

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

RAFAEL LOPES FELIX

**REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE: A CRESCENTE OPÇÃO
ADMINISTRATIVA PELA TERCEIRIZAÇÃO E SEUS IMPACTOS NOS
INDICADORES DE DESEMPENHO DOS MUNICÍPIOS PAULISTAS**

SÃO PAULO
2025

RAFAEL LOPES FELIX

**REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE: A CRESCENTE OPÇÃO
ADMINISTRATIVA PELA TERCEIRIZAÇÃO E SEUS IMPACTOS NOS
INDICADORES DE DESEMPENHO DOS MUNICÍPIOS PAULISTAS**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas. Área de concentração: Estado, Governo e Políticas Públicas.

Linha de pesquisa: Relações Governamentais, Integridade e Compliance.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho Teixeira

Coorientadora: Profa. Dra. Ursula Dias Peres

SÃO PAULO
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas/FGV

Felix, Rafael Lopes.

Repasses ao terceiro setor na área da saúde : a crescente opção administrativa pela terceirização e seus impactos nos indicadores de desempenho dos municípios paulistas / Rafael Lopes Felix. - 2025.

98f.

Orientador: Marco Antonio Carvalho Teixeira.

Co-orientador: Ursula Dias Peres.

Dissertação (mestrado profissional MPGPP) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Associações sem fins lucrativos - São Paulo (Estado). 2. Reforma administrativa. 3. Serviços de saúde - Terceirização. 4. Descentralização na administração. I. Teixeira, Marco Antonio Carvalho. II. Peres, Ursula Dias. III. Dissertação (mestrado profissional MPGPP) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. IV. Fundação Getulio Vargas. V. Título.

CDU 35.072.1

RAFAEL LOPES FELIX

REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE: A CRESCENTE OPÇÃO ADMINISTRATIVA PELA TERCEIRIZAÇÃO E SEUS IMPACTOS NOS INDICADORES DE DESEMPENHO DOS MUNICÍPIOS PAULISTAS

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas. Área de concentração: Estado, Governo e Políticas Públicas.

Linha de pesquisa: Avaliação de serviços de saúde.

Data da Aprovação: 29/04/2025

Banca examinadora:

Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho Teixeira
(Orientador)
Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas

Profa. Dra. Ursula Dias Peres (Coorientadora)
Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Gabriela Spanghero Lotta
Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas

Prof. Dr. José Carlos Vaz
Universidade de São Paulo

SÃO PAULO
2025

Dedico aos grandes amores que já se foram, meus avós maternos Lucilia e Eugenio (*in memoriam*), e aos maiores tesouros que chegaram para dar um brilho especial na minha vida, meus filhos Leonardo e Beatriz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela saúde e pelas oportunidades a mim conferidas ao longo de toda a vida.

No quesito educação (e assim seria em qualquer outra área, porém nesta em especial), devo honrar efusivamente minha mãe, Elaine Felix, que nunca mediu esforços para investir na minha formação como homem e para ofertar as melhores condições para construção do meu futuro, mesmo diante de inúmeras situações adversas que lhe foram impostas no transcorrer da jornada. Meu amor e gratidão à Senhora são eternos.

À minha amada esposa, Bibiana Camargo, que tanto me auxiliou durante todo o período de realização deste Mestrado Profissional, quer seja com sua vasta experiência acadêmica, com carinhosas palavras de incentivo ou com a incansável dedicação à rotina dos nossos filhos, Leonardo e Beatriz, sem a qual a conclusão desse curso não seria possível. É um imenso prazer tê-la como companheira de vida, perseguindo tantos projetos que sonhamos juntos para o bem da linda família que construímos.

Reconhecimento especial ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, Instituição à qual orgulhosamente pertenço há mais de uma década, pela iniciativa estratégica de capacitar continuamente seus servidores, responsáveis por tornar a missão e visão pretendidas uma realidade. Agradeço aos meus superiores hierárquicos, Conselheiro Renato Martins Costa, e seu Chefe de Gabinete, Dr. Olavo Silva Junior, por terem prontamente consentido a minha participação neste programa.

Devo externar meus agradecimentos, ainda, aos meus orientadores, Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho Teixeira e Profa. Dra. Ursula Dias Peres, pela genuína disposição em coordenar minha dissertação e pela qualificada contribuição oferecida continuamente durante a execução deste trabalho. Foi com imensa alegria que trilhei este caminho com vocês, ainda mais na Fundação Getulio Vargas, local onde sinto-me em casa.

Por fim, aos meus colegas do MPGPP, pelas experiências e desafios compartilhados e pelas boas risadas que sempre nos acompanharam.

RESUMO

Este trabalho aborda a crescente participação do Terceiro Setor na execução de políticas públicas de saúde dos Municípios paulistas jurisdicionados ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no período 2019-2023, avaliando os potenciais impactos das decisões discricionárias dos gestores municipais nos indicadores de desempenho de uma área tão essencial para a coletividade. Sob o prisma da Reforma Gerencial do Estado de 1995 e dos formatos organizacionais implementados a partir do novo contratualismo público, com o compartilhamento de responsabilidades por meio de arranjos consensuais com a finalidade de atingir o bem comum, o trabalho percorre as modificações normativas que permearam a notável expansão das relações do Estado com as Entidades do Terceiro Setor e os papéis desempenhados pelos Órgãos de Controle Externo na contribuição do alcance da eficiência e eficácia dos repasses governamentais. Adotando como metodologia estudos de caso, os Municípios foram agrupados de acordo com o porte populacional para observação da dinâmica de evolução do grau de terceirização e posterior apuração dos efeitos gerados nos correspondentes indicadores de desempenho da área da saúde. Os resultados revelaram que as opções pela ampliação dos repasses ao Terceiro Setor ou pela manutenção de elevados níveis de terceirização se mostraram benéficas em parte dos parâmetros avaliados, a depender do agrupamento de Municípios analisado. A pesquisa conclui que, diante do novo modelo de governança proposto na administração gerencial, inserido em uma realidade multifacetada e plural, os diversos atores envolvidos devem atuar de forma coordenada para superar os desafios existentes visando ao atingimento das finalidades sociais preceituadas na Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Reforma Gerencial; Terceiro Setor; Serviços de Saúde; Controle Externo; Avaliação de Resultados.

ABSTRACT

This paper addresses the increasing involvement of the Third Sector in the execution of public health policies in the municipalities of São Paulo state under the jurisdiction of the State Court of Accounts of São Paulo during the period from 2019 to 2023. It evaluates the potential impacts of discretionary decisions made by municipal managers on performance indicators in such an essential area for the community. Through the lens of the State Managerial Reform of 1995 and the organizational formats implemented from the new public contractualism, which involves the sharing of responsibilities through consensual arrangements aimed at achieving the common good, the research examines the normative changes that have characterized the remarkable expansion of the relationships between the State and Third Sector entities, as well as the roles played by External Control Bodies in contributing to the efficiency and effectiveness of governmental transfers. Using case study methodology, the municipalities were grouped according to their population size to observe the dynamics of the evolution of the degree of outsourcing and the subsequent assessment of the effects generated on the corresponding health performance indicators. The results revealed that choices to increase transfers to the Third Sector or to maintain high levels of outsourcing proved beneficial in some of the evaluated parameters, depending on the grouping of municipalities analyzed. The research concludes that, in light of the new governance model proposed in managerial administration, set within a multifaceted and plural reality, the various actors involved must work together to overcome existing challenges in order to achieve the social objectives established in the Federal Constitution of 1988.

Key Words: Managerial Reform; Third Sector; Health Services; External Control; Results Evaluation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos indicadores de desempenho de saúde	42
Quadro 2 - Repasses ao Terceiro Setor na função de governo saúde (valores em R\$ mil)	49
Quadro 3 - Repasses ao Terceiro Setor na função de governo saúde (% de crescimento anual e no período)	50
Quadro 4 - Agrupamento dos Municípios paulistas jurisdicionados ao TCESP por porte populacional.....	53
Quadro 5 - Pagamentos na Função de Governo 10-Saúde (valores em R\$ mil) - 644 Municípios paulistas.....	56
Quadro 6 - Pagamentos na Função de Governo 10-Saúde (% de crescimento anual e no período)	56
Quadro 7 - Grau de Terceirização na Área da Saúde (%) - Agrupamento por Porte Populacional	57
Quadro 8 - Detalhamento do Grau de Terceirização dos Municípios por Porte Populacional (2019)	59
Quadro 9 - Detalhamento do Grau de Terceirização dos Municípios por Porte Populacional (2023)	59
Quadro 10 - Detalhamento do Grau de Terceirização por Categorias e Porte Populacional (2019 e 2023)	60
Quadro 11 - Percentual de Despesa com Pessoal por Grau de Terceirização e Porte Populacional (2019 e 2023)	66
Quadro 12 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Pequeno Porte I (Média).....	70
Quadro 13 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Pequeno Porte I (Mediana).....	71
Quadro 14 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Pequeno Porte II (Média).....	75
Quadro 15 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Pequeno Porte II (Mediana).....	76
Quadro 16 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Médio Porte (Média)	79
Quadro 17 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Médio Porte (Mediana)	80
Quadro 18 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Grande Porte (Média).....	83
Quadro 19 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Grande Porte (Mediana)	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução dos Repasses ao Terceiro Setor na Função Saúde.....	50
Figura 2 - Agrupamento dos Municípios por Porte Populacional	53
Figura 3 - Evolução do Grau de Terceirização nos Orçamentos Municipais de Saúde.....	56
Figura 4 - Evolução do Grau de Terceirização entre os anos de 2019 e 2023	63
Figura 5 - Estudo de Caso: Municípios de Pequeno Porte I	69
Figura 6 - Estudo de Caso: Municípios de Pequeno Porte II	74
Figura 7 - Estudo de Caso: Municípios de Médio Porte.....	78
Figura 8 - Estudo de Caso: Municípios de Grande Porte	82

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1. Conceitos teóricos estruturantes para o desenvolvimento do Terceiro Setor	12
2.2. O Terceiro Setor e a Nova Administração Pública	15
3. A EVOLUÇÃO NORMATIVA DO TERCEIRO SETOR NO ESTADO BRASILEIRO	22
4. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS NA ÁREA DA SAÚDE	33
4.1. A estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil	33
4.2. Desafios e limitações na coleta de dados de saúde na visão municipal	40
5. A ATUAÇÃO DOS TRIBUNAIS DE CONTAS NA FISCALIZAÇÃO DOS REPASSES GOVERNAMENTAIS	45
6. ESTUDO DE CASO: A TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS JURISDICIONADOS AO TCESP	49
6.1. Evolução dos repasses ao Terceiro Setor no período 2019-2023	49
6.2. Agrupamento dos Municípios por porte populacional	52
6.3. Construção do conceito de grau de terceirização dos serviços de saúde	54
6.4. Avaliação das despesas com pessoal como potenciais indutoras do processo de terceirização	64
6.5. Resultados do Grupo 1: Municípios de Pequeno Porte I	69
6.6. Resultados do Grupo 2: Municípios de Pequeno Porte II	74
6.7. Resultados do Grupo 3: Municípios de Médio Porte	78
6.8. Resultados do Grupo 4: Municípios de Grande Porte	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	95

1. INTRODUÇÃO

O Terceiro Setor tem estado no centro das discussões da Administração Pública, seja em decorrência da ampliação de sua atuação diante da impossibilidade do Estado em cumprir todas as competências constitucionais previstas, seja pelo advento do Marco Regulatório do Terceiro Setor, que evidenciou a necessidade de estabelecimento de regras e padrões para avaliação de resultados.

Dada a trajetória de expansão do Terceiro Setor no país, bem como a ampliação das interações entre os mais diversos atores que envolvem sua atuação nas políticas públicas, evidencia-se a relevância de análises que, além de abordarem suas principais características e evoluções, forneçam uma visão crítica do papel dessas Entidades no atingimento das finalidades sociais previstas constitucionalmente.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo, em linhas gerais, consiste em verificar os reflexos existentes a partir da crescente opção administrativa dos Municípios paulistas pela terceirização dos serviços de saúde no período compreendido entre 2019 e 2023 no desempenho operacional dos atendimentos ofertados, avaliando os resultados alcançados nos diferentes arranjos de execução disponíveis.

A relevância e atualidade da temática escolhida de comparação da prestação dos serviços, sob a égide da efetividade dos gastos públicos, pelas Entidades do Terceiro Setor e pela Administração Direta, pretende analisar a escolha do modelo de gestão na área da saúde – em que se encontra o maior vulto de repasses. Para tanto, foi necessário, no âmbito da presente pesquisa, desenvolver no Capítulo 2 alguns aspectos conceituais que disciplinam a própria finalidade e razão de existência desse arranjo institucional, passando pela Nova Administração Pública implementada a partir da Reforma Gerencial do Estado de 1995.

Na sequência, o Capítulo 3 fornece um amplo panorama da evolução normativa do Terceiro Setor no Estado Brasileiro, detalhando marcos importantes que ampliaram a atuação e aperfeiçoaram os critérios de eficiência e transparência das Entidades, como as Leis Federais n° 9.637/98, 9.790/99 e, posteriormente, o Marco Regulatório das

Organizações da Sociedade Civil (MROSC - Lei Federal nº 13.019/14), aprimorado por intermédio da Lei Federal nº 13.204/15.

Com a finalidade de delimitar o escopo do presente estudo, o Capítulo 4, além de abordar brevemente a estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil, detalha os indicadores de avaliação de resultados existentes na área da saúde, sob ponto de vista genérico, bem como expõe os desafios e limitações na coleta de informações de gestão na visão municipal, foco dessa pesquisa.

Em seguida, são explorados no Capítulo 5 os detalhes da atuação dos Tribunais de Contas na fiscalização dos repasses governamentais, demonstrando desde suas competências constitucionais até a moderna abordagem qualitativa de análise focada nos resultados e na verificação do atendimento das finalidades pactuadas nas parcerias firmadas com o Terceiro Setor.

Posteriormente, pretendeu-se dotar o estudo de elementos práticos em seu Capítulo 6, mediante agrupamento dos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao TCESP de acordo com o porte populacional para observação da dinâmica de evolução do grau de terceirização no período 2019-2023 e posterior apuração dos efeitos gerados nos correspondentes indicadores de desempenho da área da saúde. Os resultados alcançados foram segregados de acordo com os quatro agrupamentos de interesse (Municípios de Pequeno Porte I, Pequeno Porte II, Médio Porte e Grande Porte) e apresentados nas Seções 6.5 a 6.8.

Espera-se, assim, que o trabalho contribua com o processo de reflexão, mediante observação da crescente opção pela terceirização dos serviços públicos de saúde, acerca do atingimento ou não dos princípios norteadores da Reforma Gerencial do Estado de 1995 e, em última instância, das finalidades sociais preceituadas na Constituição Federal de 1988.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Conceitos teóricos estruturantes para o desenvolvimento do Terceiro Setor

Para fins do desenvolvimento das alterações legislativas que permeiam a temática do Terceiro Setor, percebendo a relevância e as opções de gestão adotadas no país, faz-se necessária a delimitação de alguns aspectos conceituais que disciplinam a própria finalidade e razão de existência desse arranjo. Para tanto, remonta-se inicialmente ao conceito teórico-histórico de Sociedade Civil e, em seguida, de Organizações Não-Governamentais em sua faceta aplicada.

Ao se abordar a Sociedade Civil enquanto conceito e marco histórico, aproximamos inevitavelmente do próprio surgimento do Estado, no âmbito dos autores contratualistas da Idade Média. A passagem do estado de natureza para essa corrente de pensamento é marcada pela ausência de um ente garantidor do cumprimento de normas coletivas de convivência para a criação de um Estado, em formato de Sociedade Civil, para regular essas relações. Nesse sentido, evoca-se a substituição dos interesses particulares por uma lógica coletiva, conforme nos apresenta Jean-Jacques Rousseau quando aborda o surgimento das normas:

Mas o que será, finalmente, uma lei? Enquanto se contentarem em ligar a essa palavra somente ideias metafísicas, continuar-se-á a raciocinar sem fazer-se compreender, e, quando eu disser o que é uma lei da natureza, não se saberá melhor o que é uma lei do Estado. Já disse não haver vontade geral visando objeto particular (...). (ROUSSEAU, 1973, p.60)

Historicamente, nesse âmbito conceitual, podemos abordar ainda as revoluções burguesas dos séculos XVII e XVIII como importantes pontos de inflexão para a evolução do conceito de Sociedade Civil. Para esse momento, cumpre destacar o legado filosófico desenvolvido por Hegel, separando o Estado da Sociedade Civil. Na obra, *Filosofia do Direito*, o autor parte da análise da sociedade civil-burguesa, denominada *Bürgerliche Gesellschaft*, tendo a mesma premissa teórica dos contratualistas (Hobbes, Locke e Rousseau) de princípios individualistas que norteiam o “estado de natureza”, mas

aprimora sua teoria ao englobar o grau de interdependência que remete a algum nível de colaboração, tendo sua origem na ampliação do próprio núcleo familiar.

Esse senso de colaboração apontado também pode nos remeter ao legado de Alexis de Tocqueville, autor de *Democracia na América*, de 1845, que apontava a interface da democracia com associações:

Depois da liberdade de agir só, a mais natural ao homem é a de conjugar seus esforços com os esforços de seus semelhantes e agir em comum. O direito de associação parece-me, pois, quase tão inalienável por sua natureza quanto a liberdade individual. O legislador não poderia querer destruí-lo sem atacar a própria sociedade (TOCQUEVILLE, 2005, p. 282).

O consagrado autor vai além nessa abordagem do Estado com a Sociedade Civil ao preceituar que:

Um governo não seria capaz nem de manter sozinho e renovar a circulação dos sentimentos e das idéias num grande povo, nem de conduzir todos os empreendimentos industriais. Assim que ele tenta sair da esfera política para se lançar nessa nova via, exercerá, mesmo sem querer, uma tirania insuportável; porque um governo só sabe ditar regras precisas; ele impõe os sentimentos e as idéias que favorece, e é sempre difícil discernir seus conselhos de suas ordens. Será bem pior ainda se ele se imaginar realmente interessado em que nada se mexa. Então, manter-se-á imóvel e deixar-se-á entorpecer por um sono voluntário. É necessário portanto que ele não aja sozinho (TOCQUEVILLE, 2005, p. 134).

Na esfera do Direito, no âmbito da estruturação conceitual da Sociedade Civil, podemos apontar ainda a contribuição de Habermas no que diz respeito ao poder comunicativo dos cidadãos, remetendo à participação da sociedade na construção política. Nesse sentido, o autor apresenta um modelo de governança aberto a todos, organizado discursivamente nas arenas públicas e havendo relação direta das relações de associação na Sociedade Civil como elemento constitutivo da própria validade do Estado democrático:

Para que o direito mantenha sua legitimidade, é necessário que os cidadãos troquem seu papel de sujeitos privados do direito e assumam a perspectiva de participantes em processos de entendimento que versam sobre regras de sua convivência. Nessa medida, o Estado democrático

de direito depende de insumos fornecidos por uma população acostumada à liberdade, os quais não são atingidos pelas intromissões do direito e da administração. Isso explica por que, no paradigma procedimentalista do direito, as estruturas de uma sociedade civil viva e de uma esfera pública não contaminada pelo poder têm que carregar uma boa parte das expectativas normativas, principalmente o fardo da gênese democrática do direito (HABERMAS, 2003, p. 173)

Habermas contribui na conceituação de Sociedade Civil ao fazer a relação com os direitos fundamentais, com inclusão da liberdade de opinião, de reunião e de associação. Aponta o autor ainda a importância da participação civil, em sua forma associada, como identificadores dos centros de atenção dos grandes temas da atualidade, antes de ingressarem na agenda política oficial. De um lado, portanto, encontra-se a esfera pública estatal e de outro uma esfera não estatal, na qual está embutido o Terceiro Setor. Nesse sentido, destaca:

Hoje em dia, o termo sociedade civil não inclui mais a economia constituída através do direito privado e dirigida através do trabalho, do capital e dos mercados de bens, como ainda acontecia na época de Marx e do marxismo. O seu núcleo institucional é formado por associações e organizações livres, não estatais e não econômicas, as quais ancoram as estruturas de comunicação da esfera pública nos componentes sociais do mundo da vida. A sociedade civil compõe-se de movimentos, organizações e associações, os quais captam os ecos dos problemas sociais que ressoam nas esferas privadas, condensam-nos e os transmitem, a seguir, para a esfera pública política. O núcleo da sociedade civil forma uma espécie de associação que institucionaliza os discursos capazes de solucionar problemas, transformando-os em questões de interesse geral no quadro de esferas públicas. Esses designs discursivos refletem, em suas formas de organização, abertas e igualitárias, certas características que compõem o tipo de comunicação em torno da qual cristalizam, conferindo-lhe continuidade e duração (HABERMAS, 2003, p.99)

2.2. O Terceiro Setor e a Nova Administração Pública

A partir desses breves apontamentos históricos-conceituais, podemos perceber uma terceira evolução da Sociedade Civil com a consolidação da democracia, em especial, no mundo ocidental. A partir de então, percebe-se um alargamento teórico para incorporar a perspectiva dos direitos fundamentais. Assim, nota-se a procedência do Terceiro Setor enquanto elemento desse novo arranjo:

O reconhecimento dos direitos fundamentais fez com que a sociedade civil passasse a ser visualizada não mais sob a perspectiva dominante de disputa econômica, mas como palco de ação social. Nesse contexto, sociedade civil em sentido positivo pode ser entendida como o espaço no qual uma série de atores, como indivíduos, empresas, organizações corporativas, instituições do terceiro setor, e mesmo grupos mafiosos e fundamentalistas, promovem disputas sociais, econômicas e ideológicas em torno de seus propósitos e valores (MÂNICA, 2022, p.21).

(...)

Ainda que não haja correspondência entre o conceito de terceiro setor e de sociedade civil, importa reconhecer, como fez o filósofo e sociólogo alemão Jürgen Habermas, que é na sociedade civil que os grandes temas da atualidade – como a diversidade cultural, o perigo nuclear, a proteção e a defesa do meio ambiente, o empobrecimento dos países não desenvolvidos – são captados e identificados, muito antes de fazê-los os centros decisórios do Estado. Dessa forma, os líderes sociais e comunitários levantam tais problemas e os direcionam para as entidades representativas da sociedade, que acabam por transformá-los em bandeiras sociais de grande relevância, inserindo-os, assim, na agenda pública, de modo a influenciar a atuação tanto do Estado quanto do mercado (MÂNICA, 2022, p.22).

Ainda que o Terceiro Setor de forma mais enraizada na Administração Pública remonte à formação das entidades beneficentes e de filantropia, tais como as Santas Casas de Misericórdia¹ e a Cruz Vermelha, nos primórdios no século XV, somente nas décadas de 1960² e 1970 que podemos apontar no Brasil a estruturação de movimentos

¹ Há quem considere a fundação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, em 1543, o primeiro passo do Terceiro Setor no Brasil.

² Sobre tal aspecto, discorre MELO & PEREIRA: A despeito da emergência formal dessas organizações se ampliar fortemente após os anos 1960, provavelmente como resultado da criação do Cadastro Geral de Contribuintes, regulamentado pelas leis nos 4.503/1964 e 5.614/1970,¹¹ que alterou a forma de registro de entidades privadas, não implica dizer que não havia tecido associativo no país antes desse período, dada a existência de atores e organizações que atuavam de maneira informal ou não institucionalizada no

sociais inclinados para Organizações Não Governamentais, nesse momento ainda com forte caráter de pressão contra o Estado em período de ditadura.

Com a flexibilização política, em meados da década de 1970 e a partir da década de 1980, que o termo “Terceiro Setor³” passa a ganhar maior relevância no cenário nacional, diante do diagnóstico da incapacidade de execução direta de determinados serviços por parte do Estado.

Na vasta análise bibliográfica realizada por Áquila Mendes sobre neoliberalismo, terceirização e parcerias público-privadas, o autor apresenta o entendimento de que o período de governos militares, especialmente no período inicial de sua implementação, teve como sustentação a aproximação com a iniciativa privada, ao que ele aponta como sendo o “*verdadeiro precursor da privatização das políticas sociais*” (MENDES, 2019, p.9). Nessa perspectiva, aludindo à TAVARES (2014), o autor expõe que o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) foi criado como fonte de financiamento para o setor privado.

O cenário internacional da década de 1970 também pode ser considerado um marco para a evolução da interação do Setor Público com a Iniciativa Privada e Sociedade Civil, na medida em que as crises fiscal e econômica advindas da crise do petróleo de 1973 contribuíram para um alto grau de insatisfação social perante os serviços públicos prestados pelos governos. Nesse sentido, “*o modelo gerencial da administração pública passou a ser fruto das pressões externas e também na tentativa de atrair a iniciativa privada para se ter investimentos em novas estruturas, e em políticas públicas e sociais*” (MENDES, 2019, p. 9).

Da perspectiva histórica, o próximo marco refere-se à Constituição de 1988. A partir de então, foi institucionalizada normativamente a governança em rede, com participação horizontal direta da população, por exemplo, por meio da participação em Conselhos. Nesse arranjo constitucional, no que se refere ao federalismo brasileiro, houve o nítido fortalecimento dos municípios, que passaram a executar diretamente

âmbito da sociedade civil desde o final do século XIX. Essas organizações constituíam associações de auxílio ou socorro mútuo (mutuais), mas também entidades religiosas como confrarias, irmandades e ordens terceiras (MELO & PEREIRA, 2023, p. 13).

³ A utilização do termo encontra paralelo com o Primeiro Setor, considerado o Estado e o Segundo Setor entendido como o Mercado.

diversos serviços públicos que antes eram exercidos pelo âmbito estadual, com a expectativa de que ao passar a gestão para o nível municipal, pela proximidade com o cidadão, haveria um maior nível de participação. No entanto, quanto a esse arranjo, destaca-se uma abordagem crítica da falta de coordenação de competências entre as diferentes esferas:

Além disso, a Constituição de 1988 e o front intergovernamental dos últimos vinte anos produziram uma espécie de **federalismo compartimentalizado** (Abrucio, 2005). Trata-se de uma situação na qual há poucos incentivos ao entrelaçamento e compartilhamento de tarefas entre os níveis de governo, dificultando a articulação entre as várias competências comuns e concorrentes estabelecidas pela Carta constitucional. Em outras palavras, a coordenação federativa é frágil no Brasil (ABRUCIO & GAETANI, 2008, p. 4, g.n.).

Além da necessidade de coordenação de competências, um outro aspecto que pode ser apontado nas mudanças advindas da Constituição de 1988 é a necessidade de se estabelecer metas para o cumprimento dos direitos efetivados normativamente. O ideário de participação popular e descentralização das atividades do Estado para terceiros, nesse sentido, passa a ter como premissa parâmetros de avaliação de desempenho, como veremos posteriormente na incorporação do modelo gerencial e na análise do caso da saúde no presente estudo.

Dentre as possibilidades exaradas do texto constitucional, podemos inferir, no que se refere ao objeto mais comum entre Estado de Terceiro Setor, os serviços tidos como de relevância pública e os serviços públicos de cunho social. Nesse aspecto, dentre os direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal, nos quais se encontram o direito à saúde, foco do presente estudo, há uma permissão de atuação da parte do Estado, sem desconsiderar a possibilidade de atuação de terceiros, com vistas a garantir a maior efetivação dos referidos direitos. Sobre a relação da Constituição de 1988 com o Terceiro Setor, como resultado da combinação do exercício da cidadania com participação, podemos afirmar que:

É possível sustentar que o Terceiro Setor é o resultado da combinação do exercício da cidadania com a efetiva participação dos cidadãos - individual ou associativa - nos assuntos de interesse da sociedade, sempre com fundamento na busca pela solidariedade entre os indivíduos.

