

Estruturas Jurídico-institucionais e Modelos de Gestão para Hospitais e Outros Serviços de Saúde

Pedro Ribeiro Barbosa e Gonzalo Vecina Neto

I Introdução

Um balanço sobre como evoluíram as estruturas jurídicas dos serviços de saúde após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) diagnosticará certa anarquia. Concorre para esse quadro caótico a ausência de institucionalidade na administração pública brasileira efetivamente sustentável e alinhada aos desafios contemporâneos de gestão da saúde. Os modelos existentes, mesmo quando amparados na própria administração pública, não geram segurança jurídica (Santos, 2006). Apresentam enormes variações e transitoriedades ao longo do tempo e ainda entre os níveis e agentes de governo que são responsáveis pela formulação de políticas e pela gestão estratégica e operacional do SUS.

A despeito dessa realidade sobre os formatos institucionais, é fato que o SUS expressa, com sua criação na Constituição de 1988 e regulamentação em 1990 (Lei 8.080), uma verdadeira reforma do Estado, estabelecendo novos direitos de cidadania em saúde e, por contrapartida, novo papel para o Estado e seus agentes. E, como processo político e social, contamina e igualmente é contaminado pela dinâmica econômica e social, ao longo desses quase 20 anos de história. Mal sabiam os sanitaristas da época, muitos dirigentes ainda hoje e outros somente agora dirigentes, que não se faz reforma sem efetivos instrumentos e recursos, sejam econômicos ou tecnológicos de diversas naturezas e em diversas frentes, ainda que seja exigida e escrita nova Carta Constitucional, garantidora da reforma.

O propósito deste capítulo é explorar as oportunidades, os aprendizados, os limites impostos pelos instrumentos e meios de gestão ao desenvolvimento do SUS e sobre como tais limites impedem o alcance de parte dos objetivos dos constituintes de então, assim como de sanitaristas bem-intencionados, dirigentes de plantão, e, sobretudo, atormentam profissionais de saúde e, por fim, maltratam aqueles a quem se destinam os serviços – a população. Igualmente serão

tratadas as principais alternativas existentes ou mesmo passíveis de serem criadas, para melhor instituir-se o SUS e seus serviços, tomando para o debate mais especificamente a dimensão das estruturas e modelos de gestão aplicáveis aos serviços de saúde, com destaque, entre esses, para os hospitais.

A referência para toda a discussão se dá a partir de 1988, quando o Estado brasileiro, através do SUS, compromete-se a fazer “novas entregas”, em um volume e diversidade nunca imaginados, pois passa a ser lei uma cobertura tanto universal, quanto integral. O SUS é, de fato, uma realidade incontestável. O Estado foi reformado, muito embora ainda haja muito que se reformar. Nesse período de 20 anos, a expansão dos serviços, especialmente os básicos, incluindo um pouco de promoção, mais de prevenção e cuidados básicos e também de maior complexidade, alcançou números pouco previsíveis. São mais de 27 mil equipes de saúde da família (Ministério da Saúde, 2008) e algo superior a 55 mil unidades básicas de saúde (AMS/IBGE, 2006). Em 1988, não havia equipes de saúde da família, e as unidades básicas eram menos de 25 mil. Os números dos serviços do SUS são astronômicos, entre eles: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de 300 milhões de consultas médicas e 2 milhões de partos; nas ações de maior complexidade, foram realizados 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de rádio e quimioterapia e 11,3 milhões de internações, tudo relativo apenas ao ano de 2006 (Ministério da Saúde, 2008). Igualmente, a qualidade e o impacto de alguns programas nacionais de saúde são altamente reconhecidos em termos internacionais, a exemplo dos programas de imunização, de AIDS e do controle do tabagismo, atingindo resultados dificilmente igualáveis no mundo.

Mas ainda existem enormes gargalos, crises, ainda que parte delas possa ser creditada ao crescimento, demandando novas alternativas, assim como mais recursos, não apenas econômicos, mas também técnicos, tecnológicos, profissionais etc.

Há uma tese que se quer explorar neste texto, qual seja a de que a Reforma de Estado aprovada na Constituição de 1988 para a saúde "não cabe" no aparelho de Estado, também reformado na mesma Carta Magna. O Estado brasileiro ainda padece da administração pública que possui, sobretudo em áreas sociais, como a saúde, muito embora seja modelo em diversos outros campos, como o fiscal e o governo eletrônico, entre outros.

Ao lado dessa tese, constata-se ainda uma inadequada compreensão presente na formulação de vários dirigentes e de parte de profissionais de saúde, inclusive contaminando o cidadão de maneira geral, sobre o que é o público e o privado na saúde, sobre o que é o estatal e o público, mais especificamente limitando o conceito de público ao estatal. Padece-se da dúvida sobre o que seja público na saúde, a despeito de ainda conviver-se com grande permissividade nas relações e usos de recursos públicos.

Esses dois grandes condicionantes, a limitação do aparelho de estado e uma dada "ideologia" que confunde o que seja público, combinados, explicam boa parte dos limites para estruturas mais adequadas aos objetivos de saúde pública e dos serviços de saúde no país. Até o momento, não se logrou conformar adequado pacto técnico e político no âmbito da sociedade e entre agentes do Estado na saúde, estabelecendo-se uma hegemonia mais duradoura acerca do mais adequado aparelho de estado e modelo de administração pública para o país, com os respectivos instrumentos normativos e indutivos para o aprimoramento da gestão da coisa pública, incluídos os serviços no SUS. Nos últimos anos, os governos pouco se preocuparam com uma agenda estratégica para a administração pública, salvo as contribuições de Bresser Pereira, com méritos, mas também equivocados, e que no próprio governo FHC não logrou presença na agenda central de governo. De maneira geral, as reformas têm assumido caráter focal, quando comparadas às duas grandes reformas, a daspiana no governo Getúlio e a instituída pelo Decreto-lei 200 de 1967, ambas geradas em períodos autoritários. Os novos desafios estão a exigir inovação nesses campos, sob pena de se manterem estruturas arcaicas e/ou a prática não institucional e mesmo ilegal para responder à pressão da sociedade e acompanhar os nítidos avanços no conhecimento, na tecnologia em geral e nas relações sociais, bem como a permanente diversificação e ampliação de demandas e necessidades em saúde.

Condicionantes da Constituição de 1988 e políticas reformistas subsequentes

O desenho da Carta de 1988 está marcado por respostas ou alternativas e correções aos anos de autoritarismo que a antecederam, sem maiores preocupações com desafios históricos que estavam por vir (Abrucio, 2007). Especificamente na configuração do aparelho de Estado, algumas mudanças são destacadas: o maior controle sobre a administração pública, através de controles externos, com importante papel do Ministério Público; a descentralização do Estado, incluindo novos papéis para os entes da federação (notadamente os municípios) e contendo com a reinvenção de diversas políticas públicas, entre elas a de saúde, e a profissionalização da burocracia, fortalecendo a seleção meritocrática e universal (Abrucio, 2007). Apesar de ganhos, nem todas as mudanças se completaram ou geraram os efeitos esperados. O maior controle da administração pública também significou a eliminação de flexibilidades, antes usadas contra interesses públicos. Uma delas, a autarquização das fundações de direito privado, hoje em processo de recriação.

A Constituição de 1988 pouco se ocupou de desafios futuros para a maior eficiência no aparelho de Estado, muito embora tenha, em parte como resposta aos anos de autoritarismo, gerado inflexão importante na concepção do Estado brasileiro. Novas e mesmo antigas formas de operação do aparelho de Estado, herdadas com a nova Constituição, provocariam em pouco tempo um novo debate, sobretudo na perspectiva de conferir mais eficiência à administração pública.

Em uma perspectiva de modernização do Estado, o debate sobre novos modelos para a administração pública é retomado, em parte, devido aos estrangulamentos remanescentes da Constituição de 1988, mas também em decorrência de novos contextos e novas exigências. Ao lado de diagnósticos internos, há também o estímulo de movimentos internacionais de Reforma do Estado. Muitas experiências foram realizadas nos últimos anos, embora tenham sido parciais e mais voltadas para a gestão de recursos.

Neste contexto, em 1995 foi lançado pelo Ministro Bresser Pereira o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) (Brasil, 1995), estabelecendo estratégias e proposições para a administração pública, em um gradiente que considerou desde seu núcleo mais estratégico e exclusivo, até novos formatos de relacionamento entre o público e o privado e, finalmente, identificando atividades que deveriam ser operadas exclusivamente no setor privado. Esses últimos setores deveriam, portanto, ser privatizados. Ainda que tenha sido extremamente polêmico todo o processo de efetiva privatização, foi marcante e com limitadíssimo sucesso a "nova" dimensão da administração pública que deveria operar através da criação de figuras novas no terceiro setor, as quais deveriam transformar-se em espaço público não estatal. Aliás, o plano Bresser é criticado por ter induzido um movimento em que a modernização passaria pelo terceiro setor, pelo menos no que respeita aos serviços de saúde.

No plano constitucional, a flexibilização e a inovação de normativas instituídas na Carta de 1988, em relação à administração pública, vêm ocorrer apenas após 10 anos, com uma reforma focada nos artigos 19 e 20 da Constituição, conferindo novas alternativas ao servidor, através de novas possibilidades para aplicação da CLT na administração pública descentralizada, como também a possível constituição de novos entes próprios da administração pública ou por ela contratada no interesse público. No primeiro caso, encontram-se as fundações públicas de direito privado que, finalmente em 2007, entram em processo de regulamentação (até o momento não concluída no Congresso Nacional).¹ No segundo caso, encontram-se as organizações sociais, instituídas a partir de Lei Federal nº 9.637/1998 (o modelo mais conhecido no âmbito hospitalar encontra-se no estado de São Paulo – organizações sociais da saúde, regulamentadas pela Lei Complementar Estadual nº 846/1998), e a organização da sociedade civil de interesse público (OSCIPI), instituída pelo governo federal através da Lei nº 9.790/1999, conhecida como "lei do terceiro setor". Também foram regulamentadas as Agências Executivas (Lei nº 9.649/1998).

