

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ana Caroline Barbosa Vergueiro¹

Maria Massari Venticinque²

**Monitoramento dos Serviços Prestados pelas Organizações Sociais de Saúde:
Padronização dos Quadros de Equipe Dimensionada e Metas de Produção dos
Contratos de Gestão no Departamento de Atenção Especializada**

Orientadores

João Mauricio Peres Mainenti - DAE/SEABEVS/SMS

Valdir Monteiro Pinto - DAE/SEABEVS/SMS

São Paulo

2025

¹ Residente em Gestão Pública pela Prefeitura de São Paulo. Bacharel em Obstetrícia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo. Pós-Graduada em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.

² Residente em Gestão Pública pela Prefeitura de São Paulo. Bacharel em Administração Pública pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas (FGV- EAESP).

Resumo

A gestão pública no município de São Paulo passa por um processo contínuo de transformações, especialmente com a adoção da gestão por resultados nos serviços de saúde. No âmbito do Departamento de Atenção Especializada, a ausência de padronização nos contratos de gestão firmados entre a Secretaria Municipal da Saúde e as Organizações Sociais de Saúde evidencia fragilidades nos processos de monitoramento e avaliação dos serviços prestados. Diante desse cenário, este trabalho tem como objetivo propor a construção de um modelo padronizado do Quadro de Equipe Dimensionada e Metas de Produção, voltado à Atenção Especializada Ambulatorial. Para tanto, foi adotada a metodologia de análise de conteúdo de Laurence Bardin, que orientou um processo composto por diagnóstico da rede, análise documental, revisão da literatura sobre o modelo gerencial em saúde e a gestão por resultados. A proposta resultante busca fortalecer a capacidade de gestão da Secretaria Municipal da Saúde, promovendo maior transparência, padronização e qualidade na oferta dos serviços especializados.

Palavras-chave: Contrato de Gestão. Monitoramento. Organizações Sociais de Saúde. Atenção Especializada Ambulatorial.

Lista de Abreviações e Siglas

Ambulatórios de Especialidades (AE)
Atenção Especializada Ambulatorial (AEA)
Atenção Médica Ambulatorial Especializada (AMA-E)
Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Centro de Apoio à Contratualização e Avaliação de Contratos (CACAC)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
Centro de Exames da Mulher (CEM)
Centro de Referência da Dor Crônica (CR-DOR)
Centro de Referência da Saúde Integral para a População de Travestis e Transexuais (CR-POP TT)
Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)
Contrato de Gestão (CG)
Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde (CPCS)
Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)
Cuidados Continuados Integrados (CCI)
Departamento de Atenção Especializada (DAE)
Departamento de Avaliação e Monitoramento Financeiro (DAFIN)
Departamento de Prestação de Contas (DPC)
Divisão de Acompanhamento Financeiro (DIAF)
Divisão de Apoio Técnico e Administrativo (DATA)
Divisão de Avaliação e Monitoramento Assistencial (DAMA)
Hospitais Dia (HD)
Organização Social (OS)
Organizações Sociais de Saúde (OSS)
Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS)
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)
Serviço de Referência de Mama (SRM)
Sistema de Gestão de Assistência à Saúde (SIGA Saúde)
Sistema Único de Saúde (SUS)
Supervisão Técnica de Saúde (STS)
Termos Aditivos (TA)
Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. METODOLOGIA.....	7
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.1. Gestão da Saúde Pública no Município de São Paulo.....	9
3.2. Contratos de Gestão.....	10
3.3. Avaliação e Monitoramento dos Contratos de Gestão.....	14
3.4. Avaliação e Monitoramento no Departamento de Atenção Especializada.....	16
4. PROPOSTA DE MELHORIA.....	18
4.1. Problema Identificado e Solução Proposta.....	18
4.2. Modelo a ser Implantado.....	18
4.3. Implantação do Modelo Proposto.....	20
4.4. Cronograma.....	22
4.5. Resultados - Quadro de Equipe Dimensionada e Metas de Produção dos Contratos.....	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	26
Anexo I - Organograma e Estrutura Administrativa.....	30
Anexo II - Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal de São Paulo por Coordenadoria Regional de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde e Distrito.....	31
Anexo III - Mapa das 23 Áreas Geográficas com Contrato de Gestão.....	32
Anexo IV - Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS (Administração Pública Municipal) por Coordenadoria Regional de Saúde.....	33
APÊNDICE I	34
APÊNDICE II	35
APÊNDICE III	36

1. INTRODUÇÃO

A gestão da saúde pública no município de São Paulo reflete um processo contínuo de transformações, influenciado por mudanças políticas, sociais e econômicas, que resultaram em diferentes formas de administração do sistema de saúde ao longo dos anos. Essa trajetória evolutiva percorreu distintas fases desde modelos de maior centralização do atendimento e gerenciamento até a consolidação de arranjos mais descentralizados (BRESSER-PEREIRA,1995). Dentre os diversos formatos adotados pelo município, a implementação da gestão dos serviços pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) se tornou um marco na reconfiguração da prestação de serviços de saúde.

Em um contexto de busca por maior eficiência e inovação na gestão pública, a normatização das OSS representou uma mudança significativa na administração da saúde. A promulgação da Lei Federal nº 9.637/1998, qualificou as OSS em diversas partes do Brasil, viabilizando a ampliação da gestão indireta. As OSS são entidades privadas, sem fins lucrativos, que prestam serviços públicos de caráter social, as quais são contratadas pela administração pública por meio de Contratos de Gestão (CG) (SÃO PAULO, 1998).

No município de São Paulo, o modelo de gestão por meio de OSS foi consolidado com a promulgação da Lei Municipal nº 14.132/2006, que regulamentou a adoção dessas entidades na prestação de serviços públicos de saúde. Desde então, a participação das OSS na administração da rede municipal cresceu significativamente. Em 2024, segundo o Relatório Anual de Gestão (RAG), 56,72% das despesas empenhadas com recursos do Fundo Municipal de Saúde foram destinados à manutenção de contratos de gestão e convênios com o terceiro setor, o que corresponde a aproximadamente R\$13,4 bilhões, evidenciando a centralidade dessas parcerias na estrutura da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Os CG se destacam como instrumento estratégico para a operacionalização deste modelo. Este firma a relação de cooperação entre uma entidade pública e uma organização social (OS) com objetivo de delegar a gestão de serviços de forma autônoma à entidade, sob supervisão e critérios de desempenho estabelecidos pela administração pública (BRASIL, 1998). Neles devem constar indicadores de desempenho, metas e condições para a prestação de contas, garantindo que os recursos públicos sejam utilizados de forma transparente e eficaz (BORGES, 2022).

De acordo com o Relatório de Gestão de Pessoas da SMS, em abril de 2025, 777 unidades de saúde da cidade, que correspondem a 68% do total, estavam sob CG. O dado evidencia a ampla adoção desse modelo na rede municipal. Além disso, destaca-se que 78,8% dos profissionais que atuam no sistema de saúde paulistano estão vinculados a parceiros, reforçando a relevância das organizações sociais na execução dos serviços públicos de saúde e na composição da força de trabalho do município.

A institucionalização dos CG, na área da saúde, ocorreu inicialmente com estruturas semelhantes para as diversas OSS. No entanto, a periodicidade desses instrumentos e suas sucessivas renovações resultaram em ajustes progressivos. Essas atualizações são realizadas a partir de Termos Aditivos (TA) - documentos que formalizam alterações em um CG já existente - os quais são moldados pelas especificidades de cada território e organização, gerando uma multiplicidade de modelos contratuais (CUNHA; AITH, 2022).

Com a expansão desse modelo de gestão, tornou-se necessário fortalecer o monitoramento dos serviços prestados, garantindo que a qualidade, eficiência e transparência sejam asseguradas. Nesse momento, evidenciou-se que a falta de padronização desses contratos e TA impacta diretamente a capacidade de acompanhamento e avaliação das metas pactuadas, o que resulta em desafios significativos para a equidade na prestação dos serviços de saúde (MELO, 2021).

É nesse contexto que se insere o presente projeto, desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do Programa de Residência em Gestão Pública da Prefeitura de São Paulo (2024-2025). O qual foi conduzido no âmbito da SMS (Anexo I), especificamente no Departamento de Atenção Especializada (DAE) na Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS).

Como resultado, é esperada a criação de um modelo padronizado para o Quadro de Equipe Dimensionada e Metas de Produção dos CG e TA para os serviços da Atenção Especializada Ambulatorial (AEA), que possa ser aplicado para todas as OSS com suas devidas adequações. O modelo favorecerá a criação de indicadores claros e relatórios periódicos que facilitem a avaliação do desempenho das OSS permitindo ajustes e melhorias contínuas nos serviços prestados.

2. METODOLOGIA

No presente projeto foi desenvolvida uma proposta de melhoria, a padronização dos Quadros de Equipe Dimensionada e Metas de Produção da AEA, com o objetivo de sanar fragilidades identificadas no processo atual. Para a construção dessa proposta, foi utilizado o método de análise de conteúdo de Laurence Bardin (1977), que oferece uma abordagem capaz de estruturar e interpretar informações complexas de forma sistemática, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos.

O modelo foi construído a partir do detalhamento dos serviços prestados e a definição de metas baseadas em indicadores de produção e qualidade. Neste caso, o método de Bardin possibilitou a categorização dos dados, a valorização das perspectivas dos envolvidos e a obtenção de uma compreensão aprofundada dos fenômenos analisados, assegurando uma análise criteriosa e fundamentada.