Logo, os elementos fundantes do Terceiro Setor encontram-se previstos expressamente na Constituição de 1988 (JUSTINO, 2004, p.8).

No ímpeto de busca pela concretização de direitos fundamentais, no âmbito da Constituição de 1988, tida como Constituição Cidadã, há a corresponsabilização de entes – Estado, Sociedade e o Terceiro Setor, conforme previsto no Título VIII, *Da Ordem Social* (artigos 194; 197; 198, II; 199, §1º; 204, II; 205; 213, I e II; 219, 225; 227, §1º, 230), englobando as áreas da saúde, assistência social, educação, cultura, meio ambiente, família, crianças e idosos. Nesse sentido:

Em outras palavras, o serviço de saúde, por exemplo, seja ele qualificado como serviço de relevância pública ou como serviço público social, possui o mesmo substrato material. O que muda nos dois casos, contudo, é o aspecto subjetivo (a natureza do ente prestador é diversa) e também o aspecto formal (o regime jurídico é outro). Assim, além de o prestador ser diferente em cada caso, o regime jurídico aplicável também é diverso conforme a atividade seja qualificada como serviço privado de relevância pública ou como serviço público social. Isso porque, a partir da disciplina constitucional brasileira, portanto, o serviço público social é assumido pelo Estado como uma prestação em relação à qual ele é obrigado e prestar de modo adequado, contínuo e em atendimento a todos os demais princípios do serviço público (MANICA, 2021, p. 53).

Destaca-se, ainda, dentre as alterações da Constituição de 1988, no âmbito do Terceiro Setor, a instalação de novos modelos de ajuste com o Poder Público – os Contratos de Gestão com as Organizações Sociais e os Termos de Parceria com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Posteriormente, houve a complementação dessas modalidades com os Termos de Colaboração, Termos de Fomento e Acordos de Cooperação celebrados com instituições qualificadas pela lei como Organizações da Sociedade Civil. Além disso, por meio de lei específica, foi normatizado o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS).

Essas novas modalidades inseridas no ordenamento jurídico brasileiro, imbuídas da lógica de participação social – nas suas mais diferentes formas de manifestação, inclusive pela atuação das entidades sem fins lucrativos na prestação de serviços sociais – instauram um novo paradigma de gestão, baseado no pluralismo social, em que as

parcerias entre a Administração Pública e a Sociedade Civil assumem esse contorno em áreas de atuação em que as titularidades sejam concorrentes.

Finalmente, na década de 1990, percebe-se a incorporação da lógica gerencial, o que significou, em grande medida, a transferência de serviços que antes eram executados diretamente pelo Estado. Essa transição no Brasil de um modelo burocrático, implementado na década de 1930 pelo Governo de Getúlio Vargas, a partir da criação do Departamento de Administração do Serviço Público (DASP), para o modelo gerencial de 1995 pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, foi implementada de forma progressiva e sem rupturas bruscas. Sobre tal evolução gradual dos princípios gerenciais discorre Beltrão:

Os princípios da administração burocrática clássica foram introduzidos no país através da criação, em 1936, do DASP — Departamento Administrativo do Serviço Público. A criação do DASP representou não apenas a primeira reforma administrativa do país, com a implantação da administração pública burocrática, mas também a afirmação dos princípios centralizadores e hierárquicos da burocracia clássica. Entretanto, já em 1938, temos um primeiro sinal de administração pública gerencial, com a criação da primeira autarquia. Surgia então a ideia de que os serviços públicos na “administração indireta” deveriam ser descentralizados e não obedecer a todos os requisitos burocráticos da “administração direta” ou central. A primeira tentativa de reforma gerencial da administração pública brasileira, entretanto, irá acontecer no final dos anos 60, através do Decreto-Lei 200, de 1967, sob o comando de Amaral Peixoto e a inspiração de Hélio Beltrão, que iria ser o pioneiro das novas ideias no Brasil. Beltrão participou da reforma administrativa de 1967 e depois, como Ministro da Desburocratização, entre 1979 e 1983, transformou-se em um arauto das novas ideias. Definiu seu Programa Nacional de Desburocratização, lançado em 1979, como uma proposta política visando, através da administração pública, “retirar o usuário da condição colonial de súdito para investi-lo na de cidadão, destinatário de toda a atividade do Estado (BELTRÃO, 1984, p. 11).

Nesse cenário de mudanças da década de 1990, retomando a passagem de um modelo para o outro, tinha-se na burocracia uma atuação do Estado fortemente marcada pela meritocracia, com características de expansão do papel do Estado, por meio da industrialização, urbanização e desenvolvimento econômico, acompanhado de uma

estrutura institucional amparada no estabelecimento de um corpo funcional público técnico recrutado por meio de concurso, afastando-se da lógica patrimonialista de indicações políticas.

A partir desse cenário, essa década de 1990 representou a criação de milhares de instituições sem fins lucrativos no Brasil, versando sobre as mais diferentes temáticas, tais como defesa do consumidor, saúde, educação, crianças, cidadania, previdência, entre outras. Dentre as possibilidades de atuação, destaca-se a formação de:

Entidades locais, regionais, nacionais e internacionais. Redes, ligas, grupos de entidades. Entidades prestadoras de serviços, de defesa de direitos, entidades financiadoras de outras entidades. Entidades dependentes exclusivamente de recursos públicos e entidades completamente independentes do Poder Público. Entidades mantidas pela contribuição de cidadãos, por recursos internacionais, por empresas privadas, pela receita auferida com a prestação de serviços remunerados. Entidades fiscalizadoras da ação estatal e entidades fiscalizadoras da atuação das próprias ONGs. Enfim, o terceiro setor se multiplicou exponencialmente, seja no número de instituições, seja em seus mecanismos de atuação (MANICA, 2022, p.90).

Bresser-Pereira, idealizador da Reforma Gerencial de 1995, ao analisar a Administração Pública burocrática no Brasil, quando aborda a ampliação do papel social e econômico do Estado, com destaque para o controle hierárquico e formalista dos procedimentos, aponta sua inadequação frente a estratégia de combate ao nepotismo e corrupção a partir do que considerou uma metodologia “*lenta, cara e ineficiente*” (BRESSER PEREIRA, 1999, p.26).

Dentre os principais princípios idealizados na Reforma por Bresser Pereira encontra-se a busca pelo aumento da autonomia e, por conseguinte, da responsabilidade dos gestores públicos, aliando seu desempenho ao resultado, com participação ativa da sociedade civil, imprensa e organizações não-governamentais na função de controle social. Adicionalmente, pode-se citar a premissa da descentralização, relegando ao Estado somente as tarefas diretamente exclusivas a ele atribuídas (BRESSER PEREIRA, 2005).

Em grande medida, o idealizador do Plano Diretor da Reforma do Estado, de 1995, apresenta uma visão bastante crítica sobre a Constituição de 1988 ter ignorado completamente as novas orientações da Administração Pública, bem como a falta de percepção da crise fiscal e do aparelho do Estado. Nesse sentido, destaca que:

Os constituintes e, mais amplamente, a sociedade brasileira revelaram nesse momento uma incrível falta de capacidade de ver o novo. Perceberam apenas que a administração burocrática clássica, que começara a ser implantada no país nos anos 30, não havia sido plenamente instaurada. Viram que o Estado havia adotado estratégias descentralizadoras — as autarquias e as fundações públicas — que não se enquadravam no modelo burocrático-profissional clássico. Notaram que essa descentralização havia aberto espaço para o clientelismo, principalmente ao nível dos Estados e municípios — clientelismo esse que se acentuara após a redemocratização. Não perceberam que as formas mais descentralizadas e flexíveis de administração, que o Decreto-Lei 200 havia consagrado, eram uma resposta à necessidade de o Estado administrar com eficiência as empresas e os serviços sociais. E decidiram completar a revolução burocrática antes de pensar nos princípios da moderna administração pública. Ao agirem assim, aparentemente seguiram uma lógica linear compatível com a idéia de que primeiro seria necessário completar a revolução mecânica, para só depois participar da revolução eletrônica (BRESSER, 2022, p. 63).

A proposta apresentada em 1995 foi uma resposta à crise do Estado que se estendia desde a década de 1980, agravada pelo cenário da globalização da economia, em que se fez necessário repensar os papéis dos atores públicos, urgindo-se pela estruturação de uma Administração não somente profissional, de caráter técnico e afastada de práticas clientelistas, mas também eficiente no que diz respeito ao atendimento das demandas da sociedade, focada na busca por resultados:

O discurso da administração gerencial, nos termos do ‘Plano Diretor’, pauta-se na necessidade de redução de custos, na melhoria da qualidade e na eficiência dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário, com um rompimento com a administração burocrática. Não nega todos os princípios da burocracia, pois conserva alguns, flexibilizando-os (...). **A diferença fundamental é a forma de controle, que deixa de se basear nos processos para se concentrar nos resultados** (VIOLIN, 2015, p.84, g.n.).

3. A EVOLUÇÃO NORMATIVA DO TERCEIRO SETOR NO ESTADO BRASILEIRO

No âmbito do desenvolvimento da Administração Pública brasileira a partir da Reforma Gerencial e de novos formatos organizacionais de atuação do Estado, podemos perceber, além do foco em resultados, a incorporação de preceitos e fundamentos do setor privado como forma de aumentar a capacidade de governança estatal. Os novos arranjos a partir de então levam em consideração essa simbiose, como as interações a partir de novas formas de governança, a exemplo das parcerias com o Terceiro Setor, tema do presente estudo.

Nessas novas interfaces de governança, podemos inferir que o sistema foi implementado pelo que se denomina novo contratualismo público. O modelo tido como administração compartilhada não limita a Administração Pública e a Sociedade Civil em administrar juntos, mas sim em aliar-se na consecução de objetivos também compartilhados que têm como cerne o interesse público. Nessa modelagem, o Estado compartilha suas responsabilidades, por meio de arranjos consensuais, tal como um contrato, com a finalidade de atingir o bem comum. Nesse sentido:

Fortalece-se um sistema de gestão pública baseada em instrumentos consensuais e negociais contextualizado em um “novo contratualismo administrativo” — com utilização de contratos administrativos, consórcios, convênios, compromisso de ajustamento de conduta, contratos de gestão, acordos e termos de parceria. (...) Parte-se, então, de uma visão Estadocêntrica, para outra que visa os interesses da sociedade; adotam-se novos procedimentos, compromissos formais e informais do Estado; discute-se o exercício de poder de forma mais aberta, transparente, incluindo novos instrumentos de participação da sociedade sob bases que não envolvem diretamente a proteção do próprio Estado. (SCHOENMAKER, 2009, p. 71).

A Reforma Gerencial do Estado, no que se refere ao Terceiro Setor, foi marcada pela descentralização e flexibilização de serviços científicos e sociais que não envolviam diretamente o poder do Estado para atores não estatais, mantendo, no entanto, sob responsabilidade estatal, o fomento e a sua respectiva regulação. No que se refere à característica da descentralização, fazendo alusão à delimitação doutrinária e papel do Terceiro Setor, podemos apontar que:

A estratégia governamental de repassar serviços a outros setores envolve também o conceito de descentralização. Das estratégias para descentralização, Arretche destacou a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições e a privatização ou desregulação. A delegação seria então a que acomodaria as organizações sociais, sendo a transferência da responsabilidade na gestão dos serviços para agências não vinculadas ao governo central, e mantido o controle dos recursos pelo governo central. Di Pietro inclui, na delegação, além da modalidade das Organizações Sociais, os consórcios, a concessão, a terceirização, a permissão, entre outros. As parcerias do Estado com a sociedade, independente de formas e características, remata a necessidade de outros organismos interessados em fazê-lo. Poderia ser o setor privado ou então, o Terceiro Setor. (DONADONE, 1998, p.7).

Neste trabalho, entende-se por Terceiro Setor os entes paraestatais da Sociedade Civil atuantes na prestação de serviços públicos não exclusivos do Estado, em regimes de parceria e sem fins lucrativos. Esse setor, portanto, não compõe a estrutura do Estado, tampouco faz parte do mercado. Apresenta como característica a gestão dos serviços de interesse público, sem fins lucrativos, submetidos ao controle estatal e social.

De acordo com o Manual do Terceiro Setor do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo:

A designação “Terceiro Setor” identifica área pertinente e implicada com a solução das questões sociais. É representado por cidadãos integrados em organizações sem fins lucrativos, não governamentais, e com objetivo final de gerar serviços de caráter público. Denomina-se desta forma para se diferenciar do Primeiro Setor, o Governo, e o Segundo Setor, empresas da iniciativa privada, com fins lucrativos (MANUAL TCESP, 2023, p. 9).

As relações do Estado com as entidades do Terceiro Setor têm apresentado notável expansão. O caráter de não lucratividade característico de sua conceituação, previsto no artigo 1º, § 1º, da Lei Federal 9.790/99⁴, não limita sua atuação, pelo

⁴ Art. 1º Podem qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas e se encontrem em funcionamento regular há, no mínimo, 3 (três) anos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se sem fins lucrativos a pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social.

contrário, não se deve desconsiderar os interesses econômicos que permeiam sua relação com o Poder Público, tais como as isenções de impostos e outros tipos de subsídios, assim como a remuneração de salários ao corpo diretivo sem restrição de cumprimento do teto imposto ao funcionalismo público.

Importante destacar que há uma série de debates acadêmicos acerca do conceito e sua extensão⁵ que não apresentam relevância para o escopo do pretendido estudo. No entanto, o que podemos apontar é que se trata de um conceito em evolução, diretamente relacionado com a expansão e qualificação dos serviços públicos. Dentre as características dos entes do Terceiro Setor, aponta Maria Sylvia Zanella Di Pietro o recebimento de incentivos, auxílios e subvenções do Poder Público, a existência de vínculo a partir dos instrumentos firmados e o dever de prestar contas à Administração Pública e aos respectivos Tribunais de Contas (DI PIETRO, 2017, p. 320).

Mário Aquino discorre sobre a conceituação do Terceiro Setor em “Terceiro Setor: as origens do conceito” atribuindo a utilização em fins dos anos 1970, nos Estados Unidos, com propósito de designar organizações não-lucrativas voltadas para produção ou distribuição de bens e serviços públicos. Tal termo, nessa perspectiva apresentada pelo autor, caiu em desuso na década de 1980, tendo sido retomada em meados da década de 1990, embasado no *Johns Hopkins Comparative Non Profit Sector Project*⁶. Nesse sentido, apresenta que:

Desde os países desenvolvidos da América do Norte, Europa e Ásia até as sociedades em desenvolvimento da África, América Latina e do antigo bloco soviético, pessoas estão formando associações, fundações e instituições similares para a provisão de serviços humanitários, promover o desenvolvimento econômico de base, prevenir a degradação ambiental, proteger direitos civis e perseguir milhares de demandas que não eram atendidas ou eram deixadas de lado pelo Estado” (SALAMON, 1994, p. 109).

⁵ Maria Sylvia Zanella di Pietro divide as entidades do terceiro setor em organizações sociais da sociedade civil de interesse público (OSCIP), serviços sociais autônomos, entidades de apoio, organizações da sociedade civil e organizações sociais. Incluem-se também as entidades declaradas de utilidade pública e as que recebem certificado de fins filantrópicos (DI PIETRO, 2017, p. 524).

⁶ Relatório apresentado em 1994 pela Universidade Johns Hopkins, coordenado por Lester Salamon que apresentou a definição do setor não lucrativo nos Estados Unidos. Esse projeto tem objetivo de mensurar o impacto do terceiro setor sobre as economias de diferentes países. Disponível em: https://www.nonprofitjourney.org/uploads/8/4/4/9/8449980/summary_of_voluntarism_in_us_salamon.pdf Último acesso em 05/07/2024.

Após a promulgação da Constituição de 1988, seguida da já mencionada Reforma Gerencial de 1995, os modelos de relacionamento do Poder Público com o Terceiro Setor foram bastante expandidos no ordenamento jurídico brasileiro, *“seja pela ampliação de escopo e alcance dos modelos institucionais anteriormente existentes (e.g. SSA – Serviço Social Autônomo), seja pela criação de novos modelos que implicam, para a entidade, a adoção de padrões predeterminados e diferenciados de gestão, governança e configuração organizacional”* (e.g. Fundação de Apoio, OS e OSCIP) (ALCOFORADO & KNOFF, 2020, p. 11).

Em termos legislativos, não houve uma codificação do Direito do Terceiro Setor, nem uma sistematização no campo doutrinário. As normas foram evoluindo e encontrando paralelos em leis estaduais, distritais e municipais.

Em relação a todas as matérias apontadas existe farta legislação infraconstitucional, regulamentadora dos preceitos constitucionais aludidos e disciplinadora da atuação das entidades do Terceiro Setor nos segmentos assinalados. Todavia, as regras que disciplinam o Terceiro Setor encontram-se disseminadas em Códigos e textos legislativos esparsos, objetos de estudo específico de diversos ramos ou especialidades do Direito. Registre-se que há quem defenda a edição de uma Lei Geral ou de um Estatuto Geral do Terceiro Setor, o qual procuraria sistematizar, uniformizar e disciplinar, em um único texto legislativo, aspectos como as formas de organização jurídica, as atividades, os modos de gestão, fiscalização e controle das entidades que desse segmento façam parte (JUSTINO, 2007, p. 9).

Na seara legislativa, esse novo ordenamento de governança, por meio de busca de parcerias com a iniciativa privada e sociedade, teve como marco a Lei Federal nº 9.637, de 1998, denominada Lei das Organizações Sociais, que instituiu o Contrato de Gestão. Esse instrumento coaduna com a busca pelo interesse público no âmbito da mencionada modelagem de contratualização administrativa. Nesse sentido:

Através da observância de determinados requisitos legais, portanto, a Lei nº 9.637/98 permite que pessoas jurídicas de direito privado sejam qualificadas como organizações sociais e, através de contratos de gestão firmados com o Poder Público, desenvolvam atividades relacionadas ao desenvolvimento educacional e assistencial, sendo então declaradas entidades de interesse social e utilidade pública, recebendo, inclusive, incentivo do Poder Público para o fomento das atividades sociais, conforme preceitua o artigo 12 da Lei. Trata-se, efetivamente, a

qualificação das entidades como organizações sociais, de instrumento criado no bojo do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado com vistas a dotar a prestação dos serviços sociais de maior flexibilidade, através da interposição destas entidades entre o Estado e a sociedade receptora dos serviços (SOUZA, 2012, p.12).

Neste mesmo ano, com a mencionada Lei Federal e a possibilidade de regulamentação estadual da matéria, no Estado de São Paulo foi promulgada a Lei Complementar n° 846/98, que estabeleceu a qualificação como Organizações Sociais para pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, para atividades na área da saúde ou cultura.

Como veremos adiante, o avanço dessa matéria veio por meio de Lei Federal n° 9.790/99, que instituiu uma nova modalidade e um novo instrumento, quais sejam, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e o Termo de Parceria, ficando conhecida à época como a “nova lei do Terceiro Setor”, embora não seja um termo considerado adequado. A qualificação criada pela OSCIP, concedida pelo Ministério da Justiça, foi vinculada ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela mencionada Lei bem como a finalidade social das atividades delimitadas na legislação.

Aponta-se que a Lei Federal n° 9.790/99, regulamentada pelo Decreto Federal n° 3.100/99, além de apresentar a figura das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), vinculou, por meio do Termo de Parceria, as entidades privadas sem fins lucrativos no desempenho de atividades não exclusivas do Estado, como colaboradoras do Estado, constituindo natureza privada e sendo objeto de incentivo e fiscalização por parte do Poder Público.

A década de 1990 foi marcada, de modo geral, em termos legislativos, por grandes debates sobre a interação entre Poder Público e Terceiro Setor. As inovações apresentadas pela Lei das OSCIPs, tendo como ferramenta o Termo de Parceria, colaboraram para a consolidação da Administração Pública consensual, servindo como instrumento de diálogo e de participação no âmbito dos serviços sociais a serem oferecidos para a coletividade, bem como instituiu de forma explícita algumas ferramentas de controle de resultados, dentre tais, depreende-se da Lei 9.790/99:

- I. Artigo 4º, VII, “b” e “d”: necessidade de publicidade anual do relatório de atividades e demonstrações financeiras e prestação de contas anual de todas as atividades da OSCIP ao parceiro público.
- II. Artigo 10: exigência prévia à assinatura do Termo de Parceria de programa de trabalho com previsão de metas e resultados proposto, prazos previstos e critérios de avaliação objetivos de desempenho, bem como a apresentação pela parceira de relatório anual de execução;
- III. Artigo 11: constituição de Comissão de avaliação e Conselhos de Políticas Públicas, de formação mista – 2 membros do Poder Executivo, um da OSCIP e um indicado pela área de atuação – para acompanhamento dos trabalhos e resultados.

A partir da evolução normativa mencionada, além das especificações para fins de qualificação, a partir de então, os Contratos de Gestão e os Termos de Parceria são apresentados como instrumentos para concretizar a parceria do Governo com as Organizações Sociais, na forma da apresentação de diretrizes em que o Terceiro Setor deveria pautar sua atuação. Assim, esclarece MANICA que:

Nesse plano, tanto os contratos de gestão com as Organizações Sociais quanto os termos de parceria com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público inserem-se no processo de transformação pelo qual tem passado o Estado brasileiro, que realça a importância do terceiro setor na concretização das tarefas impostas ao Estado pela Constituição de 1988. O mero incentivo descompromissado, típico dos convênios e dos empréstimos a fundo perdido, passou a ser substituído por mecanismos contemporâneos de fomento e execução de atividades sociais por instituições do terceiro setor – financiadas e fiscalizadas pelo Poder Público (MANICA, 2022, p. 95).

Nesse sentido, serve como ferramenta para estipular os parâmetros de atuação de forma quantitativa, bem como incorpora medidas de desempenho. Importante destacar que, juntamente com os novos modelos, o Estado passou a implementar uma série de requisitos na forma de titulações e qualificações para serem concedidas às Organizações da Sociedade Civil visando à participação em políticas públicas.

Destaca-se, ainda, como parte do aparato organizacional do Terceiro Setor, os mencionados modelos e títulos, por exemplo, de entidade beneficente de assistência social, de instituição comunitária de educação superior, de instituto de ciência, tecnologia e inovação, entre outros, tendo como pressuposto para funcionamento o fomento por

meio de cessão de recursos públicos e eventualmente concessão de incentivos fiscais – subvenção, imunidade ou isenção.

A partir dessa regulamentação inicial, percebeu-se um aumento significativo no volume dos recursos públicos repassados ao Terceiro Setor. Concomitantemente, expressivo também passou a ser o número de denúncias e exposições midiáticas acerca de condutas desalinhadas com o interesse público, tanto em termos de escolha das entidades beneficiadas, quanto da prestação efetiva dos serviços. Nessa perspectiva, no âmbito do controle legislativo, passam a ser instauradas no Congresso Nacional Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs) abordando utilizações indevidas de verba repassadas ao Terceiro Setor.

As denúncias de casos isolados de corrupção e os erros formais cometidos nas relações de parceria com OSCs, em meio a um período marcado por comissões parlamentares de inquérito (duas CPIs das ONGs e a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Terra), estão afetando organizações que, historicamente, realizam um trabalho popular, sério e comprometido com o interesse público. Essa “criminalização burocrática”, que ocorreu, sobretudo, pela ausência de regras claras e próprias, deve ser revertida com o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC, 2015)⁷.

Somente em 2011, a partir do Decreto Federal nº 7.568/11, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, houve uma reação a essa pressão legislativa e pública. Nesse mesmo dispositivo foi criado um Grupo de Trabalho⁸ com o firme propósito, apresentado em seu artigo 5º, de *avaliar, rever e propor aperfeiçoamentos na legislação federal relativa à execução de programas, projetos e atividades de interesse público e às transferências de recursos da União mediante convênios, contratos de repasse, termos de parceria ou instrumentos congêneres*⁹.

⁷ Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil. 2. Organizações da Sociedade Civil. I. Título. Disponível em:

http://www.participa.br/articles/public/0016/8824/04.12.15_MROSC_ArquivoCompleto_Capa_Miolo.pdf

⁸ No ano seguinte, a Portaria nº 392/2012 instituiu os membros do Grupo.

⁹ Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7568-16-setembro-2011-611480-republicacao-133654-pe.html>. Último acesso: 14/06/2024.

Os trabalhos do referido Grupo serviram como embasamento para a implementação do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC) e edição da Lei Federal nº 13.019, em 2014. Nesse sentido:

O Grupo de Trabalho definiu três eixos orientadores para a agenda de discussão sobre as relações entre as entidades da sociedade civil e o Estado, então chamada de Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil: contratualização, sustentabilidade econômica e certificação, sendo a Lei nº 13.019/14 apenas um dos produtos pretendidos pelo grupo no âmbito do eixo contratualização. Outras pautas foram criadas pelo grupo, dentre elas a criação de um sistema de tributação diferenciado para as Organizações da Sociedade Civil: o simples social (FORTINI, CUNHA & PIRES, 2018, p.61).

Tal evolução, conforme supramencionado, culminou nessa proposta legislativa, complementando, quinze anos depois, com a edição da Lei Federal nº 13.019, de 2014 e alterações do ano subsequente, mediante Lei Federal nº 13.204, de 2015. Nos termos do artigo primeiro, já se apresenta o espírito de colaboração pretendido entre os entes:

Art. 1º. Esta Lei institui normas gerais para as parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil, **em regime de mútua cooperação**, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação (g.n) (BRASIL, 2015)¹⁰.

O âmbito de atuação delimitado pela referida legislação, conforme disposto no artigo 3º, englobava as áreas de assistência social, promoção da educação ou saúde, voluntariado, desenvolvimento econômico e combate à pobreza. Destacou ainda a participação social, com previsão de Conselhos de Políticas Públicas em cada uma das áreas de atuação, nas três esferas federativas.

A Lei Federal nº 13.019/2014 representou um marco ao elucidar as regras de seleção das entidades, delimitar as modalidades de parceria, bem como estabelecer a forma de execução, prestação de contas e fiscalização, além de dotar de maior responsabilização os envolvidos. Esse normativo foi complementado no âmbito federal

¹⁰ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13204.htm#art2. Último acesso: 25/07/2024.

pelo Decreto Federal nº 8.726, de 27 de abril de 2016, que serviu para organizar, de forma transparente, as informações cadastrais e de atuação das OSCs brasileiras, servindo como um importante instrumento para a tomada de decisões na gestão pública no que se refere à atuação do Terceiro Setor.

A grande mudança observada na legislação refere-se à extinção do uso de Convênios para celebração de parcerias entre o Poder Público e as OSCs, uma vez que o instrumento foi idealizado para parcerias entre entes federativos e não estava sendo, por falhas de legislação e fiscalização, integralmente aplicado à lógica do Terceiro Setor. Para substituir os Convênios, foram instituídos os Termos de Colaboração e de Fomento, sendo o primeiro proposto pela Administração Pública e o segundo pelas Organizações da Sociedade Civil. Posteriormente, com a atualização da Lei, institui-se ainda o Termo de Cooperação – que formaliza as parcerias que não envolvem transferência de recursos.

Em termos conceituais, *“as OSCs são definidas como entidades privadas, sem fins lucrativos, legalmente constituídas, autoadministradas e voluntárias com atuação nos mais distintos temas de políticas públicas e defesa de direitos”* (LOPEZ, 2018). A atualização da Lei, feita em 2015, previu ainda uma conceituação mais abrangente, ao incluir as entidades religiosas e cooperativas com atuação em áreas de interesse público ou social.