Quanto às fundações públicas de direito privado, também conhecidas como fundações estatais, em modelo hoje aperfeiçoado quando comparado com a figura existente antes da Constituição, torna-se referência para novas possibilidades institucionais de serviços públicos com autonomia de gestão e simultaneamente no interior da administração pública, muito embora somente após novos 10 anos entre

¹Quatro estados da federação já completaram a regulamentação legal para a instituição de fundações públicas de direito privado – Sergipe, Bahia, Rio de Janeiro e Pernambuco; igualmente, alguns municípios também já alcançaram essa condição.

em
a ir
púb
org
des
me
ide
tur
priv
gur
os
ços
figu
OS
do
opc
con
a tr
vam
apr
bén
(pol
nor
estr
reto
reir
tenh
lece
aca
mai
com
ca n
Pere
as ic
fede
rem
de s
para
sign
cent
resg
beria
carr
cent
A
cia a
Esco
Esco
men
cent
a pro
de h
alter
dest

²Estim
da Sa

em processo de regulamentação, denotando que naquele momento a intenção principal não estava na modernização da administração pública (Projeto de Lei nº 92, 2007). Já as organizações sociais e as organizações da sociedade civil não lograram sucesso em escala de destaque, com ao menos dois grandes motivos a explicar sua implementação apenas marginal no setor saúde. Um primeiro de caráter ideológico, como referido anteriormente, quando se confundiu a natureza do serviço (público, no caso) com a propriedade do serviço, privada em ambos os casos, embora sem finalidade lucrativa. Um segundo motivo, embora não dissociado do primeiro, relacionado com os custos políticos, técnicos e econômicos para transição entre serviços da administração direta, especialmente hospitais, para as novas figuras. Esses dois motivos explicam bastante a restrição do modelo OS apenas para novos hospitais, casos de São Paulo e Ceará. No caso do estado de São Paulo, durante o processo de negociação com a oposição na Assembleia para aprovação da lei complementar, esta conseguiu que os hospitais teriam que ser novos, não se aceitando a transformação de hospitais em operação. Aqui a causa foi exclusivamente ideológica. De qualquer maneira, o município de São Paulo aprovou em sua lei de criação de OS a permissão de transformar também hospitais em operação, em que pesem os mencionados custos (políticos) de transferência da administração de pessoal regido pelas normas do estatuto do funcionalismo para a iniciativa privada.

Nesses 20 anos pós-constituição não se logrou um projeto mais estratégico para a administração pública brasileira, salvo o Plano Diretor da Reforma do Estado, com a liderança do Ministro Bresser Pereira no primeiro governo FHC. Ainda que suas consequências reais tenham sido limitadas, é inegável que houve ganhos quanto a estabelecer um amplo debate no meio político, entre dirigentes, e no meio acadêmico, sobre a transformação do aparelho de Estado, tornando-o mais contemporâneo. Artigo recente de Fernando Abrucio analisa com propriedade e objetividade a trajetória recente da gestão pública no Brasil, dedicando importante análise às proposições de Bresser Pereira, seus acertos e equívocos (Abrucio, 2007). Mas é inegável que as ideias bresserianas contaminaram a administração pública, tanto federal, quanto em estados e municípios, na perspectiva de alcançarem-se melhores desempenhos. Ainda hoje, boa parte das iniciativas de sucesso são marcadas por suas originais posições, com destaque para a cultura de resultados na gestão, no plano internacional, designada de "nova gestão pública", superando o modelo burocrático, centrado nas normas, pelo modelo dito gerencial. Em seu projeto, resguarda-se às áreas centrais e exclusivas de Estado o modelo weberiano, agora assentado efetivamente no mérito e na condição de carreiras estratégicas, incluindo novas funções para o aparelho mais central do Estado.

A profissionalização da gestão pública galga espaços e importância após este período, incluindo maior protagonismo, por exemplo, da Escola Nacional de Administração Pública (Enap), como também da Escola de Administração Fazendária (Esaf) e, ainda, com o fortalecimento em paralelo e diferenciado de inúmeras carreiras no aparelho central do Estado, muito embora sem extensão a todas as áreas, onde a profissionalização da máquina pública ainda não aportou até os dias de hoje.² Diversas iniciativas, ainda que focalizadas, modernizam e alteram o desempenho da administração pública no governo federal, destacando-se áreas econômica, fiscal, de planejamento governa-

mental e de controle interno. O mesmo teve repercussão em muitos estados, inclusive com programas coordenados pelo nível federal, de modernização da administração fiscal dos estados (Pnafe), da modernização da gestão e do planejamento (Pnage) e da modernização do controle externo dos estados (Promoex) (Abrucio, 2007).

■ O público e o privado no Estado e na saúde

Sobre o tema da personalidade jurídica das organizações de saúde, na esfera estatal, também é necessária uma discussão acerca da diferença entre estatal e público e a possibilidade de instituições da esfera privada conviverem com entes e objetivos públicos. Assim, os autores entendem que entidades privadas sem finalidades lucrativas, como as Santas Casas, são entidades com finalidades públicas, embora não estatais. Por outro lado, existe uma fecunda discussão que aqui não será travada sobre a privatização do Estado, quando este é colocado a serviço de interesses grupais. Portanto, o que definirá esta discussão (público × privado) serão os objetivos das organizações, uma vez que o objetivo de uma organização é que define se esta é pública ou privada. E, com isso, não se quer camuflar a discussão sobre o legal e o legítimo. Aqui é enfrentada a discussão da personalidade jurídica no campo legal.

Portanto, a delimitação do problema exige que se detenha sobre a questão do objetivo das organizações e sobre como ele se realiza. Motta (1983), em textos de mais de 30 anos, chamava atenção para o que considerava a principal fragilidade das organizações estatais – a dificuldade para fixar, entender e executar objetivos.

O fato é que o mundo está em rápida transformação e a Europa, para se reposicionar nesse ambiente cada vez mais competitivo, vem desencadeando nas últimas duas décadas um movimento político-econômico-jurídico, que tem colocado em risco importantes conquistas sociais, embora este movimento tenha alcançado mais a previdência social que a saúde. Esse movimento, de cunho neoliberal, tem tido expressão nos países periféricos e no Brasil, principalmente através da privatização de ativos que estavam nas mãos do Estado. No caso do Brasil, e em particular nos governos Collor e FHC, ele atingiu duramente a capacidade de financiamento do setor saúde. Encolhimento do Estado, gerencialismo, administração pública gerenciada etc. têm sido os nomes, geralmente com carga negativa dada a esses movimentos realizados pelo Estado. Em que pesem as consequências econômicas dessa discussão, em boa parte dela confunde-se o conceito de entrega de um direito da cidadania, com o Estado fazedor. Interessa fazer; entregar é consequência de fazer! A propriedade da organização que faz é uma questão secundária. Importante frisar que o financiamento deve ser público e que é fundamental que o movimento venha acompanhado de capacidade regulatória por parte do Estado e de controle social.

Nesse sentido (fazer ou entregar), o objetivo das organizações passa a se submeter à forma jurídica das organizações. Na área da saúde, este erro tem sido cometido com muita frequência, o que acarreta as consequências indicadas por Motta em seu artigo – descompromisso com a prestação de serviços, ineficiência, valorização dos meios em detrimento dos fins.

É chegada a hora de também enfrentar a discussão de uma reforma, parcial que seja, do Estado, para permitir focar nos resultados. Não dá para gerenciar com eficiência instituições complexas dentro das regras e finalidades da administração direta ou mesmo descentralizada exclusivamente restritas ao direito público.

²Estima-se que, ainda hoje, mais de 60% dos quadros de gestão central do Ministério da Saúde sejam de não servidores públicos.

Uma realidade de gestão estrangulada pelos limitados ou inseguros modelos, ao lado de novas tendências e desafios

Recente documento do Ministério do Planejamento sobre Fundações Públicas (Brasil, 2007) e a crise da área hospitalar colocaram novamente na agenda do SUS a questão dos modelos de gestão pública. Em justificativa, o documento relaciona os seguintes pontos:

"Esgotamento dos modelos de autarquia e fundação pública: rigidez no regime administrativo, especialmente em relação à gestão orçamentária, gestão de pessoas e compras; inadequação da categoria jurídica de empresas, para atividades não lucrativas (especialmente as sociais) – empresas dependentes (LRF); necessidade de revisão do modelo de Organizações Sociais: (a) questionamentos quanto à constitucionalidade e (b) não aderência do modelo para alguns setores; doutrina jurídica e a jurisprudência do STF apoiam o entendimento de que a personalidade jurídica de direito privado é própria do modelo fundacional."

Santos (2006), referindo-se a esta proposta, comenta que a administração pública tem baixa capacidade operacional, fraco poder decisório, controles essencialmente formais e sem qualidade, além de sofrerem influências políticas externas. Assim, a finalidade da administração passou a ser os meios e seus processos e não os fins. Tal contexto se reflete na *gestão hospitalar pública*, dificultando uma política de incorporação tecnológica, informatização, modernização administrativa e gestão de recursos humanos comprometidos com o serviço público. Na maioria dos hospitais públicos, falta gestão capaz, eficiente, moderna e humana. Esses serviços, muitas vezes, têm alto custo e limitados resultados. A capacitação profissional para gerir a complexidade de um sistema hospitalar fortemente marcado pela inovação tecnológica e práticas empreendedoras é um dos grandes desafios hoje da gestão pública.

Como se não bastassem os limites nos modelos jurídicos e de gestão, Vecina e Malik (2007) apontam como principais tendências, entre outras, para a área hospitalar no Brasil as seguintes características: reduzir número de leitos e hospitais, exceto em casos específicos; criar escalas econômicas mais adequadas para serviços com maior complexidade, com concentração de tecnologia tanto em equipamentos quanto em processos; a incorporação da integralidade nos discursos de serviços públicos e privados; buscar novas formas de financiamento, pois o modelo atual deixa todos os atores insatisfeitos. Portanto, a superação dos estrangulamentos não diz respeito apenas às estruturas e aos modelos de gestão. Em relação à dimensão econômica, de escala e de escopo de serviços e em particular dos hospitais, o país encontra-se praticamente na contramão. No período entre 1988 e 2005, foram abertos quase mil hospitais públicos no país, basicamente em municípios e com escala média ao redor de 17 leitos (AMS/IBGE, 2006). Naturalmente, essas organizações carecem de racionalidade econômica, como também assistencial, e desrespeitam mínimos princípios de caráter sistêmico e de rede de serviços. Muito certamente, o caráter político, não sanitário, tem sido determinante. Ao mesmo tempo, na literatura encontram-se formulações para escalas sustentáveis economicamente entre 100 e 450 leitos por hospital (Ferguson, Sheldon e Posnett, 1997). A média de leitos dos hospitais brasileiros, entre públicos e privados em conjunto, é de 61,9 leitos (AMS/IBGE, 2006) e dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (Ministério da Saúde) registram apenas 440 hospitais no país com 201 ou mais leitos, algo como 7% de todos os hospitais.