Como descrito pela autora, o estudo qualitativo deve ser desenvolvido em três etapas: organizar, categorizar e interpretar os dados coletados. A primeira etapa, pré-análise, envolve a organização do material e a definição dos objetivos do estudo. A segunda etapa, exploração do material, na qual é realizada a análise detalhada do conteúdo. Por fim, a terceira etapa abrange o tratamento e a interpretação dos dados, relacionando os resultados obtidos aos objetivos definidos inicialmente (BARDIN, 2011).

No presente trabalho, a etapa de pré-análise teve início com a realização de um diagnóstico da AEA e seus equipamentos, permitindo a compreensão de suas estruturas e processos. Também foi feita uma revisão da literatura existente sobre CG e monitoramento de serviços de saúde. A análise do fenômeno de interesse foi baseada em dados secundários, incluindo registros em arquivos, documentos e legislações. A partir do entendimento da estrutura da AEA e dos fundamentos teóricos que orientam o monitoramento e a avaliação dos serviços e equipamentos que estão contidos no CG, foi iniciada a segunda etapa: a exploração do material.

Nessa fase, foi elaborada uma análise crítica dos CG e TA vigentes. Neste momento, foram examinados os conteúdos, cláusulas e variações dos contratos entre a administração pública e as OSS gestoras dos equipamentos da AEA, com o intuito de identificar semelhanças, divergências, competências e oportunidades de melhoria. Paralelamente, foram

realizadas reuniões com Coordenadores Regionais de Saúde, Supervisores Técnicos, representantes das OSS e gestores dos equipamentos, nas quais foram debatidas a produção dos serviços, monitoramento e a importância da padronização contratual.

Durante a coleta de dados, torna-se isento o registro da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa pois, a partir da Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016 da CONEP, § único: “Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito (...)”.

Esse processo foi fundamental para a coleta de insumos e sugestões, possibilitando uma compreensão aprofundada das necessidades da AEA no contexto dos CG e TA. O diagnóstico inicial contemplou, portanto, a análise crítica dos contratos vigentes, revisão da literatura especializada e consultas a profissionais envolvidos na gestão dos serviços e na operacionalização dos CG.

Na etapa final, foi realizado o tratamento e a interpretação do conteúdo, além da construção do produto final da proposta de melhoria. Durante essa fase, foram categorizados os temas centrais de melhoria, com base na análise de atas e memórias de reuniões, realizadas ao longo do segundo semestre de 2024, bem como os depoimentos de integrantes do DAE que atuam diretamente com o monitoramento de metas a partir dos CG.

As atas foram examinadas para a familiarização com dados, levantamento de informações relevantes e definição de critérios de análise. Trechos significativos foram codificados e organizados em categorias temáticas, permitindo a síntese de padrões e contradições, inferência de significados e identificação de tendências pertinentes ao estudo.

O resultado esperado desse processo é a elaboração de um modelo padronizado para os Quadros de Equipe Dimensionada e Metas de Produção dos CG e TA, desenvolvido com base nas análises produzidas e adequado às especificidades da AEA. Ao final, o modelo deverá ser submetido à revisão e validação junto às partes interessadas, garantindo sua aplicabilidade e alinhamento com as necessidades identificadas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Gestão da Saúde Pública no Município de São Paulo

Ao longo dos anos, a gestão da saúde pública passou por transformações institucionais com o objetivo de alcançar maior efetividade, ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços (VIEIRA, 2011). No município de São Paulo, a administração é descentralizada e integrada. Além da SMS, a gestão é organizada regionalmente por meio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e das Supervisões Técnicas de Saúde (STS) (Anexo II).

As CRS têm como responsabilidade coordenar os serviços conforme as características e as demandas de cada região, garantindo a implementação das políticas públicas de forma alinhada às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As STS, subordinadas às CRS, atuam na supervisão direta das unidades de saúde locais, assegurando a execução dos protocolos e normas técnicas, o acompanhamento e monitoramento dos serviços prestados, além de promover a interação entre as necessidades da população e a gestão regional (SÃO PAULO, 2020).

O modelo gerencialista foi introduzido no Brasil como parte das reformas administrativas da década de 90, abandonando as práticas burocráticas e adotando a gestão por resultados. A nova abordagem ao invés de ter foco exclusivo em regras e procedimentos, defende uma gestão mais autônoma, flexível e responsiva, que busca otimizar os recursos para alcançar melhores resultados (BRESSER-PEREIRA, 1995).

O modelo orientado por resultados tem como ênfase medir e analisar os resultados alcançados, ao invés de apenas focar nos processos, operando através do planejamento estratégico, no qual são definidos objetivos e metas específicas e mensuráveis que devem ser monitoradas. Deve contar também com avaliação, por meio de indicadores de desempenho, que permita o ajuste das ações e metas, além da transparência e responsabilização do processo (BRASIL, 2005).

Neste contexto, na saúde, a principal mudança gerencial foi a adoção de parcerias com as OSS. Atualmente, além da administração direta, a administração indireta desempenha um papel significativo no município.

3.2. Contratos de Gestão

O CG é uma ferramenta formal entre uma entidade pública e uma OS que estabelece as metas, responsabilidades e condições para a prestação de serviços ou a execução de projetos (BRASIL, 1998). Segundo o Artigo 7 da Lei Federal nº 9.637:

Art. 7º Na elaboração do contrato de gestão, devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - a estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções. (BRASIL, 1998)

A fiscalização da execução do CG fica a cargo da SMS, CRS e STS. A administração pública fica responsável por monitorar tanto a quantidade quanto a qualidade dos serviços prestados, além de contribuir para o planejamento local e a gestão clínica. Nos serviços de saúde do município de São Paulo, esse modelo de gestão tem como finalidade melhor atender as necessidades da população, a partir da descentralização da administração, aumentando a responsabilização de gestores e equipes locais (DITTERICH, 2012).

Art. 8

§ 1º A entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

§ 2º Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação. (BRASIL, 1998)

Desta forma, o CG é um instrumento da gestão por resultados, que busca incentivar tanto o Estado quanto às entidades de interesse social a atingir padrões mais elevados no que tange a efetividade, eficácia e eficiência (ANDRÉ, 1999). A efetividade, traduzida na capacidade de atender às demandas da sociedade, entregando serviços que sejam adequados em qualidade, quantidade e custo. A eficácia, refletida no compromisso com um planejamento bem elaborado e na execução responsável das ações previstas. E por fim a eficiência, demonstrada pelo uso consciente e responsável dos recursos públicos, com foco na

economia e no cuidado com os bens disponíveis. O CG, portanto, não é estático, se trata de uma pactuação que deve ser atualizada por meio de novos chamamentos ou de TA.

Os TA são um importante instrumento para garantir a flexibilidade, atualização e continuidade dos serviços prestados (DITTERICH, 2012). Esses são necessários sempre que houver modificações não previstas inicialmente, como a prorrogação da vigência contratual, o reajuste de valores de repasse, a atualização de metas e indicadores, a inclusão ou exclusão de unidades ou serviços de saúde, a reorganização de equipes e fluxos assistenciais, além de eventuais correções técnicas ou jurídicas. Regulamentado pela Portaria Municipal nº 035/2024-SMS, os TA se dividem em:

Art. 3º

I – Termo aditivo regular: corresponde ao processo realizado periodicamente para permitir a manutenção de serviços já determinados em plano de trabalho regular anterior, através da renovação de sua periodicidade e da consolidação de valores e elementos previstos em planos de trabalho complementares, além da avaliação de sua conformidade com as diretrizes de SMS;

II – Termo aditivo complementar: corresponde ao processo realizado para permitir a execução de plano de trabalho que tenha por objetivo atender as demandas extraordinárias e que excedam o escopo dos planos de trabalho regulares, podendo ser classificados como geral ou local, conforme sua abrangência; (SÃO PAULO, 2024)

Sua principal função é garantir a continuidade e a adequação do contrato às necessidades operacionais e normativas ao longo do tempo. É importante destacar que, embora o TA permita alterações significativas no contrato de gestão, certos elementos permanecem inalterados, como o objeto principal do contrato e a responsabilidade da OSS perante a administração pública. Dessa forma, os aditivos funcionam como mecanismos de atualização e controle, mantendo a coerência e a legalidade da relação contratual ao longo do tempo.

Para que o CG seja firmado entre a OSS e a secretaria municipal há uma série de etapas a serem cumpridas envolvendo planejamento, negociação e formalização das condições para a execução. O processo tem início com a seleção e qualificação de uma OS, por meio de chamamento público, no qual o órgão público avalia a capacidade técnica e operacional para a gestão dos serviços (SÃO PAULO, 2006). Este é um procedimento administrativo formal e obrigatório, previsto na Lei Federal nº 13.019/2014 e no Decreto Municipal nº 52.858/2011.

O processo é conduzido pela SMS e tem como objetivo selecionar a entidade mais capacitada técnica e operacionalmente para executar serviços de saúde, com base nos critérios estabelecidos em edital. O edital define o objeto da parceria, os critérios de seleção, os requisitos mínimos para participação, e os parâmetros técnicos e financeiros do futuro contrato de gestão.