Destaca-se ainda que:

A Lei nº 13.019/14 não criou uma nova certificação, mas uma qualificação denominada Organização da Sociedade Civil – OSC. Isso porque, diversamente dos demais títulos e certificados, a OSC independe de qualquer manifestação estatal formal, sendo a mera obediência aos ditames legais suficientes para que uma entidade do terceiro setor seja uma OSC (MANICA, 2022, p. 96).

Essa nova legislação teve, portanto, como ponto elementar a qualificação. Nesse sentido, podemos inferir que de modo distinto das OSCIPs, que previam a outorga da qualificação mediante o cumprimento de requisitos previamente definidos por lei, as Organizações Sociais disciplinadas por essa nova legislação recebem ou podem receber delegação para a gestão de serviços públicos, obtendo a qualificação somente quando da celebração do ajuste com o Poder Público.

Antes mesmo da entrada em vigência da mencionada Lei, que apresentou uma ênfase na lógica burocrática-formal, houve modificações por meio da Lei Federal nº 13.204/2015, flexibilizando critérios, possibilitando remuneração de equipe e custos indiretos, bem como provendo mais autonomia para as entidades atuarem. A padronização de critérios e procedimentos passou a ser adaptada trocando-se parâmetros quantitativos e qualitativos por uma medição baseada na aferição de resultados. Nesse sentido, em relação ao plano de trabalho detalhado, houve na atualização da Lei uma simplificação das exigências, mantendo-se parâmetros mínimos de aferição e detalhamento de valores em rubricas específicas:

Na Lei 13.019, havia diversas exigências específicas no plano de trabalho, que foram simplificadas na Lei 13.204. Permanece, no entanto, um desafio para a gestão pública de articular a realização das parcerias com políticas, planos e programas governamentais, não apenas de realizar uma avaliação individual das parcerias. Para isso, é necessário que o poder público tenha clareza dos objetivos da parceria, o que nem sempre parece estar claro para os gestores públicos, evidenciando a ausência de visão estratégica sobre as parcerias (MENDONÇA & FALCÃO, 2016, P.50).

Um outro ponto que também merece ser destacado na referida legislação refere-se ao forte caráter de participação popular. O próprio texto de apresentação do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil enaltece esse aspecto:

A principal conquista está refletida na nova Lei de Fomento e Colaboração – Lei nº 13.019/2014 – cuja contribuição principal é combinar a valorização das organizações da sociedade civil com a transparência na aplicação dos recursos públicos. É uma lei estruturante, produto de construção coletiva e pluripartidária, que deverá criar novas relações de parceria entre governos e organizações, dando visibilidade ao enorme trabalho que a sociedade civil organizada desenvolve no nosso país. A condução e os encaminhamentos desse processo são também reflexo da abertura do Estado brasileiro à participação social. Não fossem as reivindicações da sociedade, dificilmente teríamos conseguido mobilizar tantos atores diferentes em torno de temas que interessam diretamente às organizações, seja no aperfeiçoamento das regras referentes às parcerias com o Estado, seja em relação ao aumento de recursos livres para sua sustentabilidade econômica e a desburocratização de processos de certificação (MROSC, 2015, p. 12).

Dentre as inovações apresentadas pela legislação, com reforço para o uso de tecnologia para garantir a transparência, destaca-se o procedimento para escolha da entidade parceira, bem como os requisitos para execução e fiscalização, tendo nos instrumentos de formalização das parcerias a forma de firmar o elo da Administração Pública com as Organizações da Sociedade Civil. Destacam-se, assim, as modalidades supracitadas do Termo de Colaboração, Termo de Fomento e Acordo de Cooperação:

O Termo de Colaboração é ajuste que formaliza a parceria entre Estado e Organização da Sociedade Civil, para a consecução de interesse público, que tenha sido proposto pela Administração Pública (art. 2º, VII). O Termo de Fomento, por sua vez, tem contornos semelhantes ao ajuste acima descrito, distinguindo-se deste apenas por resultar de processo que provenha de proposta formulada pela organização civil (art. 2º, VIII). Já o Acordo de Cooperação é o instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com Organizações da Sociedade Civil que não envolvam a transferência de recursos financeiros (art. 2º, VIII-A) (FORTINI, CUNHA & PIRES, 2018, p.76).

O crescimento do Terceiro Setor a partir dessa evolução normativa, que culminou na edição da Lei Federal nº 13.019/2014 e consolidação do Marco Regulatório, serviu ao propósito de prover maior segurança jurídica, dando menos margem para discricionariedade na gestão. Podemos apontar, ainda, a tentativa de servir como instrumento concretizador de direitos fundamentais, ao firmar parâmetros claros de atuação para essa atuação colaborativa entre Estado e Sociedade Civil, na forma do Terceiro Setor, com o objetivo de garantir a boa prestação dos serviços. Resta saber se, em termos práticos, a qualidade dos serviços prestados está sendo assegurada conforme os preceitos de eficiência e efetividade e de forma equilibrada entre a prestação direta pelo Estado e a realizada pelo Terceiro Setor, compensando todo o investimento realizado ao longo das últimas décadas.

4. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS NA ÁREA DA SAÚDE

4.1. A estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil

Para compreender o escopo do presente estudo, faz-se necessária uma breve abordagem da estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil, no âmbito das demandas democráticas ao fim dos anos 1980. A lógica do modelo implementado baseou-se no modelo redistributivo do Estado de bem-estar social e representou um marco na evolução do atendimento à saúde pelo Estado Brasileiro, uma vez que estruturou, por meio do princípio da gratuidade, o amplo acesso da população.

Cumprido destacar, nesse sentido, que a criação do Ministério da Saúde, em 1953, apresentava uma atuação sem especialização de atendimento, restrita ao âmbito da prevenção de doenças e ações coletivas de promoção da saúde, como as campanhas de vacinação. O atendimento do Setor Público “pré-SUS” dava-se por meio das Autarquias vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social, notadamente Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que recebeu nomenclatura posterior de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A incorporação do Sistema Único de Saúde no texto Constitucional representou uma completa guinada no acesso da população aos serviços de saúde, tanto ao prever, no artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, com base em políticas de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, como também ao determinar as diretrizes e o escopo de atuação e fontes de financiamento. Assim, apresenta a Constituição Federal no artigo 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(...)

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Sobre a leitura do texto constitucional no que se refere à saúde, a partir dos artigos 196 a 199, percebemos o dever do Estado na prestação dos serviços, sendo que sua execução tem como diretriz a participação da sociedade:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que participa de forma complementar ao sistema único de saúde, com a preferência de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e sendo vedados auxílios e subvenções a empresas com fins lucrativos (artigos 196 a 199). Na área da saúde, fica claro que o Estado deve ser responsável por executar diretamente os serviços, sendo possível, sem a necessidade de concessão ou de permissão, que entidades privadas, sejam do mercado (empresas com fins lucrativos) ou do “Terceiro Setor” (entidades sem fins lucrativos), prestem esses serviços. De qualquer forma, a participação da comunidade poderá se dar na execução direta de serviços de saúde, mas também por meio da fiscalização e da cobrança das políticas, por meio, por exemplo, de conselhos gestores da política da saúde com participação popular (VIOLIN, 2015, p. 264).

Após a inserção no texto Constitucional, foi editada a Lei Federal nº 8.080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, seu campo de atuação e de organização. Dentre as diretrizes previstas na referida norma, destacam-se, no artigo 7º, os seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na ¹¹prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

No entanto, em que pese ser um modelo internacionalmente reconhecido, a pré-concebida universalidade e integralidade inerente desse sistema encontrou (e ainda encontra), em sua implementação, dificuldades em termos de financiamento e de gestão.

Assim, nesse cenário de enfrentamento de algumas dificuldades na entrega de serviços de saúde da forma pretendida, garantindo a qualidade e eficiência do atendimento, o Terceiro Setor desponta como uma alternativa de atuação, por meio dos Contratos de Gestão firmados pelo Estado com Organizações Sociais de Saúde e mediante atuação com financiamento estatal aliada ao controle de resultados.

Nesse sentido, destaca-se que essa estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, fundamentada nos princípios de universalidade, integralidade e descentralização, também encontra desafios em relação ao processo de terceirização na área da saúde, conforme destacado por Maria Luiza Levi, ao abordar a contratação de médicos como pessoas jurídicas, prática recorrente nas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Em sua análise, argumenta a autora que a terceirização e a inserção de entidades privadas na gestão dos serviços de saúde pública comprometem a unidade do

¹¹ Legislações mais recentes, notadamente a Lei Federal n° 12.845, de 2013; Lei Federal n° 14.679, de 2023 e Lei Federal n° 14.847, de 2024, incluíram no âmbito de atuação do Sistema de Saúde a proteção às mulheres vítimas de violência doméstica e às crianças e adolescentes.

sistema, induzindo uma mercantilização dos direitos sociais. Fazendo um retrospecto histórico, apresenta a autora que:

A contratação de médicos por parte de entidades provedoras de serviços de saúde por meio de terceiros é uma modalidade empregada no Brasil pelo menos desde a década de 1980 (**Medici, 1993**). Já nessa época, a prática envolvia tanto a terceirização em seu formato clássico - médicos contratados por uma empresa terceirizada para trabalhar em um hospital ou clínica -, como a organização dos próprios médicos como pessoas jurídicas para vender serviços aos estabelecimentos de saúde, a chamada 'pejotização'. Nos anos 1990 e 2000, o fenômeno se expandiu nas duas variantes. A terceirização clássica avançou no setor privado e no SUS, nesse caso pela contratação de empresas de prestação de serviços médicos por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e cooperativas, em grande medida sob o estímulo das restrições impostas à contratação de pessoal via Lei Camata (posteriormente incorporadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal)

Diante desse cenário de terceirização da força de trabalho e de expansão do modelo assistencialista do SUS, com novas formas de gestão, somando-se ainda a dificuldade em fazer com que os tratamentos cheguem, de fato, à população, tem-se no setor hospitalar o principal elemento para a avaliação de indicadores de desempenho na área da saúde. Nesse sentido, destaca-se que:

Desenvolvem-se, como parte dos processos de gestão hospitalar, múltiplas propostas de sistemas de avaliação, que incluem um número variável de indicadores, com a mensuração do volume, mortalidade e utilização de procedimentos e patologias selecionadas segundo seu potencial de generalização para a mensuração da qualidade geral da assistência. Além do uso interno aos hospitais, esses sistemas almejam se constituir em instrumentos que permitem análises comparativas entre hospitais, quanto ao padrão de qualidade dos serviços, em perspectiva local, regional, nacional e internacional, sendo vitais para a comprovação da assistência prestada tanto para os financiadores quanto para os clientes. A informatização dos serviços de saúde, a Internet e a disponibilidade de portais de livre acesso governamentais aumentam de forma extraordinária essas possibilidades de monitoramento e comparação (SCHOUT & NOVAES, 2007, p. 2)

Utilizando-se da base teórica apresentada pelo projeto da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2006, intitulado *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*¹², estudo no âmbito do Estado de São Paulo apresentou um cruzamento de dados no ano de 2012 envolvendo 533 hospitais paulistas, com dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para avaliar o desempenho hospitalar e o processo decisório na área da saúde.

Dentre os quesitos avaliados, incluíram-se dados de saídas hospitalares, quantidade de pacientes atendidos por dia, óbitos, valor da autorização de internação hospitalar (AIH) paga (representando o faturamento médio por internação hospitalar), quantidade de leitos hospitalares (a partir da disponibilidade de leitos do SUS, tanto na rede pública, quanto da parcela destinada na rede privada), informações de recursos humanos e características dos estabelecimentos de saúde. Nesse sentido, estruturou-se o estudo com a seguinte diretriz:

Os principais indicadores escolhidos relacionaram-se sobretudo à estrutura e aos processos: proporção de leitos complementares; relação de pessoas por leito; proporção de saídas hospitalares de alta complexidade; valor médio da AIH paga; taxa de ocupação hospitalar; tempo médio de permanência; índice de rotatividade do leito; proporção de saídas hospitalares por transferência externa; e taxa de mortalidade hospitalar (RAMOS, 2015, p.2)

Dentre os resultados apresentados no referido estudo¹³, para fins do presente trabalho, de comparação da prestação de serviços diretamente pelo Estado e os efetuados por meio de Entidades do Terceiro Setor, aponta-se que:

¹² O referido estudo preconiza a avaliação do desempenho hospitalar abrangendo dimensões como efetividade clínica, segurança e foco no paciente, eficiência, orientação dos profissionais de saúde e governança. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107808/E89742.pdf?sequence=1>. Último acesso em 04/07/2024.

¹³ Das conclusões apresentadas no estudo destacam-se a importância do efeito escala para eficiência, na esteira do entendimento de que hospitais de maior parte apresentam desempenho superior àqueles com menor número de leitos. Também apresentou que hospitais especializados apresentaram taxas de mortalidade inferiores às de hospitais mais generalistas. Dentre as análises da esfera administrativa não foram evidenciadas diferenças significativas entre os objetos estudados.

Não foram observadas diferenças significativas entre hospitais da administração direta e indireta para indicadores de proporção de leitos complementares, percentual de procedimentos de alta complexidade, valor médio da AIH paga, relação de pessoas por leito, taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, índice de rotatividade do leito e taxa de mortalidade hospitalar (RAMOS, 2015, p.4).

No entanto, em relação a outros quesitos, apresentaram-se algumas variáveis a serem consideradas nos hospitais com finalidade não lucrativa, por exemplo, menor tempo de permanência (6,5 *versus* 19,0 dias), maior índice de rotatividade do leito (39,8 *versus* 15,0) e maior taxa de mortalidade hospitalar (3,7% *versus* 0,6%), mais favoráveis que aqueles com finalidade lucrativa (RAMOS, 2015, p. 5).

No que se refere à captação de dados para avaliação de resultados na área da saúde em relação à gestão hospitalar, remete-se à necessidade de registros clínicos organizados e estruturados, de forma que possam ser utilizados para fins comparativos e atendendo a objetivos diferentes. Além disso, aponta-se ainda a dificuldade de encontrar nos sistemas de serviços de saúde padrões consistentes das atividades e dos registros profissionais. Nesse sentido:

o arranjo elaborado para a regulação econômico-financeira das OSS apresenta falhas importantes devido à falta de referências consistentes acerca do custo e da complexidade do cuidado prestado pelos hospitais. A ausência de parâmetros resulta em fragilidade dos critérios norteadores das transferências de recursos às OSS, prejudicando a efetividade do monitoramento e do controle da provisão de serviços pela gestão estadual (LEVI, 2025, p.1).

Um exemplo que costuma ser apontado nesse sentido das dificuldades de padronização refere-se à utilização da codificação dos diagnósticos por meio da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID), pois dentre as limitações de seu uso para fins de avaliação de resultados encontra-se a ampla gama de variabilidade técnica em sua classificação, uma vez que pode incorporar graus muito diversificados de diagnósticos, condutas e terapias, o que implica em custos também diferenciados.

Diante desse cenário de falta de padronização e, por conseguinte, de obtenção de dados confiáveis para análise do desempenho no setor da saúde, foi editada no Brasil, por meio do Ministério da Saúde, a Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002. Na apresentação do referido diploma, destacam-se as estatísticas hospitalares como fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação de serviços de saúde.

No entanto, diante dessa variedade de definições e nomenclaturas utilizadas pelos diferentes hospitais ao preencherem o censo hospitalar, acaba-se deixando muita margem para distorções, dificultando a formulação de políticas públicas e interpretações das informações geradas. Logo, o objetivo da mencionada Portaria foi padronizar a linguagem utilizada nos censos hospitalares em âmbito nacional, com orientações claras de como deve ser a captação das informações¹⁴. Nas exposições de motivos, destaca-se a *“expectativa de que as definições apresentadas auxiliem na formulação de indicadores a serem utilizados por diversos setores do hospital, por entendermos que a análise de dados resultantes de indicadores claramente definidos é uma poderosa ferramenta de gestão”* (BRASIL, 2002, p.9)

Outros dois aspectos referentes à captação de dados para mensuração de resultados no campo da saúde dizem respeito aos recursos humanos envolvidos e à tecnologia da informação. Para que os sistemas sejam confiáveis, há que se considerar um corpo qualificado e treinado para alimentar constantemente as informações. Em relação à informatização, trata-se de um elemento inerente da moderna gestão dos hospitais, que permite o recebimento das informações, em tempo real, de toda a administração, desde as atividades desenvolvidas, recebimentos, gastos, compras, estoque de produtos, entre outros.

¹⁴ Como exemplo, podemos apontar as orientações referentes à internação hospitalar, que emanam que: Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas. Notas técnicas (1): todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital devem ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas. Notas técnicas (2): os pacientes que têm grandes chances de permanecerem dentro do hospital por menos de 24 horas devem ocupar leitos de observação, de forma a evitar a contabilização indevida de pacientes-dia no censo hospitalar diário (BRASIL, 2002, p.11).

Assim, feitos esses apontamentos sobre os indicadores para avaliação de resultado na área da saúde, sob ponto de vista genérico, serão apresentadas no próximo tópico, para fins de adequação ao presente estudo, algumas limitações que se aplicam à coleta de informações na visão dos Municípios como um todo, que diferem daquelas existentes no âmbito da gestão hospitalar, geralmente disponíveis nos equipamentos públicos estaduais.

4.2. Desafios e limitações na coleta de dados de saúde na visão municipal

O objetivo proposto na presente pesquisa, qual seja, o de verificar os reflexos existentes a partir da crescente opção administrativa pela terceirização dos serviços de saúde no período compreendido entre 2019 e 2023 no desempenho operacional dos serviços públicos ofertados, se depara naturalmente com algumas limitações. Em primeiro lugar, com a fragmentação dos bancos de pesquisa com dados de saúde disponíveis e com a falta de fidedignidade e/ou desatualização das informações declaradas pelos Municípios.

Tal fragilidade, inclusive, também pode ocorrer por ocasião do envio das informações financeiras pelos Órgãos jurisdicionados ao TCESP, à medida que podem não conter a adequada classificação contábil dos repasses ao Terceiro Setor, prejudicando sua segregação. Ainda assim, motivou a produção desse estudo de caso: (i) a possibilidade de se gerar um grande panorama da visão dos Municípios paulistas jurisdicionados ao TCESP (644), porquanto a maior parte dos levantamentos realizados se concentra no âmbito estadual, cujas informações financeiras e de indicadores de desempenho se encontram mais padronizadas; e, (ii) o fato de os Municípios paulistas terem registrado, conforme apresentado no Capítulo 6, crescimento dos repasses ao Terceiro Setor da ordem de 79,7% no período de 2019 a 2023, amplamente superior aos 40,6% observados no âmbito estadual, cenário que justifica o interesse pelo detalhamento da tendência de terceirização dos serviços de saúde pelos gestores municipais e seus eventuais reflexos nos indicadores de desempenho.

Diante das restrições impostas, faz-se necessário delimitar os indicadores de desempenho de saúde que serão utilizados como referência para o cruzamento de dados proposto, bem como explicar brevemente seus conceitos. As informações coletadas para o presente estudo foram extraídas com a utilização de importante ferramenta de consolidação dos dados do setor de saúde (IEPS Data) disponibilizada pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) que, nos termos constantes em sua página eletrônica, constitui-se em uma *“organização sem fins lucrativos, independente e apartidária, cujo único objetivo é contribuir para o aprimoramento das políticas públicas do setor de saúde no Brasil. O IEPS defende a ideia de que toda a população brasileira deva ter acesso à saúde de qualidade e que o uso de recursos e a regulação do sistema de saúde sejam os mais efetivos possíveis. Acreditamos que a melhor maneira de alcançar o nosso propósito é através de políticas públicas baseadas em evidências, desenhadas, implementadas e monitoradas de maneira transparente”*¹⁵.

Atualmente, a Coordenação Técnica dos trabalhos do IEPS Data conta com a direção do Professor da FGV-EAESP, Rudi Rocha, bem como com a participação dos Pesquisadores Leonardo Rocha, Helena Arruda e Vinícius Peçanha. Esse grande repositório de dados permite o *download* de mais de 180 (cento e oitenta) indicadores de saúde, distribuídos nos seguintes grupos: (i) Atenção Primária; (ii) Mortalidade e Morbidade; (iii) Recursos; (iv) Saúde Suplementar; (v) Gastos; (vi) Indicadores Socioeconômicos; e, (vii) Demografia. Além disso, é possível extrair os indicadores desejados nas seguintes granularidades: (i) Brasil; (ii) Estado; (iii) Macrorregião de Saúde; (iv) Região de Saúde; e, (v) Município.

A ideia geral para a formulação do presente estudo de caso foi a de selecionar um conjunto de indicadores de desempenho que refletisse, em termos gerais, um bom panorama da saúde local, considerando-se nesse contexto as verbas financeiras efetivamente empregadas na estrutura física dos equipamentos de saúde e nos recursos humanos destinados ao atendimento à população, bem como a cobertura da Atenção Básica e as taxas de mortalidade verificadas, com ajuste etário para possibilitar

¹⁵ Disponível em: <https://iepsdata.org.br/about>. Último acesso em 25/07/2024.

comparações intertemporais entre unidades geográficas. Logo, apresenta-se a seguir a relação de indicadores selecionados para análise da visão municipal:

Quadro 1 - Resumo dos indicadores de desempenho de saúde

Grupo	Indicador	Informações Adicionais
Recursos	Médicos (por 1.000 hab)	<p>Resumo do Indicador: Número de médicos unicamente identificados, por 1.000 habitantes, por localidade geográfica e ano.</p> <p>Interpretação: Mede a disponibilidade de recursos humanos de saúde - médicos, nesse caso - para a população residente de determinada localidade geográfica. Logo, quanto maior a quantidade de médicos (por 1.000 habitantes), maior o potencial de oferta de serviços de saúde e de acesso a esses serviços.</p> <p>Fonte dos Dados: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), base de profissionais de saúde (PF), TabNet/DATASUS.</p>
	Enfermeiros (por 1.000 hab)	<p>Resumo do Indicador: Número de enfermeiros unicamente identificados, por 1.000 habitantes, por localidade geográfica e ano.</p> <p>Interpretação: Mede a disponibilidade de recursos humanos de saúde - enfermeiros, nesse caso - para a população residente de determinada localidade geográfica. Logo, quanto maior a quantidade de enfermeiros (por 1.000 habitantes), maior o potencial de oferta de serviços de saúde e de acesso a esses serviços.</p> <p>Fonte dos Dados: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), base de profissionais de saúde (PF), TabNet/DATASUS.</p>
	Leitos SUS (por 100.000 hab)	<p>Resumo do Indicador: Número de leitos do SUS, por 100.000 habitantes, por localidade geográfica e ano.</p> <p>Interpretação: Mede a disponibilidade de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS para a população residente de determinada localidade geográfica. Logo, quanto maior quantidade de leitos (por 100.000 habitantes), maior o potencial de oferta hospitalar de serviços de saúde e de acesso a esses serviços.</p> <p>Fonte dos Dados: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), base de leitos (LT), TabNet/DATASUS.</p>
	Leitos de UTI SUS (por 100.000 hab)	<p>Resumo do Indicador: Número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do SUS, por 100.000 habitantes, por localidade geográfica e ano.</p>

		<p>Interpretação: Mede a disponibilidade de leitos hospitalares de UTI conveniados ou contratados pelo SUS para a população residente de determinada localidade geográfica. Logo, quanto maior a quantidade de leitos (por 100.000 habitantes), maior o potencial de oferta hospitalar de serviços de saúde e de acesso a esses serviços.</p> <p>Fonte dos Dados: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), base de leitos (LT), TabNet/DATASUS.</p>
Atenção Primária	Cobertura da Atenção Básica (%)	<p>Resumo do Indicador: Cobertura populacional estimada na Atenção Básica, dada pelo percentual da população residente coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica equivalentes.</p> <p>Interpretação: Mede o acesso aos serviços da Estratégia Saúde da Família para a população de determinada localidade geográfica. Logo, quanto maior o indicador, maior o potencial de acesso à atenção básica e de oferta de ações e serviços básicos para a população.</p> <p>Fonte dos Dados: E-Gestor, Informação e Gestão da Atenção Básica, e CNES.</p>
	Nascidos Vivos com Número de Consultas Pré-Natal Adequado (%)	<p>Resumo do Indicador: Percentual de nascidos vivos cujas mães tiveram acompanhamento pré-natal adequado, ou seja, com seis ou mais consultas, sendo a primeira com início anterior ao terceiro mês de gravidez.</p> <p>Interpretação: Estima a cobertura do atendimento pré-natal de gestantes por localidade geográfica e período. Logo, quanto maior o valor do indicador, maior a adequação do acesso ao pré-natal pela população.</p> <p>Fonte dos Dados: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).</p>
Mortalidade e Morbidade	Mortalidade Ajustada (por 100.000 hab)	<p>Resumo do Indicador: Expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população. O ajuste etário limpa a taxa bruta da influência da composição etária do local, permitindo que sejam feitas comparações entre unidades geográficas e intertemporais.</p> <p>Interpretação: Expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população. O ajuste etário limpa a taxa bruta da influência da composição etária do local, permitindo que sejam feitas comparações entre unidades geográficas e intertemporais.</p> <p>Fonte dos Dados: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), TabNet/DATASUS.</p>

	<p>Mortalidade Ajustada por Condições Sensíveis à Atenção Primária (por 100.000 hab)</p>	<p>Resumo do Indicador: Taxa de óbitos por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) por 100.000 habitantes, considerando o local de residência, ajustado por idade.</p> <p>Interpretação: Expressa a intensidade com a qual a mortalidade por condições sensíveis à atenção primária atua sobre uma determinada população. Óbitos por Condições Sensíveis à Atenção Primária representam mortes que poderiam ser evitadas com ações de atenção primária. O ajuste etário limpa a taxa bruta da influência da composição etária do local, permitindo que sejam feitas comparações entre unidades geográficas e intertemporais.</p> <p>Fonte dos Dados: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), TabNet/DATASUS.</p>
	<p>Hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (por 100.000 hab)</p>	<p>Resumo do Indicador: Taxa de hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) por 100.000 habitantes, realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o local de residência.</p> <p>Interpretação: Reflete o acesso de residentes de um determinado local a hospitalizações pelo SUS em um ano. A lista de hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária serve como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização hospitalar no SUS, conforme Portaria nº 221/2018 do Ministério da Saúde. A classificação de condições sensíveis à atenção primária é feita com base na definição do Ministério da Saúde e refere-se aos casos de doenças que poderiam ser evitados com ações de atenção primária.</p> <p>Fonte dos Dados: Sistema de Informações Hospitalares (SIH), TabNet/DATASUS.</p>

Fonte: elaborado pelo autor, com base nas informações catalogadas no IEPS Data.

A justificativa para escolha dos indicadores mencionados se deu, ainda, pela possibilidade de segregá-los, para fins comparativos, em 2 (dois) grupos distintos, quais sejam: **(i) indicadores de oferta:** número de profissionais e quantidade de leitos (Grupo de Recursos); e, **(ii) indicadores de resultado:** cobertura da atenção básica, mortalidade e hospitalizações (Grupos de Atenção Primária e Mortalidade e Morbidade).

