



**F U N D A Ç ã O
GETULIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS**

ANDRÉ LUIZ NUNES ZOGAHIB

Estudo de caso da política pública de criação da Fundação Hospital Adriano Jorge: uma avaliação da eficácia da autonomia administrativo-financeira.

Rio de Janeiro
2008

ANDRÉ LUIZ NUNES ZOGAHIB

Estudo de caso da política pública de criação da Fundação Hospital Adriano Jorge: uma avaliação da eficácia da autonomia administrativo-financeira.

Dissertação apresentada à Fundação Getúlio Vargas como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Márcio André de Carvalho.

**Rio de Janeiro
2008**

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

VERSÃO PRELIMINAR DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO APRESENTADA POR
ANDRÉ LUIZ NUNES ZOGAHIB

Estudo de caso da política pública de criação da Fundação Hospital Adriano Jorge:
uma avaliação da eficácia da autonomia administrativo-financeira.

PROFESSOR ORIENTADOR ACADÊMICO:
Dr. MÁRCIO ANDRÉ DE CARVALHO

VERSÃO PRELIMINAR ACEITA DE ACORDO COM O PROJETO APROVADO

PROFESSOR ORIENTADOR ACADÊMICO

DATA DA ACEITAÇÃO:

ANDRÉ LUIZ NUNES ZOGAHIB

Estudo de caso da política pública de criação da Fundação Hospital Adriano Jorge: uma avaliação da eficácia da autonomia administrativo-financeira.

Dissertação apresentada à Fundação Getúlio Vargas como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Márcio André de Carvalho
Fundação Getulio Vargas / Ebape – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Vicente Riccio Neto
Fundação Getulio Vargas / Ebape – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Paulo Carlos Du Pin Calmon
Universidade de Brasília / UNB – Brasília

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

Primeiramente quero agradecer ao criador do universo, que me acompanha sempre.

Aos meus familiares, por compreender proficuamente a relação do tempo dispensado nos estudos em detrimento do convívio que desfrutávamos. Desta forma, agradeço especialmente aos meus pais, Rosemberg e Maria do Socorro Zogahib, pelo engajamento na minha formação intelectual e por todos os valores ensinados.

Aos meus colegas de trabalho que, de qualquer forma, ajudaram na construção desta pesquisa.

Aos meus companheiros do Curso, obrigado pelo coleguismo e pelas muitas horas dedicadas aos estudos.

Ao Corpo Docente e colaboradores da EBAPE/FGV, pela dedicação e desempenho na nossa formação intelectual e profissional.

Para não ser injusto, agradeço a todos que se dispuseram, em algum momento, a contribuir com este trabalho.

Dedico este trabalho a toda população amazonense, aos diversos servidores públicos que trabalham e tentam melhorar os serviços de saúde. Em especial o dedico à Myrtes Quadros Melita (*in memoriam*) e a Oscarina Mendes Zogahib, minhas avós que muito me ensinaram.

“...Não é por termos liberdade que podemos mudar tudo à nossa volta, mas dispomos da faculdade de dar sentido a tudo (o que é muito melhor), mesmo àquilo que não o tem! Nem sempre somos senhores do desenvolvimento da nossa vida, mas somos sempre senhores do sentido que lhe conferimos”.

Jacques Philippe

RESUMO

Este trabalho evidencia, no estudo de caso da criação de uma fundação pública de saúde no Estado do Amazonas, a Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ, como as descentralizações na saúde pública amazonense tendem a ocorrer. Assim, avaliou-se a política pública de criação da FHAJ, no intuito de identificar se os resultados esperados em sua concepção, ganho de autonomia administrativo-financeira, foram efetivamente alcançados. Sobre a luz dos conceitos de políticas públicas, de ciclo de política pública e de avaliação de políticas públicas abordados por diversos autores, além das proposituras de descentralização sugeridas pelo Sistema Único de Saúde e pelo conceito de Fundações Públicas, buscou-se verificar se houve um aumento dos serviços prestados ou melhora de sua qualidade. Desta forma, evidenciou-se, também, variáveis que pudessem expressar o ganho, a perda ou a manutenção do nível de autonomia administrativo-financeira do Hospital Geral Adriano Jorge, após sua transformação em Fundação Pública.

Palavras Chaves: Políticas públicas; Avaliação; Fundações Públicas; Fundações Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This work proposes to present the case of the public policy for creation of a public health foundation in the state of Amazonas, the Adriano Jorge Hospital Foundation – FHAJ. Thus, the aforementioned public policy was evaluated, attempting to identify whether the results expected at its conception – increase in administrative-financial autonomy – effectively came about. Preliminarily, we identified the concepts of public policy, the cycle of public policy and of evaluation of public policies broached by several authors, besides evidencing the propositions of decentralization suggested by the Single Health System and by the concept of Public Foundations. The budget and administrative results from 2002-2007 were shown, and a tendency to decrease was verified, which accentuated in the last year, indicating a possible excessive administrative-financial dependence.

Key Words: Public Policies; Evaluation; Public Foundations; Public Health Foundations

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 2.1. Diagrama de desenvolvimento da agenda pública	32
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 3.1. Classificação de avaliação, análise de políticas	43
TABELA 3.2. Foco das pesquisas avaliativas em políticas públicas	44
TABELA 4.1. Principais motivos da criação da FHAJ.....	52
TABELA 4.2. Expectativas quanto às melhorias trazidas pela criação da FHAJ...	53
TABELA 4.3. Evolução do número de funcionários entre 2003 e 2007.....	55
TABELA 4.4. Saída de colaboradores em 2007.....	56
TABELA 4.5. Número de funcionários de cada diretoria que foram submetidos aos programas de capacitação em 2007.....	56
TABELA 4.6 Mudança do número de leitos após a “transformação” do Hospital Geral Adriano Jorge (HGAJ) em Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ)	58
TABELA 4.7. Volume de atendimentos em clínica cirúrgica nas instituições sediadas em Manaus.....	63
TABELA 4.8. Demonstrativo da execução orçamentária e financeira entre os anos de 2003 a 2007	74
TABELA 4.9. Inauguração do 4º andar. Aumento do número de leitos.....	75
TABELA 4.10. Número de residentes em 2007.....	78
TABELA 4.11. Distribuição por área de conhecimentos dos projetos avaliados...	80

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 4.1. Participação por diretoria, equivalente as participações em eventos de capacitação de 2007.....	57
GRÁFICO 4.2. Evolução do número de atendimentos ambulatoriais entre 2002 e 2007.....	59
GRÁFICO 4.3. Evolução do número de cirurgias gerais realizadas entre 2002 e 2007.....	60
GRÁFICO 4.4. Evolução do número de internações de pacientes realizadas entre 2002 e 2007.....	61
GRÁFICO 4.5. Evolução do total geral de serviços realizados na FHAJ entre 2002 e 2007.....	62
GRÁFICO 4.6. Evolução do total geral de serviços de imagem realizados na FHAJ entre 2002 e 2007.....	65
GRÁFICO 4.7. Exames realizados no laboratório de análises clínicas da FHAJ entre 2002 e 2007.....	66
GRÁFICO 4.8. Verificações ortopédicas realizadas na FHAJ entre 2002/ 2007...67	
GRÁFICO 4.9. Procedimentos fisioterápicos realizados na FHAJ entre 2002 e 2007.....	68
GRÁFICO 4.10. Atendimentos de psicologia e serviço social realizados na FHAJ em 2007.....	69
GRÁFICO 4.11. Atendimentos Farmacêuticos na FHAJ entre 2002 e 2007.....	70
GRÁFICO 4.12. Fracionamento e distribuição de Medicamentos Líquidos na FHAJ entre 2002 e 2007	71
GRÁFICO 4.13. Fracionamento e distribuição de Medicamentos Sólidos na FHAJ entre 2002 e 2007.....	72
GRÁFICO 4.14. Refeições servidas na FHAJ entre 2006 e 2007	73
GRÁFICO 4.15. Faturamento SUS em 2007.....	77
GRÁFICO 4.16. Distribuição dos estagiários por área em 2007.....	79
GRÁFICO 4.17. Distribuição dos processos avaliados pelo CEP.....	80

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1.O PROBLEMA.....	14
1.1.1.Contextualização	14
1.1.2.Objetivos	16
1.1.3.Delimitação do estudo	17
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1. ESTUDO DE CASO	25
3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS	27
3.2.1. O conceito de Políticas Públicas	28
3.2.2. O Processo de Política Pública.....	32
3.3. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	39
3.3.1. Abordagens de Avaliação.....	44
3.4. DESCENTRALIZAÇÃO RECENTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS E O CARÁTER DESCENTRALIZADOR PROPOSTO PELO SUS.....	47
3.4.1. A descentralização das políticas sociais nos anos 90.....	50
3.4.2. A descentralização no SUS.....	51
3.5. ASPECTOS GERAIS SOBRE O CONCEITO JURÍDICO DE FUNDAÇÕES PÚBLICAS.....	53
4. ESTUDO E AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE CRIAÇÃO DA FHAJ	58
4.1. VINCULAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS.....	60
4.2. OS SERVIÇOS OFERECIDOS NA ÁREA MÉDICA	63
4.3. A SITUAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA DA FUNDAÇÃO	79
4.3.1. A Fonte 230.....	82
4.4. O ENSINO E A PESQUISA NA FHAJ	84
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
BIBLIOGRAFIA	93
ANEXO 1 – A Lei 2.847/03 (Lei de criação da FHAJ)	102
APÊNDICE 1 – Questionário base das entrevistas	105

1. INTRODUÇÃO

O Hospital Adriano Jorge foi inaugurado na cidade de Manaus, Estado do Amazonas, no dia 30 de junho de 1953. Funcionou primeiramente como sanatório gerenciado pela campanha nacional contra a tuberculose do Ministério da Saúde, com 432 leitos destinados ao tratamento da doença. Em 1979 passou a ser denominado de Hospital Geral Adriano Jorge.

Construído para tratar pacientes com tuberculose, doença que assolava a sociedade da época, o Hospital Geral Adriano Jorge (HGAJ) começou a funcionar no bairro da Cachoeirinha, que era muito afastado do Centro da cidade, cujo acesso só era realizado por meio dos bondinhos.

Os pacientes passavam de dois a seis anos internados e em função do longo período de tempo que ficavam sobre os cuidados do Estado, o Serviço Social realizava vários eventos e atividades para evitar que os doentes ficassem ociosos, fazendo com que os mesmos participassem de oficinas de trabalhos manuais como artesanato, sapataria, artigos de vime, dentre outros, além de teatro, danças folclóricas e canto. Também devido ao tempo de internação, geralmente criava-se um vínculo emocional com os profissionais de saúde e com os outros doentes. Ocorreram até casamentos entre pacientes e funcionários do hospital e entre os outros internos. Nas décadas de 60 e 70 havia um elevado índice de ocupação. Os

funcionários da cozinha serviam, em média, 3 mil refeições/dia. Pessoas de todo o Estado e de outras regiões procuravam auxílio no hospital.

Foi no HGAJ que a equipe do Dr. Zerbini, um dos médicos que mais contribuiu para a história da medicina brasileira, realizou as primeiras cirurgias de tórax no Amazonas.

Com a lei nº 2.847 de 13 de novembro de 2003 o Hospital Geral Adriano Jorge, tornou-se fundação de direito público. Assim, a Fundação Hospital Adriano Jorge, passou, a ser instituição estadual integrante da Administração Indireta do Poder Executivo, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM, tendo como finalidade à assistência à saúde, ao ensino e a pesquisa.

Dispondo de uma área construída de 16.208,48 m², a Fundação Hospital Adriano Jorge está dimensionada em cinco blocos, nos quais estão localizados os serviços de atendimento ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico, fisioterapia e administração geral. Sua capacidade instalada é de 272 leitos, distribuídos na Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Ortopédica, Tisiologia e Unidade de Tratamento Intensivo. Sua força de trabalho é composta por 955 servidores entre cooperados, efetivos e terceirizados.

Trata-se de uma Unidade de Referência em internação de pacientes oriundos dos Prontos Socorros da capital, interior do Estado e Rede Básica de Saúde.

Circulam diariamente nas dependências da FHAJ cerca de mil pessoas que procuram a instituição em busca dos diversos serviços oferecidos à população usuária do Sistema Único de Saúde.

A FHAJ oferta serviços especializados de consultas médicas nas áreas de cabeça e pescoço, cardiologia, cirurgia vascular, cirurgia geral, cirurgia plástica, clínica geral, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, reumatologia e urologia.

A instituição também oferece os seguintes serviços: 1) fisioterapia, sendo o centro mais moderno do Estado; 2) tratamento da tuberculose; 3) atendimento de casos sociais; 4) encaminhamento, orientações, visitas as enfermarias, orientação e preparação de altas, visitas domiciliares etc.; 5) serviço de Psicologia, atendimento psicológico ao paciente, acompanhante/familiar, servidor e colaborador; 6) de acompanhamento e execução das prescrições médicas aos pacientes, além do acompanhamento e execução das prescrições de enfermagem; 7) serviços de imagem e grafia (Raio-X, Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada); e 8) Serviço de Apoio Diagnóstico (Hematologia, Urinálise, Parasitologia, Bioquímica, Bacteriologia, Imunologia e Sorologia para doenças infecciosas).

Dispondo da estrutura acima descrita e em virtude de ser fundação de direito público, a FHAJ passou a poder promover parcerias e convênios com entidades nacionais e internacionais em todos os níveis de administração, podendo, também, obter recursos como contribuições, doações e financiamentos decorrentes desses convênios, concebendo desta forma a possibilidade de gerir suas atividades com maior autonomia administrativo-financeira.

1.1. O PROBLEMA

1.1.1. Contextualização

A criação da FHAJ, dentro do entendimento de descentralização e hierarquização da rede de saúde pública, é reflexo da reforma do setor saúde iniciada na década de 80 e que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esta reforma buscava, dentre outras coisas, um atendimento de saúde pública amplo e eficiente.

Buscando esta eficiência, fora proposta como princípio básico a descentralização da Saúde Pública, em resposta à centralização imposta pelo regime militar (BRASIL, 2006a). De acordo com a classificação de Meirelles (2003) podemos dizer que esta descentralização é do tipo *territorial* ou *geográfica*, pois a idéia era transferir competência para os entes federados, Estados e principalmente

os Municípios, que de fato tinham o contato básico, preliminar e direto com a população. Entretanto, com o passar dos anos e em decorrência ao aumento da complexidade da dinâmica social e das dificuldades do Estado em dar resposta às necessidades populacionais, começaram a surgir, como políticas públicas, descentralizações do tipo *institucional* onde o Estado passou a transferir os serviços de saúde ou simplesmente a sua execução para fundações públicas.

A Lei Complementar 8.080 de setembro de 1990, intitulada Lei Orgânica da Saúde, ou simplesmente “Lei do SUS”, foi concebida com o intuito de regulamentar o dispositivo constitucional que criou o SUS em 1988 com a promulgação da Carta Magna. Tal ordenamento, incorporou os princípios da descentralização, universalização da cobertura, a equidade do acesso, a integralidade das ações, a hierarquização das ações com relação a complexidade tecnológica, a regionalização e controle social.

Portanto, a descentralização dada por diversos mecanismos de repasse de atividades ao setor privado ou ao público, orientada na “Lei do SUS”, encontra-se ainda em processo de integração das distintas instituições prestadoras de assistência, tendo como desafio tornar os serviços públicos de saúde menos ociosos e mais resolutivos.