De forma geral, os chamamentos são territorializados, ou seja, cada edital é voltado para a gestão de equipamentos de saúde inseridos em um território específico, promovendo maior aderência às necessidades locais e facilitando a articulação da rede de atenção. É possível que uma mesma OSS atue em mais de uma região da cidade, desde que participe e seja selecionada em chamamentos distintos (Anexo III). Esse edital é publicado no Diário Oficial da Cidade de São Paulo e no site da SMS, assegurando ampla publicidade e transparência.

No momento da inscrição, cada OSS candidata apresenta um plano de trabalho detalhado, contemplando proposta técnico-assistencial, capacidade de gestão, experiência prévia, estrutura organizacional e previsão orçamentária para execução do contrato. As propostas são avaliadas por uma comissão técnica, com base em critérios como qualidade técnica, economicidade, experiência da entidade, e regularidade jurídica e fiscal. Em situações excepcionais, como emergência em saúde pública ou inviabilidade de competição, o chamamento pode ser dispensado ou considerado inexigível, desde que haja justificativa técnica e ampla publicidade do ato.

Com metas, prazos e indicadores detalhados nos CG, são definidas também as formas de monitoramento e avaliação do desempenho da OSS, de modo que a execução contratual seja acompanhada por parâmetros mensuráveis. A definição dessas metas é um processo técnico e pactuado, que considera diversos elementos tendo como base o diagnóstico situacional da unidade ou serviço de saúde, considerando aspectos como a demanda assistencial, a capacidade instalada, os recursos disponíveis e as prioridades do sistema de saúde, alinhadas às diretrizes do Plano Municipal de Saúde.

Esse processo envolve a negociação entre a SMS e a OSS, visando garantir que as metas sejam factíveis, relevantes e alinhadas com as necessidades da população. As metas

são desdobradas em indicadores de produção, como volume de atendimentos ou procedimentos, e em indicadores de qualidade.

Vale destacar que metas representam objetivos a serem atingidos, que podem ser mensurados, dentro de um período previamente estabelecido. Por outro lado, indicadores são ferramentas de acompanhamento que permitem mensurar o progresso em direção às metas, ajudando a identificar se os objetivos estão sendo alcançados ou se são necessários ajustes no percurso. Assim, segundo o Guia de Parcerias: Contrato de Gestão da Secretaria Municipal de Gestão (2024), as metas apontam "o que" deve ser alcançado e os indicadores mostram "como" está o caminho para chegar lá.

A estrutura do CG inicia-se com o preâmbulo, identificando as partes envolvidas, apresentando a base legal do instrumento e fazendo referência ao chamamento público que originou a seleção da entidade. Em seguida, a cláusula do objeto descreve o escopo da parceria, indicando quais unidades ou redes de saúde serão geridas pela OSS. A vigência contratual é especificada, variando entre um e cinco anos, com possibilidade de prorrogação por meio de termo aditivo. Como previsto no Decreto Municipal Nº 52.858/2011:

Art. 15

§ 2º O prazo inicial do contrato de gestão na área da saúde será de, no máximo, 5 (cinco) anos. (Incluído pelo Decreto nº 58.376/2018)

§ 3º O contrato de gestão na área da saúde poderá, a critério da Administração Municipal, ser renovado por períodos sucessivos, iguais ou menores ao inicial, mediante decisão fundamentada que aponte as novas metas previstas e as expectativas para o novo ciclo, observado o prazo máximo de 20 (vinte) anos. (Incluído pelo Decreto nº 58.376/2018) (SÃO PAULO, 2011)

Também são definidos o valor global do contrato, os repasses mensais e as condições para sua liberação, vinculadas ao cumprimento de metas e à prestação de contas. Um dos componentes centrais do contrato são as metas e os indicadores de desempenho, que orientam a avaliação da execução contratual. Anexado ao contrato está o plano de trabalho, que detalha o modelo de funcionamento das unidades sob gestão da OSS. Esse plano contempla a organização das equipes, os fluxos assistenciais, a estrutura física, os protocolos clínicos, os recursos humanos e materiais envolvidos.

O contrato também estabelece com clareza as obrigações da OSS, como a responsabilidade pela execução dos serviços conforme as diretrizes do SUS, a garantia de princípios como universalidade e equidade no atendimento e a gestão eficiente dos recursos

recebidos. Por sua vez, a administração pública tem o dever de acompanhar, monitorar, fiscalizar e avaliar a execução contratual, além de realizar os repasses financeiros de forma tempestiva.

A estrutura do TA, por sua vez, inclui o preâmbulo que faz referência ao contrato original e indica a base legal da alteração; as cláusulas aditadas, nas quais se especifica com clareza o que está sendo alterado, incluindo a nova redação das cláusulas modificadas; e, quando necessário, as justificativas técnicas e orçamentárias, além das disposições finais, que confirmam a permanência das demais cláusulas do contrato original.

3.3. Avaliação e Monitoramento dos Contratos de Gestão

Como instrumento baseado em resultados, o contrato de gestão condiciona o repasse integral dos recursos ao cumprimento das metas previamente acordadas. As metas pactuadas devem ser cumpridas em pelo menos 85% para que ocorra o repasse integral pela Secretaria.

A Portaria nº 532, de 14 de agosto de 2024, detalha que em situações excepcionais, em que a meta não é cumprida, é possível obter o repasse com justificativa adequada. Esta avaliação é realizada pela Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde (CPCS) e posteriormente, avaliadas pelo Tribunal de Contas do Município. Vale destacar que as OSS estão sujeitas às normas gerais de licitação e de administração financeira do poder público.

Além disso, é importante dizer que, embora se busque o cumprimento das metas, qualquer produção que ultrapasse esses limites não é remunerada (SÃO PAULO, 2024). O que significa que as metas devem ser definidas de forma realista, evitando que sejam muito baixas, podendo levar os prestadores a realizarem apenas o mínimo necessário. Caso as metas estejam sendo facilmente atingidas, faz-se necessário revisá-las e aumentá-las para manter o nível de desempenho desejado.

Segundo Barbosa e Elias, a existência de metas permite avaliar o desempenho das OSS, mas também pode gerar cobrança excessiva sobre os profissionais, tornando essencial que os critérios de monitoramento não apenas mensurem a produtividade, mas também qualifiquem o serviço, garantindo que o foco permaneça na melhoria dos resultados assistenciais (FURTADO; MELO, 2021).

A avaliação e monitoramento dos CG na SMS são feitos pela Secretaria Executiva de Gestão Administrativa, mais precisamente pela CPCS. A CPCS é dividida em dois departamentos: Departamento de Prestação de Contas (DPC) e Departamento de Avaliação e Monitoramento Financeiro (DAFIN), composto pelas Divisão de Acompanhamento Financeiro (DIAF), Divisão de Avaliação e Monitoramento Assistencial (DAMA) e Divisão de Apoio Técnico e Administrativo (DATA), como disposto no Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão (2023).

A DPC realiza o monitoramento e a avaliação dos serviços por meio da análise das prestações de contas financeiras. A DIAF acompanha os pagamentos realizados e efetua o cálculo de descontos contratuais. A DAFIN presta suporte às áreas sob sua responsabilidade, além de desenvolver sistemas que otimizem a gestão e o monitoramento. A DAMA é responsável por acompanhar e avaliar a execução dos CG referentes ao território de abrangência, verificando se os serviços e ações estão sendo realizados de forma satisfatória.

Há também a Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) que tem como função realizar o monitoramento e a avaliação periódica da prestação dos serviços de saúde, com base nos indicadores, metas e parâmetros estabelecidos nos CG. A CTA é composta por membros das CRS, STS, CPCS e por representantes da OSS contratada.

É importante ressaltar que a avaliação e o monitoramento são ferramentas indispensáveis para a tomada de decisão em gestão pública. O uso de bons diagnósticos apoia os gestores na definição de políticas, programas e projetos, aprimorando as ações e otimizando os gastos. A adoção de práticas fundamentadas em evidências permite ajustes dinâmicos nos CG, garantindo que os recursos públicos sejam utilizados de forma eficiente e que os serviços ofertados estejam alinhados às necessidades da população (CABRAL, 2024).

Autores como Mendes (2011) destacam que a qualidade assistencial depende de um monitoramento contínuo dos prestadores, que considere a satisfação dos usuários, a resolubilidade dos atendimentos e a integralidade do cuidado. Assim, sabe-se que o monitoramento e a avaliação dos CG são fundamentais para garantir a qualidade dos serviços prestados e a adequação às necessidades da população. Por este motivo, o DAE iniciou o processo de realizar avaliações técnicas assistenciais, além das já realizadas pelo setor de contrato, para avaliar a produção e a capacidade instalada de seus equipamentos.

3.4. Avaliação e Monitoramento no Departamento de Atenção Especializada

A AEA compõe um dos eixos estratégicos da Rede de Atenção à Saúde, desempenhando um papel fundamental na complementação da Atenção Primária, ofertando serviços que abrangem consultas especializadas, exames, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, bem como cirurgias eletivas de média complexidade descritos nas Diretrizes da Atenção Especializada (2025). Seu escopo envolve a distribuição equitativa dos serviços conforme as demandas regionais, a ampliação da eficiência nos atendimentos especializados e a promoção da qualificação profissional no âmbito da SMS (SÃO PAULO, 2024).