Apesar de o SUS possuir claros princípios e mesmo diretrizes estratégicas, há reconhecida limitação em algumas frentes. Se, por um lado, é possível registrar importante avanço na atenção básica de saúde, o mesmo não é perceptível na atenção hospitalar e mais complexa. Ao longo de todos esses anos, a política hospitalar, salvo exceções, foi restrita à administração das tabelas de pagamento das autorizações de internação hospitalar (AIHs) e, ainda assim, em boa parte delas, sem base em parâmetros realísticos de custos.

É fato que, hoje, não apenas a questão dos modelos jurídicos e de gestão apresenta-se como gargalo para a maior eficiência dos serviços de saúde. Urge que estratégias de médio e longo prazo sejam instituídas, de modo que o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde esteja mais alinhado a condicionantes tanto epidemiológicos, quanto tecnológicos e de racionalidade econômica. As tendências epidemiológicas e da carga da doença no país estão não apenas a indicar, mas, já como parte da realidade, apenas a aprofundar, ainda mais, o peso das doenças crônicas e degenerativas (Schramm *et al.*, 2004) que requerem outros modelos de atenção, em que novas tecnologias mais complexas necessitam ser mobilizadas. No entanto, o atual parque de serviços, sobretudo o hospitalar, encontra-se bastante defasado para as atuais e futuras demandas. Um exemplo é a importante defasagem de número de leitos de cuidados intensivos, frente a uma demanda que apenas começa a aumentar.

Outra exigência está colocada no próprio modelo de hospital, decorrente tanto das necessidades epidemiológicas, quanto das possibilidades tecnológicas, novas racionalidades econômicas e ainda da melhor integração a outros pontos de atenção nos sistema de saúde. Serão hospitais com maior escala de leitos, estes mais complexos, com mais tecnologia embarcada e com várias atividades deslocadas para fora da organização, tanto para o espaço ambulatorial, mesmo pré-hospitalar, como para o domicílio e, ainda, para novas organizações, para cuidado tanto de idosos, quanto de casos crônicos não agudizados e que requeiram tecnologias não tão complexas.

Em todo esse processo, sobre planejamento e gestão dos sistemas, mais do que a gestão dos serviços isoladamente, está depositada enorme responsabilidade e exigência de inovações.

Os diversos modelos praticados nos serviços de saúde e em especial nos hospitais

Nas áreas sociais e na saúde, em particular, não se logrou estratégia reformista a contento. Exceção feita ao caso já citado, mais focalizado, das organizações sociais de saúde de São Paulo, oriundas do Plano Diretor da Reforma de Estado. Poucos outros estados experimentaram, ainda que marginalmente, o modelo de OS, entre eles, Bahia, Pará e Ceará. Em consequência, o que se estabeleceu no período pós-constituição foi uma década marcada por experimentalismos, muitos ao arremio de regulamentações jurídicas seguras. A consequência é que os serviços de saúde brasileiros estão submetidos a diferentes regimes administrativos e modelos de gestão. Na área de gestão de pessoas, por exemplo, e de forma extremamente emblemática, estimam-se em várias dezenas as modalidades "criativas" de contratação. Quanto ao regime, entendido como relacionado com a propriedade do patrimônio e, ainda, com as normas administrativas de seu funcionamento, distinguem-se três grandes conjuntos. Um primeiro, de caráter público e estatal, constituindo a administração

pública, direta e indireta. Um segundo grupo, constituído no âmbito privado, mas compondo, de forma diferenciada, funções de interesse público. Este grupo é definido como integrante do terceiro setor, operando para a administração pública mediante condições legais específicas. Finalmente, o terceiro grupo, também de propriedade privada, tipicamente operando com base nas regras de mercado, podendo ou não, mediante contratos, prestar serviços ao sistema público. No caso brasileiro, é no segmento hospitalar privado, segmento que concentra a maior parte dos hospitais, que ocorre a maior parcela de internações para o SUS. Dados de 2006 registram no setor privado com e sem finalidade lucrativa e não lucrativa 57% do total das internações do SUS (SIH/SUS/MS). Em relação aos demais serviços, não hospitalares, a sua imensa maioria encontra-se na administração pública, 75% de todos os serviços de saúde sem internação do país (AMS/IBGE, 2006). Exceção ao Programa de Saúde da Família, em que dados extraoficiais estimam que entre 70 e 90% dos seus trabalhadores estejam fora da administração pública, mediante contratos de trabalho de diversas naturezas e em vários tipos de organizações (associações de moradores, sindicatos, igrejas, fundações de apoio, entre outros, mediante convênios ou outros instrumentos pactuados com a administração pública, praticamente sempre municipal).

A administração pública e o terceiro setor encontram-se representados na Figura 11.1. Como hospitais vinculados à administração pública, têm-se os modelos próprios da administração direta – serviços e hospitais federais, estaduais e municipais, no caso federal, integrantes do próprio Ministério da Saúde, Ministério da Educação e ainda dos ministérios militares e, em seguida, das secretarias estaduais e municipais. Este primeiro grupo, vinculado à administração direta, é o maior, dentre os públicos. Nos níveis estaduais e municipais, há ainda hospitais sob a condição de autarquias e fundações públicas, mantendo-se, no entanto, a administração direta como o modelo mais praticado.

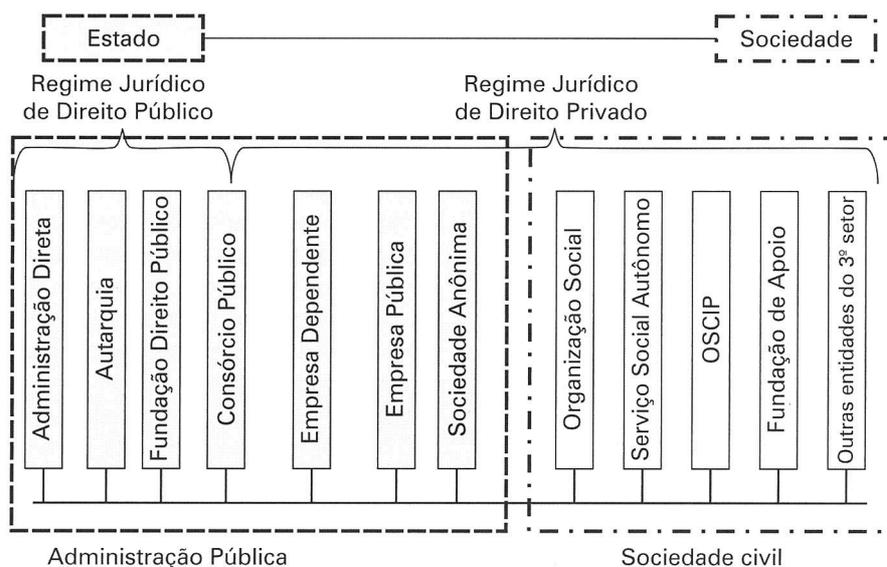
No espaço da sociedade (Figura 11.1), instituídas por particulares, e todas sem caráter lucrativo, encontram-se as organizações sociais (OS), as OSCIP, as fundações de apoio e, finalmente, os serviços sociais autônomos.

No setor típico privado, encontram-se as demais figuras jurídicas, com e sem finalidade lucrativa, instituídas com base no código civil brasileiro.

Importantes para o debate sobre os modelos de gestão hospitalar são as organizações hospitalares na administração pública e, ainda, aquelas privadas não lucrativas, instituídas e qualificadas como de interesse da administração pública. É reconhecido o quanto os modelos da administração direta, autárquica e mesmo de fundação pública restringem a autonomia dos dirigentes hospitalares nos mais diversos âmbitos administrativos. Como mostra a Figura 11.1, estes entes, além de integrarem a administração pública, estão submetidos ao regime administrativo exclusivamente público, com os constrangimentos e limites de autonomia impostos por diversas legislações, a destacar-se a lei (nº 8.112) do regime jurídico único (RJU), na área de pessoal, a lei das licitações (nº 8.666) que regula compras e contratos, a lei orçamentária e a lei de responsabilidade fiscal, que, em particular, impacta os governos e seus órgãos diretamente vinculados quanto aos tetos de gastos com pessoal, para citar as principais.

Embora compondo a administração pública, os demais entes, como empresas e sociedades de economia mista, são regidos pelo direito administrativo privado, ainda que com algumas regras da administração pública. Assim, o regime de pessoal é o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com a obrigatoriedade de seleção pública; o regime de compras e contratos pode ser próprio, obedecendo determinados princípios da Lei 8.666; o orçamento também é próprio, assim como a contabilidade e outros instrumentos de gestão, caracterizando organizações com autonomia patrimonial, orçamentária e financeira. É fato que, muito embora integrem a administração pública, esses entes possuem autonomia administrativa muito próxima daquela típica do setor privado. Para tais empresas, essa condição é imperiosa, pois atuam em áreas econômicas submetidas à concorrência nacional e/ou internacional, com objetivos claros de competitividade e retorno econômico, além de objetivos estratégicos e outros, no interesse do Estado.

Especialmente após a Constituição de 1988, as limitações de autonomia para entes da administração direta, autárquica e fundacional aumentaram. A medida constitucional de maior impacto foi a eliminação da condição dada anteriormente para que as fundações públicas, portanto instituídas por lei, pudessem operar sob regime do direito privado. Um importante exemplo quanto a isso era a Fundação



▲ **Figura 11.1** Gradiente de formas institucionais sob as quais o Estado atua na economia e no desenvolvimento social. OSCIP = organização da sociedade civil de interesse público. Fonte: elaborada por Valéria Salgado – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007.