Transcorridos, então, quase 20 anos do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, o processo de descentralização das ações e serviços de saúde vem tentando ampliar o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios, na busca da superação da fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços.

Todavia, encontramos ainda inúmeros percalços que culminam na falta de atendimento médico adequado a população. A capacidade instalada de produção dos serviços de saúde não dá conta de toda a demanda que ingressa diariamente na rede pública de saúde. Nesta pesquisa, inclusive, não foi difícil, em diversos momentos, encontrar filas de atendimento no ambulatório da Fundação Hospital

Adriano Jorge (FHAJ). Recorrer, portanto, ao setor privado seria uma solução plausível, mas os custos impostos pelos estabelecimentos particulares de saúde são incompatíveis com o poder aquisitivo da maioria das pessoas.

Percebe-se, portanto, uma distorção nas recomendações e exigências da “Lei do SUS” e da Constituição, pois diversas políticas públicas de descentralização institucional da Saúde, concebidas sem estruturação, podem não influenciar, como veremos mais a diante através do caso da FHAJ, na execução dos serviços de saúde, ou seja, a qualidade dos serviços e sua respectiva produtividade não se alteram ou, simplesmente, diminuem. Isto torna clara a idéia de que a criação de fundações pode ser um desperdício de recursos públicos, caso não haja o ganho de autonomia administrativo-financeira.

Porém, que fique claro que este trabalho não tem a pretensão de afirmar em nenhum momento que a descentralização é causa de melhora, ou piora, nos resultados apresentados pela FHAJ. A intenção desta pesquisa foi, tão somente, tentar mostrar que a descentralização presente na criação da FHAJ não alcançou seu principal objetivo: a autonomia administrativo-financeira e que desta forma percebeu-se que a existência desta transformação é irrelevante.

Assim, tentou-se contribuir para a melhoria da prestação de serviços de saúde a sociedade, fazendo pesquisa científica, estudando um problema chave da saúde pública, avaliando uma política pública de acordo com sua propositura inicial, tentando, enfim, compreender o processo de descentralização das unidades de saúde como uma política pública e sua influência na prestação dos serviços à população através do estudo de caso da FHAJ. Desta maneira, surgiu o seguinte questionamento: *Até que ponto a transformação do Hospital Geral Adriano Jorge em fundação pública trouxe, de fato, autonomia administrativo-financeira?*

1.1.2. Objetivos

Esta pesquisa de dissertação tem como objetivo final: Descrever o caso da política pública de criação da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ) no

Amazonas, fazendo uma avaliação de eficácia da autonomia administrativo-financeira.

Tem como objetivos intermediários:

- Explicar como se dá o processo de políticas públicas de acordo com estudo bibliográfico, classificando a criação da FHAJ como uma política pública;
- Identificar como o SUS se propõe a descentralizar suas atividades e como a FHAJ pode estar inserida neste contexto;
- Identificar variáveis que possam indicar o ganho ou a perda de autonomia administrativo-financeira na criação da FHAJ;
- Quantificar as variáveis identificadas no último ano de funcionamento do HGAJ, no ano da criação da FHAJ e anos seguintes, para considerar se a descentralização cumpriu seu objetivo inicial de trazer, de fato, o ganho de autonomia administrativo-financeira;
- Propor sugestões para o aprimoramento desta pesquisa e para a melhoria da capacidade de gestão da FHAJ.

1.1.3. Delimitação do estudo

A investigação foi direcionada à política pública de descentralização de unidades de saúde no Estado do Amazonas, com a verificação do grau de autonomia da Fundação Hospital Adriano Jorge, descrevendo o quanto esta instituição pública depende, ou não, do orçamento, do repasse de recursos e de processos administrativos do Governo do Estado do Amazonas.

O estudo almeja verificar se as transformações de unidades de saúde, centralizadas na Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas, em fundações públicas trouxe autonomia administrativo-financeira para estes entes da

Administração Pública amazonense, tendo como fonte de estudo a FHAJ, a última unidade de saúde transformada em fundação pública.

Desta forma, as unidades de saúde pública ligadas diretamente a Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas e as outras fundações públicas de saúde não fizeram parte, diretamente, deste estudo. Primeiramente, em virtude da pesquisa esta pautada na verificação da política pública de descentralização institucional à luz dos princípios básicos do SUS, o que excluiu órgãos da administração direta. E por fim, as outras fundações públicas de saúde não foram contempladas neste trabalho em virtude do fato de cada uma das seis fundações serem de especialidades médicas diferentes e terem ocupado distintas posições no processo de descentralização.

Aproveitando a oportunidade, reafirma-se aqui que não fora investigada a descentralização como causadora de melhora, ou piora, nos resultados apresentados pela FHAJ. Assim, esta pesquisa mostra que a descentralização presente na criação da FHAJ não alcançou seu principal objetivo: a autonomia administrativo-financeira, ocasionando uma má alocação do dinheiro público, partindo do pressuposto que se fosse para permanecer ou piorar o nível de satisfação dos cidadãos e a capacidade de atendimento dos mesmos, que não fosse feita a alocação de recursos nesta política pública de descentralização.

Esta piora ou a má prestação pontual dos serviços em diversos estabelecimentos tem feito a saúde pública brasileira ser recorrentemente mencionada nos noticiários televisivos, jornais da internet, jornais impressos e revistas populares como sendo de péssima qualidade e estando longe de atender os reclames e as necessidades da população (COSTA, 2007). Em virtude disso, diversas pesquisas são realizadas em inúmeras áreas do conhecimento para tentar, pelo menos, mitigar os problemas ainda existentes no atual estágio do Sistema Único de Saúde, criado com a Constituição de 1988 no seu artigo 198 e regulamentado na lei 8.080/90.

O Estado do Amazonas não foge à regra e vem enfrentando ao longo dos anos diversos problemas de saúde pública que em sua grande maioria podem estar

relacionados, dentre outros fatores, à má gestão. Isto pode ser evidenciado em texto publicado no jornal manauara “A crítica”, publicado em 17 de agosto de 2007 e que tem o seguinte título: *Distribuição desigual e escassa de médicos no interior do Estado deixa um contingente de pessoas sem assistência*. O texto retrata a má gestão da saúde pública no Estado do Amazonas ao longo de 14 anos, expondo fatos e dados relevantes.

Por isso, este trabalho tem o intuito de contribuir para o entendimento da prestação dos serviços de saúde no Estado do Amazonas através da FHAJ. Tentou-se, portanto, verificar a existência da falta de autonomia na Fundação Hospital Adriano Jorge, transformada em fundação pública e autônoma pela letra da lei, mas dependente de decisões administrativas e de recursos financeiros do Estado, o que, desta forma, trouxe desperdício de recursos ao erário e certo prejuízo no atendimento ao cidadão.

Cabe, neste momento, em virtude do que já fora aqui apresentado, questionar: Quais as reais vantagens de se transformar unidades de saúde pública em fundações de direito público se ainda permanecem os resultados, as vezes até piores, do que antes da descentralização?

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com relação ao tipo de pesquisa, fora feito uso da taxionomia apresentada por Vergara (2007) no que diz respeito à classificação da pesquisa quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins a pesquisa é explicativa, pois foi buscada a descrição da situação administrativo-financeira atual da FHAJ, vislumbrando quais fatores contribuem para um alto ou para um baixo grau de autonomia. Quanto aos meios a pesquisa é *ex post facto*, tendo em vista ter sido realizada após a ocorrência da descentralização. De campo, pois dados foram coletados na sede da FHAJ. Foi também documental, por buscar relatórios internos e documentos diversos não publicados que encontravam-se relacionados a esta pesquisa. Por fim, bibliográfica em virtude da utilização de livros e artigos científicos relevantes sobre Políticas Públicas e Direito Administrativo.

No que diz respeito à seleção dos sujeitos, foram entrevistados os atores que tiveram um maior envolvimento na administração da Fundação Hospital Adriano Jorge, após o seu processo de criação. Entrevistou-se, portanto, o diretor-presidente da fundação e seus respectivos diretores subordinados que ocupavam estes cargos durante a transformação do Hospital Geral Adriano Jorge (HGAJ) em Fundação.

São, portanto, quatro entrevistados, o ex-diretor presidente (médico ortopedista), a ex-diretora de assistência médica (médica endocrinologista), o ex-diretor de ensino e pesquisa (médico cirurgião geral) e a ex-diretora administrativo-financeira (administradora).

Estas entrevistas, que foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, tinham o objetivo de saber, através das pessoas que foram indicadas para ocupar os cargos comissionados de nível estratégico na FHAJ e que coordenaram todo o processo de mudança e gestão, quais os objetivos de se transformar o HGAJ em Fundação, verificando se havia coerência e convergência nas respostas dos quatro entrevistados, para que se pudessem definir estes objetivos como norteadores da avaliação buscada neste trabalho. Desta forma, cada entrevistado foi orientado a dar mais de uma resposta e em ordem de prioridade, para que se pudessem elencar as diversas e mais importantes categorias vislumbradas pelos partícipes da criação da FHAJ.

A primeira pergunta do questionário objetivava saber, sobre o entendimento dos entrevistados, o motivo da criação da FHAJ. Assim, foi perguntado: Em linhas gerais qual(is) o(s) principais motivo(s) de se criar Fundações Públicas de saúde, especificamente a FHAJ?

A segunda pergunta procurava relacionar o que ensina o Direito Administrativo sobre os tipos de serviços públicos, no sentido de comparar estes ensinamentos ao caso da FHAJ. Perguntou-se, portanto: A doutrina do Direito Administrativo classifica os serviços públicos em próprios (atividades inerentes ao Estado) e impróprios (atividades para demandas específicas). O Estado deve exercer os serviços próprios diretamente, enquanto no impróprio o Estado pode descentralizar sua

execução ou conceder à particular. Sobre este prisma, qual o seu entendimento sobre a criação da FHAJ?

Já a terceira questão objetivava saber se houve, sobre a visão dos entrevistados, o ganho de qualidade e um aumento na prestação de serviços à população. Esta pergunta fora feita, também, para contrapor as respostas aos dados levantados no trabalho. Assim, fora perguntado: O senhor(a) acredita que a descentralização trouxe melhorias para o atendimento a população? De que forma? Onde o senhor(a) considera que não houve melhorias?

A quarta questão contempla a anterior, onde os entrevistados que consideraram haver melhoras indicam onde houve a melhora dos serviços prestados.

Os entrevistados também foram questionados se os serviços que foram incrementados ou excluídos, propiciaram, a evolução do orçamento pela fonte de recursos do SUS (230) ou por convênios. Tal pergunta objetivava uma consideração à luz dos dados do faturamento (SUS) apresentados na análise do orçamento.

O processo de descentralização do Hospital Geral Adriano Jorge poderia estar pautado em uma consistência de pensamento político ou em uma ideologia. Por isso, os entrevistados foram questionados no intuito de saber se o referido processo de descentralização foi orientado por alguma corrente ideológica, política ou filosófica.

A sexta questão buscava saber se os entrevistados consideravam que descentralização trouxe de fato autonomia administrativo-financeira. Assim, questionou-se: A descentralização trouxe de fato autonomia administrativo-financeira ou a FHAJ ficou muito dependente do Estado e dos Repasses das Fontes 100 (tesouro estadual) e 230 (recursos federais)? Para facilitar o entendimento do entrevistado, dois casos serviram de exemplo: 1) *Concurso da Susam (exemplo de problema administrativo)*; e 2) *execução orçamentária das Fundações (exemplo de problema orçamentário-financeiro)*.

Na parte final da entrevista fora explicada, ou esclarecida, a diferença entre direito privado e direito público interno, com a finalidade de saber se os entrevistados consideravam melhor ou pior a hipótese da FHAJ ser regida por um dos referidos tipos de direito, compreendendo ser, um deles, mais dependente, administrativa e financeiramente. Com isso fora perguntado: Se a FHAJ fosse de Direito privado e não de direito público interno, na sua opinião, ela seria mais dependente administrativa e financeiramente?

Por fim, para delimitar e deixar claro o conceito de Política Pública, foram dirimidas dúvidas sobre o tema antes de questionar os entrevistados se eles consideravam a criação da FHAJ como uma Política Pública ou parte de uma.

As entrevistas, por fim, serviram de uma maneira geral para entender a intenção dos tomadores de decisão e das pessoas que compunham cargos de confiança no Hospital Geral Adriano Jorge e que estavam ligadas, conseqüentemente, ao poder executivo estadual. Sobre este prisma ficou excluído da pesquisa o restante dos funcionários, não importando se eram efetivos, comissionados ou contratados.

Por se tratar de administração pública e suas peculiaridades, as pessoas que ocupam hoje cargos estratégicos, em sua maioria comissionados, poderiam ser orientadas a conceder respostas tendenciosas por motivos políticos e por isso também foram excluídas da pesquisa.

Assim, buscou-se maior veracidade nas informações analisando e estudando os dados encontrados nos documentos e relatórios que serviram de base para esta pesquisa.

Enfim, os dados que fundamentaram esta pesquisa foram coletados em relatórios e documentos internos da FHAJ nas áreas de finanças públicas, orçamento, faturamento SUS, planejamento e recursos humanos.

Fez-se, também, coleta de dados, como já foi acima mencionado, através de entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos da pesquisa, além de pesquisa bibliográfica em livros, artigos científicos, legislações, teses e dissertações.

Para tratar e analisar os dados, primeiramente verificou-se, através das entrevistas, a intenção do executivo estadual em descentralizar as unidades de saúde. Em seguida, as ações do governo atreladas à variáveis de desempenho identificadas na FHAJ foram mensuradas em sua totalidade entre os anos de 2002 e 2007, com o objetivo de evidenciar se de fato houve melhora na prestação dos serviços à população, ganhos orçamentários e melhores condições de gestão o que denotaria, no nosso entendimento, autonomia administrativo-financeira.

Além disso, não fora feito uso de estatística inferencial ou probabilística, por dois motivos. Primeiramente em virtude de a entrevista ter tido caráter eminentemente qualitativo, no sentido de buscar a intenção do governo estadual na criação da FHAJ. Em segundo lugar, pelas variáveis analisadas estarem sendo estudadas em sua totalidade o que possibilita a interpretação à luz da estatística descritiva, analisando assim os dados coletados na pesquisa.

E para alcançar seus objetivos este trabalho foi dividido em cinco partes, na seguinte seqüência: 1) Introdução: enquadrando o problema levantado dentro do contexto da saúde pública brasileira, a partir da concepção do Sistema Único de Saúde – SUS e da conjuntura estrutural da administração pública estadual; 2) Procedimentos Metodológicos: definindo os métodos e técnicas de coleta, análise e interpretação dos dados; 3) Fundamentação teórica: delimitando os estudos relevantes de outros autores sobre o tema levantado nesta pesquisa, para servir de parâmetro e delineamento dos estudos; 4) Estudo da Política Pública de criação da Fundação Hospital Adriano Jorge: apresentando e analisando os resultados da pesquisa; 5) Considerações finais: conclusões sobre os estudos e a pesquisa; e 6) Bibliografia.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. ESTUDO DE CASO

O Estudo de Caso é um método que pode ser considerado como um tipo de análise qualitativa (Goode, 1969) e tem sido pensado, de acordo com YIN (1989, p. 10), como "o irmão mais fraco dos métodos das Ciências Sociais".