5. A ATUAÇÃO DOS TRIBUNAIS DE CONTAS NA FISCALIZAÇÃO DOS REPASSES GOVERNAMENTAIS

O Sistema de Controle Externo, na forma dos Tribunais de Contas, passou por significativas transformações no período pós-Constituição de 1988. Dentre as competências firmadas no texto Constitucional, foi apresentado no art. 70 c/c o art. 71 da CF/88 que será exercida pelo Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União, a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial de todas as entidades da administração direta e indireta quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação de subvenções e renúncia de receitas.

Destaca-se, ainda, no parágrafo único do art. 70, que qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, deverá prestar contas, se utilizar, arrecadar, guardar, gerenciar ou administrar dinheiros, bens e valores públicos. Dispõe o inciso II do art. 71 da CF que cabe ao Tribunal de Contas da União - e por força do art. 75, às demais Cortes subnacionais - julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público Federal, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário público.

Da doutrina, da definição de Hely Lopes Meireles, podemos extrair a seguinte conceituação:

órgãos independentes são os originários da Constituição e representativos dos Poderes de Estado – legislativo, executivo e judiciário – colocados no ápice da pirâmide governamental, sem qualquer subordinação hierárquica ou funcional, e só sujeitos aos controles constitucionais de um Poder pelo outro. Por isso, são também chamados de órgãos primários do Estado (...). Nessa categoria encontram-se as corporações legislativas, as chefias do executivo, os tribunais judiciários e os juízes singulares. De se incluir, ainda, nesta classe, o Ministério Público federal e estadual e os Tribunais de Contas da União, dos Estados-membros e dos municípios, os quais, embora não sejam órgãos representativos dos Poderes a que pertencem, são funcionalmente independentes e seus membros integram a categoria dos agentes políticos, inconfundíveis com os funcionários das respectivas instituições (MEIRELLES, 2005, p. 71).

A atuação dos Tribunais de Contas nos repasses governamentais destinados às Entidades do Terceiro Setor ocorre em dois momentos distintos – na formalização do ajuste e na análise das decorrentes prestações de contas. No que se refere à prestação de contas, tem-se adotado cada vez mais uma abordagem qualitativa de análise focada nos resultados, na verificação do atendimento das finalidades pactuadas e não somente no cumprimento de aspectos formais, conforme exemplificado no julgado do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo a seguir relacionado:

TC-014796/026/14 - SEGUNDA CÂMARA - SESSÃO DE 12/06/2018

2. VOTO

2.1. As defesas apresentadas por ambas as partes não conseguiram afastar a totalidade das falhas aventadas na instrução da matéria.

2.2. Com efeito, o conjunto dos autos demonstra a **fragilidade**, ou mesmo a **ausência**, de um **modelo gerencial** aplicado pela Origem nos Contratos de Gestão ou instrumentos análogos.

Como já observei nos julgamentos de instrumentos firmados pela Secretaria de Saúde com o Terceiro Setor, **as metas pactuadas** sem vínculo com estudos concretos sobre **demandas reprimidas e demais necessidades específicas a serem corrigidas**, e **sem correlação com os recursos financeiros repassados**, não por acaso resultam nos apontamentos apresentados pela fiscalização nesta prestação de contas.

(...)

2.3. É preciso advertir à **Origem** que a adoção do “modelo gerencial” não gera presunção, absoluta ou relativa, de eficiência, efetividade, e eficácia. Tampouco constitui “cheque em branco” às Entidades para que promovam atos de despesa sem compromisso com a transparência e a economicidade. Muito menos desonera o Órgão repassador de seu dever de controle e fiscalização da correta aplicação dos recursos públicos.

A advertência não é sem propósito.

Consoante apurou a fiscalização e confirmaram as partes, a estrutura do AME é insuficiente ao atendimento da demanda de sua área de abrangência, envolvendo gastos com transporte de usuários e utilização de equipamento médico-hospitalar alheio à estrutura de saúde pública ou alocados em imóvel particular, situados na Casa de Saúde Santa Marcelina; havendo obscuridade acerca dos custos relacionados a tal prestação de serviço.

Não é só. Consoante o quadro de percentuais de realizações em relação à representatividade das despesas, sobre o total aplicado, verifica-se que 52% dos recursos repassados destinaram-se ao pagamento de serviços prestados por terceiros contratados pela OSS, sem demonstração de economicidade da medida. Considerados apenas a contratação de médicos por interposta pessoa, o percentual alcançou 35% dos recursos alocados.

(...)

A demonstração da vantajosidade da modalidade adotada deve ser real, pautada em comparação com custos internos (de administração direta do serviço), inicialmente, e com relação ao mercado, no que respeita à utilização de outras fontes prestadoras de serviços que auxiliem a execução do objeto contratado. Conquanto não se defenda que contratações em áreas sensíveis, tais como a da Saúde, sejam pautadas em critérios exclusivos tais como “menor preço”, menos ainda se admite que significativo percentual financeiro seja repassado ao mercado privado sem prévia demonstração de ganho de eficiência na realização do objeto. Vale dizer, é necessário que se demonstre, motivadamente, que o pagamento de empresas médicas por intermédio das Organizações Sociais tenha ocorrido com obediência ao interesse público e aos princípios que regem a Administração Pública. Estes são, independente da relação intermediada, inafastáveis.

Além disso, pode-se destacar um papel ativo – no âmbito do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em relação aos Contratos de Gestão na área da saúde – foco do presente estudo. Nesse sentido, em 2018, foi apresentado um relatório para a CPI das Organizações Sociais com as principais falhas encontradas no âmbito de sua fiscalização, reiteradas pelo Ministério Público de Contas do TCE/SP em “Prestação de Contas dos Repasses ao Terceiro Setor na Política Pública de Saúde”¹⁶:

- 1) Quarteirização de atividades-fim da entidade gerenciada, agravada por subcontratações efetuadas pelas empresas contratadas;
- 2) Desequilíbrio econômico-financeiro, revelado por déficit patrimonial, com índice de liquidez corrente insignificante;
- 3) Contratação de empresa para prestar serviços de Assessoria de Imprensa com vistas à propaganda e promoção institucional da Organização Social;
- 4) Contratação de empresas pertencentes a parentes de dirigentes da Organização Social, sem a realização de processo de seleção;
- 5) Contrato de prestação de serviços de gestão, qualificação, treinamento, supervisão de equipe médico profissional, combinado com plantões. Serviço atestado e pago pelo concessor da verba pública, sendo que o único serviço prestado foi o relativo a plantões;
- 6) Pagamento de despesas incompatíveis com o objeto pactuado, caracterizando desvio de finalidade do recurso público;
- 7) Pagamento de ações trabalhistas referentes a período anterior à vigência do contrato de gestão;
- 8) Não cumprimento de metas e/ou grande variação entre índices de cumprimento de metas, caracterizando falta de planejamento;
- 9) Aquisição de insumos a custos superiores aos praticados pelo Governo do Estado;

¹⁶ Disponível em: <https://www.mpc.sp.gov.br/sites/mpcsp/files/portal/2019/10/Pleito-de-revisa%CC%83o-dos-processos-de-prestac%CC%A7o%CC%83es-.pdf>. Último acesso em 21/11/2024.

- 10) Pagamento a dirigentes e profissionais administrativos acima do teto estabelecido por lei;
- 11) Notas fiscais sem identificação do contrato de gestão a que se referem, não sendo possível identificar se aquelas notas referiam-se a prestação de contas em questão;
- 12) Contratação de empresas sem processo de seleção de fornecedores, contrariando o regulamento de compras da entidade;
- 13) Idêntico procedimento com pessoal, caracterizando fuga da transparência que deve nortear todo processo seletivo;
- 14) Despesas impróprias referentes a serviços contratados, pela Organização Social, que não faziam parte do objeto, caracterizando desvio de finalidade.
- 15) Gastos com Pessoal ultrapassaram o limite estabelecido pela Secretaria da Saúde;
- 16) Pagamentos de honorários advocatícios devidos pela Organização Social;
- 17) Realização de pagamento com despesa denominada "Apoio Técnico Administrativo", tratando-se de "taxa de administração";
- 18) Profissionais de saúde em quantidade insuficiente para atender à demanda e às metas pactuadas;
- 19) Quantidade insuficiente de profissionais da saúde, não cumprindo o previsto no plano de trabalho;
- 20) Descumprimento de escalas de trabalho;
- 21) Médicos ausentes do plantão, com ponto assinado e, em alguns casos, assinado até o final do mês;
- 22) Plantões de até 120 horas seguidas;
- 23) Ausência de publicidade com relação à escala diária dos médicos plantonistas e do Responsável pelo plantão, ferindo o princípio da transparência estabelecido na Lei 12.527/2011.

Como principal desafio à atuação do Sistema de Controle Externo na fiscalização dos repasses governamentais, talvez o principal seja a falta de coordenação institucional entre as diversas partes que compõem esse universo, a saber: (i) o Poder Executivo, responsável pela implementação das políticas públicas de saúde, quer seja pela via direta ou por intermédio da terceirização; (ii) o Poder Legislativo, com atribuições de aperfeiçoamento do arcabouço normativo visando conferir maior transparência e eficiência às parcerias firmadas; (iii) as Entidades do Terceiro Setor, que surgem como alternativas à execução dos serviços de saúde; e, finalmente, (iv) os Órgãos de Controle Externo, que buscam por meio das ferramentas disponíveis contribuir na avaliação do atingimento dos resultados planejados.

6. ESTUDO DE CASO: A TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS JURISDICIONADOS AO TCESP

6.1. Evolução dos repasses ao Terceiro Setor no período 2019-2023

Ao longo do período 2019-2023, os repasses ao Terceiro Setor efetuados tanto pelo Governo do Estado de São Paulo quanto pelos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP) para execução de serviços públicos nas diversas áreas têm crescido continuamente, excluindo-se desse cômputo apenas a cidade de São Paulo, cujo controle externo é exercido pelo Tribunal de Contas do Município. Segundo dados disponibilizados pelo TCESP, por meio de seu Painel do Terceiro Setor¹⁷, os repasses realizados às Entidades do Terceiro Setor saltaram de R\$ 25.123.389.274,09 em 2019 para R\$ 40.762.806.172,52 em 2023, o equivalente a um expressivo crescimento de 62,3% no período.

Do montante de recursos públicos acima mencionado, aqueles destinados especificamente à prestação dos serviços de saúde foram os que possuíram a maior representatividade no total, superando, na visão consolidada (estadual e municipal), o patamar de 80% em cada um dos 5 (cinco) anos considerados (2019 a 2023), cujos pagamentos totalizaram R\$ 20.774.342.662,04 em 2019 e R\$ 33.115.778.748,96 em 2023, elevação de 59,41%. Promovendo-se, para fins de análise, a segregação do panorama de crescimento dos repasses ao Terceiro Setor na área da saúde entre as esferas estadual e municipal, observa-se a seguinte evolução:

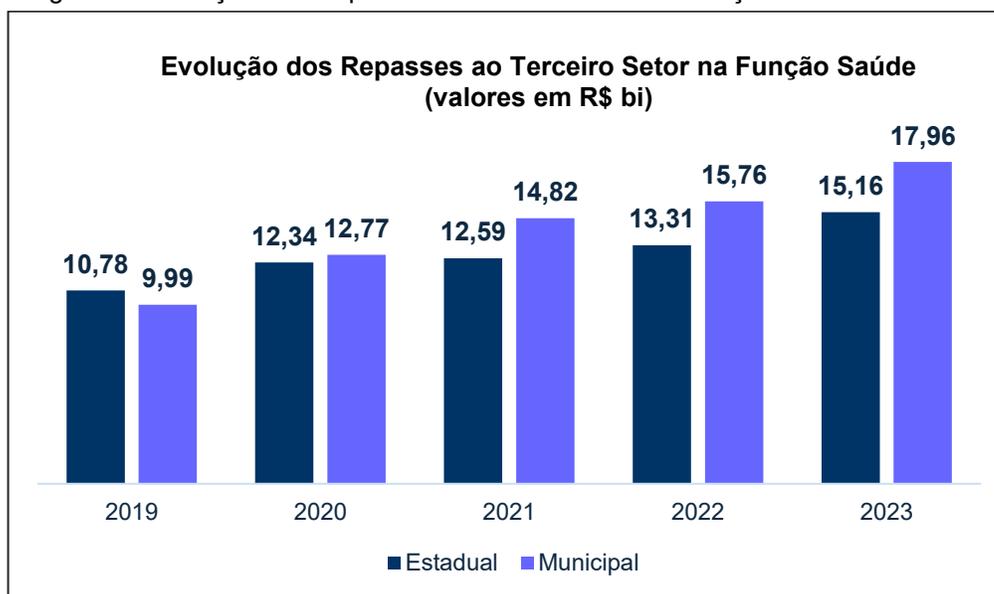
Quadro 2 - Repasses ao Terceiro Setor na função de governo saúde (valores em R\$ mil)

Âmbito	2019	2020	2021	2022	2023
Estadual	10.780.847	12.344.195	12.585.883	13.306.743	15.160.501
Municipal	9.993.496	12.768.794	14.818.858	15.760.289	17.955.278
Total	20.774.343	25.112.989	27.404.741	29.067.033	33.115.779

Fonte: elaborado pelo autor, com base nas informações do Painel do Terceiro Setor do TCESP.

¹⁷ Disponível em: [Painel do Terceiro Setor](#). Último acesso em 17/02/2025.

Figura 1 - Evolução dos Repasses ao Terceiro Setor na Função Saúde



Fonte: elaborado pelo autor, com base nas informações do Painel do Terceiro Setor do TCESP.

Quadro 3 - Repasses ao Terceiro Setor na função de governo saúde (% de crescimento anual e no período)

Âmbito	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2019-2023
Estadual	14,5%	2,0%	5,7%	13,9%	40,6%
Municipal	27,8%	16,1%	6,4%	13,9%	79,7%
Total	20,9%	9,1%	6,1%	13,9%	59,4%

Fonte: elaborado pelo autor.

Preliminarmente, é importante destacar que o intervalo selecionado para análise (2019 a 2023) contempla tanto o exercício que antecedeu (2019) a emergência de Saúde Pública de Importância Internacional da COVID-19 quanto o que a sucedeu (2023), situação de particular relevância para os objetivos pretendidos neste estudo de caso, que serão em breve elucidados.

Os dados expostos no quadro anterior evidenciam um cenário de crescimento muito mais acelerado dos repasses ao Terceiro Setor na área da saúde no âmbito municipal no intervalo de 2019 a 2023, de 79,7%, praticamente o dobro do verificado no setor estadual (40,6%). Em 2019, os pagamentos às Entidades do Terceiro Setor efetuados pelo Estado de São Paulo em aludida função de governo ainda representavam a maior parte dos recursos transferidos (R\$ 10,78 bilhões contra R\$ 9,99 bilhões na

esfera municipal), tendência rapidamente invertida nos anos subsequentes, de modo que em 2023 os repasses realizados pelos 644 municípios paulistas (exceto Capital) na área da saúde alcançaram R\$ 17,96 bilhões, com representatividade de 54,2% do total.

Outra situação interessante de se relatar diz respeito à dinâmica de evolução do crescimento anual dos repasses às Entidades do Terceiro Setor. O maior registro individual, quer seja na visão municipal ou estadual, se deu na comparação de 2020 em relação a 2019 (estadual: 14,5%; municipal: 27,8%; consolidado: 20,9%), evento que aparentemente coincide com o início do período de maior disponibilização de recursos financeiros aos Estados e Municípios a partir da atuação do Governo Federal para o enfrentamento da pandemia no Brasil. Chama a atenção o fato de, após dois anos de variações mais modestas no incremento dos repasses ao Terceiro Setor (na casa de um dígito na visão consolidada), até em virtude de a base comparativa já estar em um patamar elevado pelos repasses federais, o incremento anual no período 2022-2023 ter voltado a registrar expressivo crescimento, da ordem de 13,9% (em qualquer dos recortes analisados), já em um ano majoritariamente considerado como pós-pandemia.

Feitas essas breves considerações iniciais que contextualizam o volume de recursos destinados ao Terceiro Setor no intervalo de 2019 a 2023, é importante frisar que **o presente estudo de caso restringirá a análise específica dos repasses efetuados ao Terceiro Setor na área da saúde pelos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao TCESP (exceto Capital)** pelas razões que seguem:

- lacuna de produção acadêmica referente à análise dos repasses ao Terceiro Setor, especialmente na área da saúde, na visão específica dos Municípios (geralmente os estudos produzidos se concentram no âmbito estadual, que possui ampla gama de informações financeiras e de indicadores de desempenho disponíveis para consulta); e,

- os repasses dos Municípios paulistas registraram crescimento de 79,7% no período de 2019 a 2023, amplamente superior aos 40,6% observados no âmbito estadual, cenário que demanda maior detalhamento a respeito da potencial tendência de terceirização dos serviços de saúde pelos gestores municipais e seus eventuais reflexos nos indicadores de desempenho.

O objetivo do presente estudo de caso, delimitado o recorte de análise supracitado, consiste em verificar os reflexos existentes a partir da crescente opção administrativa pela terceirização dos serviços de saúde no período compreendido entre 2019 e 2023 no desempenho operacional dos serviços públicos ofertados, comparando-se, para tal finalidade, Municípios de porte populacional semelhante e administrações municipais que executam tais serviços essenciais diretamente, sem a participação do Terceiro Setor.

Para isso, faz-se necessário o detalhamento prévio de alguns critérios técnicos relacionados ao objetivo central deste estudo de caso, a saber: (i) agrupamento dos Municípios de acordo com o porte; (ii) seleção de *proxy* para aferir o grau de terceirização dos serviços de saúde no Município; e, (iii) implicações do percentual apurado das despesas com pessoal dos Municípios na opção da forma de execução das políticas públicas de saúde.

6.2. Agrupamento dos Municípios por porte populacional

Em primeiro lugar, a referência utilizada para o agrupamento por porte populacional tomou como referência a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a partir da quantidade de habitantes no nível local, na seguinte conformidade¹⁸: Municípios de Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes); Municípios de Pequeno Porte II (de 20.001 até 50.000 habitantes); Municípios de Médio Porte (de 50.001 até 100.000 habitantes); Municípios de Grande Porte (de 100.001 até 900.000 habitantes); e Metrópoles (900.001 habitantes ou mais). Considerando para o devido enquadramento a prévia da população calculada com base nos resultados do Censo Demográfico de 2022, apresenta-se a seguir o resumo da classificação dos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) municípios paulistas jurisdicionados ao TCESP (exceto Capital) de acordo com seu respectivo porte populacional:

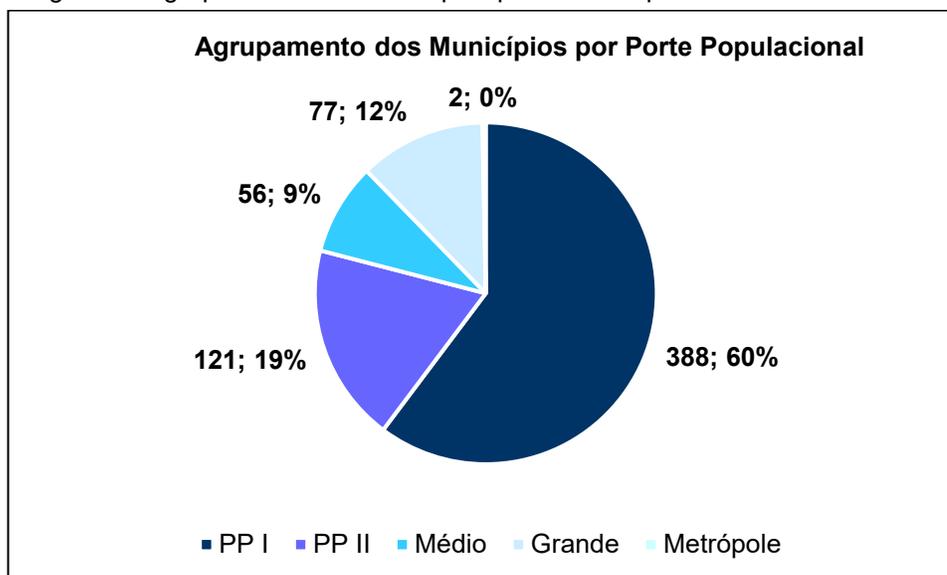
¹⁸ Disponível em: [Informações Socioterritoriais - Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo](#). Último acesso em 20/02/2025.

Quadro 4 - Agrupamento dos Municípios paulistas jurisdicionados ao TCESP por porte populacional

Classificação	População (hab)	Nº Municípios	% sobre Total
Pequeno Porte I	até 20.000	388	60,25%
Pequeno Porte II	de 20.001 até 50.000	121	18,79%
Médio Porte	de 50.001 até 100.000	56	8,70%
Grande Porte	de 100.001 até 900.000	77	11,95%
Metrópole	900.001 ou mais	2	0,31%
Total		644	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor, com base na classificação do IBGE.

Figura 2 - Agrupamento dos Municípios por Porte Populacional



Fonte: elaborado pelo autor, com base na classificação do IBGE.

Consoante exposto, em que pese a representatividade econômica do Estado de São Paulo, a realidade que predomina em seu território, em termos populacionais, revela a existência majoritária de Municípios de pequeno porte, os quais totalizam quase que 80% do total jurisdicionado ao TCESP (60,25% até 20.000 habitantes: 388 Municípios; 18,79% de 20.001 até 50.000 habitantes: 121 Municípios). A divisão dos Municípios por porte populacional constitui um requisito essencial para posterior avaliação da dinâmica de terceirização (ou não) dos serviços públicos de saúde ofertados no transcorrer do período pré (2019) e pós-pandêmico (2023).

6.3. Construção do conceito de grau de terceirização dos serviços de saúde

Promovida a devida categorização dos Municípios de acordo com o porte populacional, a próxima etapa consiste em definir como será aferido o grau de terceirização dos serviços de saúde nos Municípios, isto é, o quanto dos recursos públicos disponíveis foram discricionariamente transferidos pelos gestores municipais às Entidades do Terceiro Setor visando à sua execução descentralizada. Os volumes financeiros apresentados no início deste capítulo, extraídos do Painel do Terceiro Setor do TCESP, dizem respeito aos pagamentos efetuados pelo Estado de São Paulo e pelos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao TCESP (exceto Capital), incluindo-se nesse montante não somente as quitações de empenhos emitidos no próprio exercício, mas também de restos a pagar de exercícios anteriores. Além disso, é importante ressaltar que, no caso da visão segregada das Administrações Municipais como Órgãos Concessores dos repasses, tratada especificamente neste estudo de caso, a quantia desembolsada às Entidades do Terceiro Setor contempla as diferentes fontes de recursos orçamentários disponíveis ao gestor municipal (federal, estadual e municipal).

Para fins de cumprimento da competência de controle externo exercida pelo TCESP, devem os Municípios jurisdicionados encaminhar mensalmente seus dados contábeis ao Sistema AUDESP (Auditoria Eletrônica de Órgãos Públicos), iniciativa do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo iniciada em 2003 que teve por finalidade o aprimoramento dos procedimentos de coleta de dados e informações dos órgãos fiscalizados, buscando maior agilidade nos trabalhos, aumento da qualidade dos dados e, como consequência natural, o cumprimento da missão constitucional de fiscalizar e controlar as contas públicas paulistas com o máximo grau de eficiência e eficácia, em benefício da sociedade. Nesse contexto, as informações de execução orçamentária de interesse neste estudo de caso são aquelas classificadas na Função de Governo “10-Saúde”, que representam as despesas que foram empenhadas, liquidadas e pagas na área da saúde de um determinado Município.

Considerando que os dados de saída do Painel do Terceiro Setor se referem aos pagamentos efetuados pelas Administrações Municipais paulistas às Entidades sem Fins Lucrativos, torna-se necessário, para fins de se estabelecer um comparativo adequado, filtrar o mesmo estágio de despesa na execução orçamentária dos Órgãos Municipais, ou seja, a variável de pagamento no lugar do empenhamento e de sua correspondente liquidação. Assim como no caso dos repasses às Entidades, os pagamentos na Função de Governo “10-Saúde” não apenas consideram as quitações de empenhos emitidos no próprio exercício, mas também de restos a pagar de exercícios anteriores. Todo o conjunto de dados com as informações relativas às receitas, despesas e outros detalhamentos de todos os Municípios jurisdicionados se encontra disponível publicamente no endereço eletrônico <https://transparencia.tce.sp.gov.br/conjunto-de-dados>. Outra consideração relevante a ser feita nesse momento é a de que as despesas na área da saúde foram agrupadas na visão consolidada do Município, e não apenas da Prefeitura, isso porque alguns Executivos Municipais, a citar como exemplos os Municípios de Francisco Morato e Rio Claro, realizam a gestão de todos os gastos em aludida função de governo por intermédio de Autarquias especificamente criadas para essa finalidade, situações que, caso não consideradas, poderiam distorcer o resultado observado em um dado Município.

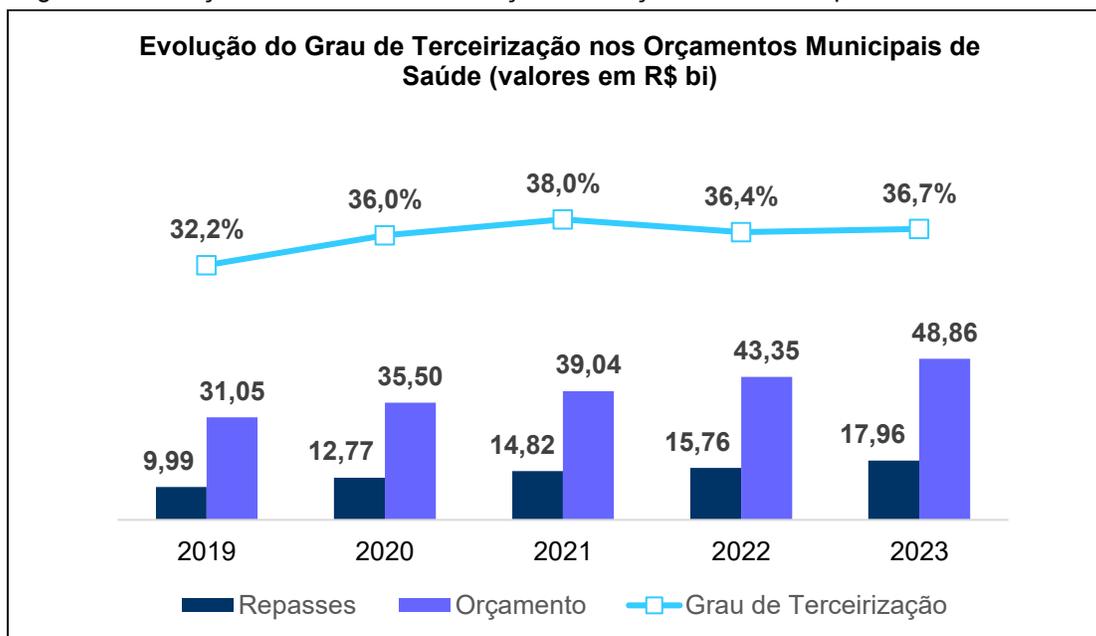
Diante dos dados disponíveis para análise, é possível adotar como variável *proxy* para se medir o grau de terceirização de um determinado Município na área da saúde a relação entre os pagamentos destinados às Entidades do Terceiro Setor para execução descentralizada de tais serviços essenciais e o total desembolsado orçamentariamente pela Pasta Municipal naquela função de governo, indicador que permite uma boa estimativa do “tamanho” do Terceiro Setor na gestão municipal dos recursos públicos de saúde. Na visão consolidada dos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao TCESP, a evolução anual das variáveis abordadas no período 2019-2023 assim se comportou:

Quadro 5 - Pagamentos na Função de Governo 10-Saúde (valores em R\$ mil) - 644 Municípios paulistas

Variável de Interesse	2019	2020	2021	2022	2023
Repasses ao Terceiro Setor (A)	9.993.496	12.768.794	14.818.858	15.760.289	17.955.278
Orçamento Municipal na Função Saúde (B)	31.054.299	35.504.680	39.040.383	43.345.957	48.860.231
Grau de Terceirização (A/B)	32,2%	36,0%	38,0%	36,4%	36,7%

Fonte: elaborado pelo autor, com base nas informações do Painel do Terceiro Setor e do Sistema AUDESP.

