que os médicos fazem atendimentos prolongados, fica com banco de horas, depois eu preciso dar folga para conseguir compensar, enfim. Hoje é uma queixa frequente, assim. E a gente tem uma governabilidade pequena sobre isso, né?**” — GS42*

*”Aí você acaba sendo forçado a fixar metas por procedimento. (...) **Eu posso atrair uma instituição boa, mas a forma como eu a remunero não entrega valor pro paciente, que é a remuneração por produção. Eu disse, remuneração só por produção, sem avaliar desfecho, isso não é incentivo para valor e saúde, não. (...) a gente tem que começar a incluir indicadores de desfecho** — OA21*

Metas de produção como indutor de distorções

Contratos baseados em procedimentos, sem metas de desfecho, podem estimular superoferta de serviços de menor complexidade em detrimento da atenção integral.

“A gente tem procedimentos que não são pagos na sua plenitude, existe um déficit. Então, normalmente a gente vê prestadores que não são da gestão direta, ou mesmo o SSA, (...), eles podem delimitar qual procedimento eu vou atender, qual o número por mês eu vou atender, daquele que é mais rentável e daquele que é menos rentável. Então, existe uma conta que ela tem que fechar no final do mês, né? Isso é arriscado, porque não vai ao encontro da necessidade da população real.” – GS05

“(...) os nossos sistemas de faturamento (...), eles não estão formatados ainda para pagar por desfecho, a gente paga por procedimento. Aí você acaba sendo forçado a fixar metas por procedimento. Eu posso atrair uma instituição boa, mas a forma como eu a remunero não entrega valor pro paciente, que é a remuneração por produção. (...) – OA21

Qualidade – Riscos

Rotatividade de profissionais

A alta rotatividade, é apontada como um risco central à qualidade, sobretudo na APS: dificulta a criação de vínculo e afeta a continuidade do Cuidado

“Então é nesse sentido, a forma de contratualização, ela não interfere; se é direta ou não. Depende do contrato que você fizer, depende da capacidade de gestão que cada um desenvolve. Mas nessa fragilidade da continuidade, né, do cuidado, eu acho que independente da forma de contratualização, ela interfere bastante na organização da saúde para cuidar do paciente. (...) por exemplo, entra uma gestão nova, manda todo mundo embora que era da oposição. Não contrata outra OSS, contrata outro serviço, seja profissionais novos que não sabem o que estava acontecendo antes, entendeu? Começa do zero tudo de novo. Isso tem impacto importantíssimo no cuidado, entendeu?” – GP30

“As UBS perderam os vínculos com os territórios, porque antes você tinha um médico lá que era há anos o mesmo médico, conhecia a história inteira da sua família. Então, para doenças raras, isso era perfeito, era o mundo ideal, porque você, como são doenças majoritariamente hereditárias, genéticas e hereditárias, então você tem ali um médico que conhece todo o histórico familiar. Então, o vínculo que se perdeu com a terceirização, com as OSS foi terrível. Eu acho que esse é o maior a maior perda que a gente teve por conta de rotatividade de profissionais”. – OA44

Implicações e Recomendações

Marco regulatório e desenho de contratos

Avançar na definição de **padrões mínimos e maior harmonização normativa** entre entes federativos

Aperfeiçoar o desenho contratual, com **maior clareza de metas, indicadores e mecanismos de revisão**

Capacidade estatal e macroprocessos

Fortalecer a capacidade do Estado em **planejamento, regulação e coordenação da rede**

Integrar a contratualização com a lógica da rede assistencial e da regulação do acesso

Recursos humanos e insumos

Desenvolver estratégias para **reduzir rotatividade e fortalecer vínculos com o SUS**

Aperfeiçoar mecanismos de **controle e transparência nas compras e contratações**

Implicações e Recomendações

Microprocessos organizacionais

Incentivar a adoção de **ferramentas de gestão, BI e monitoramento de desempenho**

Promover maior **integração e interoperabilidade dos sistemas de informação com o SUS**

Volume, qualidade e desfechos

Incorporar **indicadores de desfecho e valor em saúde** nos contratos

Alinhar incentivos para evitar foco exclusivo em produção e estimular **resolutividade do cuidado**

A principal implicação é que o debate não deve ser sobre expandir ou reduzir o modelo, mas sobre como aprimorar sua governança, seus contratos e sua integração com o sistema de saúde.



OBRIGADA

Contato: mviagas@cedeplar.ufmg.br