Oswaldo Cruz (Fiocruz/MS), mas também são exemplos a Fundação Caetano Munhoz da Rocha, da Secretaria da Saúde do Paraná, a Fundação Ezequiel Dias (Funed) da SES de Minas Gerais, a FHEMIG, a FURP de São Paulo, a Fundação de Saúde da SES do Ceará etc., que, entre outros entes federais, estaduais e municipais, possuíam regime do direito privado e foram, após a Constituição de 1988, transformadas em fundações públicas de direito público, ao que se convencionou denominar “autarquização das fundações”, dado que, a partir de então, toda a sua gestão é similar à de uma autarquia, com todos os ditames do direito público. Essa definição constitucional, ao causar importante restrição de autonomia gerencial para órgãos da administração pública, acabou por gerar diversos mecanismos alternativos visando à recomposição de padrões de autonomia.

Para a natureza organizacional hospitalar, com características bastante singulares sobre seu funcionamento, as exigências de autonomia já eram reconhecidas como condição a possibilitar superiores padrões de eficiência e qualidade. A década de 1990 foi farta no surgimento de modelos alternativos de gestão hospitalar que garantissem maior autonomia e governabilidade internamente às organizações. Na impossibilidade legal para entes próprios da administração pública, os modelos foram construídos a partir da sociedade. Entre os modelos mais utilizados, tem destaque a constituição de fundações de apoio, que se constituem em entes privados, instituídos com base na Lei Federal 8.958/1994. Existem para “apoiar” um hospital, mas também universidades ou outros serviços, configurando um ente à parte e “ao lado” de um órgão da administração direta, autárquica ou fundacional pública. Modalidade bastante praticada junto aos hospitais universitários públicos³ (integrantes das autarquias universitárias), mas também em outros hospitais federais (p. ex., Fundação Ary Frauzino em apoio ao Instituto Nacional do Câncer/MS) e mesmo estaduais (como a Fundação Zerbini – talvez a precursora deste modelo, em apoio ao Instituto do Coração/HCFMUSP).

Essa figura jurídica independente de ação legal específica da administração pública – lei específica para cada fundação – é simplesmente uma associação civil, privada, instituída por pessoas e que obtém registro para seu nascimento no cartório de pessoas jurídicas, ao registrar-se o respectivo estatuto. Mesmo antes da Lei 8.958/1994 (lei federal que regulamenta a fundação de apoio), essa figura já era alternativa em voga. A finalidade de apoio a tal ente encontra-se instituída nos respectivos estatutos, e sua operação formal junto ao ente apoiado baseia-se na quase totalidade dos casos em convênios ou termos de compromisso entre ambas as organizações.

Mas, para além desses entes, outras modalidades foram praticadas, sempre em direção a associações e/ou contratações com organizações privadas. O caso da Unifesp é um dos mais emblemáticos, pois parte de sua estrutura é gerenciada por uma sociedade civil sem finalidade lucrativa – Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), que remonta à década de 1950. As terceirizações plenas (todo o hospital) ou parciais (serviços ou sistemas específicos intra-hospitalares) foram mecanismos também utilizados. Entre esses e com alvo no estrangulamento da gestão nos recursos humanos, muitos hospitais e mesmo secretarias operaram contratos com cooperativas para alocação mais flexível de mão de obra.

No começo dos anos 2000, diversos estudos, ao relatarem diferentes desempenhos entre hospitais, registram o fato de que, nos

hospitais com desempenhos superiores, quase sempre é identificada alguma característica que lhes permite alcance de mais autonomia, estando essa sempre associada a um dos diversos mecanismos citados anteriormente, fossem eles próprios ou somente associados e/ou contratados à organização hospitalar analisada.

Nos anos mais recentes, os órgãos de controle público, em especial os tribunais de contas, os ministérios públicos federais, diversos casos também no âmbito estadual e também do trabalho, além das controladorias jurídicas dos órgãos executivos, iniciaram processos visando a que as figuras jurídicas da administração pública, em particular as federais, retomem práticas estritamente legais. Assumiu-se nos órgãos de controle do Estado e do governo que as práticas visando ao alcance de autonomia de gestão entre entes da administração pública e da administração privada possuem limites legais, tendo estes sido ultrapassados em vários aspectos.

Em especial na gestão de recursos humanos, o governo federal e, também, os governos estaduais emitem normas limitando contratações de pessoal através de terceiras empresas (cooperativas, fundações de apoio etc.) e ainda, especialmente por ações dos ministérios públicos, passam a ser cerceadas várias práticas administrativas antes tidas como legais, incluindo repasses mediante convênios entre o SUS e tais entes. Os hospitais que haviam passado a depender de tais artifícios administrativos sofrem estrangulamentos importantes, inclusive comprometendo serviços já dependentes dos “apoios” de entes associados ou contratados externamente. Em julho de 2006, decisão de plenário do Tribunal de Contas da União emite resolução limitando em definitivo várias práticas administrativas a partir de fundações de apoio para hospitais federais, no Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, o mesmo documento reconheceu que o imobilismo e as amarras da administração pública *empurraram* o gestor público para aliar-se a mecanismos externos ao Estado para viabilizar-se (Acórdão TCU 1.193/2006).

Os Quadros 11.1 e 11.2 apresentam informações de referência geral sobre os diferentes tipos de personalidade jurídica apontados na Figura 11.1 e que têm significância para esta discussão.

Como referencial para a análise comparada, apresenta-se de maneira sintética e didática a estrutura possível de personalidades jurídicas da administração pública brasileira. É usado como referência para construir estes conceitos o texto de Madeira (2000).

■ Premissas e parâmetros para modelos eficientes

No caso específico dos diferentes modelos na busca de alternativas para a gestão em saúde, em particular de hospitais, a questão a responder é a da eficiência. Os hospitais são agências extremamente complexas, e construir modelos que aperfeiçoem sua capacidade de produzir resultados sanitários não se enquadra na busca de maior competitividade e sim na busca de uma agência mais efetiva para a sociedade. Naturalmente, essas organizações não se voltam apenas para hospitais, podendo servir para gerenciar redes, ambulatórios etc.

É importante tornar a mencionar que as alterações no ambiente recente da saúde, bem como as tendências já identificadas – revolução demográfica, revolução epidemiológica, aumento dos custos para incorporar novas e crescentes cargas tecnológicas, o advento e barateamento do uso da TI, a luta corporativa travada na área da saúde com o advento de muitos novos profissionais a disputar sua

³Praticamente inexistem hospitais universitários, autárquicos ou vinculados a autarquias universitárias que não operem com suporte de uma fundação de apoio, seja própria ou cobrindo toda a respectiva universidade.

▲ Quadro 11.1 Regime Jurídico de Direito Público.

Administração direta: são as organizações dos três níveis de governo e composta de órgãos de governo. Também é chamada de administração centralizada. Não possui personalidade jurídica própria, subordinada ao regime administrativo; funções de disciplina: formulação, regulamentação, regulação, coordenação e fiscalização; pouco apropriada para execução de serviços públicos; sem autonomia administrativa, financeira e orçamentária.

Administração indireta: ou descentralizada, é composta de pessoas administrativas (personalidade jurídica distinta e o que a faz indireta e com certa autonomia, definida em sua lei de criação).

- *Autarquia:* é um tipo de autonomia usada pelo Estado para a gestão descentralizada na execução de tarefas típicas de Estado, como exercer o poder de polícia. Mas tem sido usada para ensino (universidades), saúde (hospitais como o Hospital das Clínicas da FMUSP), indústria (IQUEGO – Indústria Química do Estado de Goiás).
 - *Regime especial:* é uma autarquia na qual a lei de criação estipulou algumas condições especiais (caso da USP).
 - *Agência executiva:* é também uma autarquia especial, criada para o gerenciamento de entidades de ensino e de pesquisa. Existem poucos exemplos ainda desta modalidade.
 - *Agência reguladora:* autarquia de regime especial, nos termos de sua lei de criação voltada para a realização de atividades no campo da regulação. São exemplos Anvisa, ANEEL, Anatel etc.
- *Fundação de direito público:* hoje praticamente reduzidas a autarquias, são as fundações que existiam quando da promulgação da Constituição de 1988. São, por exemplo, as utilizadas pelos hemocentros e parte das universidades federais.
- *Consórcio público:* estas personalidades são antes de cooperação entre municípios e/ou entre estados, criados por lei e com autorização expressa dos legislativos envolvidos, com o objetivo de gerenciar um bem comum, como uma usina de asfalto, um hospital regional, uma região de saúde etc. A gestão do consórcio se realiza através da instituição de uma associação que pode estar tanto no regime de direito público, como no de direito privado (maior número de casos). Tem sido utilizada na área de saúde em São Paulo (Penápolis) e em Minas Gerais.

Fonte: elaboração dos autores.

▲ Quadro 11.2 Regime Jurídico de Direito Privado.

Fundação pública de direito privado: este tema é discorrido mais a frente neste capítulo.

Empresa pública: instituída por lei pelo Estado para intervir no domínio econômico do setor privado em igualdade de condições com empresas privadas. Exemplos no espaço público: a Finep, a Caixa Econômica Federal, mas existe um hospital empresa pública instituído em 1970 e que é o Hospital de Clínicas da FMUFRGS, que está muito bem gerenciado. Ou seja, o modelo que serve à Finep também dá certo para hospitais, sem transformá-los em empresas privadas.

Sociedade anônima: também forma de o Estado intervir no domínio econômico, criando sociedades anônimas por ações, como a Petrobras, o Banco do Brasil etc. Também temos um hospital nessas condições que é o Grupo Hospitalar Conceição, também no RS, e que vem sendo bem administrado em suas cinco unidades hospitalares, com seus 1.800 leitos. Tem um passivo trabalhista imenso, que tem levado o atual governo a buscar transformá-lo em outra coisa, não para melhorar a gestão, e sim para isolar o passivo trabalhista!

Serviço social autônomo: esta personalidade jurídica foi muito utilizada no passado para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, dar condições ao Estado para construir, operar e cobrar por esse serviço. Também é a forma de se expressarem os serviços sociais de apoio da indústria, comércio etc., criados por lei federal e financiados com recursos dos empregadores (Sesc, Sesi, Senac). Interessante registrar que após a Constituição de 1988 esterilizar as fundações públicas, o Hospital das Pioneiras Sociais, então Fundação, foi transformado em Serviço Social Autônomo, e continua tão exemplar como sempre foi, graças à autonomia garantida por essa personalidade jurídica. Aliás, hoje é uma rede que se estende por cinco estados.