Bonoma (1985) afirma que o método do Estudo de Caso tem sido visto mais como um recurso pedagógico ou como uma maneira para se gerar 'insights' exploratórios, do que um método de pesquisa propriamente dito e isto tem ajudado a mantê-lo nesta condição.

Todavia, mesmo com as fraquezas e limitações apontadas, o Estudo de Caso tem tido um uso extensivo na pesquisa social, seja nas disciplinas tradicionais, como a Psicologia, seja nas disciplinas que possuem uma forte orientação para a prática como a Administração, além de ser usado para a elaboração de teses e dissertações nestas disciplinas. Mas, se o método é assim considerado, porque isto ocorre?

Uma das causas mais prováveis para isto, segundo YIN (1989), reside no fato de que a afirmação de que este método é o irmão mais fraco dos métodos, pode

estar errada uma vez que, por ser utilizado como um método pedagógico, seu projeto, suas limitações e fraquezas não sejam bem conhecidas enquanto método de pesquisa.

O Método do Estudo de Caso é um método das Ciências Sociais e, como outras estratégias, tem as suas vantagens e desvantagens que devem ser analisadas à luz do tipo de problema e questões a serem respondidas, do controle possível ao investigador sobre o real evento comportamental e o foco na atualidade, em contraste com o caráter do método histórico.

Um ponto comum entre vários autores (Goode, 1969, Yin, 1989, Bonoma, 1985) é a recomendação de grande cuidado ao se planejar a execução do estudo de caso para se fazer frente às críticas tradicionais que são feitas ao método.

3.1.1. Definição de Estudo de Caso

O Método do Estudo de Caso "... não é uma técnica específica. É um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado" (Goode & Hatt, 1969, p.422). De outra forma, Tull (1976, p 323) afirma que "um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular" e Bonoma (1985, p. 203) coloca que o "estudo de caso é uma descrição de uma situação gerencial".

Yin (1989, p. 23) afirma que "o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas". Esta definição, apresentada como uma "definição mais técnica" por Yin (1989, p. 23), nos ajuda, segundo ele, a compreender e distinguir o método do estudo de caso de outras estratégias de pesquisa como o método histórico e a entrevista em profundidade, o método experimental e o survey.

3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS

A evolução das tecnologias de informática e de comunicação tem dado uma nova dinâmica às relações comerciais modernas, com uma movimentação peculiar do sistema capitalista, pois os mercados deixaram de ser somente locais, para ganhar uma abrangência regional e até mesmo global. Aliado a isso, tem-se intensificado o grau de exigência da população em geral. Desta forma as atividades do Estado, que precisam ser revistas, vêm se construindo em um ambiente competitivo e dinâmico.

Neste contexto de globalização, não só as empresas, mas os Estados passaram a competir entre si na economia global. A diferença é que as empresas tiveram que adaptar rapidamente suas técnicas de administração para garantir a capacidade de obtenção de lucro e sua competitividade, alicerçando, consecutivamente, sua presença no mercado. Os Estados, como ensina Saravia (2006), tiveram outro comportamento:

“As organizações estatais reagiram tardiamente ou não se modificaram em face das novas circunstâncias. O resultado foi uma deterioração de sua capacidade de resposta às necessidades e aos anseios da população e um correlato declínio de sua credibilidade. No âmbito público registrou-se ademais, um desejo crescente de participação democrática nas decisões estatais, na sua implementação, no seu controle e nos seus benefícios”.

A reconstrução do Estado, objetivando o atendimento as demandas sociais e a diminuição das tensões oriundas do capitalismo, é mais profícua quando a ação governamental está baseada na idéia de Política Pública e não de planejamento rígido, estático e a longo prazo. *O processo de política pública mostra-se, desta forma, como uma moderna maneira de lidar com as incertezas decorrentes das rápidas mudanças de contexto (SARAVIA, 2006).*

Neste mesmo entendimento FLEURY (2003) afirma que a política pública tem o intuito de promover o bem-estar e a proteção social. Isto posto, depreende-se que as atividades estatais devem ser planejadas para alcançar um nível de equidade social que possa ser aceito pela maioria, através de consulta popular e estudos que comprovem o surgimento de demandas.

É dentro desta perspectiva que se interpreta o fato de que instituições públicas podem estar sendo criadas através de conceitos deturpados, sem necessidade, com um entendimento distorcido ou até mesmo dicotômico da realidade. Recursos podem estar sendo mal alocados tendo em vista o que a população precisa de fato, o que o Estado entende como demanda social e a dificuldade que o Estado tem de se adaptar frente à evolução da dinâmica civilizacional.

3.2.1. O conceito de Políticas Públicas

O estudo de políticas públicas surgiu como disciplina de ciências políticas em meados dos anos 60 (Sabatier, 1991). Aliado ao conceito de política e de administração, política pública está associada ao termo “o que o governo faz” (Salisbury 1995 *apud* Farah, 2004). Isto é, um conjunto de ações que pode ser tomado coletivamente, buscando garantir um compromisso público firmado em alguma área específica.

Por isso, as políticas públicas têm sua importância majorada quando levamos em consideração o fato delas servirem como meio do Estado instrumentalizar seus diferentes domínios em diferentes ações. Tal instrumentalização é concebida através de planejamentos estratégicos, programas de Estado, programas de governo e consecutivamente de ações públicas.

A compreensão do conceito pode conduzir o gestor público a aprimorar sua tomada de decisão, salvaguardando a teleologia do Estado que é garantir não somente o interesse coletivo, mas o bem-estar da sociedade.

Assim, é importante que se delimite o conceito para que se possa enquadrar a criação da Fundação Hospital Adriano Jorge como sendo uma parte integrante de uma política pública ou como uma política pública de fato. Ainda, devemos esboçar os efeitos que podem ser ocasionados pelo planejamento governamental e conseqüentemente por suas políticas públicas.

Buscamos assim, primeiramente encontrar a origem da expressão “políticas públicas”. Desta forma, remetemo-nos a Saravia (2006) ensinando que tal expressão é oriunda do termo em inglês “policy”, que significa método de ação, princípio. Então as políticas públicas seriam, resumidamente, as ações públicas. Todavia, o termo em inglês “politics” também significa políticas, mas em um sentido mais voltado a política partidária.

Assim, segundo Saravia (2006), a política pública é *um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade*. O Autor ainda diz tratar-se de:

“Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, idéias e visões que adotam ou influem na decisão. É possível considerá-las como estratégias que apontam para diversos fins, de alguma forma, desejados pelos diversos grupos que participam do processo decisório. (...) Como uma perspectiva mais operacional, poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio de determinados objetivos e estratégias de atuação e alocação de recursos necessários para se atingir os objetivos estabelecidos”. (p. 29)

Por sua vez, Wildavsky (1979) considera política pública como um processo de tomada de decisões e como o resultado oriundo deste mesmo processo indo ao encontro dos ensinamentos de Saravia. Aguilar Villanueva (1992) mostra como as denotações do termo “política”, mas que ao depreender sua leitura em sentido amplo entendemos como políticas públicas:

“(...) um campo de atividade governamental, um propósito geral a ser realizado, uma situação social desejada, uma proposta de ação específica, uma norma ou normas que existem para determinada problemática, um conjunto de objetivos e programas de ação que o governo tem em um campo de questões.”

Levando em consideração o que fora acima exposto, entendemos então que Política Pública é, portanto, uma ação, ou ações, de governo desenvolvidas para o alcance dos interesses coletivos, através de métodos e técnicas que levem em consideração o interesse dos agentes envolvidos no processo, ou sistema, de tomada de decisões.

Então, a definição poderia ser delimitada, em sentido geral, como o processo de planejamento e definição de um estado futuro desejado e das ações relevantes para o alcance dos objetivos planejados e em sentido estrito poderia ser vista como o resultado oriundo deste processo.

Neste contexto, as políticas públicas são condicionadas, concebidas e executadas por interferência da cultura organizacional das mais diversas instituições estatais em suas respectivas atividades, além de interferências isoladas de indivíduos, ou grupo de indivíduos, sob vários contextos. Desta forma, as organizações participantes do processo de política pública colaboram com suas estruturas, procedimentos burocráticos e com sua cultura, influenciando na tomadas de decisões. Todavia, o interessante seria que além da participação, as vezes isolada, das instituições no planejamento das políticas públicas, fosse possível a adequação de suas estruturas públicas aos aclames da população. No caso exemplificado por Schweizer (2001) as estruturas das instituições públicas não acompanharam as demandas da sociedade, vejamos:

“comprovado na estrutura das prefeituras, onde raramente há secretarias de saneamento ou de recursos hídricos, que deveriam ser prioritárias, dadas as precárias condições sanitárias e hídricas da região”.

Assim, levar em consideração a implicação dos atores, incluindo as instituições é fator relevante para o entendimento da elaboração de políticas públicas, pois desta

forma é possível evidenciar os diversos interesses, a abrangência e os efeitos das ações do Estado. A interação entre interesses, abrangência e efeitos pode ocorrer em maior ou menor alcance, variando, de acordo com a complexidade da política sugerida.

Neste contexto interativo entre atores, instituições e interesses, ainda há o que Cavalcanti (2005) chama de gestão integrada das políticas públicas. Este prisma reconhece *“a interdependência, da complexidade e do caráter multifacetado dos problemas que as políticas públicas visam resolver.”* Com isso, a identificação de um problema não garante sua resolutividade por uma política pública, pois cabe evidenciar se tal problema é de fato relevante ou quais aspectos são primordiais para a manutenção da ordem social.

Portanto, o interessante é, primeiramente, verificar o problema e sua abrangência para, em seguida, identificar as instituições e estruturas públicas que serão relacionadas com a ação governamental. Assim poderiam ser concebidas políticas públicas mais eficientes.

Em sentido estrito, portanto, pode-se entender que a criação da FHAJ é de fato uma política pública, enxergando-a como o resultado oriundo de um processo de tomadas de decisões, ou como um conjunto de medidas tomadas para alcançar um resultado almejado: 1) tanto por se tratar do seguimento de uma estratégia de governo que apontava para o ganho de autonomia administrativo-financeira de instituições públicas de saúde do Estado, tentando modificar o cenário do atendimento à saúde; 2) como uma ação do Estado para tentar alcançar um efeito promissor na administração da saúde pública, vislumbrando um melhor atendimento aos cidadãos e, conseqüentemente, melhores resultados de satisfação da sociedade; 3) além de ser derivada uma norma de ação específica e um objetivo (Aguilar Villanueva, 1992) derivado do programa 3190 do PPA de 2003/2006.

3.2.2 O Processo de Política Pública.

As políticas públicas, não importando sua área de atuação ou abrangência, seguem o processo, ou o ciclo de políticas públicas, que costuma ser desmembrado em seis etapas interdependentes e consecutivas: Agenda, Elaboração, Formulação, Implementação, Execução e Avaliação (Saravia, 2006).

A etapa de avaliação de políticas públicas, por sua vez, será vislumbrada em um capítulo a parte, por estar diretamente relacionada ao tema desta dissertação e em virtude disto será descrita em maior amplitude.

Além disso, procurou-se abordar a elaboração das políticas públicas e a formulação da agenda em um mesmo momento, tendo em vista o fato de estas etapas estarem muito ligadas.

A elaboração, portanto, é a etapa que identifica e delimita um problema, determinado soluções ou alternativas que satisfaçam a sociedade, além de observar seus efeitos mais prováveis e seus custos definindo prioridades (Saravia,2006).

A elaboração é a identificação de um problema que inquieta a sociedade ou a administração pública e se incorpora ao sistema político, através da inclusão na agenda de governo, para sua resolução (Subirats 1989).

Pode-se, inclusive, elevar o grau de importância destas etapas no processo de construção de políticas públicas, tendo em visto o fato de elas darem início ao ciclo. Sendo assim, se a elaboração e, consecutivamente, a formação da agenda forem concebidas equivocadamente, todo processo, por ser sistêmico, pode ser prejudicado.

Com isso surge o questionamento: como saber os motivos que levam um assunto a ser elencado no rol de prioridades das ações de governo? A busca de resposta para tal questão pode ser árdua se verificarmos o que Kingdon (1995) relata sobre a formulação da agenda como um campo pouco explorado no que concerne a como as escolhas foram feitas pelos *decision-makers* (tomadores de decisão), pois se sabe mais sobre o conteúdo e a forma do que como determinadas questões foram encaminhadas para a agenda. O autor ainda afirma que temas são

facilmente inseridos e removidos da agenda, tornando difícil a definição de seu *status* e, além disso, um item pode ocupar um lugar relevante na agenda e não ser aprovado pelo executivo ou legislativo, e mesmo sendo aprovado não há garantia que ele seja implementado de acordo com o previsto.

Além disso, os conceitos de agendas podem ser os mais diversos como a pauta de uma reunião ou um conjunto de propostas, mas entendemos a agenda, de acordo com Subirats (1989), como a “*definição oficial do problema a resolver. Será uma versão oficial de um problema que pode ter diversas considerações desde os distintos posicionamentos dos atores implicados*”. E indo ao encontro desta definição de Subirats, Kingdon (1995) ainda ensina que agenda de governo “*é a lista de temas ou problemas que são alvo em um dado momento de séria atenção tanto das autoridades governamentais como de pessoas fora do governo (...)*”.

E como estas agendas são, ou deveriam ser, estabelecidas? A resposta desta pergunta é concentrada para Kingdon (1995) em três explicações: problemas, políticas e participantes visíveis.

O reconhecimento do problema, na fase de elaboração, é o primeiro passo para o estabelecimento da agenda, mas devemos compreender que situações são diferentes de problemas, pois ocorrem diversas situações no nosso cotidiano que não são relevantes ou prioritárias na agenda pública e só se tornam problemas quando entendemos que devemos modificá-las.

Situações que colocam em cheque valores importantes, que são comparadas com outros países ou com outras unidades relevantes e que são classificadas em determinado nível, abaixo do estimado, podem de fato vir a ser um problema.

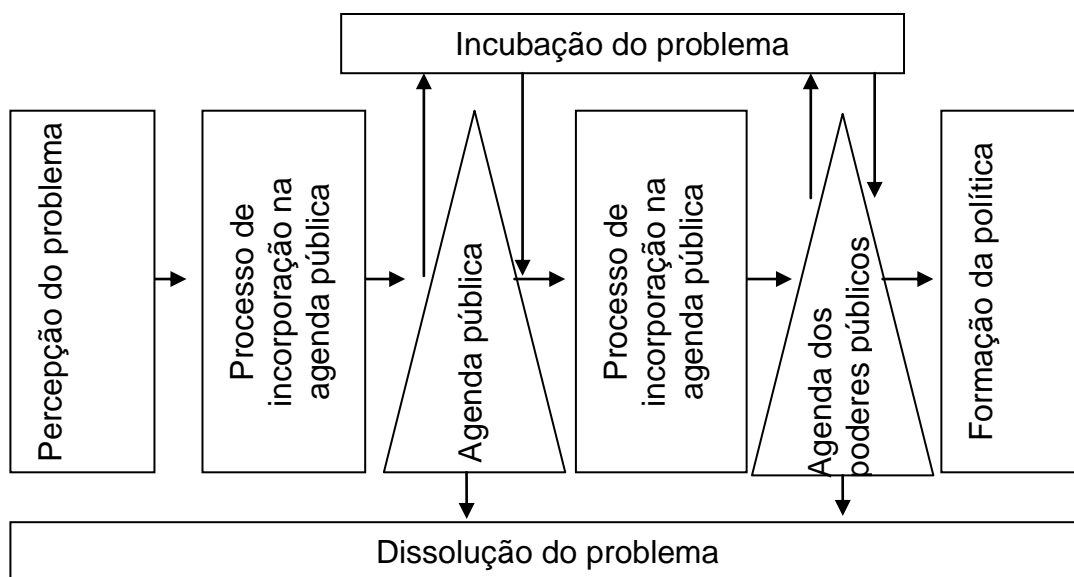
O segundo motivo que leva um tema a ser conotado como mais ou menos importante que outro na agenda é o fluxo da política, pois desdobramentos no âmbito da política são intensivos modificadores das políticas e da agenda.