Figura 3 - Evolução do Grau de Terceirização nos Orçamentos Municipais de Saúde



Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 6 - Pagamentos na Função de Governo 10-Saúde (% de crescimento anual e no período)

Variável de Interesse	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2019-2023
Repasses ao Terceiro Setor (A)	27,8%	16,1%	6,4%	13,9%	79,7%
Orçamento Municipal na Função Saúde (B)	14,3%	10,0%	11,0%	12,7%	57,3%
Grau de Terceirização (A/B)	11,8%	5,5%	-4,2%	1,1%	14,2%

Fonte: elaborado pelo autor.

A análise preliminar, levando-se em consideração a visão consolidada dos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao TCESP, revela que o grau de terceirização da execução dos serviços públicos de saúde saltou de 32,2% em 2019

para 36,7% em 2023, o que representa uma ampliação de 14,2% no período. Em outras palavras, as Entidades do Terceiro Setor vêm consolidando de maneira crescente sua participação como executoras dos recursos públicos vinculados à área da saúde, já tendo superado a marca de 1/3 (um terço) do orçamento dos Municípios. Adicionalmente, constata-se que os repasses ao Terceiro Setor registraram incrementos em taxas proporcionalmente superiores à disponibilidade de recursos orçamentários na Pasta da saúde no período 2019-2023 (79,7% x 57,3%), situação que justifica a tendência observada de terceirização da execução dos serviços públicos de saúde.

Com vistas a aprofundar o levantamento realizado, é possível observar a dinâmica de comportamento do grau de terceirização da execução dos serviços públicos de saúde dos Municípios de acordo com o agrupamento por porte populacional já detalhado anteriormente:

Quadro 7 - Grau de Terceirização na Área da Saúde (%) - Agrupamento por Porte Populacional

Classificação (Nº Municípios)	2019	2020	2021	2022	2023	% variação 2019-2023
Pequeno Porte I (388)	13,7%	14,5%	15,3%	14,3%	14,6%	6,6%
Pequeno Porte II (121)	30,2%	31,2%	33,3%	30,4%	31,1%	3,0%
Médio Porte (56)	30,7%	33,9%	37,1%	35,0%	36,2%	17,9%
Grande Porte (77)	36,5%	41,5%	43,7%	42,5%	43,0%	17,7%
Metrópole (2)	28,2%	31,2%	30,4%	31,5%	31,6%	12,2%
Visão Consolidada (644)	32,2%	36,0%	38,0%	36,4%	36,7%	14,2%

Fonte: elaborado pelo autor.

Os números apresentados no quadro acima evidenciam que as maiores participações das Entidades do Terceiro Setor como executoras das políticas públicas de saúde estão concentradas nos Municípios de Médio (de 50.001 até 100.000 habitantes) e Grande Portes (de 100.001 a 900.000 habitantes), assim figurando anualmente como as duas categorias com maiores indicadores desde 2019 até 2023. E essa liderança ocorre não apenas em termos absolutos. Ambos os agrupamentos, que respondem por pouco mais de 20% (133) do total dos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao TCESP, também foram os que registraram as maiores taxas de crescimento da terceirização no período analisado, de 17,9% e 17,7%, respectivamente, bem acima das demais categorias. Chama a atenção, ainda, a manutenção da baixa participação do Terceiro Setor nos Municípios de Pequeno Porte I

(até 20.000 habitantes), que somam mais de 60% dos Municípios paulistas (388 de 644), com grau de terceirização de 14,6% em 2023 e variação no período 2019-2023 de apenas 6,6%. Já a categoria dos Municípios de Pequeno Porte II (de 20.001 até 50.000 habitantes), muito embora tenha sido a que menos ampliou a participação do Terceiro Setor no intervalo analisado (3,0%), tem mantido a proporção da gestão descentralizada dos recursos públicos de saúde acima dos 30% do orçamento disponível para a Pasta.

Antes de evoluir com as premissas subsequentes, faz-se necessário ressaltar que as importantes constatações e tendências já possíveis de terem sido diagnosticadas pelos detalhamentos analíticos apresentados consideraram visões consolidadas dos Municípios, quer seja na sua totalidade (644) ou nos correspondentes agrupamentos por porte populacional. **Porém, o objetivo do presente estudo de caso busca compreender, adicionalmente, quais foram as movimentações dos gestores municipais com relação à opção administrativa pela terceirização dos serviços de saúde, de modo que, para o fim proposto, há que se analisar, ainda que no contexto do mesmo porte populacional, a visão individualizada de cada Município, buscando verificar se houve ampliação, redução ou manutenção do grau de terceirização praticado entre os anos de 2019 e 2023, ou, ainda, se eventualmente o gestor optou por manter a execução dos serviços públicos de saúde sob gestão predominantemente centralizada.**

Exemplificando a proposta apresentada, mesmo a categoria de Municípios de Grande Porte, que, vista de forma consolidada, registrou ampliação do grau de terceirização dos serviços de saúde entre 2019 e 2023 (de 36,5% para 43,0%), possui em sua composição Municípios que, eventualmente: (i) ampliaram sua terceirização no período, tal qual na visão consolidada; (ii) reduziram a participação do Terceiro Setor nos serviços de saúde; e, (iii) registraram estabilidade do indicador, com pouca ou nenhuma alteração.

Com a coleta dessas informações, será possível identificar se houve algum reflexo das opções administrativas discricionárias dos gestores municipais no desempenho operacional dos serviços públicos ofertados, cujos indicadores selecionados para análise serão em breve descritos.

Tendo em vista a ressalva destacada e com a finalidade de se detalhar a composição de cada um dos agrupamentos de Municípios por porte populacional, são apresentados a seguir os panoramas com a identificação do grau de terceirização dos serviços públicos de saúde, referente aos exercícios de 2019 e de 2023, isoladamente:

Quadro 8 - Detalhamento do Grau de Terceirização dos Municípios por Porte Populacional (2019)

Grau de Terceirização	Pequeno Porte I	Pequeno Porte II	Médio Porte	Grande Porte	Metrópole	Total
até 10%	241 (62,1%)	27 (22,3%)	12 (21,4%)	11 (14,3%)	-	291 (45,2%)
>10%	51 (13,1%)	15 (12,4%)	2 (3,6%)	8 (10,4%)	-	76 (11,8%)
>20%	41 (10,6%)	15 (12,4%)	13 (23,2%)	14 (18,2%)	1 (50%)	84 (13,0%)
>30%	39 (10,1%)	34 (28,1%)	14 (25,0%)	16 (20,8%)	1 (50%)	104 (16,1%)
>40%	14 (3,6%)	20 (16,5%)	8 (14,3%)	16 (20,8%)	-	58 (9,0%)
>50%	2 (0,5%)	7 (5,8%)	6 (10,7%)	10 (13,0%)	-	25 (3,9%)
>60%	-	2 (1,7%)	1 (1,8%)	2 (2,6%)	-	5 (0,8%)
>70%	-	1 (0,8%)	-	-	-	1 (0,2%)
Total	388 (100%)	121 (100%)	56 (100%)	77 (100%)	2 (100%)	644 (100%)

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 9 - Detalhamento do Grau de Terceirização dos Municípios por Porte Populacional (2023)

Grau de Terceirização	Pequeno Porte I	Pequeno Porte II	Médio Porte	Grande Porte	Metrópole	Total
até 10%	240 (61,9%)	25 (20,7%)	6 (10,7%)	6 (7,8%)	-	277 (43,0%)
>10%	46 (11,9%)	18 (14,9%)	6 (10,7%)	7 (9,1%)	-	77 (11,9%)
>20%	47 (12,1%)	20 (16,5%)	7 (12,5%)	8 (10,4%)	1 (50%)	83 (12,9%)
>30%	32 (8,2%)	26 (21,5%)	16 (28,6%)	16 (20,8%)	-	90 (14,0%)
>40%	18 (4,6%)	20 (16,5%)	12 (21,4%)	21 (27,2%)	1 (50%)	72 (11,2%)
>50%	4 (1,0%)	6 (5,0%)	5 (8,9%)	14 (18,2%)	-	29 (4,5%)
>60%	1 (0,3%)	4 (3,3%)	2 (3,6%)	2 (2,6%)	-	9 (1,4%)
>70%	-	2 (1,7%)	2 (3,6%)	3 (3,9%)	-	7 (1,1%)
Total	388 (100%)	121 (100%)	56 (100%)	77 (100%)	2 (100%)	644 (100%)

Fonte: elaborado pelo autor.

Para fins didáticos e já visando subsidiar o levantamento analítico que se constitui como objeto do presente estudo de caso, serão criadas categorias por faixas observadas quanto ao grau de terceirização dos serviços públicos de saúde municipais, quais sejam:

- **Grau de Terceirização de até 10%: MUITO BAIXO** (gestão municipal da área da saúde predominantemente centralizada);

- **Grau de Terceirização entre 10% e 30%: BAIXO** (gestão municipal da área da saúde com alguma participação do Terceiro Setor);

- **Grau de Terceirização entre 30% e 50%: MODERADO** (gestão municipal da área da saúde com considerável participação do Terceiro Setor); e,

- **Grau de Terceirização acima de 50%: ALTO** (gestão municipal da área da saúde majoritariamente descentralizada).

Aplicando-se as categorias propostas aos quadros de Detalhamento do Grau de Terceirização dos Municípios por Porte Populacional expostos anteriormente, verifica-se o seguinte resultado:

Quadro 10 - Detalhamento do Grau de Terceirização por Categorias e Porte Populacional (2019 e 2023)

Agrupamento por Porte Populacional	Exercício	Grau de Terceirização			
		Muito baixo (até 10%)	Baixo (10%-30%)	Moderado (30%-50%)	Alto (>50%)
Pequeno Porte I (até 20.000 hab) 388 Municípios	2019	241 (62,1%)	92 (23,7%)	53 (13,7%)	2 (0,5%)
	2023	240 (61,8%)	93 (24,0%)	50 (12,9%)	5 (1,3%)
Pequeno Porte II (20.001 - 50.000 hab) 121 Municípios	2019	27 (22,3%)	30 (24,8%)	54 (44,6%)	10 (8,3%)
	2023	25 (20,7%)	38 (31,4%)	46 (38,0%)	12 (9,9%)
Médio Porte (50.001 - 100.000 hab) 56 Municípios	2019	12 (21,4%)	15 (26,8%)	22 (39,3%)	7 (12,5%)
	2023	6 (10,7%)	13 (23,2%)	28 (50,0%)	9 (16,1%)
Grande Porte (100.001 - 900.000 hab) 77 Municípios	2019	11 (14,3%)	22 (28,6%)	32 (41,5%)	12 (15,6%)
	2023	6 (7,8%)	15 (19,5%)	37 (48,0%)	19 (24,7%)
Metrópole (900.001 ou mais hab) 2 Municípios	2019	-	1 (50,0%)	1 (50,0%)	-
	2023	-	1 (50,0%)	1 (50,0%)	-
TOTAL 644 Municípios	2019	291 (45,2%)	160 (24,8%)	162 (25,2%)	31 (4,8%)
	2023	277 (43,0%)	160 (24,8%)	162 (25,2%)	45 (7,0%)

Fonte: elaborado pelo autor.

Preliminarmente, ressalte-se que o quadro resumo ora apresentado reflete todas as premissas e processamentos analíticos realizados até o presente momento neste estudo de caso, porquanto permite identificar, por agrupamento de Municípios de acordo com o porte populacional, a evolução da participação do Terceiro Setor na execução dos serviços públicos de saúde entre os exercícios de 2019 e 2023, interregno que contempla os períodos pré e pós pandêmico.

De plano, interessante notar uma peculiaridade dos resultados observados na visão consolidada dos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao TCESP (exceto Capital), qual seja, a de que houve manutenção da quantidade de Municípios cujos graus de terceirização se enquadraram nas categorias 'Baixo (10%-30%)' e 'Moderado (30%-50%)', de 160 (cento e sessenta) e 162 (cento e sessenta e dois), respectivamente. Somadas, as duas faixas totalizam exatamente a metade dos Municípios analisados (322 de 644). Nesta visão global, as únicas variações ocorreram nas categorias de terceirização de 'Muito Baixo (até 10%)', com decréscimo de 14 (quatorze) Municípios, e de 'Alto (>50%)', com incremento também de 14 (quatorze) Municípios. Ainda assim, a categoria de terceirização 'Muito Baixo (até 10%)' é com folga a que concentrou a maior quantidade de Municípios ao final de 2023 (277: 43,0%), influenciada quase que em sua totalidade pelos 270 (duzentos e setenta) Municípios de Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes) que realizam a gestão local da área da saúde de forma predominantemente centralizada.

Individualizando-se a análise da dinâmica da evolução do grau de terceirização no período 2019-2023 por cada agrupamento de Municípios por porte populacional, inferem-se as seguintes conclusões:

- Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes): distribuições percentuais entre as categorias de terceirização praticamente inalteradas; a principal característica deste grupo continua sendo a opção do gestor pela execução direta dos serviços de saúde (Grau de terceirização 'Muito Baixo': 240 Municípios em 2023 - 61,8%); não obstante, há 55 (cinquenta e cinco) Municípios que optaram pela destinação de mais de 30% das verbas orçamentárias da saúde a Entidades do Terceiro Setor, com 3 (três) novos

Municípios inseridos em 2023 na categoria alta terceirização (gestão majoritariamente descentralizada);

- **Pequeno Porte II (de 20.001 até 50.000 habitantes):** isoladamente, o grau de terceirização 'Moderado (30%-50%)' continuou sendo, em 2023, o mais representativo deste grupo, com 38,0%, equivalente a 46 (quarenta e seis) Municípios; no entanto, em termos da variação ocorrida no período 2019-2023, houve um decréscimo de 8 (oito) Municípios nesta categoria, com correspondente acréscimo de igual magnitude na categoria 'Baixa (10%-30%)', situação que potencialmente indica um movimento no sentido oposto ao da entrega da execução dos serviços públicos de saúde às Entidades do Terceiro Setor;

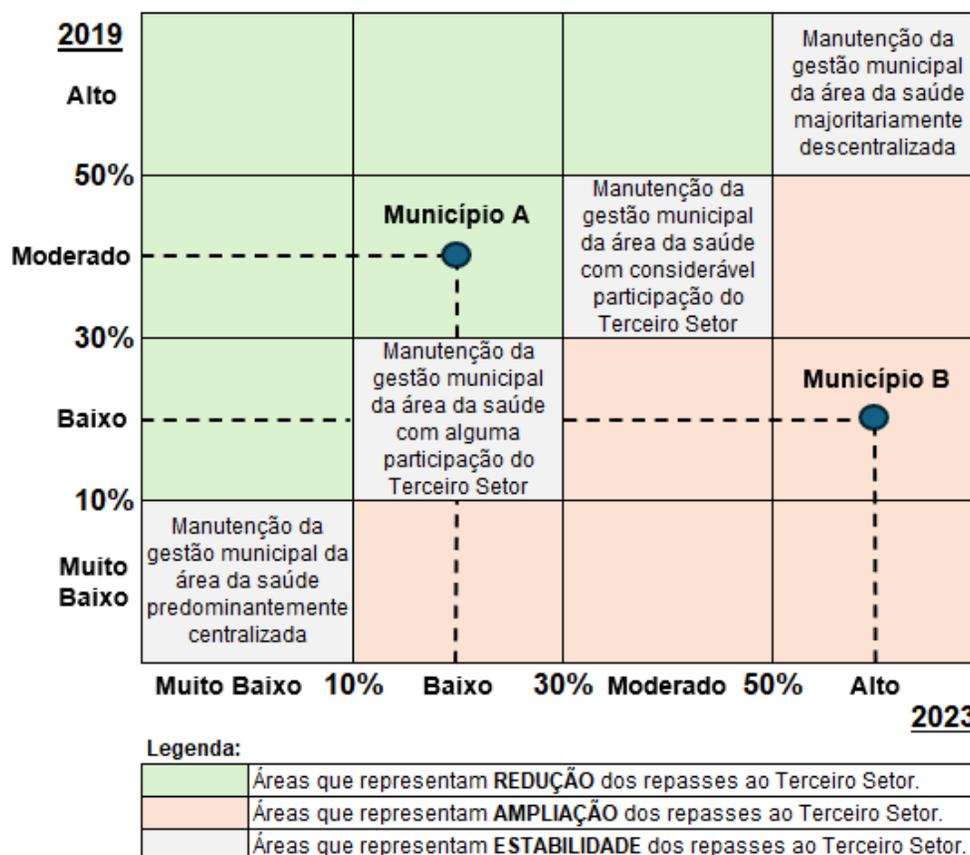
- **Médio Porte (de 50.001 até 100.000 habitantes):** neste agrupamento, houve uma clara sinalização no sentido da ampliação da terceirização dos serviços públicos de saúde; o grau de terceirização 'Moderado (30%-50%)', que já constituía em 2019 a categoria mais expressiva, com 22 (vinte e dois) Municípios (39,3%), ficou ainda mais representativo em 2023, atingindo 28 (vinte e oito) Municípios (50,0%); adicionalmente, registraram-se quedas no número de Municípios nos menores níveis de terceirização ('Muito Baixo': de 12 para 6 e 'Baixo': de 15 para 13) com consequente aumento do número de Órgãos enquadrados nas categorias 'Moderada' e 'Alta' que, somados, passaram de 51,8% em 2019 para 66,1% em 2023;

- **Grande Porte (de 100.001 até 900.000 habitantes):** cenário semelhante ao constatado no agrupamento dos Municípios de Médio Porte; maior concentração de Municípios mantida no grau de terceirização 'Moderado (30%-50%)', que passou de 32 (trinta e dois) Municípios em 2019 (41,5%) para 37 (trinta e sete) Municípios em 2023 (48,0%); no entanto, o nível 'Alto (>50%)' de terceirização foi o que registrou o maior incremento no período analisado, contando com 7 (sete) novos Municípios que passaram a contar com a gestão municipal da área da saúde majoritariamente descentralizada; adicionalmente, registraram-se quedas no número de Municípios nos menores níveis de terceirização ('Muito Baixo': de 11 para 6 e 'Baixo': de 22 para 15) com consequente aumento do número de Órgãos enquadrados nas categorias 'Moderada' e 'Alta' que, somados, passaram de 57,1% em 2019 para 72,7% em 2023; e,

- **Metrópole (900.001 ou mais habitantes):** este agrupamento conta com apenas 2 (dois) Municípios (Campinas e Guarulhos), os quais permaneceram enquadrados na mesma categoria de grau de terceirização entre os anos de 2019 e 2023 ('Baixo' e 'Moderado', respectivamente).

Para fins didáticos, é possível plotar uma matriz com a dinâmica de evolução do grau de terceirização dos serviços de saúde praticados pelos Municípios entre os anos de 2019 e 2023, facilitando a visualização dos movimentos de ampliação, redução ou estabilidade dos repasses ao Terceiro Setor no período. Essa ferramenta será de relevante utilidade por ocasião do cruzamento dos dados obtidos até o presente momento com as informações relacionadas ao desempenho operacional dos serviços públicos de saúde ofertados, os quais serão relacionados logo adiante. Nesse momento, busca-se apenas apresentar o conceito da matriz a ser utilizada:

Figura 4 - Evolução do Grau de Terceirização entre os anos de 2019 e 2023



Fonte: elaborado pelo autor.

Os eixos da matriz elaborada constituem os graus de terceirização dos serviços de saúde nos exercícios apurados (2019 no eixo vertical e 2023 no eixo horizontal). A observação da dinâmica da evolução dos repasses ao Terceiro Setor efetuados por um determinado Município se dá mediante o cruzamento dos indicadores registrados no início e no final do período analisado, cuja conclusão necessariamente atenderá a uma das seguintes hipóteses: (i) **REDUÇÃO** dos repasses ao Terceiro Setor no intervalo 2019-2023 (áreas em verde); (ii) **AMPLIAÇÃO** dos repasses ao Terceiro Setor no intervalo 2019-2023 (áreas em laranja); e, (iii) **ESTABILIDADE** dos repasses ao Terceiro Setor no intervalo 2019-2023 (áreas em cinza). Como exemplos indicados na figura, o **'Município A'** reduziu seu grau de terceirização dos serviços de saúde da categoria 'Moderado' em 2019 para 'Baixo' em 2023, ao passo que o **'Município B'** ampliou seu grau de terceirização dos serviços de saúde da categoria 'Baixo' em 2019 para 'Alto' em 2023. As áreas em cinza, na diagonal, indicam situações nas quais houve estabilidade no nível dos repasses ao Terceiro Setor, ou seja, não houve alteração da categoria de terceirização durante o intervalo examinado, variando-se tão somente a característica da gestão municipal de saúde adotada (predominantemente centralizada; com alguma participação do Terceiro Setor; com considerável participação do Terceiro Setor; e majoritariamente descentralizada).

A partir dos movimentos observados no período 2019-2023 e segregando-se a análise por porte populacional dos Municípios, serão investigados os potenciais reflexos das tendências de ampliação, redução ou estabilidade dos graus de terceirização sobre o desempenho operacional dos serviços públicos de saúde ofertados.

6.4. Avaliação das despesas com pessoal como potenciais indutoras do processo de terceirização

Antes de prosseguir com a demonstração dos resultados, se faz necessário introduzir uma perspectiva que se mostra intimamente relacionada à temática dos repasses ao Terceiro Setor na área da saúde, qual seja, a de avaliação das despesas com pessoal praticadas pelos Municípios, visando ao cumprimento dos dispositivos da

Lei de Responsabilidade Fiscal, em especial quanto aos seus artigos 18 e 20, descritos a seguir:

Art. 18. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.

(...)

Art. 20. A repartição dos limites globais do art. 19 não poderá exceder os seguintes percentuais:

(...)

III - na esfera municipal:

a) 6% (seis por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver;

b) 54% (cinquenta e quatro por cento) para o Executivo.

Nas fiscalizações das contas municipais empreendidas pelo TCESP, eventuais superações dos limites com despesas com pessoal constituem um dos grandes obstáculos à emissão de parecer favorável, conjuntamente com outros quesitos relevantes como as aplicações constitucionais no ensino e na saúde, execução orçamentária, pagamento de precatórios, recolhimento de encargos e repasses ao Legislativo. As sete variáveis listadas, inclusive, podem ser classificadas como “os sete pecados capitais” na análise das contas dos gestores municipais.

O entendimento do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo tem caminhado no sentido de reconhecer a inviabilidade de inclusão dos gastos de pessoal decorrentes dos contratos de gestão e outros ajustes firmados com Entidades do Terceiro Setor no citado percentual de apuração das despesas com pessoal do Município. Isso porque, além da constatação de que alegadas despesas causariam o extrapolamento dos índices cabíveis aos Órgãos da Administração, haveria a necessidade de que os Órgãos de Controle tivessem pleno acesso à contabilidade dessas Entidades que, diga-se, não são diretamente jurisdicionadas aos Tribunais de Contas. Tal procedimento, se possível, dependeria de regra legal ou decisão judicial, já que os contratos celebrados não são

compostos apenas de despesas de pessoal, mas também de insumos e de parcelas decorrentes do serviço prestado.

Referida jurisprudência não significa, contudo, que as despesas de pessoal decorrentes de ajustes firmados com o Terceiro Setor não devam ser devidamente controladas, situação que se materializa por intermédio dos processos especificamente autuados para tratar da formalização do ajuste e das correspondentes análises das prestações de contas.

Tendo em vista essa possibilidade de potencialmente manter sob controle o percentual de despesas com pessoal apurado no Executivo Municipal (limite de 54% da Receita Corrente Líquida - RCL) mediante opção administrativa do gestor pela terceirização dos serviços de saúde, foco do presente estudo, torna-se importante verificar como essa variável se comportou no intervalo 2019-2023 dentre os grupos de Municípios analisados, a fim de investigar se, dentre outros comportamentos, houve alguma tendência de maior terceirização em casos, por exemplo, de atingimento de índices do Poder Executivo próximos aos limites prudencial (equivalente a 51,3% da RCL) ou global (54,0% da RCL) estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal.

Para tanto, a partir da coleta de informações dos percentuais de despesas com pessoal dos Municípios no Portal da Transparência Municipal do TCESP, disponibiliza-se a seguir o devido detalhamento das médias dos gastos com pessoal do Poder Executivo observadas em cada agrupamento por porte populacional e também de acordo com os correspondentes graus de terceirização, nos anos de 2019 e 2023:

Quadro 11 - Percentual de Despesa com Pessoal por Grau de Terceirização e Porte Populacional (2019 e 2023)

Agrupamento por Porte Populacional	Exercício	Grau de Terceirização			
		Muito baixo (até 10%)	Baixo (10%-30%)	Moderado (30%-50%)	Alto (>50%)
Pequeno Porte I (até 20.000 hab) 388 Municípios	2019	48,56% (241 Municípios)	47,96% (92 Municípios)	46,71% (53 Municípios)	45,11% (2 Municípios)
	2023	45,79% (240 Municípios)	46,06% (93 Municípios)	43,87% (50 Municípios)	45,60% (5 Municípios)
Pequeno Porte II (20.001 - 50.000 hab) 121 Municípios	2019	48,06% (27 Municípios)	48,81% (30 Municípios)	46,27% (54 Municípios)	42,75% (10 Municípios)
	2023	45,06% (25 Municípios)	45,73% (38 Municípios)	43,96% (46 Municípios)	40,57% (12 Municípios)

Médio Porte (50.001 - 100.000 hab) 56 Municípios	2019	48,54% (12 Municípios)	47,42% (15 Municípios)	46,09% (22 Municípios)	43,43% (7 Municípios)
	2023	49,01% (6 Municípios)	45,66% (13 Municípios)	43,19% (28 Municípios)	40,22% (9 Municípios)
Grande Porte (100.001 - 900.000 hab) 77 Municípios	2019	47,56% (11 Municípios)	47,10% (22 Municípios)	43,22% (32 Municípios)	40,22% (12 Municípios)
	2023	46,55% (6 Municípios)	41,94% (15 Municípios)	42,01% (37 Municípios)	36,60% (19 Municípios)
Metrópole (900.001 ou mais hab) 2 Municípios	2019	-	44,73% (1 Município)	47,00% (1 Município)	-
	2023	-	40,43% (1 Município)	40,28% (1 Município)	
TOTAL 644 Municípios	2019	48,47% (291 Municípios)	47,93% (160 Municípios)	45,79% (162 Municípios)	42,08% (31 Municípios)
	2023	45,81% (277 Municípios)	45,52% (160 Municípios)	43,34% (162 Municípios)	39,38% (45 Municípios)

Fonte: elaborado pelo autor.

Preliminarmente, constata-se que o ponto de partida dos Municípios em 2019, no que toca ao percentual de despesas com pessoal apurado, permaneceu bem abaixo dos limites prudencial (51,3% da RCL) e global (54,0%) da Lei de Responsabilidade Fiscal, seja qual for o grau de terceirização e/ou o porte populacional do grupo observado (menor valor: 40,22% no grupo de Municípios de Grande Porte com alto grau de terceirização; maior valor: 48,81% no grupo de Municípios de Pequeno Porte II com baixo grau de terceirização). Portanto, o panorama inicial sugere que a opção do gestor municipal pela terceirização ou não dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o exercício de 2019, não teve como motivação eventual proximidade do índice de despesas com pessoal com os limites fiscais existentes.