Organização social (OS): regida pela Lei 9.637/98, personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações são estabelecidas pelo Contrato de Gestão; associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada; com o objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade; regime CLT sem concurso público; tem privilégios tributários. Na área da saúde foi implementada como alternativa à gestão hospitalar pública pelo Governo de São Paulo.

Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP): regida pela Lei 9.790/99 “Lei do Terceiro Setor”, são entidades civis sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, qualificadas pelo poder público (Ministério da Justiça), não estando submetidas às normas do direito público: as obrigações são estabelecidas pelo Termo de Parceria e seus objetivos são ampliar o universo de entidades com possibilidade de parceria com o setor público fora daquelas definidas como utilidade pública e fortalecimento do terceiro setor para o fomento de projetos relevantes; o termo de parceria substitui as formas de contratos regidos pela Lei 8.666 e os convênios; não é modelo próprio para desenvolver atividade pública; têm sido instituídas com frequência na área cultural.

Outras situações **Fundações de apoio:** este é um caso interessante. Estas fundações nasceram como instituições privadas e voltadas exclusivamente para apoiar um órgão público. Assim, elas são um patrimônio (como de resto todas as fundações) instituído por particulares, mas afetado pelo objetivo de apoiar o setor público. Têm sido chamadas de fundações de terceiro tipo.

Convênio: também como fruto da falta de opção para realizar transferências entre o setor público e entre este e particulares operando situações de parceria, os convênios têm sido usados quase abusivamente pelas diversas esferas de governo. A vantagem é que, como os convênios estabelecem relações entre entidades com objetivos comuns, eles não necessitam de licitações, o que torna esse mecanismo muito ágil. Porém, ele é muito frágil do ponto de vista dos controles e, por isso, também tem sido motivo de muita crítica por parte dos órgãos de controle do Estado (Tribunais de Contas e Ministério Público).

Fonte: elaboração dos autores.

inserção no modelo assistencial, os direitos adquiridos pela sociedade pós-constituição de 1988 etc. compõem um novo e, até então, inexistente cenário. Este conjunto de mudanças transformou de tal forma o ambiente, que olhar para as soluções do passado significará não conseguir fazer frente aos desafios do presente. Portanto, devem ser construídas novas soluções. Mas não é possível uma busca de alternativas sem parâmetros, referências que sejam balizadoras para novos modelos.

Busca-se mais eficiência e que esta seja acompanhada de mais qualidade e segurança no cuidado aos pacientes e usuários dos serviços. Serão vários os atributos a serem considerados para modelos eficientes e com segurança e qualidade no cuidado, conforme identificado a seguir. Mas, de imediato, uma condição e atributo básico de qualquer modelo é a autonomia de gestão. Trata-se necessariamente de um "jogo de pesos e contrapesos": mais autonomia, mais eficiência, menos controle, menos subordinação a um poder central. A relação entre autonomia e eficiência, resultados, tem documentação no mundo moderno, não se tratando de dogma (Mintzberg, 1995; Motta, 1991; Motta, 1997).

No modelo tradicional de gestão, as decisões concentram-se no nível central, distantes daqueles que detêm informações relevantes associadas a tais decisões, sendo uma das principais causas do desempenho insatisfatório dos serviços de saúde e mais grave ainda quando se trata de hospitais. O modelo centralizado torna os processos de tomada de decisão mais burocráticos e morosos. Maior autonomia de gestão significa dotar os dirigentes hospitalares de maior poder de decisão, como igualmente responsabilizá-los diretamente pelo desempenho dessas organizações. Confere maior agilidade e flexibilidade à condução dos hospitais públicos, estabelecendo condições mais efetivas para que essas organizações respondam a políticas, diretrizes, incentivos governamentais e, em especial, aos gestores do sistema. Modelos fundados em maior autonomia de gestão devem ainda resultar na conquista de maior estabilidade política para os serviços e hospitais. Não se deve, no entanto, confundir autonomia com soberania, dado que a primeira requer forçosamente a adoção de novos e enriquecidos dispositivos de acompanhamento, prestação de contas e responsabilização, sejam conselhos superiores de administração, contratos de gestão e ainda controles externos, tanto no âmbito do Estado, como no da sociedade.

O tema da autonomia deve ser ainda considerado em várias dimensões, cobrindo os mais amplos campos ou frentes da prática gerencial, incluindo a gestão orçamentário-financeira, toda a área de compras e contratos e mesmo a autonomia para associações com outros serviços. Particular ênfase deve ser conferida à autonomia na gestão das pessoas, dada a condição de organizações do tipo profissional e que exigem capacidades gerenciais autônomas específicas para a mobilização, valorização, controle e avaliação dos profissionais e de suas práticas.

Quanto à definição do escopo do hospital, a autonomia deve ser fortemente condicionada, dada a necessária integração do hospital na rede de serviços e a submissão deste aos papéis pactuados com os gestores do sistema. O contrato de gestão será o instrumento, negociado, a tratar de regular essa autonomia, em nível que, comparado a modelos clássicos de gestão, deverá ser na prática contido.⁴

⁴Há certo consenso de que, nos modelos de baixa autonomia de gestão, a autonomia dos dirigentes locais e mesmo dentro de um serviço ou hospital, quanto ao escopo assistencial seja grande, podendo estes abrir, fechar ou alterar tipos, volumes e padrões da assistência, sem maiores controles dos níveis centrais; essa autonomia será forçosamente contida nos novos modelos gerenciais.

Outros atributos devem ser considerados para novos modelos, tratando-se de estarem adequadamente contemplados nas bases legais e nas configurações dos sistemas, instrumentos e práticas a estruturarem a gestão. Os atributos são compreendidos enquanto recortes, um tanto quanto arbitrários, dado que, na prática, eles são não apenas interdependentes, mas, por vezes, também possuem limites pouco claros ou interseções entre os seus campos. Determinadas características serão transversais, apresentando-se como de caráter mais finalístico, sendo então arroladas entre os atributos associados à missão e às finalidades do serviço. É o caso dos atributos da qualidade e da eficiência, obrigatoriamente presentes ou interativos em relação aos demais atributos.

A seguir, uma breve localização e caracterização dos atributos a serem considerados.

▲ **Governança.** Compreende um conjunto de dispositivos e práticas inerentes ao modelo capaz tanto de "emponderar" o sistema, como de permitir que ele seja responsável frente às demandas da sociedade e dos organismos superiores de gestão; um adequado sistema de governança supõe, ainda, as seguintes condições – tomada de decisão compartilhada, socialmente legitimada, transparência, capacidade e práticas rotineiras de prestação de contas interna e externamente, controle externo e responsividade (satisfaz necessidades e interesses da sociedade); algumas instâncias devem ser consideradas em um sistema de governança, tais como conselho gestor; sistema de prestação de contas (interno e externo); sistema de comunicação (interno e externo), sistema de ausculta à sociedade (ouvidoria, por exemplo) e um sistema de captação/prospecção de demandas (antecipatório em relação a demandas/necessidades); em suma, o tema da governabilidade deve estar imerso em um espaço de transparência.

▲ **Profissionalização.** A profissionalização da gestão compreende que ela deva ser configurada com dispositivos técnicos suficientes e adequados aos objetivos organizacionais, operando tanto os meios/recursos, quanto a gestão de resultados; tais dispositivos devem ser operados por profissionais especialmente formados e competentes, de modo que tais instrumentos gerem os melhores resultados; a gestão organizacional deve ser operada por especialistas; é desejável que estes expressem desenvolvimento de identidade profissional de "dirigente hospitalar"; as competências gerenciais dos dirigentes superiores (alta gestão) são específicas e merecem ser explicitadas – identificação de perfis profissionais competentes; deve haver estrutura de educação continuada no interior das organizações, preferencialmente mediante parcerias acadêmicas e mesmo junto a outras empresas, visando ao desenvolvimento de "talentos" para a gestão; a profissionalização envolve uma clara definição de responsabilidades e supõe um adequado sistema de recompensas – gratificações compatíveis e sistemas específicos de incentivos.

▲ **Financiamento.** Este atributo remete a toda a dimensão econômico-financeira da gestão hospitalar. Deve ser compreendido tanto no que concerne à dimensão do financiamento adequado (volume de recursos aplicados à saúde e em bases de equidade – recursos em volume suficiente para o funcionamento dos hospitais), quanto às fontes e origens desses recursos (se públicas ou privadas e para exatamente quais itens) e ainda às modalidades de pagamento aplicáveis aos hospitais, considerando-se aqui os incentivos implícitos e as vantagens/riscos potenciais do emprego de cada uma dessas modalidades; a partir dessas definições (através de ambas as dimensões), este atributo deve permitir a sustentabilidade (geração de equilíbrio econômico, incluindo demandas de alavancagem ou investimento na

organização) do empreendimento, debaixo de lógicas de maximização de recursos (eficiência), respeitada a dimensão da qualidade da atenção; neste atributo, há uma dimensão relacionada com a disponibilidade de recursos necessários (tem a ver com recursos para a saúde/SUS ou com estratégias de outras fontes, por exemplo, parcerias público-privadas – PPV); as modalidades de pagamento devem ser consideradas na medida em que possuam instrumentos de incentivo à eficiência e à qualidade.

▲ **Gestão das pessoas.** A natureza da organização hospitalar impõe que a gestão do trabalho seja fortemente dependente dos profissionais, sendo estes os mais responsáveis pela eficiência e a qualidade dos processos e resultados alcançados. Os mecanismos de gestão de pessoas são, portanto, altamente críticos e cruciais para o sucesso do trabalho organizacional, devendo ser entendidos como parte da própria gestão do trabalho. Elementos a considerar – desejáveis neste atributo: a gestão de RH deve possuir elementos de autonomia para os dirigentes da organização, sobretudo quanto a seleção, contratação e demissão (ainda que compartilhada e com base em regras sistêmicas); gestão estratégica de RH; valorização permanente do desempenho, cuidado com as pessoas (incluindo saúde do trabalhador); salários dignos – referência de mercado; horários flexíveis; sistemas de remuneração baseados em ganhos fixos + ganhos variáveis; inclusão de incentivos gerais – ambiente, social etc., gestão de competências; desenvolvimento profissional; dispositivos para gestão de conflitos; processos participativos; seleção e recrutamento flexíveis; profissionais não devem ter estabilidade.