A relação de interesses entre os que dominam o poder e os grupos que querem ascendê-lo ou mantê-lo reflete diretamente na formação da agenda.

Por fim, a chance de um determinado tema ter maior ou menor visibilidade e, por isso, ser inserido na agenda pública, está proporcionalmente ligada à importância dada a este tema pelos chamados, por Kingdon (1995), participantes visíveis (Presidente e seus assessores do alto escalão, importantes membros do Congresso, a mídia, partidos políticos e comitês de campanha).

A figura a seguir mostra resumidamente como um determinado problema é inserido na agenda e recebe atenção para a concepção de políticas públicas.

Figura 2.1. Diagrama de desenvolvimento da agenda pública



Fonte: Starling, G, 1988, p.69 *apud* Subirats (livre tradução do autor)

Este diagrama é apresentado por Subirats (1989) para fazer relação entre o juízo de valor dos políticos e o processo de decisão que irá definir a agenda, denotando a importância do viés político no processo. Como o autor afirma: “os dirigentes políticos querem expressar os valores dominantes em dado momento em uma determinada sociedade”.

Após a Agenda e a Elaboração, etapas onde são identificadas, basicamente, as demandas sociais e realizada a declaração oficial dos problemas considerados, o próximo passo consiste na especificação da(s) alternativa(s) mais apropriada(s) e na

apresentação explícita e formal das decisões que serão adotadas, definindo seus objetivos, seus termos financeiros, jurídicos e administrativos, além das ações a seguir.

Assim, identificamos nesta fase uma forte ligação entre as ferramentas e técnicas das políticas públicas e os fins para o qual ela esta sendo concebida, bem como a interdependência entre as etapas do ciclo de políticas públicas.

Subirats (1989), afirma sobre a fase de formulação:

“Uma vez defino o problema e fixadas distintas previsões de avaliação de futuro, chegaria o momento da decisão, centrado essencialmente na definição dos objetivos e fixação de opções ou vias de ação a seguir”.

Sobre este aspecto é interessante planejar as alternativas de ações de governo que responderão aos problemas levantados, de acordo com a limitação de recursos de diversas naturezas e, assim, escolher a alternativa mais viável que se adéque, inclusive, a realidade político-administrativa.

Outro ponto relevante é a necessidade de normatizar os atos administrativos inerentes ao processo decisório. Sobre este aspecto Subirats (1989) afirma que os atos formais tem o sentido de garantir aos cidadãos uma defesa diante de um possível uso arbitrário do poder pelas autoridades. No entanto, é preciso tomar cuidado com o excesso de formalidade, que pode contribuir para a ineficiência do aparato estatal.

Neste pensamento, o objetivo do Estado deve ser o de encontrar caminhos para atender as necessidades da população, evitando o excesso de rigidez inclusive, quando for o caso, usufruindo do próprio procedimento formal. Para atingir, então, este objetivo é mister fazer o uso de técnicas legislativas que se preocupem com os fins para os quais as normas são concebidas.

Após os procedimentos formais chega a fase da implementação, onde os recursos são alocados e organizados para que uma política pública possa ser executada. Esta é a fase de preparação dos recursos e da(s) instituição(ões) para que as ações do Estado possam ser efetivamente posta em prática.

A devida importância à etapa de Implementação de Políticas Públicas, só começou a ser dada no início da década de 70 nos Estados Unidos com os estudos de Pressman e Wildavsky (Hill, 2004). Não havia até então, despertado o interesse dos cientistas sociais, que “se preocupavam obcecadamente com o processo de formulação, deixando a cargo dos administradores os detalhes práticos da implementação” (Gunn, 1978).

Mas a preocupação de muitos autores tem sido, segundo Hill (2004), diferenciar a fase de implementação das outras, para dar a devida importância a esta fase e colocá-la como integrante do ciclo de políticas públicas.

Sendo assim, no decorrer do desenvolvimento das pesquisas sobre implementação surgiu um debate sobre os modelos *Top-down* (de cima para baixo) e *Down-top* (de baixo para cima).

O *Top-down* tem suas raízes no modelo de estágios, indicando uma separação bem definida da formulação e da implementação. Assim, Van Meter e Van Horn (1975) *apud* Hill (2004) definem implementação como: “as ações de indivíduos (ou grupos) privados ou públicos, direcionadas à consecução de objetivos previamente estipulados por decisões políticas”, ou seja, ações direcionadas após a etapa de formulação.

Todavia, este modelo tem sido criticado. Primeiramente, em virtude da definição de política dada por Pressman e Wildavsky quando fazem referência ao termo como objeto da fase de implementação, mas o que vem a ser política, senão um fenômeno altamente complexo e, por isso, muito difícil de delimitar, acarretando na dificuldade de identificar o que está sendo implementado. Em seguida, por alguns autores não considerarem que há alguns programas não divulgados e que exigem novas atividades. Por fim, nem sempre é possível identificar em que momento as

decisões políticas foram tomadas, nem se foram tomadas na fase de formulação, onde identifica-se o processo legislativo (Hill, 2004).

Através destas considerações depreende-se que a elaboração de políticas, continua durante a fase de implementação. Indo ao encontro dos ensinamentos de Hill(2004) e Oliveira (2006), por exemplo, afirmando que os resultados decepcionantes de determinadas políticas postas em prática atualmente, são por diversas vezes desastrosos, pois percebe-se um entendimento equivocado do planejamento, dissociando a elaboração da implementação de políticas públicas.

O modelo *down-top*, por sua vez está mais centrado no reconhecimento de que em muitas áreas de políticas os atores estão obrigados a escolher entre programas conflitantes ou que interagem entre si, do que na discussão sobre a separação da formulação e da implementação.

Elmore *apud* Hill (2004), define o modelo *down-top* como:

“um raciocínio retrospectivo que parte do indivíduo e das escolhas organizacionais, que são o cerne do problema a que as políticas são dirigidas; prossegue com as regras, procedimentos e estruturas mais próximas a essas escolhas; com os instrumentos de políticas disponíveis e, finalmente, com os objetivos políticos viáveis.”

Depreendendo esta definição, verificamos que o *down-top* parte de uma análise das necessidades populacionais para a definição dos instrumentos que serão utilizados de fato na política. Mas qual o melhor modelo? Ou quando se deve utilizar um ou o outro? As respostas podem ser as mais diversas possíveis, caso as perguntas sejam feitas a autores que defendem uma das correntes, mas o que Hill e Hupe (2003) afirmam é que ambos os modelos tem pontos fortes e fracos, mas a escolha entre um deles está centrada em fatores práticos e contingências.

Além da discussão entre *top-down* e *down-top* há, ainda, outro conflito no discernimento da etapa de implementação, onde alguns autores a confundem com a etapa de execução. Assim, interpretamos Subirats (1989) para tentar mitigar esta

outra “celeuma sobre o tema”, afirmando que a implementação é a etapa operacionalizadora do processo de política pública, contudo a execução tem o caráter de seguir o processo conforme os arranjos, ou sistemas, institucionais, políticos e decisórios que forem concebidos. Convergindo a este pensamento, Saravia (2006) afirma que a implementação é o apresto para a execução e a execução é o ato de por em prática a decisão política.

Conforme fora acima exposto, a etapa de execução é determinada pelo conjunto de atos destinado a alcançar os objetivos definidos nas etapas anteriores. Trata-se, portanto, da colocação em prática da política pública, ou seja, da sua efetiva realização. Inclui-se, aqui, a identificação dos obstáculos que normalmente se opõem à transformação dos enunciados em resultados efetivos.

Max Weber considerava que as organizações burocráticas tinham a vantagem da falta de ambigüidade, da sua unidade, da sua continuidade e sua subordinação estabelecida por normas, o que evitaria tensões e distorções. Todavia, isso só seria possível se não houvesse problemas e se as atividades fossem destinadas a um fim previsível e invariável.

Desta forma, pode-se colar a burocracia no centro das discussões, tendo em vista o fato de ela poder ser um agente facilitador na execução de política pública, mas aparecendo freqüentemente como um dos principais obstáculos.

Assim, a estrutura burocrática estaria dividida em uma cúpula tomadora de decisões e um núcleo operacional que deveria agir de maneira “cega” e “indiferente”, através de procedimentos normatizados, que levariam ao cumprimento dos objetivos fixados pela linha de comando na cúpula decisória (Subirats, 1989).

Esta separação bem definida entre os tomadores de decisões e o núcleo operacional, com o formalismo e rigidez deste modelo de burocracia, tem se mostrado pouco capaz de adaptar-se a um ambiente instável, dinâmico e competitivo. Conseqüentemente, pouco capaz de adaptar-se aos compromissos que o Estado democrático tem assumido e, menos capaz ainda, de resistir à

fragmentação de interesses e aos ajustes exigidos pelas mudanças tecnológicas (Casals, 1997).

Todavia, Rua e Aguiar (1995) destacam que o processo de racionalização da sociedade moderna, o avanço tecnológico, o crescente papel do Estado e a aguada crise de credibilidade da classe política têm colocado a burocracia, mesmo com suas disfunções, em um eixo central na organização política da sociedade moderna.

3.3. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Este é o momento, simploriamente, de evidenciar se o que foi executado está de acordo com o que foi planejado e, principalmente, se os resultados estão a contento para a sociedade.

Epistemologicamente, avaliar tem o sentido de julgar, estimar, medir, classificar, ordenar, ponderar, aferir, ou analisar criticamente o método, o valor, a importância, a relevância ou a utilidade de alguma coisa ou alguém.

Silva (1992; p.22) revela que o homem avalia em todos os momentos, os elementos que estão a sua volta. *“Avaliação é uma operação mental que integra seu próprio pensamento, as avaliações que faz orientam ou reorientam sua conduta”*.

Em uma visão mais executória, avaliação seria, segunda a Organização das Nações Unidas (ONU, 2001; p.2):

“(...) o processo que destina a determinar sistemática e objetivamente a pertinência, eficiência, eficácia e impacto de todas as atividades à luz de seus objetivos. Trata-se de um processo organizacional para melhorar as atividades que estão em andamento e auxiliar a administração no planejamento, programações e decisões futuras”

Para a administração pública, o processo de avaliação diz respeito, segundo Holanda (2003), a *“(...) determinar o mérito e a prioridade de um projeto de*

investimento e um programa social” em outras palavras, denotar a importância de determinada ação através da indicação dos resultados e dos impactos gerados. Thoeing (2000), por sua vez, remete ao conceito de avaliação para as atividades de reforma na gestão pública, dizendo que a avaliação contribui para a aprendizagem, para conduzir mudanças e metas a serem alcançadas.

Sua aplicação possui diversos significados. Uma delas é considerar avaliação como um procedimento formal destinado a mostrar resultados que encaminhem possíveis intervenções, melhorando o gasto público nas suas diversas atividades. Ou como objeto de intervenção, no fornecimento de informações que aprimorem políticas, elaborem novos projetos ou, ainda, como prestação de contas, partindo de um conceito de *accountability*. (COSTA; CASTANHAR, 2003; THOEING, 2000; NEPP, 1999; FARIA, 2005).

Quanto ao uso da avaliação podem ser usadas três dimensões de acordo com Shulha e Cousins (1997 *apud* Faria, 2005): 1) instrumental (para apoiar decisões e/ou resolver problemas); 2) conceitual e 3) simbólica (de uso político). Já Weiss (1998) coloca quatro tipos de dimensões avaliativas, acrescentando a 4) avaliação para esclarecimento. 1) A avaliação instrumental é aconselhada quando: (a) os resultados não geram informações comprometidas; (b) quando as mudanças derivadas das informações geradas pela avaliação não possuem grandes implicações; (c) quando existe uma estabilidade no ambiente onde será aplicada a avaliação; e (d) quando o programa está em crise e a avaliação institucional se apresenta como último recurso.

2) A avaliação conceitual e a 3) avaliação simbólica são geralmente aplicadas por técnicos que não possuem poder decisório e os resultados de avaliação resultam em maior compreensão da natureza do programa, seu modo de condução e seus impactos. A avaliação como instrumento de persuasão auxilia os condutores do programa a lograrem maior apoio para mudanças desejadas.

4) A avaliação para esclarecimento serve para alterar as concepções e formas de ações de instituições. Este tipo de avaliação deriva do acúmulo de diversas outras avaliações, que vão além das concepções do programa.

Vários autores direcionam o uso de avaliação para o processo, enquanto outros autores direcionam para o uso decisório, mas todos convergem no entendimento de que a avaliação otimiza os recursos aplicados, cada vez mais escassos no setor público (Sabatier, 1991; Silva, 2001; Holanda, 2003). Desta forma, a avaliação não deve ser um fim em si mesma, deve ser um meio para alcançar um determinado fim (Thoeing, 2000).

Por considerar o conceito apresentado por Holanda (2003) como abrangente e sistêmico, o adotaremos neste trabalho. Assim, o autor conceitua a avaliação:

“(…) um procedimento sistemático de levantamento e análise de dados visando a identificar os resultados, efeitos ou impactos de um programa ou projeto e a aferir sua relevância, sustentabilidade, eficiência e eficácia, em confronto com os objetivos estabelecidos quando de sua concepção ou formulação (p. 59)”.

Esta definição alude a uma visão de avaliação como um processo dentro de um todo, um sistema. O simples fato de se avaliar não se mostra como uma atividade pontual, mas continuamente direcionada para aferir a sua relevância a curto, médio e longo prazo.

No que diz respeito às avaliações no setor público, a forma de gestão consolidada e institucionalizada define a cultura que se estabeleça para tal ação. Fazendo uma análise da reforma administrativa realizada no Brasil, nota-se que as mudanças partiram de uma concepção de que somente com a aplicação de tecnologias e métodos específicos, far-se-ia uma reforma globalista.

Defende-se, ou pelo menos se idealiza a construção de um Estado que possa enfrentar mudanças, contradições e desafios impregnados na atual conjuntura mundial. Além disso, ser capaz de lidar com as questões de desigualdade social e desenvolvimento, favorecendo condições que concretizem políticas democráticas e condições de igualdade social (klicksberg, 1994a, 1994b). As reformas na verdade

deveriam preocupar-se com a qualidade do serviço público e incentivar a participação dos cidadãos, o controle social, tendo como objeto o desenvolvimento.