Cabe à AEA fomentar iniciativas que assegurem diagnósticos precisos e assistência complementar especializada, por meio de seus equipamentos - estruturas físicas de referência - e dos serviços neles integrados. Vale destacar a diferença entre um equipamento de saúde e um serviço. O equipamento refere-se à infraestrutura física, ou seja, as unidades de atendimento onde os serviços de saúde são ofertados. Os serviços de saúde correspondem às ações voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde da população. Assim, o equipamento é o local físico onde os serviços são prestados.

Em 2025, a oferta se dá por meio de uma rede diversificada de 52 equipamentos (Anexo IV). A Diretrizes da Atenção Especializada (2025) inclui dentre seus equipamentos Hospitais Dia (HD), Ambulatórios de Especialidades (AE), Atenção Médica Ambulatorial Especializada (AMA-E), Centros de Referência como o da Dor Crônica (CR-DOR) e da Saúde Integral para a População de Travestis e Transexuais (CR-POP TT), além dos serviços voltados a cuidados específicos, como os Serviços de Referência de Mama (SRM), Cuidados Continuados Integrados (CCI), Centro de Exames da Mulher (CEM), Polos de Curativos, Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e a modalidade da Teleassistência.

Diferentemente da CPCS, que foca na avaliação e no monitoramento dos contratos de gestão para fins de repasse financeiro, o DAE tem como atribuição a avaliação da capacidade e da qualidade técnico-assistencial. Sua atuação está voltada para garantir o cumprimento total das metas, assegurando que os serviços ofertados à população estejam alinhados com os princípios de qualidade, eficiência e acessibilidade no sistema municipal de saúde.

Esse processo envolve a comparação entre as metas pactuadas e os serviços executados, permitindo uma avaliação detalhada do desempenho das unidades gerenciadas

pelas OSS. Além de garantir a aderência aos parâmetros definidos contratualmente, essa análise serve como base para discussões de repactuações, seja para ampliação ou redução das metas, conforme a necessidade dos serviços e a demanda da população. Dessa forma, busca-se um equilíbrio entre a capacidade operacional dos equipamentos e a efetividade da assistência prestada.

Atualmente, as diferenças na estrutura dos contratos e TA dificultam a avaliação uniforme do desempenho das OSS. Esse processo torna o acompanhamento fragmentado e menos eficiente, permitindo que cada entidade execute seus serviços de forma discricionária, o que pode gerar desigualdades na atenção e comprometer a qualidade da assistência prestada à população (BOUSQUAT, 2024). Além disso, a ausência de critérios unificados contribui para um cenário em que o monitoramento dos serviços não ocorra de maneira equitativa entre os diferentes equipamentos de saúde, gerando distorções na alocação de recursos e na definição de responsabilidades.

Posto isso, por meio da participação em reuniões de acompanhamento, tornou-se evidente a necessidade de aprimoramento nos contratos vigentes. A estruturação de um modelo que contemple diretrizes claras, indicadores consistentes e mecanismos eficazes para monitoramento e avaliação das OSS, permitirá uma contratualização mais clara e eficiente, assegurando os mesmos critérios e padrões.

Vale destacar que uma boa gestão não depende apenas de um modelo de CG padronizado, mas também de uma equipe técnica devidamente capacitada para realizar essa ação de maneira eficaz. A padronização dos contratos é, sem dúvida, um passo importante para garantir que todos os aspectos essenciais da gestão dos serviços estejam claramente definidos e alinhados, porém sozinha, não resolve o problema da gestão.

O monitoramento está ligado à capacitação e experiência dos técnicos responsáveis pela fiscalização. Esses profissionais desempenham um papel fundamental ao interpretar corretamente os indicadores, analisar os dados de forma crítica e agir de maneira a corrigir desvios. Os técnicos devem utilizar o CG de forma estratégica, realizando não apenas o acompanhamento regular, mas também a análise contínua e adaptativa do desempenho das OSS.

4. PROPOSTA DE MELHORIA

4.1. Problema Identificado e Solução Proposta

A partir da contextualização e do conhecimento da importância do monitoramento e avaliação dos CG firmados entre as OSS e a SMS, foi elaborada uma proposta para aprimorar esse processo na AEA. Como destacado ao longo do trabalho, o instrumento de contratualização deve conter metas bem definidas para conduzir as ações da gestão, indicadores claros para avaliar a qualidade do serviço prestado e um controle periódico que permita acompanhar os processos, a alocação de recursos e a implantação das ações (DITTERICH, 2012).

Para o bom controle de metas e indicadores, a padronização dos instrumentos contratuais se torna fundamental. Um modelo único e bem estruturado garante a uniformidade, facilitando comparação entre os resultados de diferentes organizações, além de permitir uma visão integrada e abrangente sobre o desempenho dos serviços de saúde prestados. A padronização também assegura que as partes envolvidas como áreas técnicas, prestadores, CRS e STS tenham clareza sobre suas responsabilidades e sobre os critérios de avaliação, contribuindo para maior transparência e eficiência na gestão pública. A implantação de um modelo padronizado poderá permitir, ainda, maior agilidade na identificação de eventuais desvios ou falhas no processo, proporcionando uma resposta mais rápida e eficaz.

4.2. Modelo a ser Implantado

A proposta de padronização dos Quadros de Equipe Dimensionada e Metas de Produção, para o DAE nos CG, demanda uma análise detalhada e uma definição de parâmetros claros. Hoje, em cada CG existe um quadro para cada equipamento que está sobre a gestão da OSS.

Na construção do novo modelo optou-se por manter o formato de quadro, porém, como melhoria, reorganizando a estrutura em diferentes blocos com metas específicas por tipo de serviço ofertado em cada equipamento. A organização da produção mínima esperada está estruturada separando os diferentes tipos de atendimento e metas assistenciais conforme a natureza dos procedimentos ofertados e a capacidade instalada.

No primeiro bloco do quadro, é apresentada a equipe assistencial multidisciplinar, com suas respectivas jornadas de trabalho semanais e metas mensais de consultas e a equipe administrativa e de apoio, com suas cargas horárias. Neste momento também está definida a quantidade de profissionais pactuados, indicando a necessidade, quantos profissionais compõem o quadro da administração direta e quantos serão necessários contratar. A carga horária impacta diretamente na quantidade e na qualidade do trabalho realizado, por isso é importante que as metas sejam ajustadas conforme as especificidades de cada profissional, considerando a disponibilidade e modalidade de contratação de cada um.

Ainda que os serviços presentes nos equipamentos compartilhem o mesmo espaço físico ou administrativo, como é o caso dos Polos de Curativos e SRM, e também da modalidade de Teleassistência, suas equipes e metas foram organizadas em blocos separados do bloco geral de equipe assistencial e administrativa de forma a garantir maior clareza no acompanhamento da produção e no dimensionamento de pessoal para cada um. Esses blocos do quadro seguem a mesma lógica do primeiro mencionado, detalhando a equipe mínima e as metas de produção mensal.

Posteriormente, é apresentado o bloco cirúrgico. Este, diferente do modelo inicial, foi separado em duas naturezas de produção: procedimentos registrados por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). No caso das AIH, foram classificadas conforme o porte cirúrgico (pequeno ou médio), permitindo uma definição mais detalhada do perfil cirúrgico esperado.

Neste momento, foi necessário definir um escopo de atuação cirúrgica claro para cada equipamento, estabelecendo limites e responsabilidades pré-determinadas. Esta definição deve estar detalhada no campo de observações presente no quadro, indicando quais serão as cirurgias e pequenos procedimentos que o equipamento tem capacidade de produzir, segundo Tabela de Procedimentos e Porte Cirúrgicos determinada na Portaria nº 212, de 2025 produzida pela AEA em conjunto com a rede. Isto se torna fundamental para garantir que adaptações necessárias sejam feitas dentro de um escopo coordenado, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados.

Há ainda um bloco para procedimentos específicos, como endoscopia e colonoscopia, e um bloco referente ao SADT, que abrange exames como ecocardiograma, holter e ultrassonografia doppler, ambos com metas de produção definidas por tipo de exame.

Por fim, vale destacar que os contratos devem incluir a caracterização dos equipamentos e serviços como HD, AMA-E, AE, CR DOR, CCI, CR POP TT, para garantir que todas as partes envolvidas compreendam claramente suas responsabilidades, escopo de trabalho e recursos disponíveis. A inclusão dessa caracterização contribui para a transparência e facilita a avaliação e o acompanhamento do desempenho ao longo da vigência do contrato.

4.3. Implantação do Modelo Proposto

Para a implantação da solução proposta, é necessário considerar diversos fatores que envolvem desde o tempo de construção e recursos disponíveis, até condições político-institucionais.

A proposta de padronização dos Quadros de Equipe Dimensionada e Metas de Produção dentro da AEA poderá ser implantada nos próximos CG e TA, garantindo que a mudança seja iniciada em curto e médio prazo, permite a adoção do modelo padrão de forma ágil, aproveitando a estrutura contratual já existente para a aplicação das novas diretrizes. O modelo proposto não acarretará custos adicionais significativos, já que se baseia nas estruturas e recursos já utilizados e disponíveis, sem a necessidade de aquisições externas ou novos investimentos financeiros.

O contexto político e institucional também deve ser levado em consideração, uma vez que qualquer mudança na gestão depende da adesão e apoio de diferentes atores. A proposta necessita ser apresentada e discutida com as partes interessadas, tanto da administração direta quanto da indireta, de forma a garantir um alinhamento entre as esferas política e administrativa.