▲ **Tecnologia da informação.** Compreendida como suporte tecnológico a partir do qual os sistemas de informação são operados de modo a registrar, processar e gerar informações – confiáveis, integradas, em tempo oportuno, adequadas às necessidades e de fácil alcance e compreensão dos seus distintos usuários – com vistas a: subsidiar os processos de tomada de decisão de natureza estratégica, tática ou operacional nas áreas clínica e administrativo-financeira; contribuir para a integração informativa, ocupando um papel estratégico como veículo para o processo de comunicação organizacional; servir de base para a integração do hospital com a rede de serviços e com seu ambiente econômico, social e institucional; tornar mais ágeis, abrangentes e sistematizados o acesso e a difusão de informações e evidências clínicas e gerenciais, contribuindo para o seu maior conhecimento e utilização; favorecer o desempenho global da organização hospitalar e do sistema de saúde, auxiliando, mais especificamente, para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência prestada, a redução dos erros médicos, o incremento da eficiência administrativa e a maior satisfação dos usuários. Vale assinalar que a tecnologia de informações (TI), ao criar condições jamais vistas não só para o acesso às bases de conhecimentos científico-tecnológicas como para a troca de informações entre instituições, profissionais e usuários de serviços de saúde, dirimindo as dificuldades de comunicação a distância, tem sido reconhecida como o grande artefato de inovação das formas como o cuidado à saúde é organizado e prestado, mediante a propagação de iniciativas como a telemedicina ou as ferramentas e processos de educação e orientação a distância de profissionais e usuários.

▲ **Organização do cuidado.** Enquanto atributo do modelo de gestão, deve ser compreendido como aquele que “melhor medeia” o modelo de gestão propriamente dito com os atributos relacionados com a missão da organização; a organização do cuidado trata, portanto, dos mecanismos, instrumentos e práticas de atenção que viabilizem o cumprimento dos objetivos assistenciais do hospital, em

conformidade com padrões, mais uma vez de eficiência e qualidade; este atributo compreende: o próprio perfil assistencial do hospital, incluindo os objetivos e metas de produção pactuadas no sistema; a definição dos critérios de ingresso e de relacionamento com as demais unidades do sistema, preferencialmente mediante instrumentos de regulação externa; o acompanhamento do ingresso, incluindo o acolhimento à alta, inserindo as responsabilidades e a segurança no seguimento dos clientes; a gestão dos recursos críticos de assistência: do leito aos equipamentos diferenciados, incluindo centro cirúrgico, leitos complexos etc.; a configuração de sistema de regulação assistencial interna (regulação de casos/pacientes); a adequada divisão e integração entre serviços e equipes profissionais (organização por linhas de cuidado ou a efetiva garantia da continuidade de cuidado internamente ao hospital); a incorporação de modalidades “alternativas” adequadas tecnologicamente de atenção, como assistência domiciliar, hospital-dia, cirurgia ambulatorial, valorizando ganhos de eficiência e qualidade no cuidado; necessário suporte/estrutura técnico-laboratorial e nas diversas áreas de apoio especializado (imagem etc.), compreendendo condições gerais para as estruturas e processos (certificados, controles externos de qualidade e vigilância sanitária).

Outros atributos, descritos a seguir, devem ser compreendidos enquanto objetivos do serviço, envolvendo, naturalmente, estruturas e processos que enriqueçam os modelos de gestão.

▲ **Qualidade.** É um dos focos permanentes da gestão, em uma perspectiva de melhoria contínua, envolvendo: implementação de estruturas e processos de qualidade (comissões, protocolos, monitoramentos, análises de processos); processos de acreditação externa; cumprimento de normas de vigilância de serviços; uso intensivo de informações; prontuários com qualidade de registros; implementação de ferramentas de gestão da clínica (protocolos, gestão de casos, filas etc.); e permanente atenção com a satisfação dos clientes.

▲ **Pesquisa, desenvolvimento e ensino.** Os serviços e, especialmente, os hospitais devem assumir a P&D como expressão de organizações que aprendem e inovam e que deve expressar-se em ganhos de custos e qualidade e ainda propiciando: a geração de conhecimentos e tecnologias, tanto assistenciais, quanto organizacionais; o hospital como centro de pesquisa clínica, utilizando-se de sistemas de incentivo à pesquisa, à formação e à inovação; lógicas de captação de recursos para P&D e a prática de associações a sistemas de formação (cooperação para estágios etc., junto a sistemas formais – universidades, institutos).

▲ **Inserção no SUS.** Atributo de todo serviço e hospital com finalidade pública, não importando sua natureza jurídica, entendendo-se que a missão, perfil e programa assistencial são compartilhados no sistema; que o serviço deve contribuir com a formulação de políticas e programas para o sistema – SUS; participar e atuar em instâncias do sistema – fóruns, câmaras etc.; a função assistencial deve estar adequadamente localizada no sistema – responsabilidades específicas dentro das diversas linhas de cuidado do sistema; o serviço esteja vinculado à regulação assistencial externa – submetido a centrais de regulação; haja sistemas de prestação de contas externas – contrato de gestão; opere sistemas de informações integrados – acesso a dados dos clientes; que pactue no sistema a responsabilidade com o cuidado do usuário do sistema (acolhimento, seguimento, vínculos etc.) – integrado a sistema de referência e contrarreferência.

▲ **Eficiência.** Este atributo envolve: adoção de sistemas de incentivo à eficiência; adoção de modalidades de atenção com relação custo-benefício mais adequada; busca de racionalidades de escopo

e escala para aquisição de insumos, para serviços logísticos e apoio técnico; sistemas integrados de gestão de materiais; padronização de insumos como expressão da missão e do perfil assistencial e de ganhos de custos e qualidade; utilização intensiva de bancos de dados de preços de serviços e de insumos; construção de racionalidades de escopo e de escala na oferta de serviços, considerando a missão e o perfil assistencial, o funcionamento em rede e os ganhos de custo e de qualidade; permanente uso economicamente racional de blocos cirúrgicos, leitos, consultórios, equipamentos, utilização de tecnologias; adoção de sistemas de indicadores de desempenho da gestão; incorporação de especialistas em gestão de insumos e de serviços logísticos, incluindo a compra; utilização intensiva do *benchmarking* como ferramenta de melhoria da qualidade; e adoção de práticas de melhoria contínua da qualidade.

▲ **Assistência centrada no paciente.** Implica que a organização conscientemente assuma a perspectiva dos pacientes para a organização e a gestão das atividades médico-hospitalares, valorizando: o respeito ao paciente, aos seus valores, suas preferências e suas necessidades manifestas; a preocupação com o impacto que a doença ou o tratamento ao qual o paciente é submetido sobre a sua qualidade de vida e sobre a sua sensação subjetiva de bem-estar; a ênfase no envolvimento dos pacientes no processo de tomada de decisão; o contato profissional e institucional com os pacientes baseado na dignidade, no respeito e na sensibilidade; a orientação para o máximo resgate da autonomia dos pacientes; a permanente informação sobre a sua situação clínica, a evolução observada e o prognóstico existente; a prioridade ao atendimento às reclamações e aos incômodos manifestos pelo paciente – sejam dores, reações aos medicamentos etc.; o apoio e ajuda ao paciente na realização de suas atividades rotineiras no hospital; a garantia de um ambiente limpo, seguro, confortável e agradável para o paciente; a organização do espaço de modo a assegurar a privacidade para o paciente; o suporte emocional ao paciente e aos seus familiares para o alívio da ansiedade e do medo provocados pela hospitalização; a orientação da equipe responsável pelo cuidado e de parte de toda a instituição para o estabelecimento de uma relação de confiança com o paciente e com seus familiares; a orientação no sentido de que o compartilhamento de informações com o paciente e/ou seus familiares seja feito de forma cuidadosa, de modo a efetivamente tranquilizá-los e capacitá-los a lidar com a situação; a busca do envolvimento da família e dos amigos.

Os atributos apresentam-se como referências a serem consideradas em modelos e práticas de gestão para hospitais com finalidades públicas, portanto integrantes do SUS. Ao mesmo tempo e de modo associado, algumas premissas são fundamentais para a base legal das estruturas a serem consideradas. As premissas propostas, descritas a seguir, por Ibañez *et al.* (2001) serão usadas.

▲ **Subordinação à política de saúde do nível de governo em que a organização se inserir.** Esta questão é crucial, porém o cuidado deve ser em evitar realizar uma soma com soma zero. É possível subordinar a política através de mecanismos como os contratos de gestão, os termos de ajuste. É com estes instrumentos que se viabilizam a equação do financiamento e o acompanhamento da execução e cumprimento das metas pactuadas. Será preciso cuidar, dentro dessa premissa, de eventual excesso de constrangimentos legais, em nome de se garantir um controle cartorial. A solução deixará de ser solução.

▲ **Legalidade.** Muitas vezes, parece que a proposta de criar uma solução dentro do âmbito da eficiência busca contornar a lei, conspurcá-la. Não, e por isso a lei que cria a alternativa deve ser clara

nas diferenças que propõe (gestão orçamentária, gestão de pessoal, gestão de materiais e contratos, gestão da estrutura organizacional e cargos). Na verdade, as diferentes figuras disponíveis no direito administrativo para gerir organizações não são congenitamente assim ou assado e sim são o que a sua lei instituidora delimita em função de seus objetivos.

▲ **Eficiência gerencial.** Não se falou aqui em eficácia na medida em que a eficiência subordina-se a esta. E a busca é de ser mais eficiente – ser capaz de entregar mais daquilo que se tem que entregar. Aumentando, portanto, a efetividade. Aqui as consequências do que foi definido nas duas premissas anteriores serão definitivas. Não dá para pensar em eficiência com a estrutura de execução orçamentária da administração direta. O que não significa não ter orçamento como instrumento gerencial e legal. Não dá para ser eficiente utilizando o estatuto do funcionalismo para gerenciar pessoal. Achar o contrário é ingenuidade ou hipocrisia. O estatuto deve ser utilizado apenas para as carreiras típicas de Estado. Não dá para comprar utilizando a regra estrita da Lei 8.666, apesar de os pregões terem melhorado bastante este item. A estrutura organizacional deve ser fixada pela organização e modificada sempre que for necessário. Enfim, gerenciar e alcançar resultados exige autonomia e responsabilização, esta dada pelas condições fixadas no contrato de gestão e pela quarta premissa.