Consolidando a idéia de um Estado mais justo, no sentido de oferecer justiça social e eficiência dos serviços, para a consolidação ou construção de instituições que incentivem o desenvolvimento, Estado e sociedade deveriam trabalhar para identificar iniciativas no âmbito local que necessitem ser priorizadas e continuadas. Um dos pressupostos importantes na busca por melhores políticas públicas ou intervenções que ajudem o processo de desenvolvimento encontra-se na necessidade de criar e fortalecer organizações e programas que estruturam modelos de gestão que tenham a reflexão e a aprendizagem entre seus pilares de sustentação. É por isso que o desenvolvimento de culturas de avaliação nas organizações da região tem se construído em ação estratégica para o fortalecimento organizacional (Ruediger; Riccio, 2005).

Diante de várias dificuldades, a administração pública não possui tradição de se avaliar. Tanto é verdade, que a maioria dos programas e instituições públicas avaliadoras são recentes, caso da Rede Brasil de Avaliação criada em 2002. Alguns Autores (Arretche, 1998, Thoeing, 2000, Engestron *et al*, 1991 *apud* Roesch, 2002, Costa; Castanhar 2003) elencam uma série de dificuldades que justificam a afirmação acima: 1) a deficiência de elaboração de projetos avaliáveis; 2) a relutância dos formuladores na adoção de críticas; 3) a falta de tempo para sua realização; como também 4) a falta de vontade política para tal iniciativa. O Banco Mundial (1997) chega a afirmar que um dos desafios para o desenvolvimento de capacidades é produzir uma cultura de avaliação. Patton (2004) confirma dizendo que os maiores problemas enfrentados em projetos de avaliação são de cunho cultural e falta de vontade política para tal iniciativa.

Mas transformações de cunho econômico nos últimos anos têm intensificado a necessidade de maior eficiência dos serviços públicos para gerar melhores resultados dos investimentos governamentais (Costa; Castanhar, 2003). Afirmando ainda os autores, que diferentemente de outros setores, o público não possui um “competidor competitivo”, servindo de medida de qualidade e eficácia.

O processo avaliativo tem sido uma prática favorecida pela criação de iniciativas como a Rede Brasileira de Avaliação, dos seminários e cursos realizados em todo o Brasil e dos investimentos em avaliações internas. Isso enfatiza a necessidade para que projetos e programas sejam avaliados.

Assim, como todas as mudanças estruturais, a avaliação não deve ser somente um ato normativo simples e nem um ato isolado, devendo englobar uma filosofia de interesse e preocupação com resultados para a sociedade, bem como o interesse da mesma pelas propostas instituídas pelos representantes eleitos para os benefícios comuns públicos.

Quanto ao julgamento, no próprio ato de avaliar está embutido o ato de conhecimento profundo do assunto e a emissão de juízo de valor frente aos atos apresentados. Alguns especialistas relatam que não se deveria perder tempo com o ato de julgar, pois a avaliação seria um ato exploratório e informativo, mas pesquisas mostram discutibilidade da imparcialidade, já que o avaliador é carregado de valores e cultura. Como escreve Feliciano (2005, p. 87), dizendo que a avaliação “(...) *está inserida em uma rede simbólica que justifica os interesses e comporta uma interpretação da ação*”.

Indo ao encontro desta idéia, diz Thoeing (2000, p.113): “*Os avaliadores devem ser capazes de ser sensíveis a cada caso e saber como utilizar os dados de forma informativa, não explicativa, como forma de assistência às políticas e não como julgamento*”.

Carvalho (1998, p. 172) observa que:

“não é possível avaliar de forma isolada, objetivos, estratégias, resultados de programas. Esses elementos só podem ser aprendidos na sua articulação, portanto, inseridos num dado processo e dinâmica de ação contextualizados num espaço e tempo determinados”.

Já Arretche (1998), afirma que é somente através da avaliação de políticas públicas que pode se estabelecer uma relação de causa e efeito entre os objetivos propostos e os resultados obtidos. Para o autor a avaliação deve ser feita por meio

de instrumentos metodológicos que comprovem esta relação casuística, variando de acordo com a complexidade da avaliação.

Para uma avaliação ser bem sucedida é preciso que ela tenha objetivos claros, mas dentre os vários problemas que podem ser encontrados na elaboração de políticas públicas é justamente a ambigüidade nos objetivos (*goal ambiguity*). Quando ocorre ambigüidade de objetivos, a mensuração dos resultados, efeitos ou impactos gerados pelo programa torna-se complexa. Esta questão de ambigüidade é decorrente do fato de que as organizações operam com múltiplos objetivos (*multi-goal approach*), condensados nos objetivos dos programas de governo. O estudo de avaliação deve ser pautado nos objetivos e por isso o avaliador deve desmembrar este objetivo em objetivos operacionais para proceder à análise de avaliação da efetividade dos programas e políticas de governo (Ouchi, 1980; Nepp, 1999).

Alguns programas têm seus objetivos traçados de maneira simples e exeqüível, com resultados que possibilitam uma avaliação mais tangível. Em outros programas, os objetivos estão impregnados de intenções de governo pouco operacionais, com dificuldades para serem analisados por simples indicadores. Em ambos os casos devem ser determinados objetivos pragmáticos, com o estabelecimento de conexões entre estes e os resultados a serem alcançados (Nepp, 1999)

3.3.1. Abordagens de Avaliação

Os diversos agrupamentos, classificações ou categorizações de avaliações acumulam diferentes abordagens, tipos ou modelos de avaliação. Alguns autores, por conta disso, tem se preocupado em discutir e prover distinções entre as formas e métodos avaliativos, determinado o que são modelos, abordagens e tipos de avaliação. Stufflebeam (2001) entende que o termo *approach* (abordagem) em lugar de “modelo” é mais apropriado para cobrir a diversidade de alternativas de avaliações existentes, De acordo com o autor, o termo “modelo” é tido como muito restritivo para denominar a abrangência de suas propostas avaliativas. Em relação à diferenciação entre modelo e tipo, Patton (1982) comenta que “é difícil fazer uma distinção entre modelos e tipos. A distinção não é absoluta (...) diferentes rótulos e

palavras significam diferentes coisas para diferentes avaliadores”. Dada a complexidade e diversidade desta área de conhecimento, parece ser mais sensato adotar a terminologia “abordagens”, pois se refere a diferentes formas de avaliação praticadas.

Para o processo avaliativo podem ser usados diferentes critérios e classificações, de acordo com seu objetivo. Patton (1982) menciona a classificação das abordagens de avaliação do Comitê de Padronização da Sociedade de Pesquisa dos Estados Unidos, como pode ser vislumbrado na tabela 3.1., abaixo:

Tabela 3.1. Classificação de avaliação, análise de políticas

Comitê de Padronização da Sociedade de Pesquisa dos Estados Unidos		Hogwood e Gun (1981;1984)	
Tipo de Avaliação	Característica	Tipo de Avaliação	Característica
Análise de início	Realizado no início do programa para auxiliar o planejamento e sua implementação.	Conteúdo das políticas	Os analistas procuram explicar a gênese e o desenvolvimento das políticas.
Análise de avaliabilidade	Busca avaliar o uso de diferentes métodos e técnicas de avaliação.	Processo das políticas	Os analistas dirigem a atenção para os estágios pelos quais passam questões e avaliam a influência de diferentes fatores, sobretudo na formulação das políticas.
Avaliação formativa	Promove a avaliação do programa em sua implementação – desenvolvimento de processos.	Resultado das políticas	Explicam-se como os gastos e serviços variam em diferentes áreas, razão porque tomam as políticas como variáveis dependentes e tentam compreendê-las em termos de fatores sociais, econômicos tecnológicos e outros.
Avaliação de impacto	Identificar os resultados, efeitos do programa: somativa, resultado, efetividade.	Estudo de avaliação	Procura identificar o impacto que as políticas têm sobre a população.
Avaliação de programa	Envolve atividade de verificação até entrega de produtos/serviços previstos.	Informação para elaboração de políticas	O governo e os analistas acadêmicos organizam os dados para auxiliar a elaboração de políticas e a tomada de decisões.
Avaliação final	Avaliação crítica realizada por profissionais especializados de relatórios de avaliações – re-análise, avaliação secundária.	Defesa de processos	Os analistas procuram melhorar os sistemas de avaliação de políticas e a máquina do governo, mediante a realocação de funções, tarefas e enfoques para a avaliação de opções.
		Defesa de	Atividade exercida por

		políticas	intermédio de grupos de pressão, em defesa de idéias ou opções específicas no processo de política.
--	--	------------------	---

Fonte: Adaptado de Patton (1982) e Dagnimo (2002)

A avaliação pode servir de base para estudar a eficiência, a eficácia até a efetividade das políticas públicas. A avaliação da eficiência envolve o estudo da relação do custo despendido e quais foram os resultados obtidos com o programa. A avaliação da eficácia diz respeito ao grau que objetivos e metas conseguiram atingir. Por fim, a avaliação da efetividade relaciona os resultados obtidos e os objetivos alcançados, em outras palavras, os seus impactos (Silva, 2001). A preocupação com a efetividade deve ser objetivo primário dos estudos de avaliação de programas públicos (Nepp, 1999).

Tabela 3.2. Foco das pesquisas avaliativas em políticas públicas

Avaliação	Objetivo	Característica	Dificuldades metodológicas
Eficiência	Resultados alcançados com a implementação do projeto/programa	Mais urgente, exige menores custos.	- Conceituação do termo para o setor público.
Eficácia	Demonstrar o alcance dos objetivos propostos	Identifica se as metas estabelecidas e/ou instrumentos previstos para implementação foram alcançadas/empregadas.	- Confiabilidade das informações obtidas; - exige reconstituição do processo de implementação/implantação.
Efetividade	Relação entre a implementação de um programa e seus resultados/impactos.	A preocupação é analisar as mudanças sociais advindas com a implementação do programa.	- justificar a relação de causalidade entre os resultados/impactos e os produtos gerados pela política implantada.

Fonte: Adaptado de Arretche (1998)

A avaliação permite o aumento da qualidade no processo de implementação, identificando problemas à medida que surgem, permite engajamento dos atores envolvidos, o transcurso das experiências, da eficiência, da eficácia, da efetividade (dependendo do objetivo da avaliação) e a relevância da ação (Heatwole; Keller; Wansley, 1976, Baker, 2000).

3.4. DESCENTRALIZAÇÃO RECENTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS E O CARÁTER DESCENTRALIZADOR PROPOSTO PELO SUS

Durante os últimos anos vem ocorrendo um remodelamento estrutural e organizacional do Sistema de Proteção Social no Brasil. Com exceção da área de previdência, as demais (educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular) tem apresentado e implementado programas de descentralização que tem transferido, gradativamente, uma gama de atribuições de gestão para os níveis estadual e municipal de governo (Arretche, 1998).

Isto pode estar ocorrendo como uma resposta a maneira como as relações intergovernamentais do Estado brasileiro eram praticadas durante o regime militar que eram bem similares às formas que caracterizam um Estado unitário, em vez daquelas que caracterizam as federações. Assim, governadores e prefeitos das capitais e de cerca de 140 cidades de médio e grande portes foram destituídos de base própria de autonomia política. Relações intergovernamentais deste tipo caracterizam os estados unitários, nos quais o poder político no plano local é uma delegação do governo central, fonte exclusiva da autoridade política (Riker, 1987).

Foi um Estado dotado destas características que consolidou o Sistema Brasileiro de Proteção Social, até então um conjunto disperso, fragmentado, com reduzidos índices de cobertura e fragilmente financiado de iniciativas governamentais na área social. Esta forma de Estado moldou uma das principais características institucionais do Sistema brasileiro: sua centralização financeira e administrativa (Arretche, 1998).

As políticas de saúde pública, mesmo que fragmentadas através de diversos órgãos públicos, eram executadas supondo a centralização financeira e administrativa do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e os programas verticais do Ministério da Saúde. Tal formato institucional era compatível com o tipo de Estado vigente durante a ditadura militar, para o qual estados e municípios eram agentes da expansão do Estado e da execução local de

políticas centralmente formuladas. Nestes termos, grande parte da atividade de planejamento no plano local consistia em formular projetos de solicitação de recursos para o governo federal, nos termos previstos pela agência federal encarregada da gestão de uma dada política (Medeiros, 1986).

Ao longo dos anos 80, recuperaram-se as bases do Estado federativo no Brasil. A democratização — particularmente, a retomada de eleições diretas para todos os níveis de governo — e a descentralização fiscal da Constituição de 1988 alteraram profundamente a natureza das relações intergovernamentais. A autoridade política de governadores e prefeitos não deriva do governo central, mas do voto popular direto. Paralelamente, estes últimos também expandiram expressivamente sua autoridade sobre recursos fiscais — uma vez que se ampliou a parcela dos tributos federais que é automaticamente transferida aos governos subnacionais —, assim como passaram a ter autoridade tributária sobre impostos de significativa importância (Arretche, 1998).

Em suma, no Brasil pós-1988, a autoridade política de cada nível de governo é soberana e independente das demais. Diferentemente de outros países, os municípios brasileiros foram declarados entes federativos autônomos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição.

Nestas condições, a redefinição de competências e atribuições da gestão das políticas sociais tem-se realizado sob as bases institucionais de um Estado federativo, o que significa dizer que o modo pelo qual os governos locais assumem funções de gestão de políticas públicas é inteiramente distinto daquele sob o qual elas foram assumidas no regime militar.

Em Estados federativos, estados e municípios — porque dotados de autonomia política e fiscal — assumem funções de gestão de políticas públicas ou por própria iniciativa, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo, ou ainda por expressa imposição constitucional. Assim, a transferência de atribuições entre níveis de governo supõe a adesão do nível de governo que passará a desempenhar as funções que se pretende que sejam transferidas. A recuperação das bases federativas do Estado brasileiro tem impacto sobre o

processo de descentralização das políticas sociais no país pelo fato de que, resguardados pelo princípio da soberania, estados e/ou municípios assumem a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando, portanto, ser incentivados para tal. Isto significa que as agências federais já não dispõem dos mecanismos de alinhamento dos governos locais — autoridade política delegada pelo centro e centralização fiscal — de que dispunham sob o regime militar. Assim, no Estado federativo, tornam-se essenciais estratégias de indução capazes de obter a adesão dos governos locais. Ou, dito de outro modo, as dificuldades para que a União — ou um governo estadual — delegue funções a um nível de governo menos abrangente são maiores hoje do que sob o regime militar.

Mas, além disto, em Estados federativos com sistema partidário competitivo, o controle de postos no Executivo e nas agências de governo constitui um importante recurso institucional das partes em disputa, o que implica dizer que tais sistemas tendem a estimular conflitos intergovernamentais (Schaps e Riker, 1987, pp. 73-77). Estados federativos e competição eleitoral engendram barganhas federativas, pelas quais cada nível de governo pretende transferir a uma outra administração a maior parte dos custos políticos e financeiros da gestão das políticas e reservar para si a maior parte dos benefícios dela derivados.

No caso brasileiro, a responsabilidade pública pela gestão de políticas sociais passou a ser um dos elementos da barganha federativa. Dadas as dimensões da pobreza brasileira e, portanto, da população-alvo dos programas sociais, a gestão de políticas sociais em nosso país tende a ser simultaneamente cara e inefetiva, na medida em que tende a consumir um elevado volume de recursos e apresentar baixos níveis de proteção efetiva. Neste caso, nas situações em que os custos políticos e/ou financeiros da gestão de uma dada política forem avaliados como muito elevados, a barganha federativa consiste em buscar atribuí-los ou imputá-los a um outro nível de governo. Tais custos serão tanto maiores quanto mais elevados forem os recursos exigidos pela engenharia operacional de uma dada política e na medida direta da extensão legal do escopo de beneficiários.