Ao propor maior transparência na gestão e eficiência da execução, o modelo tem grande potencial para ser bem recebido, especialmente em um cenário que busca aprimorar os serviços de saúde pública. Ainda assim, é importante reconhecer que, em um ambiente onde diferentes organizações atuam com relativa autonomia operacional, como é o caso das

parcerias com OSS, a introdução de diretrizes mais uniformes pode gerar certa resistência inicial. Para tanto, é essencial que o processo de implementação seja construído de maneira dialogada, valorizando a escuta ativa e o engajamento das instituições envolvidas (DITTERICH, 2012).

Para o êxito do modelo é necessário o fortalecimento das capacidades estatais em diferentes dimensões. Em primeiro lugar, é imprescindível investir na capacidade analítica e técnica das áreas da SMS para além do setor de contratos e da CTA, de modo a garantir que as equipes técnicas e assistenciais responsáveis pela supervisão e monitoramento dos equipamentos também estejam preparadas para interpretar indicadores, identificar desvios e propor correções com agilidade (DITTERICH, 2012). As equipes também devem estar capacitadas para instruir as OSS a preencherem os novos modelos e celebrarem os novos padrões de instrumentos contratuais.

Além disso, é fundamental que a SMS disponha de uma estrutura administrativa capaz de exercer suas funções com eficiência, organização e continuidade. Para isso, é necessário processos internos definidos, canais de comunicação eficazes entre os diferentes níveis de gestão e uma governança institucional que favoreça a articulação entre as áreas envolvidas — tanto na implementação do novo modelo quanto no monitoramento contínuo de suas ações (BOUSQUAT,2024).

Destaca-se ainda a relevância da capacidade tecnológica instalada, especialmente no que diz respeito ao uso e à integração dos sistemas de informação em saúde. A disponibilização de dados atualizados, completos e acessíveis é essencial para qualificar a análise e apoiar a tomada de decisão baseada em evidências. Nesse sentido, a gestão da informação depende da articulação entre diferentes bases de dados, como o Sistema de Gestão de Assistência à Saúde (SIGA Saúde), utilizado para o registro de atendimentos ambulatoriais e agendamentos, o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e Órteses, Próteses, e Materiais Especiais do SUS, essencial para qualificar e padronizar a informação sobre a produção de serviços de saúde e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que consolida informações sobre a estrutura e os serviços ofertados pelas unidades de saúde.

A SMS dispõe desses e de outros sistemas próprios e integrados, que, quando utilizados de forma eficiente e interoperável, possibilitam o monitoramento contínuo da rede, a identificação de gargalos assistenciais e a avaliação da performance dos serviços prestados, contribuindo para o aprimoramento da gestão pública em saúde.

Para que a implementação seja bem sucedida é preciso contar com alguns atores de dentro da SMS, já que os fatores relacionados aos recursos humanos são determinantes. A participação ativa e o apoio das equipes do Centro de Apoio à Contratualização e Avaliação de Contratos (CACAC) e sua área jurídica são fundamentais para assegurar que o modelo seja juridicamente sólido e aderente aos princípios da administração pública e da secretaria.

Essas equipes desempenham um papel estratégico na validação das mudanças contratuais, garantindo segurança jurídica e viabilidade técnica do novo formato. Nesse processo, destaca-se também o papel do DAE, como autor na sua formulação do modelo, refletindo as especificidades do cuidado especializado e dialogando com as necessidades concretas da rede.

Portanto, a implementação do modelo padronizado dos Quadros de Equipe Dimensionada e Metas de Produção para os equipamentos da AEA envolve uma articulação entre diferentes competências institucionais, com clara atribuição de responsabilidades e definição dos processos. Inicialmente, o processo adotou uma lógica descentralizada, pautada pela escuta ativa das necessidades e opiniões dos diversos atores envolvidos, o que garante legitimidade e adesão à proposta construída.

No entanto, a criação do modelo em si se trata de uma ação centralizada, conduzida pelo DAE da SMS, em articulação com a CACAC. Essa governança híbrida, com decisões estratégicas concentradas em núcleos técnicos da secretaria e a execução operacional distribuída, possibilita um maior fortalecimento institucional e aderência à realidade da rede.

4.4. Cronograma

O cronograma contempla etapas de levantamento de informações, elaboração e validação do modelo proposto, bem como sua implementação. O desenvolvimento do projeto de intervenção ocorreu ao longo de 11 meses, com início em julho de 2024, conclusão em abril de 2025 e a apresentação final do produto em maio.

A etapa inicial consistiu na análise e diagnóstico do setor onde foi realizada a intervenção. Foram coletadas informações e dados que permitiram compreender a realidade, identificar problemas, necessidades e oportunidades de melhoria. Simultaneamente ao diagnóstico, foi realizado o levantamento bibliográfico, com o objetivo de embasar teoricamente o projeto. Além disso, foram consultadas referências que tratam de metodologias, modelos de intervenção e boas práticas aplicáveis ao contexto analisado.

Após o levantamento de dados e informações, foi elaborado o pré-projeto, contendo a proposta de intervenção, os objetivos, metodologia, fundamentação teórica e o modelo preliminar a ser desenvolvido. Com posterior apresentação do pré-projeto para validação e considerações da banca, seguido pelos respectivos ajustes para o desenvolvimento do projeto final e apresentação do modelo em evento do DAE para a rede. Nesta etapa, o projeto finaliza, com a criação do modelo definitivo e sua implementação.

Sendo assim, o projeto se estruturou a partir das seguintes etapas:

Tabela 1. Cronograma de Elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência

Etapa	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
Diagnóstico do Setor	X	X	X								
Levantamento Bibliográfico		X	X	X	X	X	X				
Entrega do Pré-Projeto Escrito						X					
Apresentação do Pré-Projeto							X				
Criação do Modelo Proposto								X			
Aprovação do Modelo								X			
Apresentação do Modelo em Evento								X			

Implementação do Modelo										X	X
Apresentação do Projeto Final											X

4.5. Resultados - Quadro de Equipe Dimensionada e Metas de Produção dos Contratos

Para assegurar que os resultados esperados sejam alcançados foi definido um conjunto estruturado de indicadores, metas, instrumentos de monitoramento e processos de avaliação, que integram o modelo de governança proposto. Os indicadores utilizados são de produção e qualidade, já estabelecidos previamente pela SMS, ajustados conforme a natureza dos serviços contratualizados.

O processo de avaliação do modelo proposto será realizado de forma contínua, com revisões periódicas previamente definidas, a fim de garantir a atualização do modelo implementado - vale reforçar que este monitoramento não tem objetivo financeiro, mas sim o objetivo de controle de qualidade. A produção dos indicadores e a análise dos resultados ficarão sob a responsabilidade da CTA, composta por representantes das áreas envolvidas, garantindo a transparência, a participação dos interessados e a efetividade do modelo de quadro padronizado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de padronização dos Quadros de Equipe Dimensionada e Metas de Produção nos CG para os equipamentos e serviços da AEA configura-se como uma resposta estratégica aos desafios enfrentados pela SMS no monitoramento técnico-assistencial dos serviços prestados pelas OSS. A heterogeneidade presente nos contratos e TA atuais dificulta a comparação entre unidades, comprometendo a equidade, a eficiência e a transparência na gestão pública de saúde.

Mais do que um instrumento formal de parceria, o CG se estabelece como uma ferramenta estratégica para descentralizar a gestão, fortalecer a responsabilização dos atores locais, controlar o desempenho dos serviços, apoiar o planejamento territorial e integrar tecnologias de informação à gestão pública. Ao consolidar diretrizes uniformes, indicadores

consistentes e mecanismos sólidos de avaliação, o modelo padronizado contribui para uma gestão mais responsiva e orientada por metas e resultados.

A construção do novo modelo com segmentação por tipo de serviço, equipamento e carga horária, favorece a individualização da avaliação de desempenho e amplia a capacidade analítica e estratégica da gestão.

A experiência de construção do modelo demonstrou, ainda, que a atuação colaborativa entre os diferentes atores institucionais — como o DAE, o CACAC, CEINFO e as OSS — é fundamental para a viabilidade técnica e política da proposta. A escuta ativa, realizada ao longo de reuniões e trocas com os serviços, permitiu ajustar o modelo às necessidades concretas da rede, reafirmando o compromisso com uma gestão democrática e participativa.

Ao longo do desenvolvimento, um dos principais desafios foi equilibrar a padronização com a flexibilidade necessária para acomodar especificidades locais. Evitou-se tanto o engessamento excessivo dos contratos, que poderia inviabilizar ajustes operacionais, quanto a ampla maleabilidade, que poderia gerar desequilíbrios na execução. Essa tensão entre padronizar e adaptar foi abordada com cautela, por meio da definição de metas estruturadas, mas ajustáveis, e da manutenção de um espaço de diálogo contínuo com os gestores e prestadores.

Por fim, reconhece-se que, embora o modelo represente um avanço importante na qualificação da contratualização da AEA, ele não encerra os desafios da gestão da saúde no município. Será necessário acompanhar sua aplicação, revisar diretrizes com base nos resultados observados e investir permanentemente na capacitação das equipes responsáveis pelo monitoramento e avaliação.