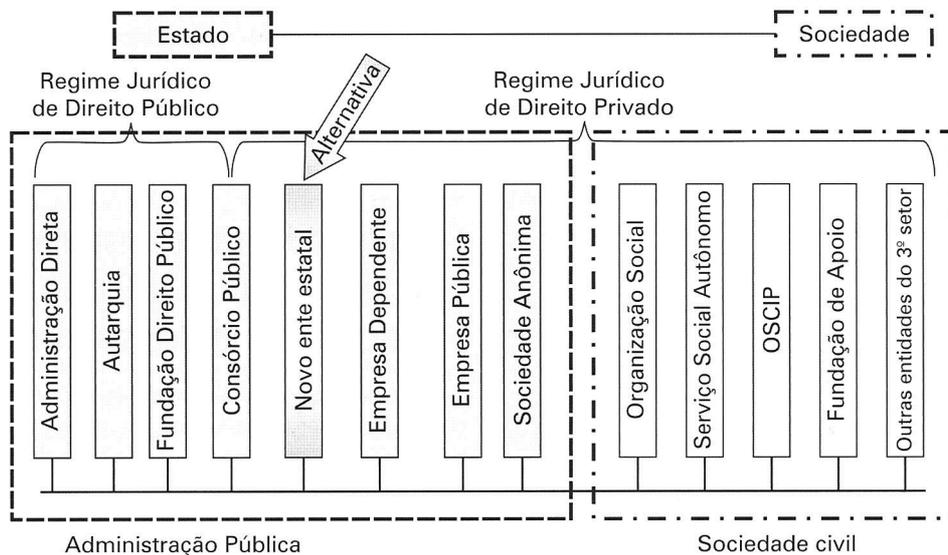
▲ **Capacidade de controle.** Este é um gargalo importante. Tribunal de Contas, Ministério Público, Secretarias de Controle Interno etc. são órgãos quase que exclusivamente voltados para controle de meios e não de resultados. O contrato de gestão é uma coleção de metas, de resultados e não existe um adequado preparo para esta tarefa. O Estado tem que melhorar a sua capacidade para controlar a execução dos recursos colocados à disposição destas organizações, tanto do ponto de vista da execução, como do alcance dos resultados. A questão da execução deve sempre levar em conta o grau de autonomia que a lei definiu, mas que não permite que a contratação de pessoal seja realizada sem seleção e, portanto, sem clientelismo, da mesma maneira que as compras devem ser realizadas dentro de regras que evidenciem a forma da tomada de decisão e o não favorecimento de nenhum fornecedor. Enfim, uma gestão legal deve ser fiscalizada para garantir que os dinheiros públicos estão sendo utilizados legalmente. Este é um grande desafio para o Estado brasileiro – desenvolver sua capacidade de fiscalizar de fato.

■ Perspectivas para uma nova figura jurídica no interior da administração pública brasileira

Debates que ganham consistência a partir de 2005 indicam tendências quanto à formulação de novo modelo jurídico para os hospitais públicos e integrantes da administração pública. Dentre os elementos característicos e que se destacam como consenso entre os especialistas e formuladores, está a dimensão autonomia de gestão, mantendo-se para a mesma a sua condição estatal e pública.

As atuais formulações governamentais para a administração pública brasileira sugerem um novo ente estatal, com natureza pública, submetido ao regime do direito privado. A sua possível inserção na administração pública está representada na Figura 11.2.

Este novo ente dispõe de autonomias nas áreas de gestão de recursos humanos, compras e contratos, patrimonial, orçamentária e contábil. A sua configuração encerra as autonomias já típicas das em-



▲ **Figura 11.2** Gradiente de formas institucionais sob as quais o estado atua na economia e no desenvolvimento social, incluindo um possível novo ente organizativo. OSCIP = organização da sociedade civil de interesse público. Fonte: elaborada por Valéria Salgado – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007.

presas públicas brasileiras, ressaltando pela natureza fundacional a sua condição para atuação exclusiva em área de natureza social, tal como saúde, educação, ciência e tecnologia, desporto, cultura, turismo, dentre outras.

Uma nova alternativa jurídico-administrativa governamental de base autonomista é seguramente uma condição necessária para novos modelos de gestão aplicáveis a hospitais públicos, mas certamente não suficiente. O hospital, ao integrar sistemas de saúde e, no caso particular, exclusivamente o Sistema Único de Saúde, necessita de elevada integração aos demais componentes do sistema, assegurando que agregue a este outras dimensões além da eficiência, fortemente dependente da autonomia. Dimensões como acesso, continuidade do cuidado, foco nas necessidades de saúde, complementaridade somente são alcançáveis mediante mecanismos cooperativos, pactuados entre os agentes do sistema e que integrem de forma consistente o hospital ao sistema de atenção. Essa condição, para ajustar-se adequadamente às lógicas maiores de gestão da rede de serviços nas esferas do sistema, impõe papel diferenciado e reitor dos gestores e entre os gestores dos sistemas.

Os gestores de sistemas e redes, secretários de saúde, com suas estruturas específicas, possuem função diferenciada no ordenamento e coordenação de toda a rede, a ela subordinando o conjunto e cada um dos serviços que a integram, inclusive os hospitais. Essa condição supõe que, em contrapartida às diversas autonomias possibilitadas por um novo modelo, são necessários instrumentos e práticas mais aperfeiçoadas para coordenação do sistema.

A prática aprimorada com base no *contrato de gestão* entre gestores e dirigentes de serviços, no caso de hospitais, constitui-se em elemento essencial a compor qualquer novo modelo. Especialmente no âmbito federal, envolvendo, sobretudo, hospitais de ensino, mas já se estendendo para hospitais filantrópicos.

É na Secretaria de Saúde de São Paulo, a partir da experiência acumulada com a contratualização de hospitais sob gestão de organizações sociais de saúde, que se encontra a tecnologia mais desenvolvida no país quanto à gestão hospitalar com base em contratos de gestão. Um contrato deve ser compreendido como instrumento e práticas de pactuação de objetivos institucionais entre o ente executor das

ações de saúde – o hospital – e o mantenedor institucional – o gestor do sistema. O contrato configura-se como dispositivo de acompanhamento e avaliação do desempenho institucional da entidade contratada e de aperfeiçoamento contínuo das suas relações de cooperação, supervisão e fiscalização com o poder público (doc. Governo Federal/Casa Civil e MPOG). O contrato de gestão implica a explicitação de compromissos e metas almejadas, favorecendo a instauração de uma “cultura de resultados” na organização. O processo de contratualização e de acompanhamento dos contratos resulta em custos adicionais de transação, dado que novas tecnologias de gestão incluem técnicos especialistas e, sobretudo, aperfeiçoamento dos sistemas de informações.

O objeto do contrato deve ser especificado de acordo com dimensões e eixos norteadores da ação institucional, que compreendem o conjunto das atividades realizadas pelo hospital, a partir de suas possibilidades, tecnologias, cultura, mas no interesse maior do sistema de atenção, e que naturalmente requerem financiamento correspondente. O contrato, finalmente, viabiliza uma nova modalidade de pagamento ao hospital, por orçamentação global, com base em custos parametrizados e em função dos serviços efetivamente pactuados.

Em suma, há tendências, fruto de acúmulos alcançados, para novas alternativas organizacionais aplicáveis a hospitais públicos e que considerem a autonomia dentro da própria administração pública. É a proposta das Fundações públicas de direito privado cujas características centrais são (Salgado, 2007):

- *Sujeição ao direito público*: lei autorizadora (e registro de seus atos constitutivos no cartório competente); controle do Tribunal de Contas; equiparação de seus empregados para os fins previstos no art. 37 da CF; escolha pública para a contratação de pessoal; compras e contratos através de licitação; extinção dependente de lei
- *Consequências do regime do direito privado*: bens penhoráveis; não beneficiária do processo de execução contra Fazenda Pública (precatórios) – art. 100 da CF; não terá Juízo privativo; Regime Jurídico dos Empregados – CLT; regida pelos seus estatutos e pela lei autorizadora; prazos processuais comuns; imunidade tributária, conforme previsto no art. 150, § 2º da CF; não sujeita às disposições da lei de responsabilidade fiscal, especialmente no que tange a limites de despesas com pessoal

- **Controle e fiscalização:** normas de controle e fiscalização previstos nos estatutos – conselho externo de administração; supervisão do Ministério da Saúde e demais instâncias de contratação regional e/ou municipal; Tribunal de Contas; Ministério Público; subordinação ao controle social em saúde exercido pelos Conselhos de Saúde Local e Regional/Estadual em decorrência da inserção do hospital no sistema locorregional
- **Contrato de gestão:** objetivos, metas, prazos, critérios de controle e avaliação, obrigações e responsabilidades de seus dirigentes; investimento anual com base em percentual de receitas em ações de inovação, capacitação de pessoal, adequação mobiliária e imobiliária; fixação de teto percentual para gastos com pessoal; dirigentes com penalidade de perda de mandatos no caso de descumprimento do contrato de gestão injustificadamente
- **Estrutura organizacional:** conselho curador (de administração) – órgão de direção superior, controle, fiscalização e avaliação; comissão ou conselho fiscal – órgão de assessoramento ao conselho curador na área de gestão contábil, patrimonial e financeira; conselho de direção – direção executiva, responsável pela gestão técnica, patrimonial, administrativa e financeira
- **Regime de pessoal:** regime jurídico da CLT; aprovação do plano de carreira e salários pelo conselho curador, incluindo benefícios, reajustes etc., em consonância com contrato de gestão; previsão na lei das demissões pela CLT; previsão na lei para o enquadramento/alinhamento do pessoal estatutário – processo de transformação
- **Compras e contratos:** contratação de serviços, obras, compras, alienação, locação, nas modalidades de pregão e consulta pública, na forma com que for disciplinado em Regulamento Próprio da Fundação, observadas as regras gerais das legislações específicas – Lei nº 9.472/97, art. 54 e Lei 9.986/00 que estendeu a todas as agências reguladoras a possibilidade de uso das modalidades consulta e pregão.