Todavia, os resultados revelam uma dinâmica interessante do comportamento das despesas com pessoal no intervalo 2019-2023. Não apenas houve um generalizado decréscimo dos índices de gastos com pessoal apurados, como também, quase que por consequência lógica, restou evidente o efeito benéfico que os grupos de Municípios com maiores graus de terceirização obtiveram em seus correspondentes indicadores. Tomando como referência a visão consolidada dos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao TCESP, os Municípios com alto grau de terceirização encerraram 2023 com um percentual de despesas com pessoal de 39,38%, ao passo

que aqueles que mantiveram a gestão centralizada dos serviços de saúde (grau de terceirização muito baixo) registraram uma maior média, de 45,81%. Essa relação inversamente proporcional, ou seja, quanto maior o grau de terceirização menor o percentual de despesas com pessoal, ficou ainda mais evidente nos grupos que mais caminharam no sentido da ampliação dos repasses ao Terceiro Setor no período 2019-2023, quais sejam, os Municípios de Médio e Grande Portes.

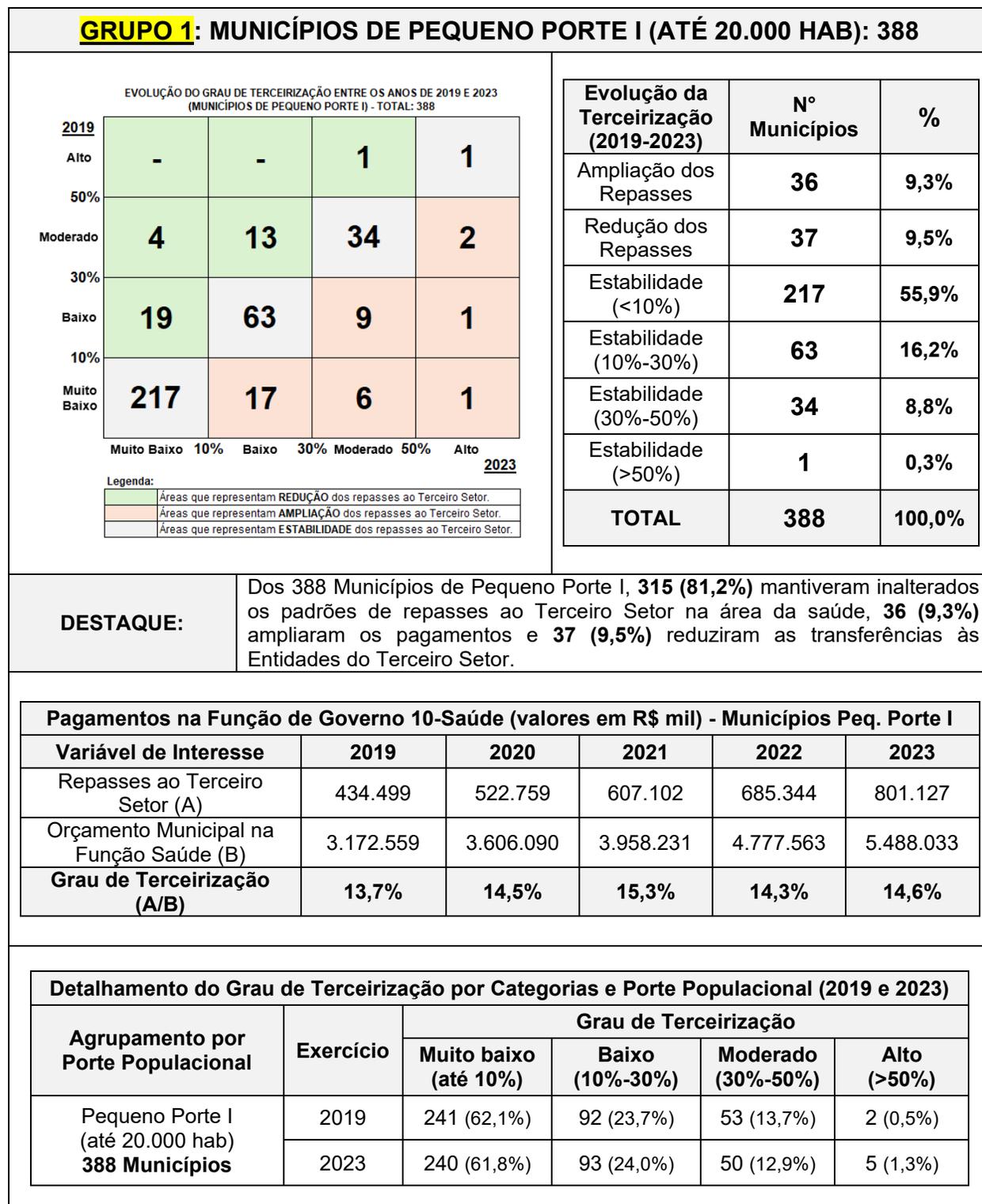
Como última etapa antes da apresentação dos resultados alcançados com o presente estudo de caso, faz-se necessário tecer uma ressalva pertinente que diz respeito ao método estatístico proposto nesse estudo de caso. Pelo fato de a área da saúde concentrar naturalmente múltiplos efeitos concomitantes de variáveis complexas, ainda mais quando considerado um período que compreende a pandemia de COVID-19, não seria razoável - e nem econometricamente plausível - atribuir qualquer efeito de causalidade nos indicadores de desempenho do setor considerando única e exclusivamente a opção discricionária do gestor municipal em terceirizar ou não a execução dos serviços públicos de saúde.

Sendo assim, optou-se pelo caminho da estatística descritiva que, por meio do resumo e descrição dos dados em um formato compreensível, permite a comparação de características importantes de grupos diferentes, bem como a identificação de tendências e padrões no conjunto de dados existente. Como será visto adiante, foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) para descrever o comportamento verificado nos diferentes agrupamentos de Municípios por porte populacional e seus correspondentes graus de terceirização, integrando a essa análise os indicadores de desempenho de saúde já mencionados. As páginas seguintes apresentam o detalhamento analítico dos 4 (quatro) grupos de Municípios analisados: (i) Pequeno Porte I; (ii) Pequeno Porte II; (iii) Médio Porte; e, (iv) Grande Porte.

6.5. Resultados do Grupo 1: Municípios de Pequeno Porte I

ESTUDO DE CASO: REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE

Figura 5 - Estudo de Caso: Municípios de Pequeno Porte I



Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 12 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Pequeno Porte I (Média)

Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização (n° amostra)	Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - MÉDIA										
	GRUPO		RECURSOS				ATENÇÃO PRIMÁRIA		MORTALIDADE E MORBIDADE		
	Ano	Despesa com Pessoal (%)	Médicos (por 1.000 hab)	Enfermeiros (por 1.000 hab)	Leitos SUS (por 100.000 hab)	Leitos UTI SUS (por 100.000 hab)	Cobertura Atensão Básica (%)	Nascidos Vivos c/ Pré-Natal Adequado (%)	Mortalidade Ajustada (por 100.000 hab)	Mortalidade Ajustada CSAP (por 100.000 hab)	Hospitalizações CSAP (por 100.000 hab)
Ampliação dos Repasses (n=36)	2019	48,10	1,95	1,17	195,07	ND	92,60	80,40	514,51	143,55	1.498,88
	2023	44,65	3,67	1,79	225,41	ND	97,13	85,64	577,18	138,21	1.524,87
	Δ%	-7,2%	88,7%	53,0%	15,6%	ND	4,9%	6,5%	12,2%	-3,7%	1,7%
Redução dos Repasses (n=37)	2019	47,13	1,96	1,09	303,12	ND	94,22	81,96	540,21	130,74	1.506,63
	2023	46,28	2,92	1,44	278,97	ND	98,91	82,03	569,81	137,86	1.441,40
	Δ%	-1,8%	49,1%	32,6%	-8,0%	ND	5,0%	0,1%	5,5%	5,4%	-4,3%
Estabilidade (<10%) (n=217)	2019	48,59	2,02	1,17	209,05	ND	94,91	82,12	538,20	139,00	1.205,23
	2023	45,77	3,31	1,59	205,46	ND	98,13	83,92	554,56	126,88	1.318,84
	Δ%	-5,8%	63,4%	35,3%	-1,7%	ND	3,4%	2,2%	3,0%	-8,7%	9,4%
Estabilidade (10%-30%) (n=63)	2019	48,24	2,31	1,08	265,28	ND	89,83	81,27	525,91	134,57	1.743,62
	2023	46,07	3,17	1,44	271,85	ND	97,61	83,95	562,26	130,57	1.735,61
	Δ%	-4,5%	37,5%	34,1%	2,5%	ND	8,7%	3,3%	6,9%	-3,0%	-0,5%
Estabilidade (30%-50%) (n=34)	2019	46,41	2,32	0,99	179,28	ND	85,01	80,69	537,07	140,98	1.221,60
	2023	44,00	3,04	1,33	189,19	ND	97,15	84,49	565,64	134,45	1.366,70
	Δ%	-5,2%	31,1%	34,8%	5,5%	ND	14,3%	4,7%	5,3%	-4,6%	11,9%
Estabilidade (>50%) (n=1)	2019	44,73	1,29	0,76	83,21	ND	52,52	64,56	499,46	118,99	1.059,08
	2023	44,19	2,46	1,09	91,00	ND	90,09	69,03	436,14	119,36	1.519,70
	Δ%	-1,2%	91,1%	44,4%	9,4%	ND	71,5%	6,9%	-12,7%	0,3%	43,5%
TOTAL PEQUENO PORTE I (n=388)	2019	48,15	2,08	1,13	228,21	ND	92,78	81,64	534,00	138,04	1.349,69
	2023	45,60	3,26	1,55	232,88	ND	97,92	83,92	560,03	130,22	1.422,03
	Δ%	-5,3%	56,5%	36,5%	2,0%	ND	5,5%	2,8%	4,9%	-5,7%	5,4%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 13 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Pequeno Porte I (Mediana)

Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização (n° amostra)	Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - MEDIANA										
	GRUPO		RECURSOS				ATENÇÃO PRIMÁRIA		MORTALIDADE E MORBIDADE		
	Ano	Despesa com Pessoal (%)	Médicos (por 1.000 hab)	Enfermeiros (por 1.000 hab)	Leitos SUS (por 100.000 hab)	Leitos UTI SUS (por 100.000 hab)	Cobertura Atensão Básica (%)	Nascidos Vivos c/ Pré-Natal Adequado (%)	Mortalidade Ajustada (por 100.000 hab)	Mortalidade Ajustada CSAP (por 100.000 hab)	Hospitalizações CSAP (por 100.000 hab)
Ampliação dos Repasses (n=36)	2019	47,85	1,64	0,95	191,56	ND	100,00	83,92	534,08	144,59	1.333,12
	2023	45,84	2,98	1,66	256,24	ND	100,00	87,06	552,29	138,46	1.276,15
	Δ%	-4,2%	82,3%	74,4%	33,8%	ND	0,0%	3,7%	3,4%	-4,2%	-4,3%
Redução dos Repasses (n=37)	2019	46,57	1,64	0,96	232,21	ND	100,00	82,80	548,22	135,44	1.107,23
	2023	46,35	2,24	1,42	222,72	ND	100,00	81,76	570,87	133,99	1.113,44
	Δ%	-0,5%	36,4%	48,2%	-4,1%	ND	0,0%	-1,2%	4,1%	-1,1%	0,6%
Estabilidade (<10%) (n=217)	2019	48,48	1,78	1,08	157,78	ND	100,00	82,19	527,86	134,42	1.041,55
	2023	45,33	2,61	1,44	111,36	ND	100,00	84,62	541,31	120,49	1.206,26
	Δ%	-6,5%	46,7%	33,6%	-29,4%	ND	0,0%	2,9%	2,5%	-10,4%	15,8%
Estabilidade (10%-30%) (n=63)	2019	48,03	1,97	0,97	178,72	ND	100,00	81,71	522,91	131,90	1.562,65
	2023	45,92	2,69	1,36	175,78	ND	100,00	85,15	551,06	134,81	1.501,73
	Δ%	-4,4%	36,8%	39,3%	-1,6%	ND	0,0%	4,2%	5,4%	2,2%	-3,9%
Estabilidade (30%-50%) (n=34)	2019	46,63	1,99	0,94	162,66	ND	92,90	83,78	521,12	135,72	994,22
	2023	43,60	3,04	1,39	170,48	ND	100,00	84,89	581,62	128,67	1.207,54
	Δ%	-6,5%	52,9%	47,8%	4,8%	ND	7,6%	1,3%	11,6%	-5,2%	21,5%
Estabilidade (>50%) (n=1)	2019	44,73	1,29	0,76	83,21	ND	52,52	64,56	499,46	118,99	1.059,08
	2023	44,19	2,46	1,09	91,00	ND	90,09	69,03	436,14	119,36	1.519,70
	Δ%	-1,2%	91,1%	44,4%	9,4%	ND	71,5%	6,9%	-12,7%	0,3%	43,5%
TOTAL PEQUENO PORTE I (n=388)	2019	48,13	1,80	1,02	183,67	ND	100,00	82,35	528,30	135,09	1.084,73
	2023	45,49	2,68	1,43	184,25	ND	100,00	84,78	548,99	126,80	1.231,57
	Δ%	-5,5%	49,1%	40,5%	0,3%	ND	0,0%	3,0%	3,9%	-6,1%	13,5%

Fonte: elaborado pelo autor.

ESTUDO DE CASO: REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE**GRUPO 1: MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE I (ATÉ 20.000 HAB): 388****PRINCIPAIS CONCLUSÕES**

A principal característica do grupo de Municípios de Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes) permanece sendo a **opção do gestor pela execução direta dos serviços de saúde** (Grau de terceirização 'Muito Baixo': 240 Municípios em 2023 - 61,8%). Dos 240 Municípios citados, 217 mantiveram parcelas inferiores a 10% de transferências a Entidades do Terceiro Setor tanto em 2019 (anterior à pandemia) quanto em 2023 (posterior à pandemia), situação de estabilidade que evidencia a baixíssima terceirização dos serviços de saúde nessa classe. Analisando-se a categoria como um todo, 315 dos 388 Municípios (81,2%) optaram pela manutenção dos padrões de repasses ao Terceiro Setor visando à execução dos serviços de saúde.

Verificou-se, no entanto, as ocorrências de 36 Municípios com ampliação dos repasses ao Terceiro Setor no período 2019-2023 e de 37 Municípios com redução dos pagamentos a Entidades sem Fins Lucrativos no mesmo intervalo, de modo que os indicadores de desempenho da área da saúde de referidos grupos foram objeto de comparação com aqueles observados nos Municípios com gestão da área da saúde predominantemente centralizada (Grau de Terceirização < 10%).

Como principal resultado, observou-se que **o grupo de Municípios com AMPLIAÇÃO dos repasses obteve variações proporcionalmente superiores às demais classes**, em especial nos indicadores do grupo 'Recursos', quais sejam: **disponibilização de médicos e enfermeiros por 1.000 habitantes**. Nessas duas categorias, quer seja pela observação da média ou mediana do grupo em comento, tanto o incremento da oferta de mão de obra no intervalo 2019-2023 quanto a posição final em 2023 (números absolutos) superaram as demais categorias selecionadas para análise, **constatação que sugere um potencial ganho para Municípios com população de até 20.000 habitantes a partir da opção pela ampliação da terceirização dos serviços de saúde**.

Uma das possíveis explicações para o efeito observado pode ser a **maior agilidade das Entidades sem Fins Lucrativos na contratação e disponibilização de profissionais de saúde**, no caso os médicos e enfermeiros, quando comparadas à Administração Direta, que necessita da formalização da abertura de concurso público para provimento de seu quadro de pessoal.

De igual modo, a **variação da disponibilização de leitos SUS** (por 100.000 habitantes) **dos Municípios com AMPLIAÇÃO dos repasses ao Terceiro Setor foi superior a todas as demais** (pela média ou mediana dos resultados da classe), registrando-se, contudo, a ressalva de que nesse indicador o tamanho da amostragem em virtude das informações disponíveis era sensivelmente inferior aos demais (116 observações em 2019 e 115 em 2023, dentro do conjunto de 388 Municípios). Ressalte-se, também, que não houve disponibilização do indicador 'Leitos UTI SUS' dos Municípios de Pequeno Porte I justamente pela ausência de dados da amostra (apenas de 1 Município em 2019 e 2 em 2023).

No que toca ao comportamento das despesas com pessoal, especialmente dos Municípios com ampliação dos repasses ao Terceiro Setor (36), não se configurou a hipótese de eventual proximidade dos limites prudencial (51,3%) e global (54%) da Lei de Responsabilidade Fiscal como potencial indutor da opção pela terceirização, porquanto no ponto de partida (2019) a média observada (47,85%) permanecia distante de aludidos referenciais, não sendo significativamente diferente das demais categorias.

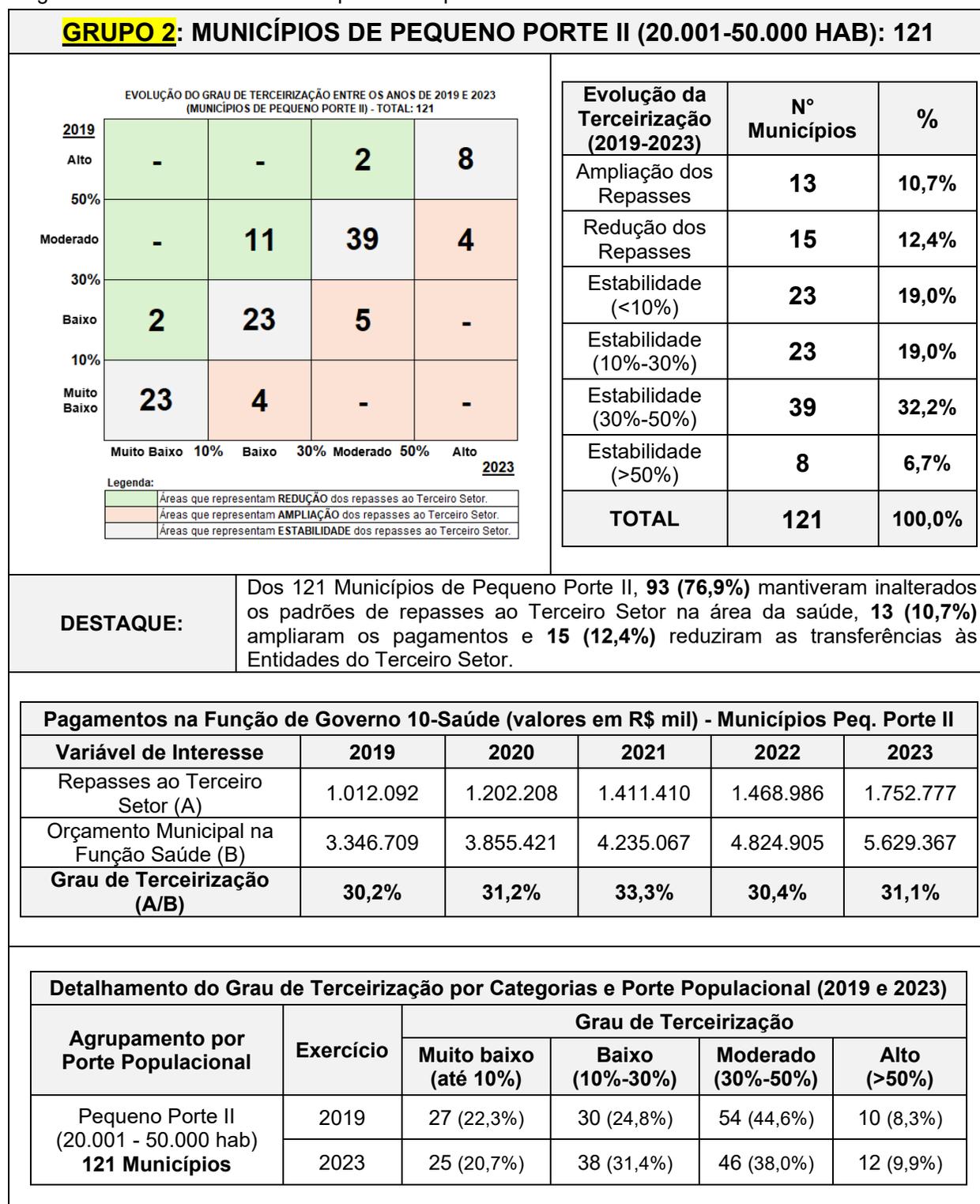
Quanto aos indicadores de desempenho da área da saúde relativos aos grupos de 'Atenção Primária' e 'Mortalidade e Morbidade', os resultados não diferiram significativamente entre as categorias analisadas (ampliação, redução e estabilidade).

Pelo exposto, em que pese a concentrada opção dos Municípios de até 20.000 habitantes (parcela superior a 60%) pela execução direta dos serviços de saúde, bem como a tendência de manutenção do padrão dos repasses já existente, o recorte comparativo proposto identificou a possibilidade de esse grupo se beneficiar ao caminhar no sentido da terceirização, especialmente por intermédio da maior oferta de profissionais de saúde nos primeiros anos de eventuais parcerias firmadas.

6.6. Resultados do Grupo 2: Municípios de Pequeno Porte II

ESTUDO DE CASO: REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE

Figura 6 - Estudo de Caso: Municípios de Pequeno Porte II



Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 14 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Pequeno Porte II (Média)

Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização (n° amostra)	Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - MÉDIA										
	GRUPO		RECURSOS				ATENÇÃO PRIMÁRIA		MORTALIDADE E MORBIDADE		
	Ano	Despesa com Pessoal (%)	Médicos (por 1.000 hab)	Enfermeiros (por 1.000 hab)	Leitos SUS (por 100.000 hab)	Leitos UTI SUS (por 100.000 hab)	Cobertura Atensão Básica (%)	Nascidos Vivos c/ Pré-Natal Adequado (%)	Mortalidade Ajustada (por 100.000 hab)	Mortalidade Ajustada CSAP (por 100.000 hab)	Hospitalizações CSAP (por 100.000 hab)
Ampliação dos Repasses (n=13)	2019	45,41	2,42	0,76	151,75	ND	69,24	80,13	538,68	131,33	1.307,82
	2023	41,75	3,34	1,17	148,01	ND	90,40	84,75	553,80	138,97	1.257,73
	Δ%	-8,1%	38,3%	53,4%	-2,5%	ND	30,6%	5,8%	2,8%	5,8%	-3,8%
Redução dos Repasses (n=15)	2019	47,18	2,14	0,85	132,44	ND	63,28	79,05	523,83	140,24	1.577,95
	2023	46,01	3,26	1,16	160,31	ND	78,95	81,05	572,44	142,90	1.669,92
	Δ%	-2,5%	52,5%	35,6%	21,0%	ND	24,8%	2,5%	9,3%	1,9%	5,8%
Estabilidade (<10%) (n=23)	2019	48,11	2,58	1,01	153,12	ND	73,50	80,19	527,12	137,22	835,14
	2023	45,30	4,00	1,37	211,16	ND	85,85	82,35	555,04	132,42	926,77
	Δ%	-5,8%	54,8%	35,1%	37,9%	ND	16,8%	2,7%	5,3%	-3,5%	11,0%
Estabilidade (10%-30%) (n=23)	2019	49,51	2,47	1,00	138,50	ND	77,72	80,42	535,25	127,82	1.651,82
	2023	45,33	3,00	1,22	147,53	ND	87,66	83,97	569,62	131,22	1.598,06
	Δ%	-8,4%	21,6%	21,9%	6,5%	ND	12,8%	4,4%	6,4%	2,7%	-3,3%
Estabilidade (30%-50%) (n=39)	2019	46,48	2,56	0,95	120,08	ND	69,78	81,28	528,23	136,61	1.238,97
	2023	44,31	3,50	1,31	132,28	ND	86,56	82,04	586,11	146,83	1.276,40
	Δ%	-4,7%	36,6%	38,6%	10,2%	ND	24,1%	0,9%	11,0%	7,5%	3,0%
Estabilidade (>50%) (n=8)	2019	41,55	2,96	1,40	134,31	ND	80,52	83,25	537,49	144,13	1.200,14
	2023	40,94	3,93	1,90	185,64	ND	98,60	85,42	560,73	142,57	1.199,59
	Δ%	-1,5%	32,7%	36,4%	38,2%	ND	22,4%	2,6%	4,3%	-1,1%	0,0%
TOTAL PEQUENO PORTE II (n=121)	2019	47,01	2,51	0,97	133,43	ND	71,84	80,64	530,54	135,44	1.287,54
	2023	44,41	3,48	1,31	153,34	ND	86,90	82,86	570,23	139,51	1.312,78
	Δ%	-5,5%	38,9%	35,3%	14,9%	ND	21,0%	2,8%	7,5%	3,0%	2,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 15 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Pequeno Porte II (Mediana)

Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização (n° amostra)	Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - MEDIANA										
	GRUPO		RECURSOS				ATENÇÃO PRIMÁRIA		MORTALIDADE E MORBIDADE		
	Ano	Despesa com Pessoal (%)	Médicos (por 1.000 hab)	Enfermeiros (por 1.000 hab)	Leitos SUS (por 100.000 hab)	Leitos UTI SUS (por 100.000 hab)	Cobertura Atenção Básica (%)	Nascidos Vivos c/ Pré-Natal Adequado (%)	Mortalidade Ajustada (por 100.000 hab)	Mortalidade Ajustada CSAP (por 100.000 hab)	Hospitalizações CSAP (por 100.000 hab)
Ampliação dos Repasses (n=13)	2019	45,69	2,25	0,76	115,96	ND	80,62	80,09	529,62	129,28	1.328,68
	2023	42,07	3,04	1,15	127,86	ND	100,00	86,45	559,49	122,90	1.193,73
	Δ%	-7,9%	35,3%	52,2%	10,3%	ND	24,0%	7,9%	5,6%	-4,9%	-10,2%
Redução dos Repasses (n=15)	2019	47,64	2,29	0,77	124,83	ND	76,70	80,70	517,25	133,49	1.505,58
	2023	45,29	2,94	1,22	126,48	ND	100,00	83,84	550,28	143,78	1.602,63
	Δ%	-4,9%	28,2%	57,5%	1,3%	ND	30,4%	3,9%	6,4%	7,7%	6,4%
Estabilidade (<10%) (n=23)	2019	48,12	2,27	0,82	111,30	ND	77,43	81,51	525,01	128,87	748,36
	2023	45,70	3,54	1,20	146,22	ND	91,95	83,61	538,83	128,63	880,24
	Δ%	-5,0%	56,2%	47,5%	31,4%	ND	18,8%	2,6%	2,6%	-0,2%	17,6%
Estabilidade (10%-30%) (n=23)	2019	50,23	2,07	0,90	136,28	ND	82,04	80,92	529,89	119,62	1.530,10
	2023	44,84	3,15	1,07	154,62	ND	94,56	83,74	588,82	132,64	1.561,70
	Δ%	-10,7%	51,9%	18,4%	13,5%	ND	15,3%	3,5%	11,1%	10,9%	2,1%
Estabilidade (30%-50%) (n=39)	2019	47,66	2,53	0,90	109,28	ND	67,75	80,80	515,83	132,76	1.267,28
	2023	45,35	3,32	1,21	125,90	ND	96,36	83,83	588,40	140,22	1.314,13
	Δ%	-4,8%	31,5%	35,0%	15,2%	ND	42,2%	3,7%	14,1%	5,6%	3,7%
Estabilidade (>50%) (n=8)	2019	45,28	2,93	1,33	130,66	ND	80,96	83,84	531,53	145,01	1.145,27
	2023	41,41	3,92	1,74	159,45	ND	100,00	86,34	564,23	145,69	1.191,26
	Δ%	-8,5%	33,7%	31,1%	22,0%	ND	23,5%	3,0%	6,2%	0,5%	4,0%
TOTAL PEQUENO PORTE II (n=121)	2019	47,64	2,32	0,88	118,33	ND	76,70	81,43	520,98	129,54	1.228,22
	2023	44,84	3,27	1,20	138,73	ND	98,52	83,98	564,85	134,43	1.313,44
	Δ%	-5,9%	40,7%	37,2%	17,2%	ND	28,4%	3,1%	8,4%	3,8%	6,9%

Fonte: elaborado pelo autor.