Conclui-se, portanto, que a padronização dos CG, aliada à qualificação técnica e à participação institucional, fortalece o papel do Estado como garantidor do direito à saúde de qualidade. Ao articular eficácia gerencial, compromisso com a equidade e foco na integralidade do cuidado, o modelo padronizado do Quadro de Equipe Dimensionada e Metas de Produção dos Contratos contribui de forma decisiva para a melhoria da AEA e para a consolidação de uma gestão pública orientada por resultados, ética e compromisso social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ANDRÉ, MA. **A efetividade dos contratos de gestão na reforma do Estado**. Revista de Administração de Empresas, v. 39, n. 4, p. 36–45, out./dez. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/mbCZX7wyxRdtVtdQ8yHhStS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BORGES, N. **Organizações Sociais no município de São Paulo e o acompanhamento e monitoramento assistencial dos Contratos de Gestão pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP)**. 2022. Disponível em: <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:f8533ce0-67a5-400d-8c1d-bba48276045c>. Acesso em: 16 abr. 2025.

BOUSQUAT, A. et al. **Desafios na gestão municipal do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 38, n. 111, p. 31–50, 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção de cargos e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 16 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 1 ago. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm. Acesso em: 28 de mai.o 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Gestão por Resultados no Setor Público**. Brasília, 2005.

BRESSER-PEREIRA, L.C. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

CUNHA, A.C.N.M.F.; AITH F.M.A. **Contratos de Gestão no SUS: Possibilidades de Efetivação do Direito à Saúde**. Rev. direito GV, São Paulo, v. 18, n. 2, e2217, 2022. DOI: 10.1590/2317-6172202217

DITTERICH, R. G. et al. **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615–627, abr. 2012.

FUNDAÇÃO DOM CABRAL. **Gestão para resultados no setor público**. Disponível em: <https://gestaopublica.fdc.org.br/programa/gestao-para-resultados-no-setor-publico/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

FURTADO, A. L. G.; MELO, P. H. P. G. **Organizações Sociais de Saúde e gestão pública baseada em resultados: a importância do controle externo dos contratos de gestão: por que os fins não justificam os meios.** Revista do TCE-PE, Recife, v. 18, n. 18, p. 53–69, jun. 2011.

MELO, M. V.; CARNUT, L.; MENDES, Á. **Relação entre cumprimento das metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde: uma revisão integrativa.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1140–1164, out./dez. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 16 abr. 2025.

SÃO PAULO. Coordenadoria de Gestão de Pessoas - COGEP. **Portal de Relatório de Gestão de Pessoas.** São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2024. Disponível em: <https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/cogep/364847>. Acesso em: 28 de mai. 2025.

SÃO PAULO. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. **Portaria nº 117158907.** 2024. Disponível em: <https://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SÃO PAULO. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. **Portaria nº 035/2024-SMS.** 2024. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-35-de-17-de-janeiro-de-2024>. Acesso em: 28 mai. de 2025.

SÃO PAULO. **Decreto nº 52.858, de 20 de dezembro de 2011.** Regulamenta os contratos de gestão no âmbito da Administração Municipal. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-52858-de-20-de-dezembro-de-2011>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SÃO PAULO. **Decreto nº 59.685, de 13 de agosto de 2020.** Dispõe sobre a organização da Secretaria Municipal da Saúde e reorganiza os cargos de provimento em comissão que especifica. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo, 13 ago. 2020. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-59685-de-13-de-agosto-de-2020>. Acesso em: 22 abr. 2025.

SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. *Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo*, São Paulo, 4 jun. 1998. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>. Acesso em: 22 abr. 2025.

SÃO PAULO. **Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006.** Dispõe sobre a celebração de contratos de gestão com organizações sociais. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-14132-de-24-de-janeiro-de-2006>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão**. 4. ed. São Paulo: SMS, 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Manual_4_Revisao_finalizado.pdf. Acesso em: 22 abr. 2025.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria nº 532, de 14 de agosto de 2024**. Estabelece diretrizes para avaliação de indicadores e cumprimento de metas nos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. 2024. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-532-de-14-de-agosto-de-2024/consolidado>. Acesso em: 22 abr. 2025.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Gestão. **Guia de Parcerias: Contrato de Gestão**. 2024. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/gestao/copats/COPATS%20-%20Guia%20de%20Parcerias%20Contrato%20de%20Gest%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Diretrizes da Atenção Especializada**. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/documento_diretrizes_atencao_especializada_2024-v5-pdf. Acesso em: 16 abr. 2025.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria nº 35, de 17 de janeiro de 2024**. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-35-de-17-de-janeiro-de-2024>. Acesso em: 16 abr. 2025.

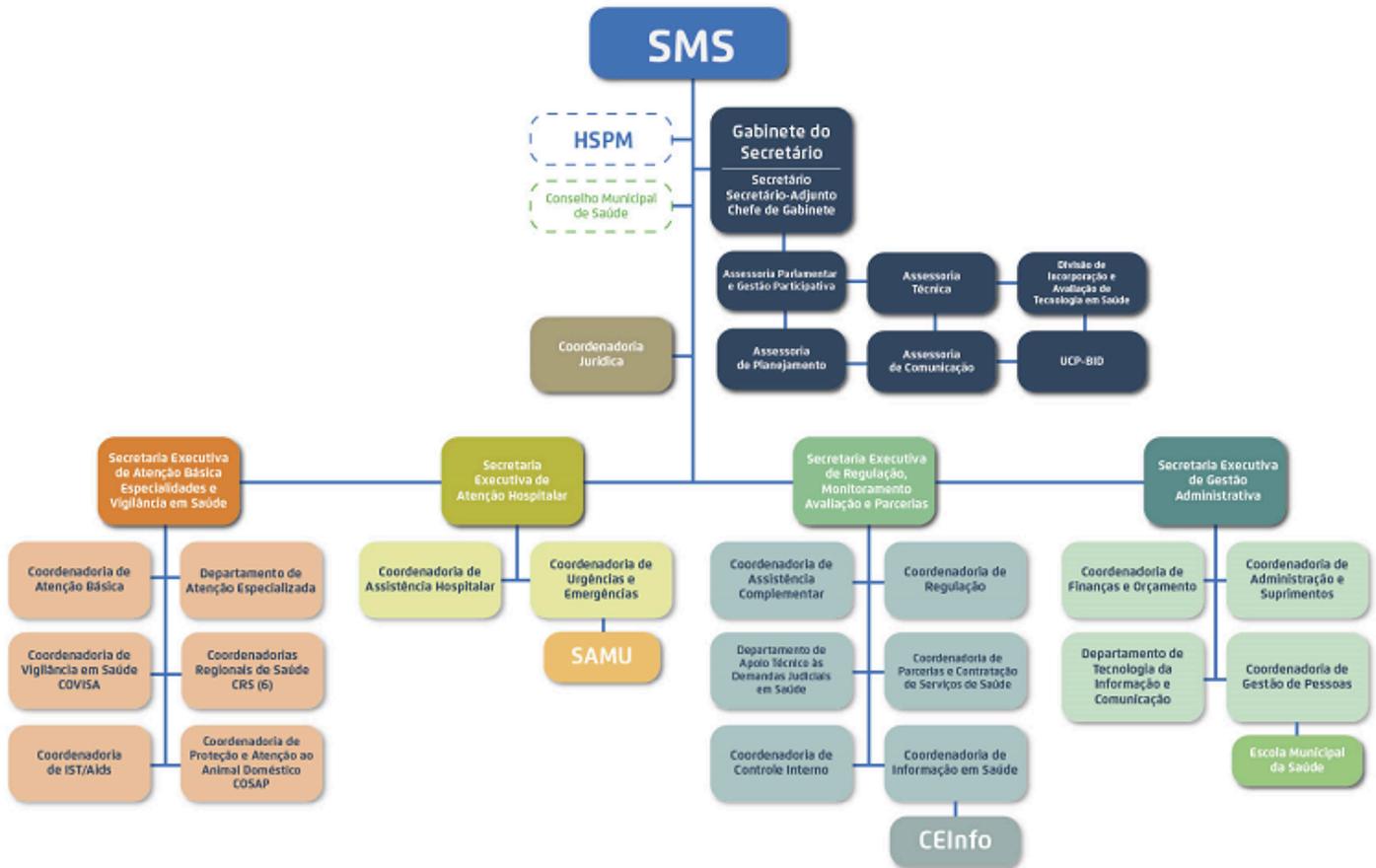
SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria nº 212, de 2025**. Dispõe sobre o horário de funcionamento, a capacidade cirúrgica, os critérios para alta hospitalar dos Hospitais Dia no Município de São Paulo e revoga a Portaria nº 081, de 12 de fevereiro de 2025. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-14132-de-24-de-janeiro-de-2006>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Anual de Gestão – RAG 2024**. Disponível em: <https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/rag-2024-pdf>. Acesso em: 27 mai. 2025.

SCHATTAN, V. **As organizações sociais de saúde e o desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo**. 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/218/21848739008.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2025.