A comparação entre as Fundações e as Organizações Sociais se aproxima, principalmente quando se leva em conta a existência do contrato de gestão.

Algumas questões levantadas por profissionais e gestores ligados ao SUS merecem ser referidas:

- A sua característica de ser uma entidade integrante da administração pública indireta, com autonomia administrativa, financeira, orçamentária e patrimonial. A fundação estatal e o contrato de gestão são modelos que possibilitam modernizar o Estado, acabando com a visão dos anos 1990 de que isso somente seria possível fora do Estado, como se o Estado pudesse ser substituído pelo setor privado em vez de complementado em algumas ações e serviços, quando e se necessário
- Se o contrato de autonomia observar princípios como: subordinação da autonomia aos objetivos do serviço público e à qualidade de sua prestação; compromisso dos órgãos e entes públicos na gestão de um serviço de qualidade; consagração do controle social; reforço da responsabilização dos dirigentes públicos mediante o desenvolvimento de instrumentos de avaliação do desempenho do serviço prestado; adequação dos recursos aos resultados que se pretendem – será um instrumento inovador de gestão pública, em especial para a área da saúde

- A presente iniciativa pode representar a reintrodução do tema da reforma hospitalar na agenda governamental, articulando-o à retomada do debate em torno da reforma do Estado brasileiro. A atual proposta pode ter um efeito demonstrativo e multiplicador no país (Barbosa, 2006).

Contrato de gestão | Instrumento para fortalecimento do sistema e condição para todos os modelos básicos

O *contrato de gestão* é um instrumento próprio da administração pública a ser utilizado para a contratação de serviços e o estabelecimento de compromissos entre um ente público (supervisor ou controlador) e outra organização pública, vinculada e descentralizada; também pode ser utilizado entre um ente público e outro privado que atue em atividades de interesse público. O contrato de gestão estipula metas de produção para um período ao ente contratado, com o correspondente valor a ser repassado pelo ente contratante, além de diversas outras atribuições e de mecanismos de acompanhamento do mesmo, incluindo possibilidades de ajustes etc.

Em documento específico sobre contrato de gestão, o ministério traça os compromissos institucionais e de apoio à modernização da gestão, definindo as seguintes medidas para o realinhamento estratégico-estrutural (Mare, 1995): redefinição de sua missão, identificação precisa de produtos e clientes, objetivos e metas claramente definidos, definição de estrutura organizacional e tecnologia a serem utilizadas, além do desenvolvimento de metodologias na área de planejamento, avaliação de desempenho, informatização, recursos humanos, custos e regulamentação específica para investimentos.

Lima (1996) define o contrato de gestão como instrumento gerencial originado da administração por objetivos (APO) ou administração sistêmica por objetivos e resultados. Segundo André (1994), o contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e o central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir à participação maior e à corresponsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas. Em contrapartida, a administração central concede à local maior autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados.

Outra abordagem para este tipo de contrato no setor da saúde refere-se à sua dimensão sistêmica, a fim de evitar que a desarticulação, desintegração e atomização hoje existentes venham a ser reforçadas. Nesse sentido, afirma Lima (1996), é necessário que esse tipo de contrato esteja associado a políticas e a outros instrumentos gerenciais de âmbito regional/central que assegurem a integração, a articulação e o equilíbrio da rede de serviços, bem como o acesso da população às ações por elas desenvolvidas. Fleury (1996) aponta outro aspecto “no problema ligado à autonomia, regulação e desempenho que é a questão da prestação de contas, da responsabilização, *accountability*, do interesse público”. Essa dimensão, segundo a autora, transcende a realidade institucional, remetendo ao contexto da reestruturação das relações entre Estado e sociedade.

Ibañez *et al.* (2001) referem que o Estado de São Paulo adota a potencialidade da nova figura de organização social dentro das medidas de gestão estratégica e modernização do serviço público. Isto compreende o programa de privatizações, o estímulo à demissão voluntária, a adoção do contrato de gestão nas unidades descentralizadas, o programa de aumento da produtividade e qualidade, entre outros.

I Considerações finais

Os anos recentes, em particular após o SUS, são ricos em inovações e desafios para a atenção e a gestão hospitalar no país. O acelerado desenvolvimento tecnológico em saúde, combinado com perspectivas de políticas públicas mais efetivas e equânimes se fazem acompanhar de exigências mais racionais no campo organizacional, além de economicamente sustentáveis. Trata-se de equação de enorme complexidade, ainda mais ao somar-se a necessária transparência e controle social sobre as políticas mais gerais, aplicação de recursos, ações e resultados efetivamente alcançados por cada serviço. A resolução da equação, por mais que esteja em curso, já com ganhos notórios para o sistema e para a população, segue com limites, contradições e paradoxos. Ainda registra-se uma limitada clareza sobre como estabelecer um padrão estratégico de desenvolvimento para a atenção hospitalar no país, alinhado tanto com as políticas e programas em atenção básica e não hospitalar, quanto com a altura dos novos padrões de complexidade das doenças, que exigem mais tecnologia incorporada aos hospitais e concomitante menor número de leitos no sistema. Uma nova atenção hospitalar só é possível com novos hospitais, no sentido de novas tecnologias e práticas hospitalares. Não há como configurar novos modelos de atenção hospitalar, sem que igualmente novos tipos organizativos e novos modelos de gestão surjam. A atenção e a gestão são elementos interdependentes.

Há conhecimentos e experiências acumuladas tanto na atenção quanto na gestão hospitalar, obrigatoriamente considerando outros países. Há ainda certa efervescência, como se estivessem próximos novos horizontes, quando já são perceptíveis alguns novos padrões, com potenciais para deslocamento de antigos e desgastados modelos hospitalares.

O que se tem que advogar é encontrar um caminho para a modernização da capacidade de agir do estado brasileiro. A sociedade anseia por resultados, quer entrega, e do lado do Estado o que se observa é: um confortável imobilismo, ou a ação violenta de um corporativismo que se esconde sob o manto de um discurso ideológico esquerdista e vazio, ou mesmo um espaço que ainda é imenso, dos que querem usar o Estado como pasto para manter seus privilégios, é o campo da corrupção, do clientelismo. O Estado que não responde, e isso a sociedade tem que perceber, não somente não entrega como também mantém o *status quo* e serve para realimentar sua capacidade de autorreprodução.

Existem soluções. E elas são novas, diferentes e incômodas. A experiência de São Paulo com as OS foi recentemente analisada pelo Banco Mundial (La Forgia e Coutolenc, 2008) e foi considerada totalmente exitosa. A Fundação Estatal de Direito Privado é o novo também e está em condições de ser testada e colocada a serviço da gestão da saúde, se aprovada pelo Congresso. Tem-se que evitar a armadilha da ilegalidade, que tende a criar situações instáveis e indesejáveis do ponto de vista da segurança jurídica, como é o caso das Ações Diretas de Inconstitucionalidade, que pendem sobre as OS e a situação das fundações de apoio com as quais o MP tem tido uma conturbada convivência.

Este é um país que não conseguirá conviver com *uma* solução ou com ideias antigas. Mais do mesmo. O momento e o dinamismo da sociedade moderna e do setor saúde, com toda a sua capacidade transformadora, exigem novas e variadas alternativas que possam se adaptar à multiplicidade de situações que a fronteira da contemporaneidade exige. Não é tarefa de poucos e, antes de tudo, exigirá de todos a percepção de um senso de urgência!

Referências bibliográficas

- Abrucio, FL. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *RAP Revista Brasileira de Administração Pública*, v. 1, p. 77-87, 2007.
- AMS/IBGE. Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-sanitária 2005. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.
- André, MA. *Contratos de gestão: texto básico para subsídio às discussões sobre a reforma do Estado*. Convênio IBAM/IPEA/ENAP. Rio de Janeiro, IBAM, 1994.
- Barbosa, PR. *Fundações estatais como estratégias para novos modelos públicos de gestão hospitalar*. Apresentação em ms-power point Conasems. Joinville, Junho 2006.
- Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Modelo padrão de contrato de gestão – poderoso instrumento de gestão institucional. Brasília, 1995.
- Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Projeto Fundação Estatal. Principais Aspectos. Brasília, 2007, 48 p.
- Brasil. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília, 1995, 86 p.
- Ferguson, B; Sheldon, TA; Posnett, J (editors). *Concentration and choice in health-care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.
- Fleury, S. *Tendências e perspectivas da autonomia e regulação da gestão pública no Brasil*. Seminário fev/RJ/BNSP/FIOCRUZ – ESPP, Novembro 1996 (mimeo).
- Ibañez, N; Bittar, OJN; Sa, ENC; Yamamoto, EK; Almeida, MF; Castro, CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 391-404, 2001.
- Ibañez, N; Vecina Neto, G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1831-1840, Abrasco, Rio de Janeiro, 2007.
- La Forgia, G; Coutolenc, BF. *Hospital performance in Brazil: the search for excellence*. Washington, DC: The World Bank, 2008. v. 1. 385 p.
- Lima, SML. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*, 30(5): 201-235, 1996.
- Madeira, JMP. *Administração Pública Centralizada e Descentralizada*, Rio de Janeiro. *América Jurídica*, 2000, p. 171, 331, 443, 447.
- Mare – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Imprensa Nacional, novembro 1995. Plano aprovado pela Câmara da Reforma do Estado da Presidência da República em Setembro de 1995.
- Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. *Mais saúde: direito de todos – 2008-2011*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2ª edição. Brasília (DF), 2008.
- Mintzberg, H. Criando Organizações Eficazes. São Paulo: Atlas, 1995, p. 102-124.
- Motta, PR. Analisis gerencial de los Sistemas de Salud. In: *OPS Publicación Científica*, n. 449, Washington, DC, EUA, 1983, p. 10-17.
- Motta, PR. *Gestão contemporânea*. Rio de Janeiro: Record, 1991, p. 110-146.
- Motta, PR. *Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar*. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1997, p. 10-16.
- Salgado, VAB. *Modelos de gestão: formas jurídico-institucionais da administração pública. Conceitos e características principais*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Outubro, 2007.
- Santos, L. *Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações*. Novembro, 2006.
- Schramm, JM de A et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4), 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200400011&lng=pt&nrm=isso.
- Vecina Neto, G; Malik, AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 825-839 Abrasco, julho/agosto 2007.