É devido à dimensão de barganha federativa que o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil só pode ser efetivo na medida em

que as administrações locais avaliem positivamente os ganhos a serem obtidos a partir da assunção de atribuições de gestão; ou, pelo menos, que considerem que os custos com os quais deveriam arcar poderiam ser minimizados pela ação dos demais níveis de governo. Assim, nas condições brasileiras atuais, a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos e benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa.

3.4.1. A descentralização das políticas sociais nos anos 90.

Nestes anos 90, o governo federal vem delegando a estados e municípios grande parte das funções de gestão das políticas de saúde, habitação, saneamento básico e assistência social.

Em 1997, instâncias colegiadas estaduais, com representação paritária de estados e municípios, eram responsáveis pela alocação da totalidade dos recursos da principal fonte financeira da política nacional de saneamento e habitação popular, o FGTS, o que significa que o executivo federal perdeu grande parte de seu poder alocativo sobre os recursos do Fundo; a oferta de merenda escolar era inteiramente gerida por estados e municípios; 58% dos municípios brasileiros estavam enquadrados em alguma das condições de gestão previstas pelo SUS, o que significa que estes assumiram funções de gestão da oferta local de serviços de saúde até então desempenhadas pela União; 69% das consultas médicas eram realizadas através de prestadores estaduais ou municipais, sendo que, destas, 54% eram prestadas pelos municípios, o que significa que mais da metade das consultas médicas passaram a ser oferecidas por prestadores municipais, os quais eram, até o final dos anos 80 — respeitadas as exceções —, o nível de governo menos envolvido na oferta de serviços de.

Por outro lado, nos estados examinados, a municipalização dos serviços de saneamento básico não passou de uma expectativa frustrada; até 1995, a

emergência de sistemas estaduais de habitação ocorreu apenas nos estados de São Paulo e do Ceará; a municipalização da rede de ensino fundamental ocorreu somente no Estado do Paraná; e, finalmente, em 1997, apenas 33% dos municípios brasileiros estavam habilitados a gerir os recursos federais destinados à oferta de serviços assistenciais

3.4.2. A descentralização no SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido executado em um processo de constante reformulação. Esta afirmação é possível, em virtude das diversas modificações estruturais que o SUS sofreu ao longo da sua história, sobretudo em virtude do seu princípio básico da descentralização.

A história do SUS não começa com a sua criação na promulgação, em 05 de outubro de 1988, do texto da Constituição da República Federativa do Brasil, mas com a crise do modelo médico-assistencial privatista que fora hegemônico na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira.

O modelo médico-assistencial privatista tinha como características principais: a extensão da cobertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana; o privilégio da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; a criação de um complexo médico-industrial; e o deslocamento da prestação dos serviços médicos e entes privados lucrativos e não lucrativos (Silva, 1983).

O contexto político e econômico que se deu durante os anos 70 e 80 foi determinante para o enfraquecimento e conseqüente esgotamento deste modelo. Em paralelo a este contexto, foram surgindo as primeiras experiências em municipalização. Surgiram também discussões e projetos pilotos em medicina comunitária, que deram origem, em 1979, ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Já em 1987, foi implementado no Executivo federal, um arranjo institucional denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) que tentou incorporar em seu desempenho alguns dos elementos centrais da proposta de reforma sanitária: a universalização, a **descentralização** pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras. O Suds foi contemporâneo da Assembléia Nacional Constituinte (Brasil, 2006a).

A dinâmica da Constituinte revelou-se um espaço democrático de negociações constantes e um ambiente de forte rejeição à centralização imposta pelo regime ditatorial. Desta forma associou-se descentralização a democracia e ampliaram-se a proteção à saúde pública como direito coletivo. Este processo se deu por meio da descentralização de competências e de receitas tributárias para estados e municípios, ou seja, fora concebida a *descentralização geográfica* (Meirelles, 2003) com uma clara preferência a municipalização (Brasil, 2006a).

Conseqüentemente a promulgação da Constituição, fora elaborada no período de 1989 a 1990, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, versando sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde pública brasileira, ditando os parâmetros de organização e o funcionamento dos serviços de saúde, como pode ser observado no que está disposto em seu artigo oitavo e seguintes.

O ordenamento legal, mencionado acima, passou a regular as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Em fim, após a promulgação da Lei 8.142 de dezembro de 1990 que passou a instituir e regular a participação popular no SUS, formou-se a base jurídica da saúde pública brasileira composta pela Lei acima mencionada, pela Lei 8.080, e pela seção de saúde da Constituição da República.

No seu parágrafo primeiro do artigo segundo, a lei do SUS ratifica o dever do Estado em garantir a saúde com *a reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças (...) no estabelecimento de*

condições que assegurem acesso universal e igualitário (...), como orienta, inclusive, o artigo sétimo.

A lei também determina em seu artigo quarto a composição do SUS como o *conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das **fundações mantidas pelo Poder Público*** (grifo nosso).

A Lei de 8.080 continua em vigor e foi alterada por algumas leis posteriores que lhe acrescentaram poucas disposições, não relevantes a este trabalho. Percebemos que talvez, tenha ocorrido um processo hermenêutico distorcido, ou seja uma interpretação equivocada do ordenamento do SUS e, assim, algumas ações buscando a melhoria do Sistema podem ter sido erroneamente motivadoras de distorções no processo de descentralização da saúde pública brasileira.

3.5. ASPECTOS GERAIS SOBRE O CONCEITO JURÍDICO DE FUNDAÇÕES PÚBLICAS

Esta dissertação não tem pretensões jurídicas, mas faz-se necessário definir o conceito de fundação pública dentro dos moldes doutrinários e legais do direito administrativo brasileiro, pois é através da Lei que a autonomia das fundações é estabelecida.

Para firmar o conceito de fundações públicas neste trabalho, fora concebida uma breve leitura da classificação dos chamados serviços públicos. Esta classificação, evidenciada em Meirelles (2003), é feita de acordo com a essencialidade, a finalidade, a adequação e os destinatários dos serviços.

Os serviços públicos podem, sinteticamente, ser classificados da seguinte maneira, sobre a luz dos ensinamentos do autor acima mencionado:

Serviços públicos propriamente ditos: são aqueles prestados diretamente à comunidade, tidos como essenciais a manutenção da sobrevivência da população e

do próprio Estado. Por isso, são considerados privativos do Poder público. São exemplos destes serviços os de defesa nacional, os de polícia e os de **manutenção da saúde pública**.

Serviços de utilidade pública: são aqueles não reconhecidos como essenciais, ou eminentemente necessários a população. Desta forma o Estado pode condicionar sua prestação a terceiros (concessionários, permissionários ou autorizatários).

Serviços próprios do Estado: são aqueles que se relacionam de forma íntima as atribuições finalísticas do Estado (segurança, polícia, higiene, **saúde pública** etc.). Por esta razão não podem ser delegados a particulares.

Serviços impróprios do Estado: são os que não interferem com grande valia nas necessidades da população, mas dizem respeito a interesses comuns de uma parcela populacional, são considerados serviços específicos. Com isso a administração presta estes serviços de forma indireta (autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações) ou tutela sua prestação a particulares. Tais serviços, geralmente, são rentáveis.

A luz desta classificação, depreende-se que o Poder Público não poderia conceber fundações públicas para a área de saúde por não se tratar de *serviço próprio* do Estado.

Todavia, não havendo nenhuma lei que restrinja ou limite a criação de fundação para o exercício de atividade própria do Estado, acreditamos, poderia, a Administração Pública, proceder de forma contrária, na hipótese da criação estar destinada a atividades específicas da saúde pública, trazendo, se fosse o caso, otimização dos gastos públicos e melhoria da qualidade da prestação dos serviços à população.

Em virtude das diversas fundações já instituídas pelo poder público, o conceito de Fundações Públicas poderia parecer unânime, ou bem próximo disto. Porém, ao pesquisar diversos autores, conseguiu-se perceber a polêmica que circunda o conceito de Fundação Pública.

O principal ponto discutido é o direito interno destas entidades. Tornou-se essencial definir, neste momento, a distinção de Direito Público Interno e Direito Privado. Como explica Hely Lopes Meirelles (2003):

“O Direito Público Interno visa a regular, precipuamente, os interesses estatais e sociais, cuidando só reflexamente da conduta individual.

(...)

O Direito Privado tutela predominantemente os interesses individuais, de modo a assegurar a coexistência das pessoas em sociedade e a fruição de seus bens.”

Fora percebida, basicamente, a presença de duas correntes de pensamento no que diz respeito ao direito interno das fundações públicas: uma que defende a natureza privada de todas as fundações instituídas pelo poder público; e outra que defende a possível existência de personalidade jurídica pública (como modalidade de autarquia) ou privada.

Desta maneira, seria interessante saber o que se discute neste sentido, a fim de que se possa evidenciar se uma situação de fundação pública de direito privado ou uma fundação pública de direito público poderia influenciar na questão autonomia administrativo-financeira.

Assim observamos que mesmo a Lei nº 7.596/87 tendo introduzido a denominação de fundações públicas no rol de órgãos que compõe a Administração Pública Indireta, definindo-as como pessoas jurídicas de direito privado, não foi posto fim a esta polêmica conceitual.

Meirelles (2003) defende a existência de fundações públicas somente de direito privado mesmo levando em consideração que o Estado venha instituindo Fundações regidas pelo direito público. O autor defende este pensamento da seguinte forma:

“(…) Como já existem fundações instituídas por lei com personalidade jurídica de Direito Público, não de coexistir as duas espécies até que venha a norma regulamentadora da matéria, ou até que aquelas sejam extintas.”

Já Figueiredo (2001), Di Pietro (2006) e Cretella Júnior (2003) defendem a idéia de poder coexistir fundações públicas de direito público interno e de direito privado. Argumento de maneira clara, Di Pietro (2006) revela ser incontestável a viabilidade de aplicar-se, no direito público, a distinção que o Código Civil contém entre as duas modalidades de pessoas jurídicas privadas: associações e sociedade, de um lado, e fundação de outro.

Na pessoa jurídica de forma associativa ou societária o elemento mais importante são seus membros, que se organizam para atingir fins que beneficiam a eles próprios. Já na fundação privada, o elemento essencial é o patrimônio destinado a realizar determinados fins (patrimônio afetado) que vão beneficiar indivíduos estranhos a organização.

Sobre este prisma, o Estado poderia instituir pessoa jurídica onde o principal elemento seria a junção de pessoas para o alcance de determinados fins públicos e ao mesmo tempo peculiares a uma determinada classe, como, por exemplo, é o caso dos Conselhos Regionais de Administração (CRA's); outrossim, o Estado pode instituir pessoa jurídica onde o elemento essencial seja o patrimônio destinado a fins que iram beneficiar diversas pessoas.

Desta forma poderia o poder público instituir fundação com todas as regras administrativas e financeiras que lhe são próprias, ou submetê-la as ditames do Código Civil.

Com isso o conceito que parece ser o mais adequado, também, é de Di Pietro (2005, p. 212), que diz assim:

“(…) o patrimônio, total ou parcialmente público, dotado de personalidade jurídica, de direito público privado, e destinado, por lei, ao desempenho de atividades do Estado na ordem social, com capacidade de

auto-administração e mediante controle da Administração Pública, nos limites da lei.”

Sob a luz do que fora acima abordado, cabe o seguinte questionamento: qual a vantagem de criar fundações públicas? A resposta pode parecer notória, se dissermos que o Estado descentralizaria certos serviços dando-lhes mais autonomia administrativo-financeira, mas Meirelles (2003), por fim, ainda nos mostra que: *“esta figura jurídica não poder servir de panacéia para qualquer atividade que a Administração pretenda executar com relativa autonomia”*.

Sendo assim, a criação de fundações não é a resposta para todos os males inerentes a aspectos de centralização do serviço público, portanto não poderia ser possível criar fundações como quem inaugura uma escola, ou um hospital público. Critérios sólidos pautados em estudos científicos deveriam orientar tal procedimento, pois o risco de conceber instituições paradoxalmente descentralizadas, mas dependentes do Estado é grande, principalmente se as atividades exercidas no patrimônio afetado forem generalistas.

4. ESTUDO E AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE CRIAÇÃO DA FHAJ

Como podemos observar no Capítulo 3, o processo de avaliação diz respeito ao estabelecimento do mérito e a prioridade de um projeto de investimento e um programa social (Holanda, 2003), desta forma apresentamos a prioridade da criação da FHAJ, com base nas entrevistas (vide tabela abaixo), concluindo que tal criação poderia ser considerada como uma ferramenta para dar maior autonomia administrativo-financeira para um hospital público com praticamente cinqüenta anos. Esta criação foi em decorrência da necessidade de buscar melhores resultados contábeis e orçamentários na instituição, proporcionando melhor capacidade de gerir recursos, no intuito, talvez, de prestar melhores serviços à população amazonense.

Tabela 4.1. Principais motivos da criação da FHAJ

Motivos	Quantidade de motivos elencados	Percentual
Autonomia	4	33,33%
Melhora no faturamento SUS	3	25%
Aumento na quantidade de serviços oferecidos	2	16,67%
Aumento da capacidade de contratar pessoal	2	16,67%

Aumento do Salário dos cargos comissionados	1	8,33%
TOTAL	12	100%

Fonte: Pesquisa de Campo, 2008 - Entrevista

Cabe neste momento indagar se o mérito de conceder autonomia administrativo-financeira na letra da lei trouxe de fato as condições necessárias para uma eficiente, eficaz e efetiva tomada de decisões e aplicações de recursos.

Tendo em vista o fato de todos os entrevistados considerarem que a criação da FHAJ trouxe melhoria no atendimento à população, quando responderam a terceira pergunta da entrevista, e que estas melhorias foram refletidas através dos fatores expressos na tabela 4.2, identificamos nas diversas atividades desempenhadas na FHAJ variáveis que podem demonstrar o ganho ou a perda de autonomia após sua criação, fazendo com que consigamos avaliar se esta política pública alcançou seu objetivo no todo, em parte ou se não obteve êxito.

Tabela 4.2. Expectativas quanto às melhorias trazidas pela criação da FHAJ

Categoria	Quantidade	Percentual
Aumento da quantidade de serviços oferecidos.	4	30,77%
Novos equipamentos no início da FHAJ	3	23,07%
Maior quantidade de Funcionários no início da FHAJ	4	30,77%
Diminuição da fila de espera	2	15,39%
TOTAL	13	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2008 – Entrevista

Procurou-se avaliar entre os anos de 2003 a 2007 a evolução das variáveis identificadas neste trabalho: o número de funcionários, os serviços oferecidos na área médica e na área de ensino e pesquisa, a quantidade de convênios, bem como o orçamento e sua execução. Tendo em vista o fato de a questão da qualidade não ter sido citada dentre os motivos que justificaram a criação da FHAJ, não fora aplicado questionário para mensurar a percepção desta variável por parte dos cidadãos que necessitam dos serviços do hospital. Mesmo porque este tipo de investigação denotaria subsídios para a elaboração de outro trabalho, tendo em vista

a amplitude do tema qualidade e a dificuldade de contatar pacientes que foram atendidos pelo Hospital Geral e também pela Fundação. Ainda assim, para tentar mitigar os prejuízos que a falta de uma investigação mais profunda sobre a qualidade dos serviços oferecidos poderia trazer a este trabalho, usufruímos de um dado relevante coletado pela assessoria de planejamento da FHAJ, que relata que 56,77% dos pacientes encontram-se insatisfeitos quanto ao atendimento dispensado no “Adriano Jorge” (pesquisa realizada entre dezembro de 2007 e maio de 2008).