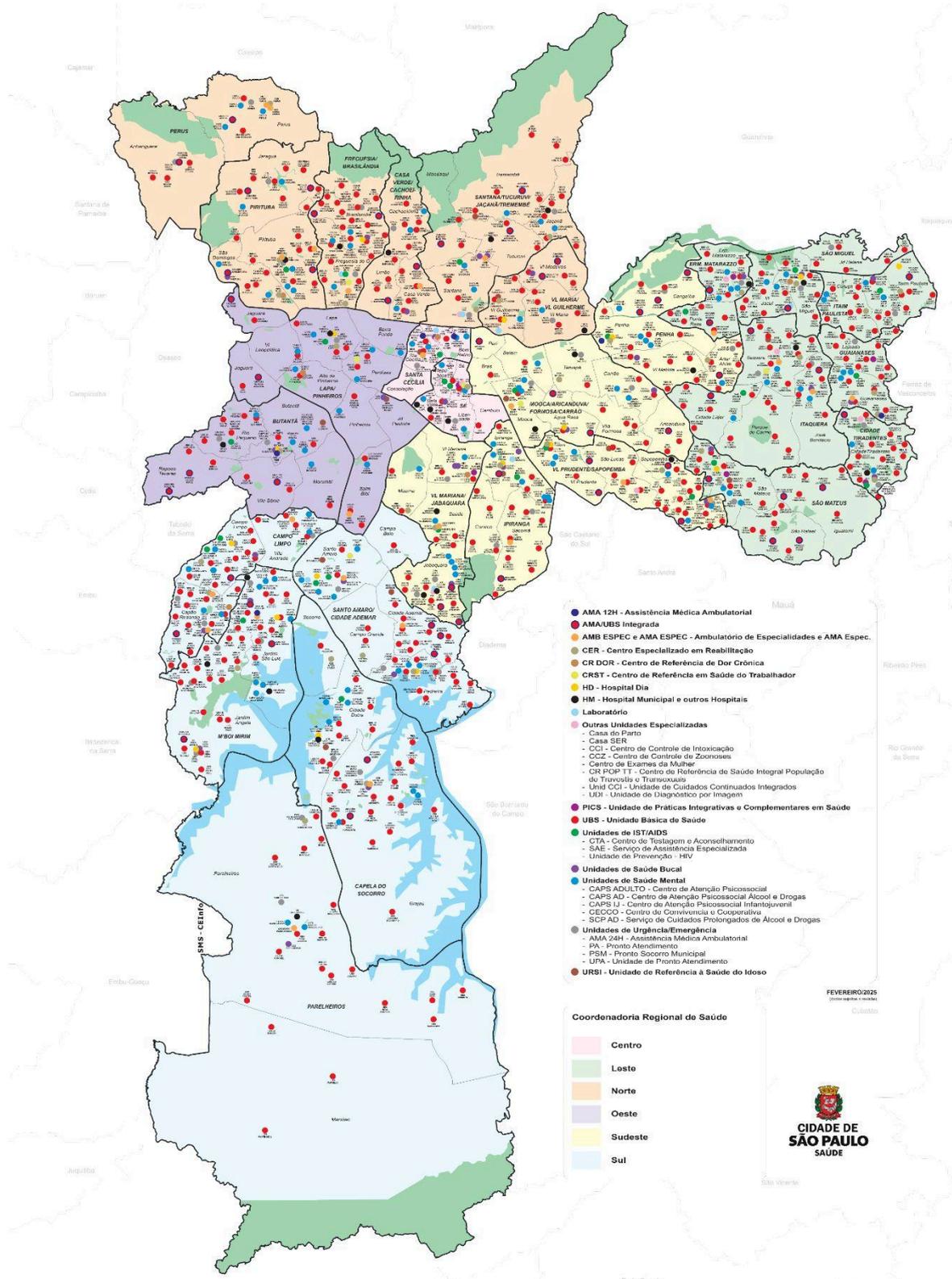
VIEIRA, F. M.; ROSA, M. A. **Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde.** Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 63–75, 2011.

Anexo I - Organograma e Estrutura Administrativa



Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2025.

Anexo II - Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal de São Paulo por Coordenadoria Regional de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde e Distrito



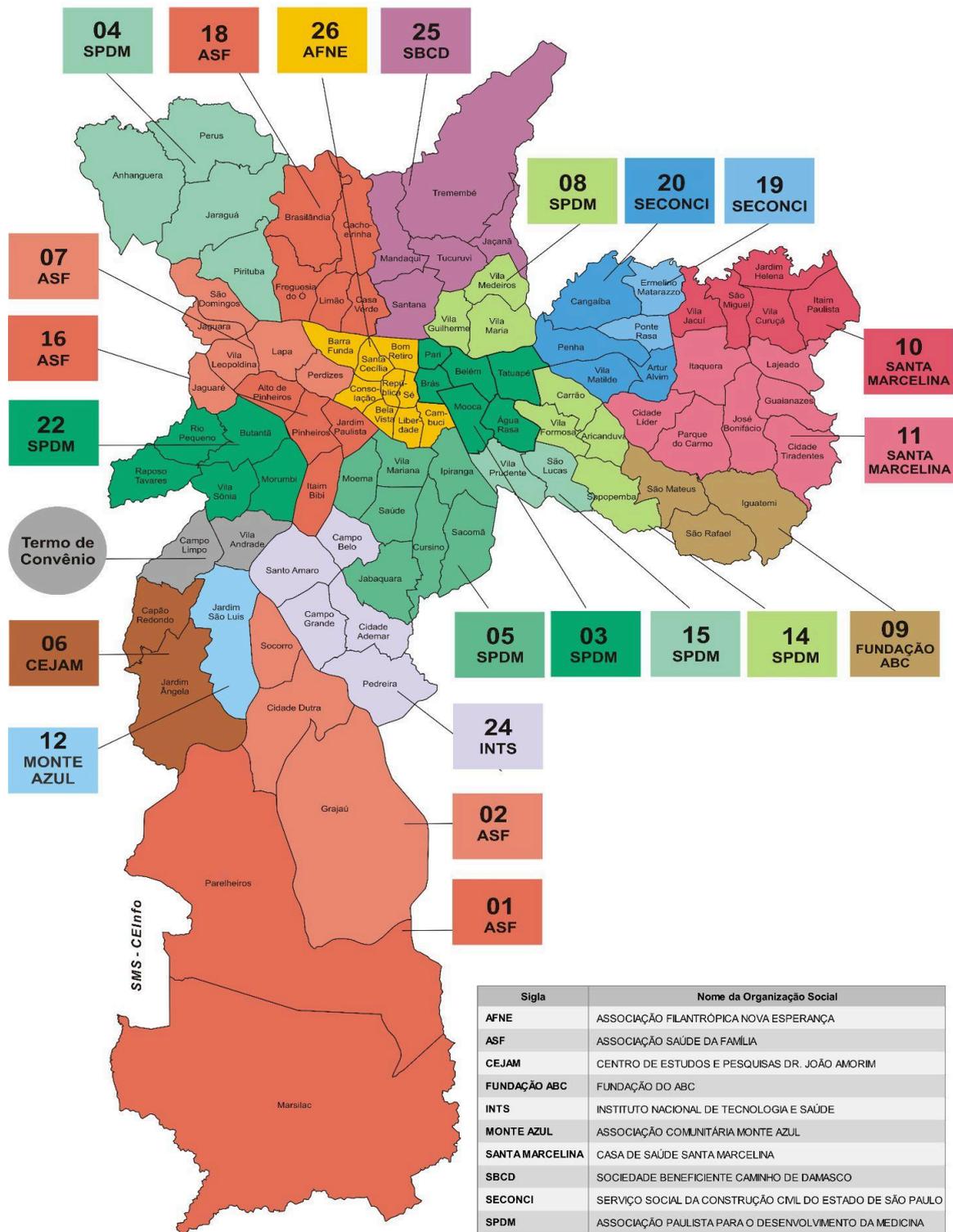
Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2025.

Anexo III - Mapa das 23 Áreas Geográficas com Contrato de Gestão



Contrato de Gestão

23 Áreas Geográficas por Número do Contrato - Janeiro 2022



Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2024.

Anexo IV - Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS (Administração Pública Municipal) por Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, Março de 2025