ESTUDO DE CASO: REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE**GRUPO 2: MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE II (20.001-50.000 HAB): 121****PRINCIPAIS CONCLUSÕES**

Na categoria de **Municípios de Pequeno Porte II** (de 20.001 a 50.000 habitantes), a **concentração do grau de terceirização é mais heterogênea**, predominando o grau 'Moderado (30%-50%)', com 54 Municípios em 2019 (44,6%) e 46 em 2023 (38,0%). Na sequência, encontram-se os Municípios com alguma participação do Terceiro Setor na execução das políticas públicas de saúde (grau 'Baixo (10%-30%)', que elevaram sua participação de 24,8% em 2019 para 31,4% em 2023 (incremento de 8 Municípios nessa categoria). **Como um todo, assim como verificado no Grupo de Municípios de Pequeno Porte I, uma expressiva parcela de 76,9% dos Municípios foi resistente a qualquer mudança no padrão dos repasses ao Terceiro Setor, mantendo estabilidade.**

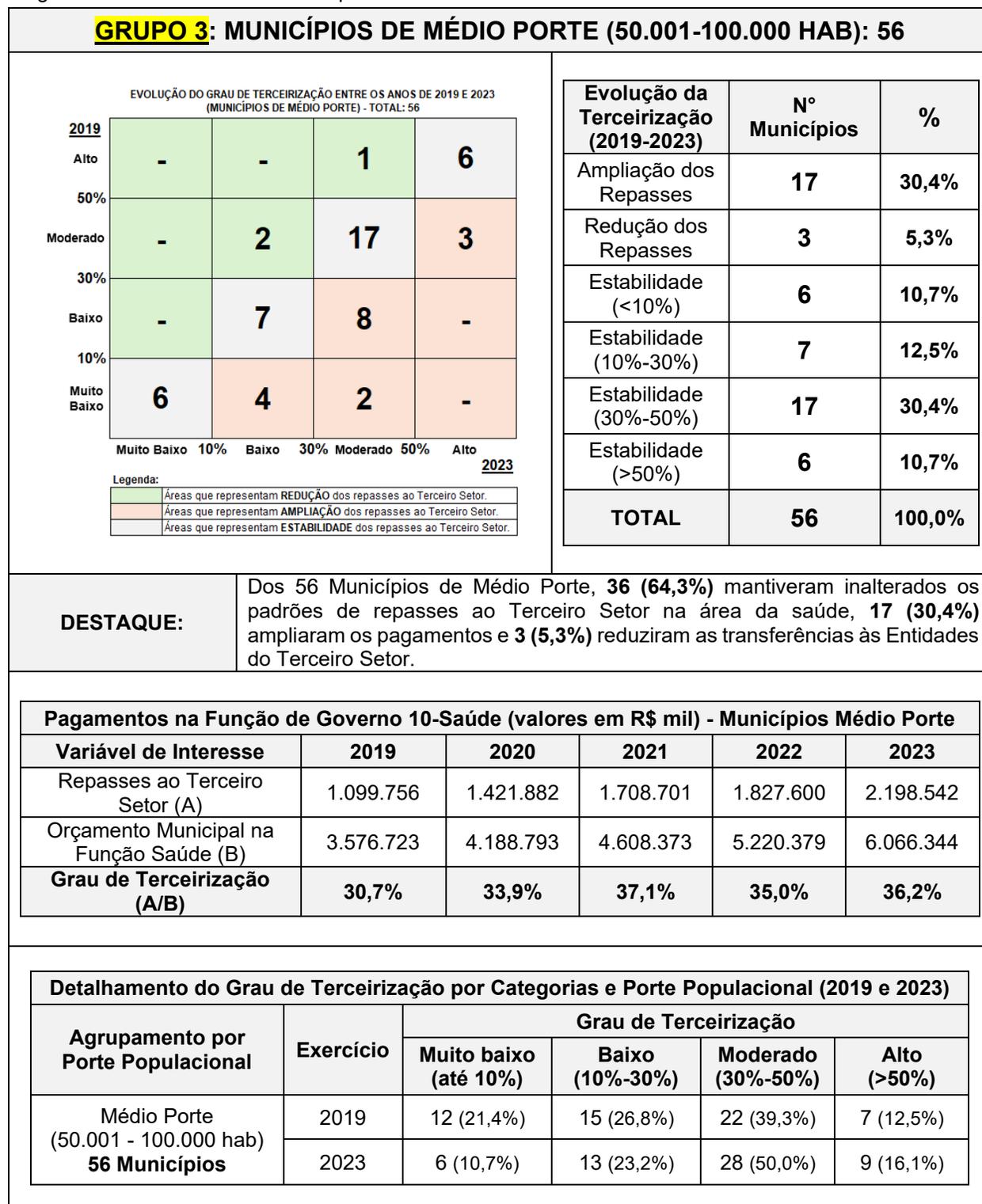
Na comparação da evolução da dinâmica do grau de terceirização, não foram verificados achados no grupo de 'Recursos' que indicassem eventual melhoria do desempenho dos indicadores de saúde dos Municípios com ampliação do grau de terceirização, tal qual constatado nos Municípios de Pequeno Porte I. O que foi possível notar, no entanto, foi a **ocorrência de indicadores médios mais favoráveis (valores absolutos) em 2023 para as categorias 'Ampliação de Repasses' e 'Estabilidade (>50%)'**, ou seja, gestão municipal da área da saúde majoritariamente descentralizada, **nos indicadores 'Cobertura da Atenção Básica'** (90,40 e 98,60, respectivamente) e **'Nascidos Vivos com Pré-Natal Adequado'** (84,75 e 85,42, respectivamente), pertencentes ao grupo 'Atenção Primária'.

Pela própria característica de heterogeneidade do grupo de Municípios analisado, com existência de múltiplas observações nas diversas categorias de terceirização, não foi possível identificar robustos indícios de potenciais benefícios gerados nos indicadores de desempenho da amostragem, quer seja considerando a execução direta dos serviços de saúde ou por meio de uma Entidade do Terceiro Setor.

6.7. Resultados do Grupo 3: Municípios de Médio Porte

ESTUDO DE CASO: REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE

Figura 7 - Estudo de Caso: Municípios de Médio Porte



Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 16 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Médio Porte (Média)

Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização (n° amostra)	Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - MÉDIA										
	GRUPO		RECURSOS				ATENÇÃO PRIMÁRIA		MORTALIDADE E MORBIDADE		
	Ano	Despesa com Pessoal (%)	Médicos (por 1.000 hab)	Enfermeiros (por 1.000 hab)	Leitos SUS (por 100.000 hab)	Leitos UTI SUS (por 100.000 hab)	Cobertura Atenção Básica (%)	Nascidos Vivos c/ Pré-Natal Adequado (%)	Mortalidade Ajustada (por 100.000 hab)	Mortalidade Ajustada CSAP (por 100.000 hab)	Hospitalizações CSAP (por 100.000 hab)
Ampliação dos Repasses (n=17)	2019	47,39	3,12	1,01	92,17	9,79	63,00	79,13	522,13	132,20	812,52
	2023	44,29	4,16	1,44	94,20	11,47	81,91	81,81	560,09	133,54	960,89
	Δ%	-6,5%	33,7%	43,1%	2,2%	17,1%	30,0%	3,4%	7,3%	1,0%	18,3%
Redução dos Repasses (n=3)	2019	46,01	2,97	1,10	107,83	19,31	59,82	82,16	552,00	133,64	1.005,44
	2023	43,96	4,33	1,63	119,03	29,09	81,32	85,68	554,19	113,57	1.018,23
	Δ%	-4,5%	45,9%	48,6%	10,4%	50,7%	35,9%	4,3%	0,4%	-15,0%	1,3%
Estabilidade (<10%) (n=6)	2019	48,52	3,21	1,17	153,53	17,32	72,49	81,11	538,32	139,87	981,74
	2023	49,01	3,62	1,50	155,02	25,53	89,83	83,78	605,59	154,05	1.045,00
	Δ%	1,0%	12,8%	29,0%	1,0%	47,4%	23,9%	3,3%	12,5%	10,1%	6,4%
Estabilidade (10%-30%) (n=7)	2019	49,41	3,66	1,21	96,85	7,90	56,10	82,11	499,58	110,83	1.037,47
	2023	46,48	5,26	1,76	158,48	26,52	78,43	83,01	542,43	134,59	1.082,51
	Δ%	-5,9%	43,8%	45,9%	63,6%	235,8%	39,8%	1,1%	8,6%	21,4%	4,3%
Estabilidade (30%-50%) (n=17)	2019	45,49	2,96	1,18	96,01	10,95	58,78	83,35	530,09	135,06	876,45
	2023	42,24	4,11	1,62	106,24	15,58	75,37	84,36	573,02	149,59	980,05
	Δ%	-7,1%	39,0%	37,1%	10,7%	42,3%	28,2%	1,2%	8,1%	10,8%	11,8%
Estabilidade (>50%) (n=6)	2019	42,99	3,76	1,21	147,06	12,20	66,74	82,31	514,75	132,97	874,00
	2023	39,46	5,04	1,72	157,85	20,80	78,92	83,57	558,01	165,36	950,45
	Δ%	-8,2%	34,2%	42,0%	7,3%	70,5%	18,2%	1,5%	8,4%	24,4%	8,7%
TOTAL MÉDIO PORTE (n=56)	2019	46,64	3,21	1,13	107,70	11,83	62,10	81,50	524,27	131,38	895,10
	2023	43,91	4,33	1,58	120,12	17,54	79,99	83,34	566,15	143,08	992,87
	Δ%	-5,9%	35,0%	40,2%	11,5%	48,3%	28,8%	2,3%	8,0%	8,9%	10,9%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 17 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Médio Porte (Mediana)

Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização (n° amostra)	Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - MEDIANA										
	GRUPO		RECURSOS				ATENÇÃO PRIMÁRIA		MORTALIDADE E MORBIDADE		
	Ano	Despesa com Pessoal (%)	Médicos (por 1.000 hab)	Enfermeiros (por 1.000 hab)	Leitos SUS (por 100.000 hab)	Leitos UTI SUS (por 100.000 hab)	Cobertura Atensão Básica (%)	Nascidos Vivos c/ Pré-Natal Adequado (%)	Mortalidade Ajustada (por 100.000 hab)	Mortalidade Ajustada CSAP (por 100.000 hab)	Hospitalizações CSAP (por 100.000 hab)
Ampliação dos Repasses (n=17)	2019	47,59	2,98	1,00	81,28	9,41	61,90	78,89	519,03	120,56	787,29
	2023	42,80	3,85	1,32	88,07	10,29	81,60	80,88	548,21	142,40	940,41
	Δ%	-10,1%	29,4%	31,6%	8,3%	9,4%	31,8%	2,5%	5,6%	18,1%	19,4%
Redução dos Repasses (n=3)	2019	46,02	2,70	1,18	93,63	19,31	61,36	82,97	524,10	131,65	1.162,68
	2023	43,33	4,50	1,67	134,74	29,09	77,32	87,52	566,16	115,25	911,01
	Δ%	-5,8%	66,8%	42,1%	43,9%	50,7%	26,0%	5,5%	8,0%	-12,5%	-21,6%
Estabilidade (<10%) (n=6)	2019	48,49	3,37	1,13	102,22	13,02	75,58	81,09	520,37	141,49	1.124,69
	2023	49,79	3,40	1,53	93,54	13,88	93,79	83,28	606,31	161,24	1.013,78
	Δ%	2,7%	0,7%	36,3%	-8,5%	6,6%	24,1%	2,7%	16,5%	14,0%	-9,9%
Estabilidade (10%-30%) (n=7)	2019	50,93	4,03	0,96	76,15	7,90	66,39	82,22	494,55	102,11	848,69
	2023	45,90	4,50	1,44	136,79	19,14	80,61	81,63	531,48	144,56	880,78
	Δ%	-9,9%	11,7%	50,2%	79,6%	142,2%	21,4%	-0,7%	7,5%	41,6%	3,8%
Estabilidade (30%-50%) (n=17)	2019	45,40	2,56	1,11	83,78	8,90	54,33	84,82	525,71	138,39	838,33
	2023	44,23	3,97	1,66	105,32	14,49	73,83	84,38	587,07	146,10	1.005,20
	Δ%	-2,6%	55,1%	49,2%	25,7%	62,8%	35,9%	-0,5%	11,7%	5,6%	19,9%
Estabilidade (>50%) (n=6)	2019	42,99	3,37	1,13	135,34	11,03	61,58	82,21	529,43	125,33	886,63
	2023	39,46	3,71	1,80	142,05	21,40	75,11	83,04	570,91	162,81	894,92
	Δ%	-8,2%	10,2%	59,5%	5,0%	93,9%	22,0%	1,0%	7,8%	29,9%	0,9%
TOTAL MÉDIO PORTE (n=56)	2019	46,70	3,01	1,08	86,54	10,46	60,43	81,87	516,58	124,10	877,64
	2023	44,93	4,03	1,54	96,70	13,93	78,64	83,75	564,26	144,50	938,89
	Δ%	-3,8%	33,9%	42,7%	11,7%	33,3%	30,1%	2,3%	9,2%	16,4%	7,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

ESTUDO DE CASO: REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE**GRUPO 3: MUNICÍPIOS DE MÉDIO PORTE (50.001-100.000 HAB): 56****PRINCIPAIS CONCLUSÕES**

Neste agrupamento, houve uma clara sinalização no sentido da ampliação da terceirização dos serviços públicos de saúde, de modo que o grau de terceirização 'Moderado (30%-50%), que já constituía em 2019 a categoria mais expressiva, com 22 Municípios (39,3%), ficou ainda mais representativo em 2023, atingindo 28 Municípios (50,0%). Adicionalmente, registraram-se quedas no número de Municípios nos menores níveis de terceirização ('Muito Baixo': de 12 para 6 e 'Baixo': de 15 para 13) com consequente aumento do número de Órgãos enquadrados nas categorias 'Moderada' e 'Alta' que, somados, passaram de 51,8% em 2019 para 66,1% em 2023. **Não obstante, uma parcela considerável de 64,3% dos Municípios manteve inalterado seu padrão de terceirização, porém nesse caso grande parte dessa concentração se deu nos níveis 'Moderado' (17) e 'Alto' (6), o que sugere uma opção já consolidada de integração do Terceiro Setor nas políticas públicas de saúde nesta categoria.**

No tocante aos indicadores de desempenho da área da saúde, **foi possível identificar uma maior fragilidade das gestões municipais altamente centralizadas (participação do Terceiro Setor inferior a 10%) na disponibilização de profissionais de saúde à população (médicos e enfermeiros por 1.000 habitantes), com registros de valores absolutos e variações no período que permaneceram inferiores à média do grupo de Municípios de Médio Porte.**

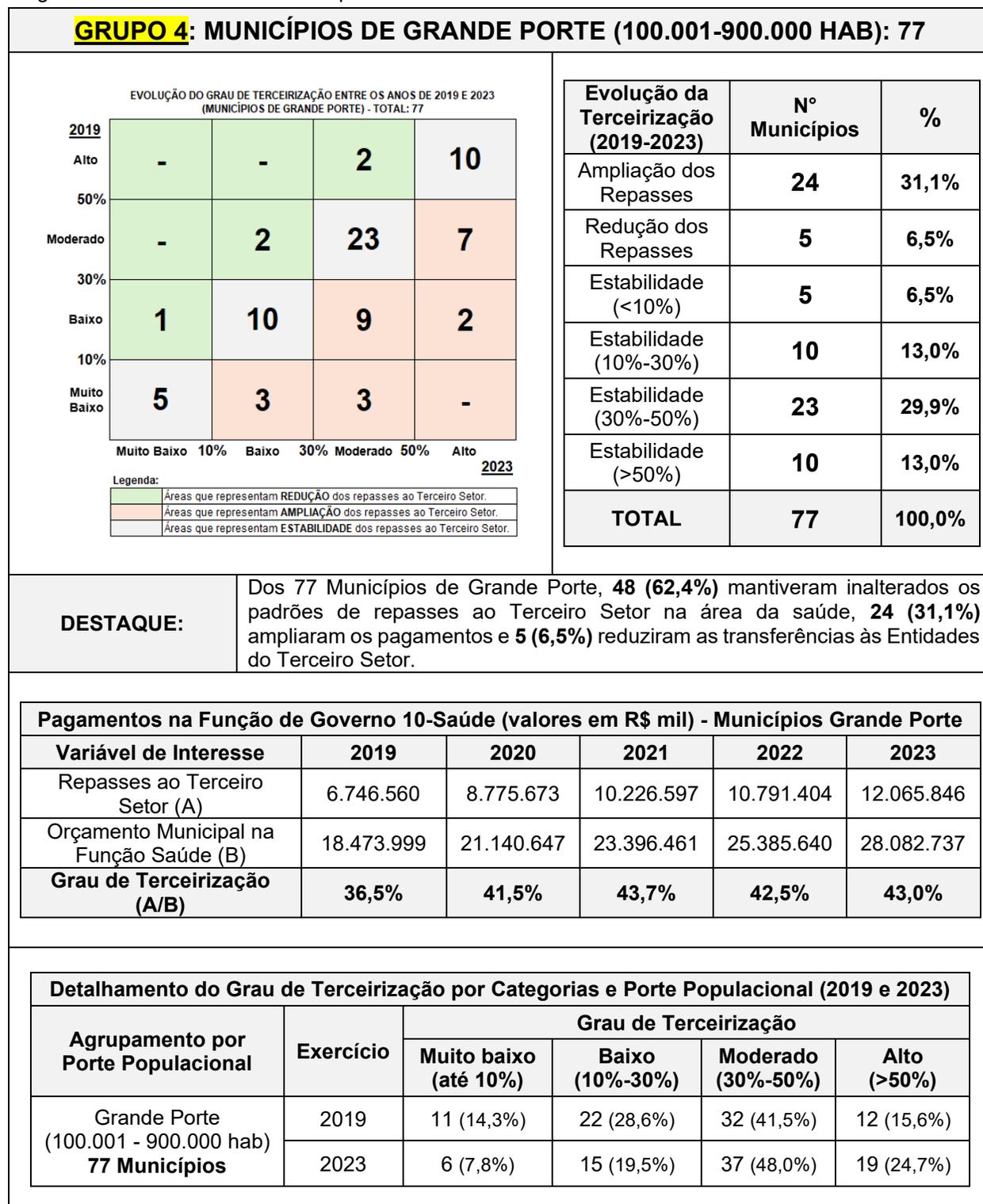
Quanto aos indicadores de desempenho da área da saúde relativos aos grupos de 'Atenção Primária' e 'Mortalidade e Morbidade', os resultados não diferiram significativamente entre as categorias analisadas (ampliação, redução e estabilidade).

Diante do exposto, em que pese não ter sido possível identificar com clareza eventuais benefícios da ampliação dos repasses ao Terceiro Setor, constatou-se neste porte de Município que a **opção de execução dos serviços de saúde altamente centralizada pode não representar a melhor escolha do gestor municipal.**

6.8. Resultados do Grupo 4: Municípios de Grande Porte

ESTUDO DE CASO: REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE

Figura 8 - Estudo de Caso: Municípios de Grande Porte



Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 18 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Grande Porte (Média)

Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização (n° amostra)	Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - MÉDIA										
	GRUPO		RECURSOS				ATENÇÃO PRIMÁRIA		MORTALIDADE E MORBIDADE		
	Ano	Despesa com Pessoal (%)	Médicos (por 1.000 hab)	Enfermeiros (por 1.000 hab)	Leitos SUS (por 100.000 hab)	Leitos UTI SUS (por 100.000 hab)	Cobertura Atensão Básica (%)	Nascidos Vivos c/ Pré-Natal Adequado (%)	Mortalidade Ajustada (por 100.000 hab)	Mortalidade Ajustada CSAP (por 100.000 hab)	Hospitalizações CSAP (por 100.000 hab)
Ampliação dos Repasses (n=24)	2019	44,56	3,61	1,28	99,64	15,30	48,91	76,76	524,79	121,35	696,77
	2023	39,92	4,93	1,78	113,80	18,69	62,59	78,92	550,58	134,28	731,92
	Δ%	-10,4%	36,6%	39,1%	14,2%	22,2%	28,0%	2,8%	4,9%	10,7%	5,0%
Redução dos Repasses (n=5)	2019	40,97	2,39	0,99	62,43	9,44	49,76	74,73	507,80	115,46	471,11
	2023	41,41	3,12	1,41	81,34	12,79	71,81	78,85	527,34	129,33	543,84
	Δ%	1,1%	30,8%	42,9%	30,3%	35,4%	44,3%	5,5%	3,8%	12,0%	15,4%
Estabilidade (<10%) (n=5)	2019	48,84	4,18	1,63	117,88	13,48	62,66	81,88	509,99	128,98	676,96
	2023	46,79	4,60	1,89	139,47	21,41	77,86	82,92	509,56	122,45	742,08
	Δ%	-4,2%	10,0%	16,2%	18,3%	58,8%	24,3%	1,3%	-0,1%	-5,1%	9,6%
Estabilidade (10%-30%) (n=10)	2019	47,48	3,58	1,21	91,57	10,82	46,50	80,06	536,22	129,08	606,55
	2023	42,81	4,87	1,69	104,40	14,69	54,50	81,32	546,15	136,84	677,51
	Δ%	-9,8%	36,2%	40,2%	14,0%	35,8%	17,2%	1,6%	1,9%	6,0%	11,7%
Estabilidade (30%-50%) (n=23)	2019	44,72	4,31	1,44	117,15	14,67	60,26	80,08	533,42	122,38	714,83
	2023	41,47	5,65	1,91	122,55	18,06	72,37	81,05	548,61	125,11	801,26
	Δ%	-7,3%	31,0%	32,4%	4,6%	23,1%	20,1%	1,2%	2,8%	2,2%	12,1%
Estabilidade (>50%) (n=10)	2019	40,33	6,41	2,11	173,76	23,18	69,86	82,52	509,79	111,77	884,42
	2023	37,74	8,53	2,82	196,75	32,07	80,22	83,78	519,02	116,20	1.000,18
	Δ%	-6,4%	33,1%	33,9%	13,2%	38,3%	14,8%	1,5%	1,8%	4,0%	13,1%
TOTAL GRANDE PORTE (n=77)	2019	44,48	4,14	1,43	112,87	15,26	55,65	79,13	524,84	121,53	698,88
	2023	41,02	5,47	1,93	126,10	19,71	68,34	80,75	541,15	128,44	768,85
	Δ%	-7,8%	32,1%	34,7%	11,7%	29,2%	22,8%	2,1%	3,1%	5,7%	10,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 19 - Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização x Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - Municípios de Grande Porte (Mediana)

Dinâmica de Evolução do Grau de Terceirização (n° amostra)	Indicadores de Desempenho da Área da Saúde - MEDIANA										
	GRUPO		RECURSOS				ATENÇÃO PRIMÁRIA		MORTALIDADE E MORBIDADE		
	Ano	Despesa com Pessoal (%)	Médicos (por 1.000 hab)	Enfermeiros (por 1.000 hab)	Leitos SUS (por 100.000 hab)	Leitos UTI SUS (por 100.000 hab)	Cobertura Atensão Básica (%)	Nascidos Vivos c/ Pré-Natal Adequado (%)	Mortalidade Ajustada (por 100.000 hab)	Mortalidade Ajustada CSAP (por 100.000 hab)	Hospitalizações CSAP (por 100.000 hab)
Ampliação dos Repasses (n=24)	2019	45,74	3,27	1,16	90,99	13,90	48,43	75,91	518,72	126,03	717,61
	2023	40,43	4,54	1,68	120,65	17,15	61,59	79,20	552,15	131,98	652,68
	Δ%	-11,6%	38,8%	44,5%	32,6%	23,4%	27,2%	4,3%	6,4%	4,7%	-9,0%
Redução dos Repasses (n=5)	2019	41,78	2,76	1,06	57,42	9,12	58,55	74,03	494,15	108,97	471,82
	2023	42,47	3,46	1,54	68,04	10,59	75,72	77,93	521,96	124,12	526,94
	Δ%	1,6%	25,3%	45,2%	18,5%	16,1%	29,3%	5,3%	5,6%	13,9%	11,7%
Estabilidade (<10%) (n=5)	2019	49,96	4,41	1,72	94,28	12,74	58,92	81,77	480,47	115,17	724,70
	2023	43,74	4,15	1,89	113,75	20,09	76,57	84,50	515,91	117,61	786,48
	Δ%	-12,5%	-5,8%	10,2%	20,6%	57,7%	30,0%	3,3%	7,4%	2,1%	8,5%
Estabilidade (10%-30%) (n=10)	2019	48,43	3,55	1,26	70,71	5,73	44,73	81,99	527,72	128,53	628,86
	2023	43,94	4,81	1,86	85,33	11,80	56,63	82,09	552,42	140,19	701,78
	Δ%	-9,3%	35,8%	47,4%	20,7%	106,10%	26,6%	0,1%	4,7%	9,1%	11,6%
Estabilidade (30%-50%) (n=23)	2019	44,86	3,96	1,25	94,45	12,74	54,05	80,25	519,85	124,30	657,31
	2023	41,79	4,98	1,70	107,74	16,05	71,00	80,91	547,05	122,94	759,24
	Δ%	-6,8%	25,9%	35,8%	14,1%	26,0%	31,4%	0,8%	5,2%	-1,1%	15,5%
Estabilidade (>50%) (n=10)	2019	38,50	5,68	1,75	125,65	20,33	61,87	81,88	508,33	111,89	843,77
	2023	36,53	6,90	2,45	144,33	24,23	81,81	82,81	513,06	107,64	901,42
	Δ%	-5,1%	21,5%	39,5%	14,9%	19,2%	32,2%	1,1%	0,9%	-3,8%	6,8%
TOTAL GRANDE PORTE (n=77)	2019	45,07	3,82	1,29	91,47	12,87	53,89	80,22	513,92	119,67	689,01
	2023	41,65	4,94	1,77	112,19	16,53	69,47	81,42	537,85	124,12	705,04
	Δ%	-7,6%	29,4%	36,9%	22,7%	28,4%	28,9%	1,5%	4,7%	3,7%	2,3%

Fonte: elaborado pelo autor.