Lembramos que, conforme fora explicitado no Capítulo 2, não será feita análise estatística inferencial ou probabilística dos dados. Assim, a análise foi feita sobre os percentuais de cada variável identificada, fazendo uso de análise descritiva.

Caracterizou-se, ainda, a avaliação desta pesquisa como do tipo **Avaliação Conceitual**, pois foi concebida por um pesquisador, técnico, sem poder decisório, com resultados que propiciam uma compreensão maior da política pública, seu método de condução e seus impactos (Shulha e Cousins, 1997 *apud* Faria, 2005). Também fora caracterizada como **Avaliação de Impacto e Estudo de Avaliação**, comparando-a dentre as abordagens de avaliação propostos por Patton (1982) e Dagnimo (2002), com base nas proposituras do Comitê de Padronização da Sociedade de Pesquisa dos Estados Unidos e de Hogwood e Gun (1981;1984), pois esta avaliação identifica o resultado da política pública de criação da FHAJ, além de sua efetividade e impacto. Por fim, parametrizado em Arreteche (1998), depreendeu-se que a avaliação concebida neste trabalho tem foco na **Eficácia**, pois tenta demonstrar o alcance dos objetivos propostos.

4.1. VINCULAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS

Em 20 de agosto de 2003 ocorreu a nomeação e a posse de 615 funcionários para exercer diversas funções no HG AJ, já objetivando a criação da FHAJ. Estes colaboradores foram admitidos por processo seletivo no denominado Regime Especial Temporário (RET), ou seja, contrato temporário de dois anos.

Em 2005 a Secretaria de Administração do Estado do Amazonas (SEAD), solicitou dos diversos órgãos da área de saúde, inclusive da Secretaria de Saúde (SUSAM), que enviassem planilha com o quantitativo de funcionários para cada cargo que estava sendo ocupado por uma pessoa em RET. Tal solicitação tinha como objetivo substituir os contratos temporários para fazer cumprir o disposto no art. 37 e seu inciso IV da Constituição da República, ou seja, realizar concurso de provas e títulos para o provimento destes cargos.

O concurso foi organizado pela SEAD, oferecendo 632 vagas para as mais diversas áreas de formação nos níveis fundamental, médio, técnico de nível médio e superior. Sua homologação foi publicada no dia 09 de junho de 2005.

Todavia, como podemos verificar na tabela 4.3, o número de funcionários da FHAJ diminuiu desde sua criação. Isso se deve a um fato peculiar, qualquer chamada para este concurso deve ser autorizada pela SUSAM e pela Secretaria de Fazenda, tendo em vista o processo político e o jogo de interesses que envolvem esta situação.

Tabela 4.3. Evolução do número de funcionários entre 2003 e 2007

Ano	2003	2004	2007
Total	1045	955	885

Fonte: Pesquisa no banco de dados da PRODAM

O grande problema está centrado no fato de que diversos RET's pediram exoneração durante este período, por várias razões, e a necessidade de substituí-los foi ficando iminente com o passar do tempo. Para realizar estas substituições bastaria convocar os concursados e exonerar os RET's que haviam permanecido.

Não foi tão simples. Os RET's que ficaram promoveram passeatas e encontros para reivindicar, mesmo sabendo que seria ilegal, sua permanência nos empregos, alegando que sua exoneração colocaria diversos pais de família em situação vexatória e preocupante, aumentando os índices de desemprego.

O Governador e o Secretário de Saúde, ambos preocupados com a repercussão política que esta situação ocasionaria, foram à mídia informar que as substituições ocorreriam gradativamente, mas até maio de 2008 somente 30% dos concursados foram nomeados.

A FHAJ, bem como as outras fundações públicas de saúde, fica administrativamente impossibilitada de contratar funcionários. O déficit funcional já atingiu o índice total de 15,31% e cargos ligados a área fim, como médico especialista já está na ordem de 19,52% (dados do setor de Recursos Humanos da FHAJ).

Conforme podemos observar na tabela abaixo a situação tende a se tornar ainda mais preocupante caso não seja dada a devida autonomia para a FHAJ convocar seus funcionários aprovados no concurso de 2005, pois já ocorreram 24 desligamentos no ano de 2007.

Tabela 4.4. Saída de colaboradores em 2007

SERVIDORES	QUANTIDADE
Desligados	13
Aposentados	4
Aguardando aposentadoria	7
TOTAL	24

Fonte: Pesquisa no banco de dados da PRODAM

No intuito de promover a capacitação funcional e tentar causar um ambiente harmonioso e saudável para os colaboradores da FHAJ, afim de que os mesmos não se sintam desmotivados e propensos a pedir exoneração, aumentando ainda mais o déficit funcional, a Gerência de Recursos Humanos, através da Sub-gerência de Capacitação e Desenvolvimento, qualificou servidores em diversos treinamentos oferecidos no âmbito interno e externo, conforme apresenta a tabela 4.5.

Tabela 4.5. Número de funcionários de cada diretoria que foram submetidos aos programas de capacitação em 2007

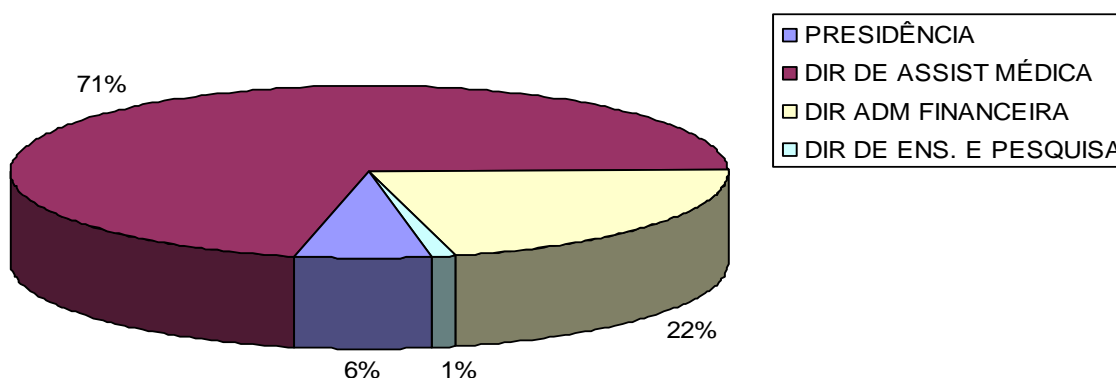
Diretoria / Mês	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	Total
PRESIDÊNCIA	-	-	-	-	7	8	9	24

DIR DE ASSIST MÉDICA	-	2	16	12	43	111	89	273
DIR ADM FINANCEIRA	2	3	4	4	28	23	20	84
DIR DE ENS. E PESQUISA	-	-	2	-	1	-	1	4
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS CAPACITADOS EM 2007								385

Fonte: Setor de Recursos Humanos

Para tentar depreender melhor como foi a participação dos funcionários das quatro diretorias da FHAJ nos programas de capacitação organizados pela Gerência de Recursos Humanos, observemos o gráfico abaixo que expressa o percentual relativo à quantidade absoluta de funcionários capacitados em 2007. Este gráfico mostra que a maioria (71%) das capacitações ocorreu com funcionários da Diretoria de Assistência Médica, onde encontramos o maior índice de déficit de funcionários relativos as outras diretorias 18,38% (dados do setor de Recursos Humanos da FHAJ). Isto nos faz crer que mesmo diante do esforço dispensado pela Gerencia de Recursos Humanos, não há como sustentar a impossibilidade de contratar funcionários sem causar prejuízo no andamento normal das atividades e, conseqüentemente, dos serviços oferecidos pela FHAJ.

Gráfico 4.1. Participação por diretoria, equivalente as participações em eventos de capacitação de 2007



Fonte: Setor de Recursos Humanos

4.2. OS SERVIÇOS OFERECIDOS NA ÁREA MÉDICA

O Governo do Estado do Amazonas aumentou o repasse de recursos no ano de 2003 para o HGAJ, almejando a criação da FHAJ. Esta situação trouxe alguns benefícios a instituição, tais como, a construção de um novo prédio com a aquisição

de equipamentos de laboratório, de imaginologia, de fisioterapia de cirurgias e equipamentos necessários à clínica médica.

Desta forma, foi possível ampliar o número de leitos entre 2003 e 2004 (conforme demonstração da Tabela 4.6.) e, consecutivamente, os serviços puderam ser fornecidos em maior escala, afim de que a FHAJ pudesse aumentar sua produtividade junto ao Ministério da Saúde, majorando conseqüentemente o repasse de recursos do governo federal que é feito através da Fonte de Receitas 230. Este aumento de recitas auxiliaria na gestão financeira da unidade, dando, em hipótese, maior governabilidade (informações coletadas nas entrevistas). No último mês do ano de 2004, com a inauguração do 4º andar (Clínica médica II), ainda houve um considerável aumento para 272 leitos, como poderemos ver mais abaixo na tabela 4.9, quando falaremos sobre a situação financeira e orçamentária da instituição.

Tabela 4.6 Mudança do número de leitos após a “transformação” do Hospital Geral Adriano Jorge (HGAJ) em Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ)

Clínica	HGAJ 2003	FHAJ 2004	Diferença (nº de leitos)
Cirúrgica	20	58	38
Médica	58	58	0
Ortopédica	18	51	33
Pneumologia Sanitária	12	18	6
UTI	0	10	10
TOTAL	108	195	87

Fonte: Consulta a base de dados do DATASUS/SUS

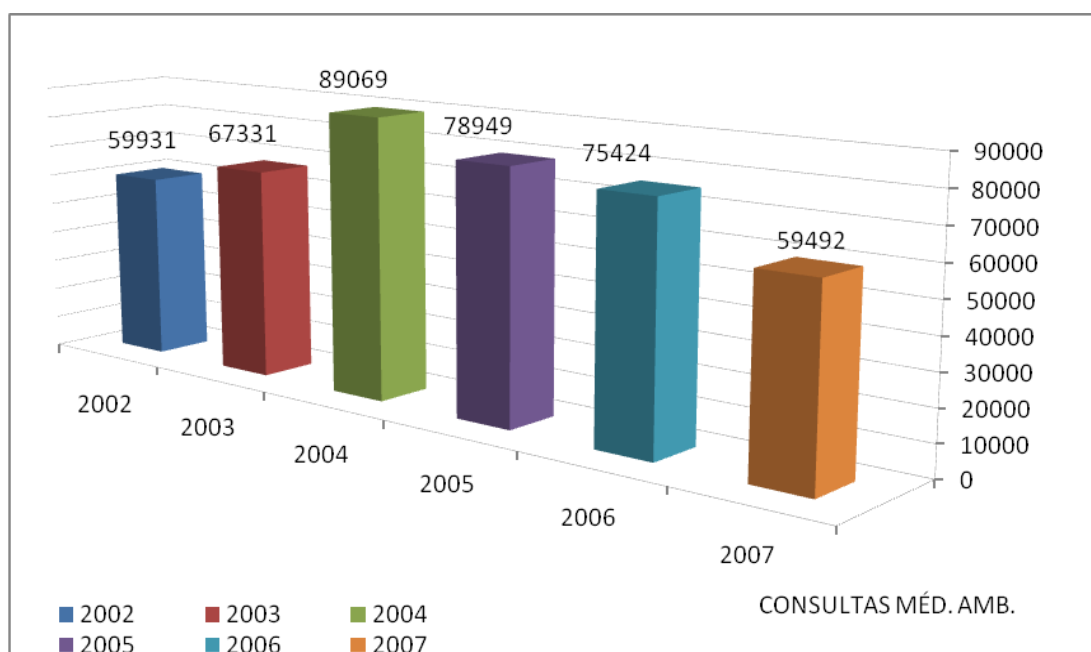
Além disso o credenciamento no mês de maio de 2007, através da Portaria no. 313/07- MS, DOU de 16 de maio de 2007, da FHAJ como Unidade de Assistência em Alta Complexidade na especialidade de Traumatologia – Ortopedia, após o cumprimento de todas as exigências legais e estruturais do Ministério da Saúde, possibilitou a realização de procedimentos de alto custo e complexidade, evitando que os pacientes se deslocassem para outras regiões do país em busca de tratamentos que exigem procedimentos complexos, os quais demandam toda uma estrutura na unidade de saúde, além de profissionais altamente especializados.

Todavia, mesmo com o referido credenciamento em vigor, com o maior número de leitos disponíveis e da capacidade de oferecer serviços, o ano de 2007 apresentou na área hospitalar **4.213** internações clínicas e cirúrgicas, beneficiando **3.108 pacientes** que necessitavam de cirurgias diversas, **1.162** em Traumatologia, **1.233** nas diversas especialidades clínicas, além de **175** pacientes na Unidade de Tratamento Intensivo.

Comparando a produção de 2007 com o ano de 2006, conforme demonstra o gráfico abaixo, podemos perceber que a diferença foi relevante, o que pode ter sido ocasionado em virtude das dívidas da FHAJ que chegavam a aproximadamente R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) acumuladas desde 2004.

As consultas especializadas ao nível ambulatorial em 2007 chegaram a um total de **59.492** distribuídas nas especialidades de Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Cirurg. Vascular, Cirurgia Geral, Plástica, Clínica Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Reumatologia e Urologia, representando uma diminuição de 21,123% em relação ao ano anterior, chegando a um patamar quantitativo abaixo do momento anterior a criação da FHAJ em 2003.