Estabelecimentos/Serviços		Centro	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	Total Estab/Serviços
UBS Unidade Básica de Saúde	UBS	8	106	81	25	78	120	418
	UBS/AMA	-	13	16	5	17	10	61
	Total de UBS	8	119	97	30	95	130	479
AMA - Assistência Médica Ambulatorial (12h)		2	1	-	1	1	1	6
Atenção Especializada Ambulatorial <i>Total: 52 Unidades</i>	HD - Hospital Dia	-	3	2	2	4	6	17
	AMB ESPEC - Ambulatório de Especialidades	-	2	4	-	3	4	13
	AMA E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades	1	2	3	1	2	4	13
	CR DOR – Centro de Referência de Dor Crônica	1	1	1	1	1	1	6
	CR POP TT - Centro de Referência de Saúde Integral para População de Travestis e Transexuais	1	-	-	-	-	-	1
	Centro de Exames da Mulher	-	1	-	-	-	-	1
	Unidade de Cuidados Continuados Integrados	-	1	-	-	-	-	1
Atenção as Urgênc/Emerg <i>Total: 54 Unidades</i>	PSM - Pronto Socorro Municipal	1	-	1	1	1	1	5
	PA - Pronto Atendimento	-	2	-	-	-	1	3
	UPA - Unidade de Pronto Atendimento	1	7	8	2	7	9	34
	AMA - Assistência Médica Ambulatorial (24h)	1	1	1	1	3	5	12
Hospital <i>Total: 26 Hospitais</i>	HM - Hospital Municipal	1	4	4	2	6	5	22
	Outros Hospitais ⁽²⁾	-	-	2	-	1	-	3
	HSPM - Hospital do Servidor Público Municipal	1	-	-	-	-	-	1
Saúde Mental <i>Total: 218 Unidades (103 CAPS)</i>	CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	5	6	4	4	8	8	35
	CAPS ADULTO - Centro de Atenção Psicossocial Adulto	1	7	6	4	7	9	34
	CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	1	8	6	2	9	8	34
	CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa	-	3	7	2	6	5	23
	RT - Residência Terapêutica	1	17	16	8	13	18	73
	UAA e UAI - Unid Acolhimento Adulto e Infantojuvenil	3	1	5	-	4	3	16
	Serviço de Cuidados Prolongados de Álcool e Drogas	1	-	1	-	-	-	2
	Unidade de Apoio a Saúde Mental	-	-	-	1	-	-	1
IST/ AIDS <i>Total: 28 Unidades</i>	CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento	2	4	1	-	1	2	10
	SAE - Serviço de Atendimento Especializado	1	3	2	2	5	4	17
	UNID.PREV.HIV - Unidade de Prevenção em HIV	1	-	-	-	-	-	1
Saúde Bucal <i>Total: 40 Unidades</i>	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas	1	7	5	2	8	8	31
	Clínica Odontológica	-	-	-	-	1	-	1
	CCO - Centro de Cuidados Odontológicos	1	-	1	-	-	-	2
	UOM - Unidade Odontológica Móvel	1	1	1	1	1	1	6
Reabilitação <i>Total: 35 Unidades</i>	CER - Centro Especializado em Reabilitação	1	9	6	2	8	8	34
	NISA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva	-	-	1	-	-	-	1
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar		2	13	10	3	12	11	51
URSI - Unidade de Referência Saúde do Idoso		1	2	2	2	3	3	13
CR PICS - Centro Ref. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde		1	4	-	-	1	-	6
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia		1	1	1	1	1	1	6
Vigilância em Saúde		3	8	11	3	8	6	39
Outros Estabelecimentos Especializados		-	1	-	-	1	-	2
Total Estabelecimentos/ Serviços por CRS		46	239	209	78	221	262	1.055

Fonte: MS/DATASUS- CNES; SMS/CEInfo- ESTABSUS

Elaboração: CEInfo/ NIAS - Núcleo de Informação de Assistência à Saúde

(1) Dados preliminares, sujeitos à revisão - 14/04/2025

(2) Hospital São Luiz Gonzaga, Hospital Cantareira e Hospital Maternidade Amparo Maternal

Unidade de Apoio Diagnose e Terapia: 05 Laboratórios e 01 Unidade de Diagnóstico por Imagem.

Vigilância em Saúde: 28 UVIS- Unid. Vig. Saúde, 01 CCZ- Centro de Controle de Zoonoses, 01 CCI- Centro Controle de Intoxicação, 01 Laboratório de Zoonoses, 01 Lab. de Controle Qualidade em Saúde, 01 Lab. de Análise Toxicológico e 06 CRST - Centro de Ref. Saúde do Trabalhador.

Outros Estabelecimentos Especializados: 01 Casa do Parto e 01 CASA SER.

Março de 2025

Inclusão: CER II GIRASSOL (CRS Sul, STS, Subprefeitura e Distrito Campo Limpo). Inaugurado em 26/02/2025

APÊNDICE I - MODELO DE CONTRATO PADRONIZADO AEA

MODELO DE CONTRATO PADRONIZADO - ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL							
CNES: XXXX		EQUIPAMENTO: HD/AMA-E/AE/CCI/CR DOR/CR POP TT/CEM					
Equipe Mínima					Meta de Produção Mensal		
CBO	Categoria Profissional/ Cargo	Jornada semanal em horas	Quantidade Profissionais			Procedimento	Quantidade (Meta)
			Necessidade	Existente Adm. Direta	A contratar		
Equipe Assistencial							
						Consulta Médica	
						Consulta Médica	
Equipe Administrativa/Apoio							
Polo de Curativo							
						Consulta	
						Procedimento	
Serviço de Referência de Mama							
						Consulta Médica	
						Procedimento	
Teleassistência							
						Teleconsulta Médica	
						Teleconsulta Médica	
Total							
Obs.							
Bloco cirúrgico							
Cirurgias							
Especialidades Cirúrgicas	Porte Cirúrgico	Cirurgias Propostas (AIH)			Quantidade Cirúrgica (Meta Mensal)		
	Pequeno						
	Médio						
Pequenos Procedimentos Cirúrgicos							
Especialidades Cirúrgicas	Pequenos Procedimentos Propostos (BPA)			Quantidade Cirúrgica (Meta Mensal)			
Obs. Descrição das cirurgias Procedimentos cirúrgicos AIH pequeno porte AIH médio porte (outras observações) *Segundo Tabela de Procedimentos e Portes Cirúrgicos							
Procedimentos Específicos (EDA e COLONOSCOPIA)							
					Exames	Quantidade (Meta)	
					Endoscopia		
					Colonoscopia		
Obs.							
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico							
					Exames	Quantidade (Meta)	

APÊNDICE II - MODELO DE CONTRATO DE GESTÃO PADRONIZADO APLICADO

CNES: XXX			HOSPITAL DIA									
Equipe Mínima			Quantidade Profissionais			Meta de Produção Mensal						
CBO	Categoria Profissional/Cargo	Jornada semanal em horas	Quantidade Profissionais			Procedimento	Quantidade (Meta)					
			Necessidade	Existente Adm. Direta	A contratar							
Equipe Assistencial												
2251-10	Médico Alergista	12h	1	0	1	Consulta Médica	100					
2251-15	Médico Angiologista	12h	2	0	2	Consulta Médica	100					
2251-20	Médico Cardiologista	12h	7	0	7	Consulta Médica	100					
Equipe Administrativa/Apoio												
2516-05	Assistente Social	30h	2	0	2							
3222-30	Auxiliar de Enfermagem	36h	60	0	60							
3222-30	Auxiliar de Enfermagem Noturno	36h	14	0	14							
Polo de Curativo												
2235-05	Enfermeiro Especialista em Estomaterapia	40h	1	0	1	Consulta Enfermeiro	100					
Serviço de Referência de Mama												
2252-55	Médico Mastologista	12h	1	0	1	Consulta Médica	100					
						Procedimento Mastologia	10					
Teleassistência												
2251-20	Médico Cardiologista	6h	1	0	1	Teleconsulta Médica	70					
2251-35	Médico Dermatologista	6h	1	0	1	Teleconsulta Médica	120					
Total			90	0	90							
Bloco cirúrgico												
Cirurgias												
Especialidades Cirúrgicas		Porte Cirúrgico	Cirurgias Propostas (AIH)			Quantidade Cirúrgica (Meta Mensal)						
Cirurgião Geral/ Plástico/ Dermatologista/ Ginecologista/ Ortopedista/ Urologista/ Otorrinolaringologista/ Proctologista/Anestesista		Pequeno	Postectomia Cistostomia			500						
		Médio	Gastrostomia Laqueadura Tubaria			600						
Pequenos Procedimentos Cirúrgicos												
Especialidades Cirúrgicas		Pequenos Procedimentos Propostos (BPA)			Quantidade Cirúrgica (Meta Mensal)							
Cirurgião Geral/ Plástico/ Dermatologista/ Ginecologista/ Ortopedista/ Urologista/ Otorrinolaringologista/ Proctologista/Anestesista		Drenagem de Abscesso			500							
		Exérese de Pólipo de Útero										
		Frenectomia										
		Oclusão de ponto lacrimal										
Obs. Descrição das cirurgias Procedimentos cirúrgicos AIH pequeno porte AIH médio porte *segundo Tabela de Procedimentos e Portes Cirúrgicos												
Procedimentos Específicos (EDA e COLONOSCOPIA)												
						Exame	Quantidade (Meta)					
						Endoscopia						250
						Colonoscopia						250
Obs.												
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico												
						Exame	Quantidade (Meta)					
						Ecocardiograma						1000
						Holter						1000
						Ultrassonografia Geral	1000					
Obs.												

**APÊNDICE III - MODELO DE CONTRATO DE GESTÃO PADRONIZADO
APLICADO**

CNES: XXX		CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOR CRÔNICA					
Equipe Mínima					Meta de Produção Mensal		
CBO	Categoria Profissional/Cargo	Jornada semanal em horas	Quantidade Profissionais			Procedimento	Quantidade (Meta)
			Necessidade	Existente Adm. Direta	A contratar		
Equipe Assistencial							
	Assistente social	30h	1	0	1	Consulta médica	208
	Enfermeiro	40h	1	0	1	Consulta médica	284
	Farmacêutico	40h	1	0	1	Consulta médica	284
	Fisioterapeuta	30h	4	0	4	Consulta médica	832
	Médico Clínico - Especializado em dor	20h	2	0	2	Consulta médica	280
	Médico Acupunturista	20h	2	0	2	Consulta médica	140
	Médico Fisiatra	20h	2	0	2	Consulta médica	280
	Psicólogo	40h	1	0	1	Consulta médica	284
	Terapeuta Ocupacional	30h	2	0	2	Consulta médica	416
Equipe Administrativa/Apoio							
	Assistente Administrativo	40h	5	0	5		
	Coordenador de Equipe - Especializado em dor	40h	1	0	1		
Total			22	0	22		
Obs.							