ESTUDO DE CASO: REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE**GRUPO 4: MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE (100.001-900.000 HAB): 77****PRINCIPAIS CONCLUSÕES**

O grupo de Municípios de Grande Porte, semelhantemente ao constatado nos Municípios de Médio Porte, apresentou tendência de ampliação dos repasses ao Terceiro Setor no período 2019-2023, de modo que, além dos 24 Municípios que registraram crescimento das verbas destinadas às Entidades sem Fins Lucrativos, outros 33 mantiveram o padrão de estabilidade nos níveis 'Moderado' (23) e 'Alto' (10), **panorama que sugere uma opção já consolidada de integração do Terceiro Setor nas políticas públicas de saúde nesta categoria.** A representatividade do número de Órgãos enquadrados nas categorias de terceirização 'Moderado' e 'Alto' passou de 57,1% em 2019 para 72,7% em 2023.

Com relação aos indicadores de desempenho da área da saúde, esta foi a categoria na qual houve a maior diferenciação dos resultados dos Municípios que mantiveram no período 2019-2023 a gestão da área da saúde majoritariamente descentralizada (participação do Terceiro Setor superior a 50%) frente aos demais. Dos 9 (nove) indicadores de desempenho analisados, em 7 (sete) deles os números observados em 2023 foram os mais favoráveis dentre todas as opções (tanto na análise pela média como pela mediana), com especial destaque para o número de médicos e enfermeiros, leitos SUS/UTI SUS e cobertura da Atenção Básica, amplamente superiores aos parâmetros verificados nas demais categorias.

No que concerne às despesas com pessoal, houve confirmação da relação inversamente proporcional entre tal indicador e o grau de terceirização, com o agrupamento de Municípios já consolidados com participação do Terceiro Setor superior a 50% (tanto em 2019 como em 2023) apresentando os menores valores (média de 37,74% e mediana de 36,53% em 2023). Na sequência, os Municípios que caminharam no sentido da ampliação dos repasses obtiveram reduções nas despesas com pessoal que superaram a casa dos 10%, alcançando em 2023 os patamares de 39,92% (média) e 40,43% (mediana). Na extremidade oposta, em que pese também

existente o movimento generalizado de redução dos gastos com pessoal no período 2019-2023, as categorias de Municípios com gestões da área da saúde predominantemente centralizada (terceirização até 10%) e com alguma participação do Terceiro Setor (entre 10% e 30%) foram as que registraram em 2023 os maiores percentuais de despesas com pessoal dentre as opções analisadas (médias de 46,79% e 42,81% e medianas de 43,74% e 43,94%, respectivamente).

O agrupamento de Municípios de Grande Porte, muito embora possua apenas 77 integrantes (12% do total dos 644 Municípios jurisdicionados ao TCESP), foi o que concentrou a maior parte dos repasses concedidos ao Terceiro Setor na área da saúde, com pagamentos que totalizaram em 2023 R\$ 12.065.846.493,35, o que equivale a 67% dos repasses municipais efetuados no mesmo exercício (R\$ 17.955.277.748,45).

Nessa categoria de Municípios é que se encontram as maiores parcerias firmadas com Entidades do Terceiro Setor, principalmente os Contratos de Gestão celebrados com Organizações Sociais para a gestão integral de grandes hospitais e outros equipamentos públicos de saúde. **O cruzamento das informações de execução financeira com os indicadores de desempenho da área da saúde nos Municípios que optaram pela manutenção dessas parcerias com elevado grau de descentralização do orçamento (superior a 50%) sugere que este grupo se beneficiou com a *expertise* acumulada e com a consolidação da atuação local dessas grandes Entidades do Terceiro Setor, com resultados favoráveis que diferiram consideravelmente daqueles observados nos demais agrupamentos avaliados.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Gerencial do Estado brasileiro de 1995 constituiu um relevante marco na transformação do Setor Público no país, repensando-se a distribuição dos papéis entre os diversos atores ao chamar a atenção para a necessidade de estruturação de uma Administração focada na redução de custos e na melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços públicos ofertados. Em outras palavras, o discurso da administração gerencial trouxe em seu bojo como principal inovação a forma de controle, que deixava de se basear nos processos burocráticos para se concentrar nos resultados (VIOLIN, 2015).

Com os novos formatos organizacionais do Estado, implementou-se o denominado novo contratualismo público, modelo a partir do qual o Estado compartilha suas responsabilidades por meio de arranjos consensuais, tal como um contrato, com a finalidade de atingir o bem comum. Nesse contexto é que se encontra fortemente inserido o Terceiro Setor, representado por cidadãos integrados em Organizações sem Fins Lucrativos, não governamentais, com o objetivo final de gerar serviços de caráter público, submetidos ao controle estatal e social.

No transcorrer dos anos e décadas seguintes, houve uma notável expansão das relações do Estado com as Entidades do Terceiro Setor. Em termos legislativos, em que pese a ausência de uma codificação do Direito do Terceiro Setor voltada a uniformizar e disciplinar, em um único texto, aspectos como as formas de organização jurídica, atividades, modos de gestão, fiscalização e controle das entidades atuantes nesse segmento (JUSTINO, 2007), o que se verificou na prática foi uma série de desenvolvimentos e alterações nas normas infraconstitucionais, com paralelos em leis estaduais, municipais e distritais, com o objetivo de regulamentar e fomentar as atividades das Organizações sem Fins Lucrativos.

Nesse sentido, o novo ordenamento de governança teve como marco a Lei Federal nº 9.637/98, responsável pela criação do instituto da Organização Social (OS), que permitiu a participação ativa das Entidades sem Fins Lucrativos na gestão de serviços públicos e ampliou a participação do Terceiro Setor em áreas como saúde,

cultura, educação e assistência social. Posteriormente, o avanço da matéria se deu por intermédio da edição da Lei Federal nº 9.790/99, que estabeleceu o regime jurídico das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e o então novo instrumento do Termo de Parceria, criando um novo status para entidades que atendessem a critérios rigorosos de transparência e responsabilidade. Tanto os Contratos de Gestão celebrados com Organizações Sociais (OSs) quanto os Termos de Parceria firmados com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) tiveram papel central no processo de transformação do Estado brasileiro, que passou cada vez mais a se apoiar em mecanismos contemporâneos de fomento e execução de atividades sociais por Entidades do Terceiro Setor na concretização das finalidades sociais impostas pela Constituição Federal de 1988 (MANICA, 2022).

A partir dessa regulamentação inicial e diante do aumento significativo no volume dos recursos públicos repassados ao Terceiro Setor, houve, no âmbito do controle legislativo, a necessidade de se avaliar, rever e propor aperfeiçoamentos na legislação federal relativa à execução de programas, projetos e atividades de interesse público, demanda que culminou com a implementação, quinze anos depois, do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC - Lei Federal nº 13.019/14), que estabeleceu importantes diretrizes para a celebração de parcerias entre Organizações da Sociedade Civil e o Poder Público mediante os instrumentos do Termo de Colaboração, Termo de Fomento e Acordo de Cooperação, enfatizando a transparência, a prestação de contas e o planejamento estratégico das entidades, com posterior aprimoramento por intermédio da Lei Federal nº 13.204/15.

Os arranjos estabelecidos com o Terceiro Setor na área da saúde, conforme instrumentos apresentados, incorporaram a premissa do controle de resultados como parte dessa interação com o Poder Público. A busca por parâmetros para averiguar o resultado desejado pela parceria passa, portanto, necessariamente pelo estabelecimento de metas bem definidas para orientar a gestão, pela criação de meios para alcance e pelo acompanhamento e controle das atividades e incentivos para o cumprimento das metas estabelecidas. E é justamente nessa etapa que a atuação dos Tribunais de Contas se revela imprescindível.

Ademais, Mario Mora Quirós, ao versar sobre o controle de resultado, consigna que sua implementação pressupõe vontade política para incentivar reformas múltiplas e simultâneas voltadas para modernizar o processo orçamentário, os sistemas de controle interno e externo, assim como a administração geral dos recursos públicos (humanos, físicos e financeiros). Pressupõe também o desafio de redefinir o papel e as responsabilidades de todas as entidades que intervêm na atribuição, na execução, no controle e na avaliação dos recursos públicos, assim como fortalecer os mecanismos que permitem a participação social na fiscalização e no controle da ação governamental.

Conforme detalhado em capítulo próprio, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, na fiscalização dos repasses governamentais às Entidades do Terceiro Setor, tem adotado cada vez mais uma abordagem qualitativa de análise, focada nos resultados e na verificação do atendimento das finalidades pactuadas, deixando de observar tão somente o cumprimento de aspectos formais. Essa linha de atuação decorre naturalmente da constatação, expressa no julgado proferido pelo TCESP, de que *“a adoção do modelo gerencial não gera presunção, absoluta ou relativa, de eficiência, efetividade, e eficácia. Tampouco constitui “cheque em branco” às Entidades para que promovam atos de despesa sem compromisso com a transparência e a economicidade. Muito menos desonera o Órgão repassador de seu dever de controle e fiscalização da correta aplicação dos recursos públicos”*.

Sendo assim, para o alcance da missão institucional do TCESP, de *“fiscalizar e orientar, por meio da atuação preventiva e corretiva e da avaliação de atos e resultados, para que os recursos públicos sejam utilizados de maneira adequada e transparente, em benefício da sociedade”*, e considerando ainda a relevante quantia de recursos públicos envolvidos, o trabalho proposto buscou, por meio da aplicação de um estudo de caso, verificar quais impactos as decisões discricionárias dos gestores municipais em terceirizar ou não a execução dos serviços públicos de saúde têm gerado nos atendimentos efetivamente disponibilizados aos cidadãos.

Para tal finalidade, foram consideradas inicialmente as informações relativas à execução orçamentária (pagamentos) dos 644 (seiscentos e quarenta e quatro) Municípios jurisdicionados ao TCESP na função de governo '10-Saúde' juntamente com

os dados de repasses ao Terceiro Setor, cuja relação demonstrou o grau de terceirização adotado por cada gestor municipal nos exercícios de 2019 a 2023, período que contemplou tanto o ano que antecedeu (2019) a emergência de Saúde Pública de Importância Internacional da COVID-19 quanto o que a sucedeu (2023). A título informativo, os repasses municipais ao Terceiro Setor na área da saúde saltaram de R\$ 9,99 bilhões em 2019 para R\$ 17,96 bilhões em 2023, um expressivo crescimento de 79,7% no período.

Posteriormente, a partir do agrupamento de Municípios por porte populacional, foram promovidas análises acerca da dinâmica do grau de evolução de citado grau de terceirização na área da saúde durante o período avaliado, com o correspondente enquadramento nas categorias de 'Ampliação', 'Redução' ou 'Estabilidade' dos repasses ao Terceiro Setor. A partir desse panorama, foram então investigados os potenciais reflexos dessas tendências sobre o desempenho operacional dos serviços públicos de saúde ofertados, cujos 9 (nove) indicadores selecionados contemplaram os grupos de Recursos (nº de médicos, enfermeiros, leitos SUS e leitos UTI SUS disponibilizados), Atenção Básica (cobertura da atenção básica e nascidos vivos com nº de consultas pré-natal adequado) e Mortalidade e Morbidade (mortalidade ajustada, mortalidade ajustada por condições sensíveis à atenção primária e hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária).

Para a descrição das tendências e padrões verificados nos diferentes agrupamentos e diante da impossibilidade de se atribuir qualquer efeito de causalidade única e exclusivamente pela opção discricionária do gestor municipal em terceirizar ou não a execução dos serviços públicos de saúde, optou-se pela utilização do método da estatística descritiva, com suas medidas de tendência central (média e mediana), que possibilitaram relevantes constatações sobre a matéria em debate.

Um primeiro aspecto digno de nota diz respeito ao grau de terceirização da execução dos serviços públicos de saúde na visão consolidada dos 644 Municípios jurisdicionados ao TCESP, que saltou de 32,2% em 2019 para 36,7% em 2023, com ampliação de 14,2% no período, cenário que revela que as Entidades do Terceiro Setor vêm consolidando de maneira crescente sua participação como executoras dessas

políticas públicas, já tendo superado a marca de 1/3 (um terço) do orçamento dos Municípios. Tal ampliação foi mais significativa nos grupos de Municípios de Médio (de 50.001 a 100.000 habitantes) e Grande Portes (de 100.001 a 900.000 habitantes), que totalizam 133 dos 644 Municípios paulistas jurisdicionados ao TCESP. Na contramão desse movimento, os Municípios de Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes), que somam mais de 60% dos Municípios paulistas (388 de 644), apresentaram como principal característica a manutenção da opção do gestor pela execução direta dos serviços de saúde (participação do Terceiro Setor inferior a 10% em 240 Municípios ao final de 2023).

Outra perspectiva considerada nesse trabalho, intimamente relacionada à temática dos repasses ao Terceiro Setor na área da saúde, foi a de avaliação das despesas com pessoal praticadas pelos Municípios como potenciais indutoras da opção pela terceirização, especialmente nas situações de proximidade dos índices do Poder Executivo aos limites prudencial (51,3% da Receita Corrente Líquida) e global (54,0% da Receita Corrente Líquida) da Lei de Responsabilidade Fiscal, já que os gastos decorrentes dos contratos firmados com o Terceiro Setor para gestão dos equipamentos públicos de saúde, no entendimento do TCESP, não são incluídos no cômputo da despesa com pessoal.

O que se verificou, contudo, foi um considerável distanciamento dos percentuais aos limites legalmente impostos já no exercício de partida (2019), qualquer que seja o agrupamento de Municípios avaliado, com registro de decréscimo generalizado dos gastos com pessoal na apuração de 2023. Não obstante, foi confirmada na prática a relação inversamente proporcional existente entre o grau de terceirização e o percentual de despesas com pessoal, com maiores índices verificados nos Municípios que optaram pela gestão centralizada dos serviços de saúde (baixa terceirização) e menores naqueles com ampla participação do Terceiro Setor.

Na sequência, o estudo de caso proposto, ao descrever o comportamento dos diferentes agrupamentos de Municípios por porte populacional e a dinâmica de evolução do grau de terceirização no período 2019-2023, integrando-se nessa análise os indicadores de desempenho de saúde observados, alcançou interessantes achados de pesquisa.

No grupo de Municípios de Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes), em que pese a concentrada opção pela execução direta dos serviços de saúde, bem como a tendência de manutenção do padrão dos repasses já existente (repasses ao Terceiro Setor em parcelas inferiores a 10% do orçamento da saúde), observou-se que a categoria de Municípios com ampliação dos repasses obteve variações proporcionalmente superiores às demais classes, com especial destaque para o incremento na disponibilização de médicos e enfermeiros por 1.000 habitantes e leitos SUS por 100.000 habitantes.

Uma das explicações possíveis para esse potencial ganho dos Municípios com população de até 20.000 habitantes a partir da opção pela ampliação da terceirização dos serviços de saúde se refere a maior agilidade das Entidades sem Fins Lucrativos na contratação e disponibilização de profissionais de saúde quando comparada à Administração Direta, que necessita da formalização da abertura de concurso público para provimento de seu quadro de pessoal, vantagem capaz de gerar benefícios especialmente nos primeiros anos de eventuais parcerias firmadas. Tal opção, no entanto, deve ser sopesada diante das limitações inerentes a essa classe de Municípios, quais sejam, a existência de orçamentos bem restritos e o potencial desinteresse das Entidades pela falta de escala dos projetos apresentados.

Já no agrupamento de Municípios de Pequeno Porte II (de 20.001 até 50.000 habitantes), por sua característica heterogênea, com existência de múltiplas observações nas diversas categorias de terceirização, não foi possível identificar robustos indícios de potenciais benefícios gerados nos indicadores de desempenho da amostragem, quer seja considerando a execução direta dos serviços de saúde ou por meio de uma Entidade do Terceiro Setor.

No recorte comparativo dos Municípios de Médio Porte (de 50.001 até 100.000 habitantes), houve uma clara sinalização no sentido da ampliação da terceirização dos serviços públicos de saúde. Não obstante, uma parcela considerável de 64,3% dos Municípios manteve inalterado seu padrão de terceirização, porém nesse caso grande parte dessa concentração se deu nos níveis 'Moderado' e 'Alto', o que sugere uma opção já consolidada de integração do Terceiro Setor nas políticas públicas de saúde nesta categoria. Quanto à observação dos indicadores de desempenho da área da saúde, foi

possível identificar uma maior fragilidade das gestões municipais altamente centralizadas (participação do Terceiro Setor inferior a 10%) na disponibilização de profissionais de saúde à população (médicos e enfermeiros por 1.000 habitantes), com registros inferiores à média do grupo que potencialmente indicam que referida opção pode não representar a melhor escolha do gestor municipal.

O último agrupamento analisado foi o de Municípios de Grande Porte (de 100.001 até 900.000 habitantes) que, semelhantemente ao de Médio Porte, também apresentou tendência de ampliação dos repasses ao Terceiro Setor no período 2019-2023. Referido grupo, muito embora possua apenas 77 integrantes (12% dos 644 Municípios jurisdicionados ao TCESP), foi o que concentrou a maior parte dos repasses concedidos ao Terceiro Setor na área da saúde, com pagamentos que totalizaram em 2023 R\$ 12,07 bilhões, equivalente a 67% dos repasses municipais efetuados no mesmo exercício (R\$ 17,96 bilhões).

Nessa categoria de Municípios é que se encontram as maiores parcerias firmadas com Entidades do Terceiro Setor, principalmente os Contratos de Gestão celebrados com Organizações Sociais para a gestão integral de grandes hospitais e outros equipamentos públicos de saúde. Com relação aos indicadores de desempenho da área da saúde, este foi o grupo no qual houve a maior diferenciação dos resultados dos Municípios que mantiveram no período 2019-2023 a gestão da área da saúde majoritariamente descentralizada (participação do Terceiro Setor superior a 50%), cenário que sugere um eventual beneficiamento com a *expertise* acumulada e com a consolidação da atuação local dessas grandes Entidades, com resultados favoráveis que diferiram consideravelmente daqueles observados nos demais agrupamentos avaliados.

A pesquisa proposta teve por objetivo, ainda que com as limitações inerentes à fragmentação e fidedignidade das informações relativas à saúde e ao Terceiro Setor no nível municipal, contribuir com a identificação de padrões de comportamento que auxiliem no processo de reflexão acerca da crescente opção pela terceirização dos serviços públicos de saúde, bem assim do efetivo atingimento dos princípios norteadores da Reforma Gerencial do Estado de 1995.

De modo geral, a metodologia quantitativa empregada nesse trabalho identificou a existência de melhorias nos indicadores de oferta por ocasião do movimento de ampliação da terceirização dos serviços de saúde, especialmente relacionados à maior disponibilização de profissionais (médicos e enfermeiros) e de leitos SUS/UTI SUS, principalmente nos Municípios de Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes). Não foi possível, contudo, associar de forma consistente a tendência de incremento dos repasses ao Terceiro Setor na área da saúde aos indicadores de resultado (Grupos de Atenção Primária e Mortalidade e Morbidade) que, em última instância, representariam medidas de impacto e efetividade na aplicação dos recursos públicos e, justamente por isso, demandam a incorporação de um espectro mais amplo de variáveis complexas.

Como oportunidade futura de pesquisa, tem-se a possibilidade de integrar na análise quantitativa dos repasses ao Terceiro Setor por agrupamento populacional os diferentes níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), com a finalidade de verificar eventuais concentrações dos nichos de atuação das Entidades e as justificativas para as dinâmicas de mercado existentes.

Por fim, diante da principal reflexão suscitada por esta dissertação, no sentido de avaliar se os objetivos idealizados com a Reforma Gerencial de 1995 têm sido alcançados em sua integralidade, é preciso ter em mente que a governança proposta pelo conceito da administração gerencial pressupõe um novo modo de governar, dentro de uma realidade multifacetada e plural. Nesse contexto se inserem os Poderes Executivo e Legislativo; as Entidades do Terceiro Setor, como alternativas à execução das políticas públicas; e, também, os Órgãos de Controle Externo, capazes de contribuir na avaliação da eficiência e eficácia dos repasses governamentais. A questão da coordenação institucional ainda permanece em aberto, e os desafios de divisão dos papéis e limites para atuação das diversas instâncias decisórias são deveras complexos, porém necessários de se enfrentar visando ao atingimento das finalidades sociais preceituadas na Constituição Federal de 1988.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L; GAETANI, F. *Avanços e Perspectivas da Gestão Pública nos Estados: Agenda, Aprendizado e Coalizão*. In: Luciana Lima Costa. (Org.). *Avanços e Perspectivas da Gestão Pública nos Estados*. 1ed.Rio de Janeiro: Editora Qualitymark, 2008.

ALCOFORADO, Flavio; KNOPP, Glauco. *Parcerias do Estado com Terceiro Setor no Brasil: balanço*. Revista de Direito do Terceiro Setor – RDTS, Belo Horizonte, ano 14, n.27, p. 7-28, jan/jun 2020.

ALVES, M. A. *Terceiro Setor: as Origens do Conceito*. In: Anais do XXVI Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. Salvador: ANPAD 2002, pp. 1-15.

BELTRÃO, H. *Descentralização e liberdade*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1984.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2004.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Instituições, Bom Estado e Reforma da Gestão Pública*. RERE, no1, mar/abr/maio 2005.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *A reforma gerencial do Estado de 1995*. Rio de Janeiro: RAP, 34(4), jul/ago, 2000.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Da Administração Pública Burocrática à Gerencial*. Brasília: Revista do Serviço Público, 73 (Especial 85 anos), novembro/2022.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Gestão do Setor Público: estratégia e estrutura para um novo Estado*. In: BRESSER PEREIRA; SPINK (org). *Reforma do Estado de Administração Pública Gerencial*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luís Barros; RIBEIRO, José Mendes. *A experiência internacional do setor de saúde: inovações organizacionais e de saúde*. RAP: Rio de Janeiro. jan/fev. 2000, p. 211.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo*. 30. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

DONADONE, Julio. *A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações*. Latinoamerica; México 2014/2; 69-98, 1998.

FORTINI, Cristiana. CUNHA, Luana Magalhães; PIRES, Priscila Gianetti. *O Regime Jurídico das parcerias voluntárias com as Organizações da Sociedade Civil: Inovações da Lei 13.019/2014*. In: MOTTA, Fabrício; MÂNICA, Fernando Borges; OLIVEIRA, Rafael Arruda (Coord.). *Parcerias com o terceiro setor: as inovações da Lei nº 13.019/14*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

HABERMAS, Jürgen. *Direito e Democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. *A Sociedade Civil. Tradução, notas e apresentação de Marcos Lutz Müller*. Campinas (SP): IFCH/UNICAMP, 2003 (Coleção Clássicos da Filosofia: Cadernos de Tradução, n° 06).

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. *Princípios da filosofia do direito*. São Paulo: Ícone, 1997, p. 204-247

LEVI, M. L. et al. *Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho*. Trabalho, Educação e Saúde, 20, e00846199, 2022.

LEVI, FERREIRA & DUARTE, M. L., M. R. J., L. S. *O modelo de remuneração das Organizações Sociais de Saúde (OSS) hospitalares do estado de São Paulo*. Revista de Administração Pública, 59(1), e2023-0406, 2025.

LOPEZ, F. (Org.). *Perfil das organizações da sociedade civil no Brasil*. Brasília: Ipea, 2018.

MÂNICA, Fernando Borges. *Objeto e natureza das parcerias sociais: Limites para a execução privada de tarefas estatais e o novo Direito do Terceiro Setor*. REVISTA DE DIREITO DO TERCEIRO SETOR - RDTS, ano 2021, n. 29, jan, 2021.

MANICA, Fernando. *Fundamentos do Terceiro Setor: um guia para compreender o conceito, a origem e o regime jurídico das entidades sem fins lucrativos no Brasil*. Belo Horizonte: Editora Forum, 2022.

MANICA, Fernando. *Instituições do Terceiro Setor*. Belo Horizonte: Editora Forum, 2022.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Malheiros, 2005. 30ª edição.

MELLO, Janine. *Dinâmicas do terceiro setor no Brasil : trajetórias de criação e fechamento de Organizações da Sociedade Civil de 1901 a 2020* / Janine Mello, Ana Carolina Ribeiro Pereira. – Brasília: IPEA, 2023. 39 p. : il., gráfs. – (Texto para Discussão ; n. 2891).

MENDES, Aquila & CEGATTI, Fábio. *Parcerias público-privadas e terceirizações na área da saúde no Brasil: um balanço crítico*. São Paulo: ECOPOL, 2019. Disponível em: <https://ecopolsaude.com.br/acervo/parcerias-publico-privadas-e-terceirizacoes-na-area-da-saude-no-brasil-um-balanco-critico/>. Último acesso em: 10/05/2024.

MENDONÇA, Patricia & FALCÃO, Domenica. *Novo Marco Regulatório para a realização de parcerias entre Estado de Organizações da Sociedade Civil (OSC). Inovação ou peso do passado?* São Paulo: Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v.21, n.68, Jan/Abril, 2016.

MORALES, Carlos Antonio. *Provisão de serviços sociais através de organizações públicas não estatais. Aspectos gerais*. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (Org.). *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

MOTTA, Fabrício; MÂNICA, Fernando Borges; OLIVEIRA, Rafael Arruda (Coord.). *Parcerias com o terceiro setor: as inovações da Lei nº 13.019/14*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

OLIVEIRA, Gustavo Justino de. *Estatuto jurídico do Terceiro Setor: pertinência, conteúdo e possibilidades de configuração normativa*. *REVISTA DE DIREITO DO TERCEIRO SETOR - RDTS*, ano 2010, n. 7, jan. 2010.

OLIVEIRA, Gustavo Justino de. *Estatuto jurídico do Terceiro Setor e desenvolvimento: conectividade essencial ao fortalecimento da cidadania, à luz dos 20 anos da Constituição de 1988*. *REVISTA DE DIREITO DO TERCEIRO SETOR - RDTS*, ano 2009, n. 5, jan. 2009.

QUIRÓS. *Responsabilização pelo controle de resultados*. In: BRESSER-PEREIRA; GRAU (Coord.). *Responsabilização na Administração Pública*, p. 166.

RAMOS, MCA et al. *Desempenho de hospitais no SUS*. In: *Revista Saúde Pública*, 49-43, 2015.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Do contrato Social*. 1ª. Edição. Tradução: Lourdes Santos Machado. Porto Alegre: Editora Globo, 1973.

SALAMON, Lester M. *Defining the Nonprofit Sector: The United States: Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*, no. 18. Baltimore: The Johns Hopkins Institute for Policy Studies, 1996. Disponível em: https://www.nonprofitjourney.org/uploads/8/4/4/9/8449980/summary_of_voluntarism_in_us_salamon.pdf.

SCHOENMAKER, Janaina. *Terceiro setor e prestação de contas aos Tribunais de Contas*. *REVISTA DE DIREITO DO TERCEIRO SETOR - RDTS*, ano 2009, n. 6, p. página inicial-página final, jul. 2009. Disponível em: <https://www.forumconhecimento.com.br/v2/revista/P130/E10391/14399>. Acesso em: 13 jul. 2024.

SCHOUT & NOVAES, Denise e Hillegonda Maria Dutilh. *Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2007. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/items/775db599-00ce-442e-8811-2c17fe3b1dff>.

SOUZA, Leandro Marins de. *Parcerias entre a Administração Pública e o Terceiro Setor: em direção a uma proposta*. *REVISTA DE DIREITO DO TERCEIRO SETOR - RDTS*, ano 2012, n. 12, p. página inicial-página final, jul. 2012.

TAVARES, Viviane. *Privatização, avante*. *Poli*; 6 (35): 17-19, jul-ago, 2014).

TOCQUEVILLE, Alexis de. *A Democracia na América. Leis e Costumes*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

VIOLIN, Tarso Cabral. *Terceiro Setor e as parcerias com a Administração Pública*. 3ª edição. Belo Horizonte: Editora Forum, 2015.