Gráfico 4.2. Evolução do número de atendimentos ambulatoriais entre 2002 e 2007

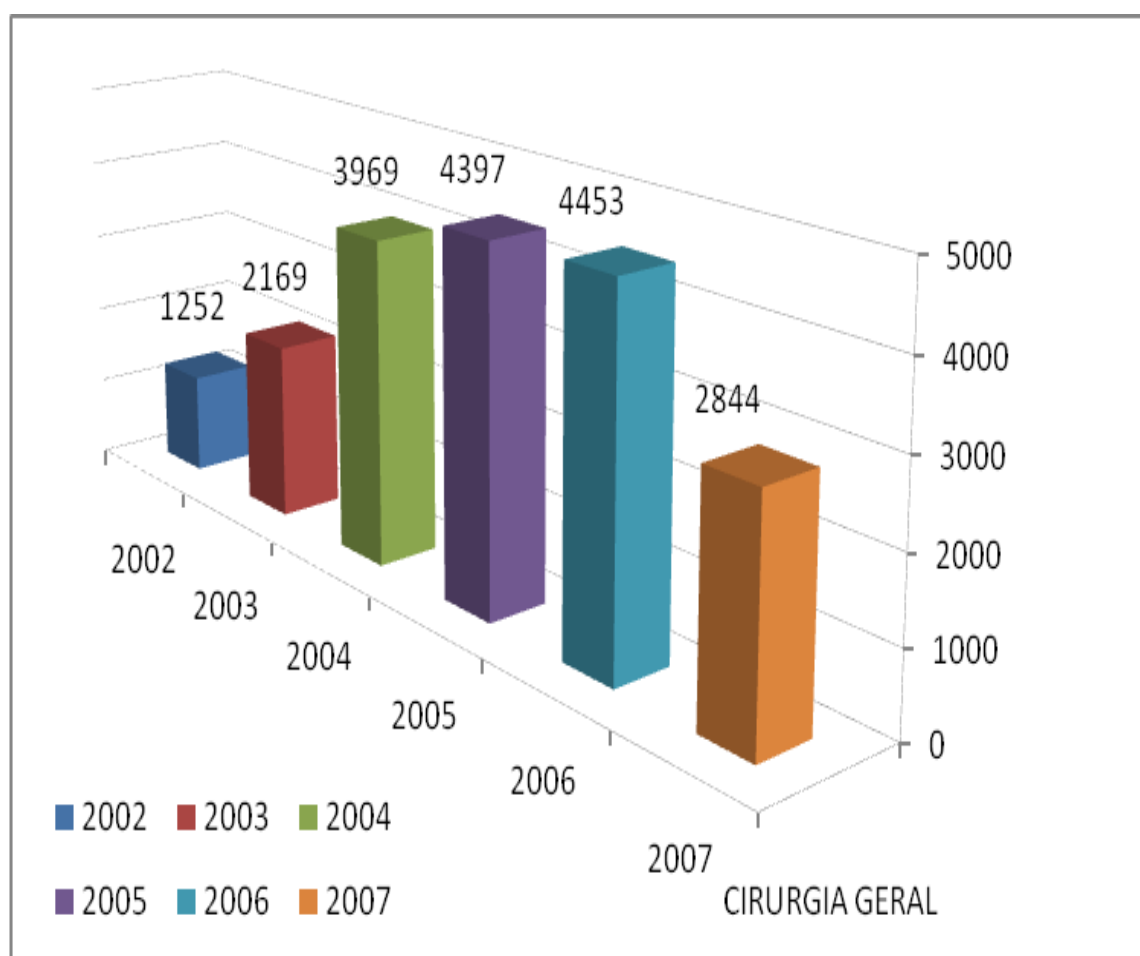


Fonte: Setor de Acompanhamento Médico e Estatística, SAME, da FHAJ

Houve ainda em 2007 um déficit no número de cirurgias gerais realizadas. O número de **2.844**, apresentado no referido ano, está bem abaixo do número de cirurgias realizadas nos anos anteriores, lembrando que durante o ano de 2003 fora feito um alto investimento no HG AJ para redimensionar e reestruturar suas atividades e equipamentos que foram afetados no final do mesmo ano para a criação, por força da lei, da FHAJ.

Podemos depreender observando o Gráfico 4.3., que o número de cirurgias praticamente dobrou após o início da execução das atividades da FHAJ entre os anos de 2003 e 2004. O crescimento se manteve modesto nos anos subseqüentes, mas caíram aproximadamente 36,133% no ano de 2007.

Gráfico 4.3. Evolução do número de cirurgias gerais realizadas entre 2002 e 2007

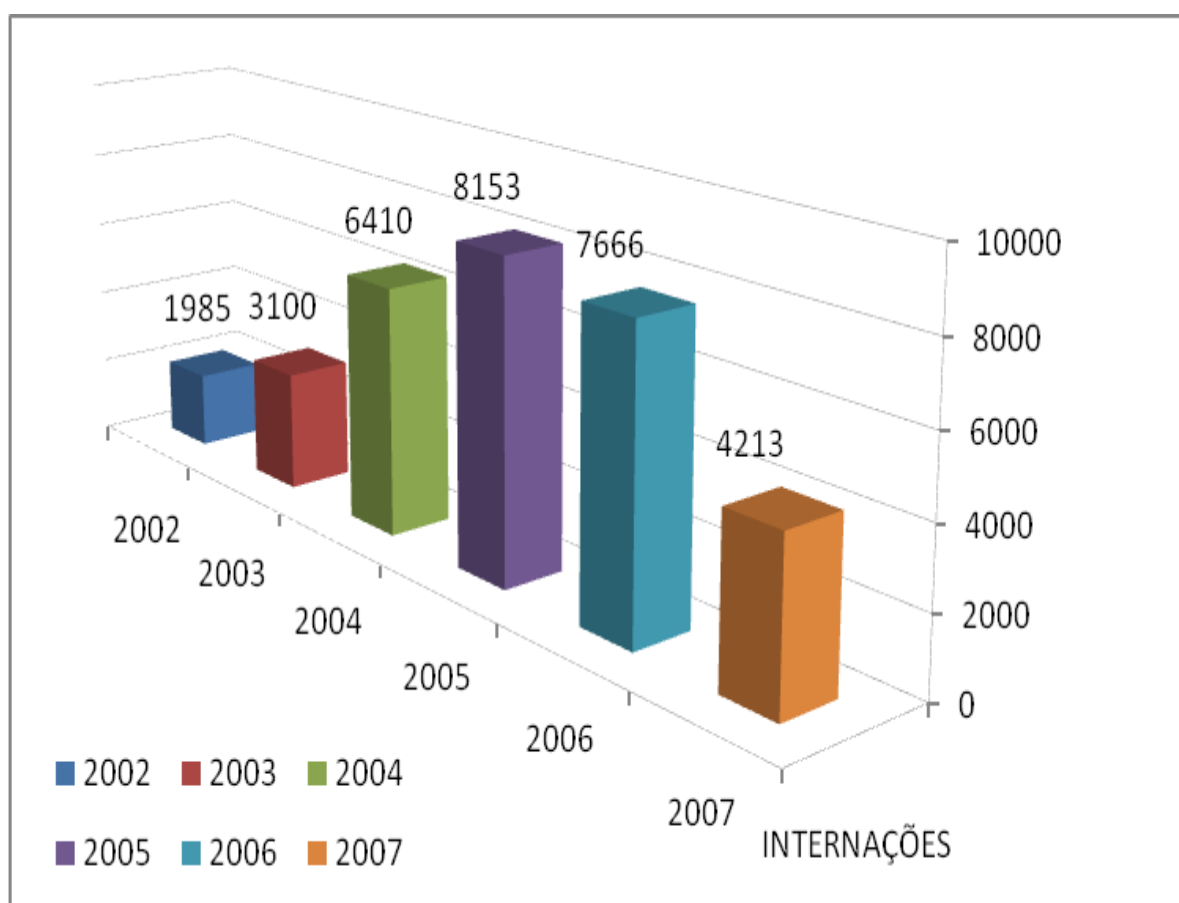


Fonte: Setor de Acompanhamento Médico e Estatística, SAME, da FHAJ

Como o número de procedimentos cirurgicos está intimamente ligado ao número de internações, percebemos que a evolução das internações entre 2002 a 2007 se deu praticamente da mesma forma que a evolução das cirurgias gerais, todavia com um aumento de 51,638% entre 2003 e 2004 e uma considerável diminuição correspondente a 45,043% entre os anos de 2006 e 2007.

Podemos depreender, portanto, ao analisar o Gráfico 4.4, que o número de internações aumentou muito após o início da execução das atividades da FHAJ entre os anos de 2003 e 2004. Em 2005 o crescimento foi grande, na ordem de 21,379%, com um modesto declínio de 5,973% no ano subsequente. Porém as internações caíram aproximadamente 45,043% no ano de 2007.

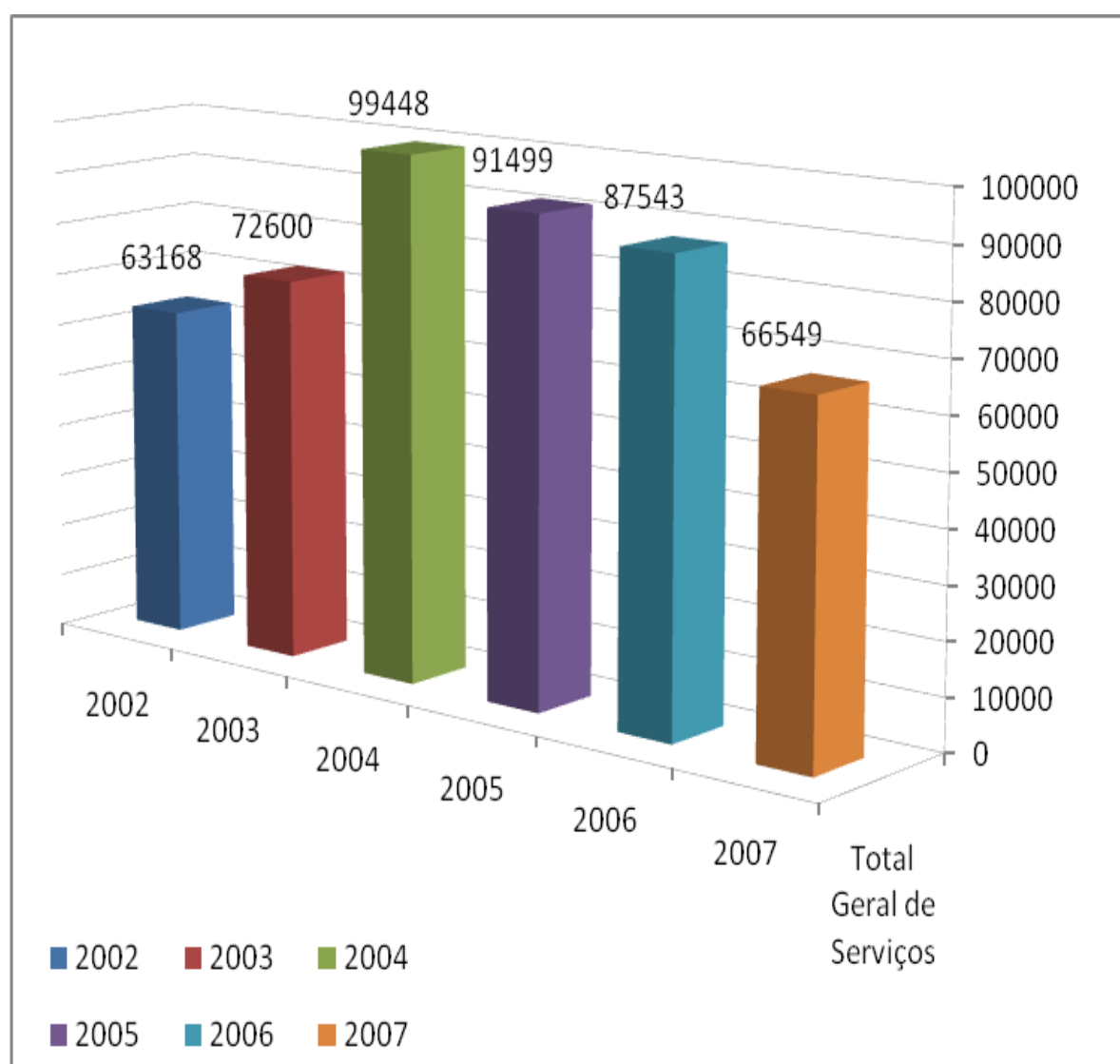
Gráfico 4.4. Evolução do número de internações de pacientes realizadas entre 2002 e 2007



Fonte: Setor de Acompanhamento Médico e Estatística, SAME, da FHAJ

Ao somar os serviços de atendimento ambulatorial, as cirurgias gerais e as internações (vide Gráfico 4.5.), verificamos que houve um aumento de 26,997%, após o início da execução das atividades da FHAJ a partir do ano de 2004. Entretanto, no ano seguinte a produção, ou seja, o volume de serviços oferecidos, caiu 7,993%. Esta queda se confirmou como uma tendência nos anos seguintes com um decréscimo de 4,323% entre os anos de 2005 e 2006, além de uma ocorrência negativa na ordem de 23,981 ao comparar 2006 e 2007.

Gráfico 4.5. Evolução do total geral de serviços realizados na FHAJ entre 2002 e 2007



Fonte: Setor de Acompanhamento Médico e Estatística, SAME, da FHAJ

Fazendo uma comparação dos atendimentos em clínica cirúrgica entre os anos de 2004 a 2007 (Tabela 4.7.) nas unidades que compõem a rede saúde pública do Estado do Amazonas, podemos perceber que a FHAJ obteve o segundo maior resultado com **17.033** atendimentos no referido período, enquanto o Hospital Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado (HPSJL), componente da administração pública direta (SUSAM), **17.621** atendimentos. Ambas as unidades possuem o mesmo número de leitos, sendo que a FHAJ interna pacientes de toda a rede para tratamento e cirurgias eletivas, enquanto o HPSJL atende urgência e emergência, sendo referência em cirurgias de cabeça e pescoço.

Se observarmos os períodos de maneira isolada, evidenciaremos que a partir do ano 2006 inicia-se um declínio no número de atendimentos em clínica cirúrgica. Entre 2004 e 2005 percebe-se um aumento de 10,67%, entre 2005 e 2006 uma diminuição pequena de 0,857% e entre 2006 e 2007 uma queda no atendimento na ordem de 3,413%.

Tabela 4.7. Volume de atendimentos em clínica cirúrgica nas instituições sediadas em Manaus

Hospital AM (CNES) / Ano	2004	2005	2006	2007	Total / Unidade de saúde
HOSPITAL E P S DA CRIANCA ZONA LESTE	876	1131	1288	1208	4503
FUNDACAO CECON	1756	1592	1684	2045	7077
FUNDACAO HOSPITAL ADRIANO JORGE – FHAJ	3960	4433	4395	4245	17033
HOSPITAL PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO	3637	3718	3822	3801	14978
ICAM	1062	1067	1093	1050	4272
HOSPITAL UNIVERSITARIO GETULIO VARGAS	3560	3747	3639	3959	14905
CEFRAM	2031	1931	1964	1825	7751
HOSPITAL INFANTIL DR FAJARDO	1192	1233	1096	1099	4620
HOSPITAL UNIVERSITARIO FRANCISCA MENDES	1409	1748	2037	1634	6828
HOSPITAL E P S DR JOAO LUCIO P MACHADO	4647	4054	4204	4716	17621
Total por ano em Manaus	24130	24654	25222	25582	
Total de atendimentos em Clínica Cirúrgica no Estado do Amazonas	32566	32153	34892	36239	

Percentual de Manaus em Relação Estado do Amazonas	74,0957	76,6771	72,2859	70,5925	
---	----------------	----------------	----------------	----------------	--

Fonte: Consulta à base de dados do DATASUS/SUS

Os maus resultados apresentados, até aqui, no ano de 2007 são em decorrência, principalmente, de questões administrativas, como a falta de funcionários e a impossibilidade política de convocar os indivíduos aprovados no concurso de 2005, o excesso de burocracia no processo de compras de materiais com a centralização dos procedimentos de compras de todo o Estado pelo sistema e-compras gerenciado pela Secretaria de Fazenda do Estado do Amazonas (SEFAZ-AM), o que tem dificultado, juntamente com algumas questões orçamentárias e financeiras, como será visto mais adiante, a falta de manutenção da unidade e dificuldades de aquisição de insumos.

Todavia em outras áreas a FHAJ se manteve estável, houve somente um pequeno declínio nos resultados ou consegui indicar crescimento, como veremos a seguir.

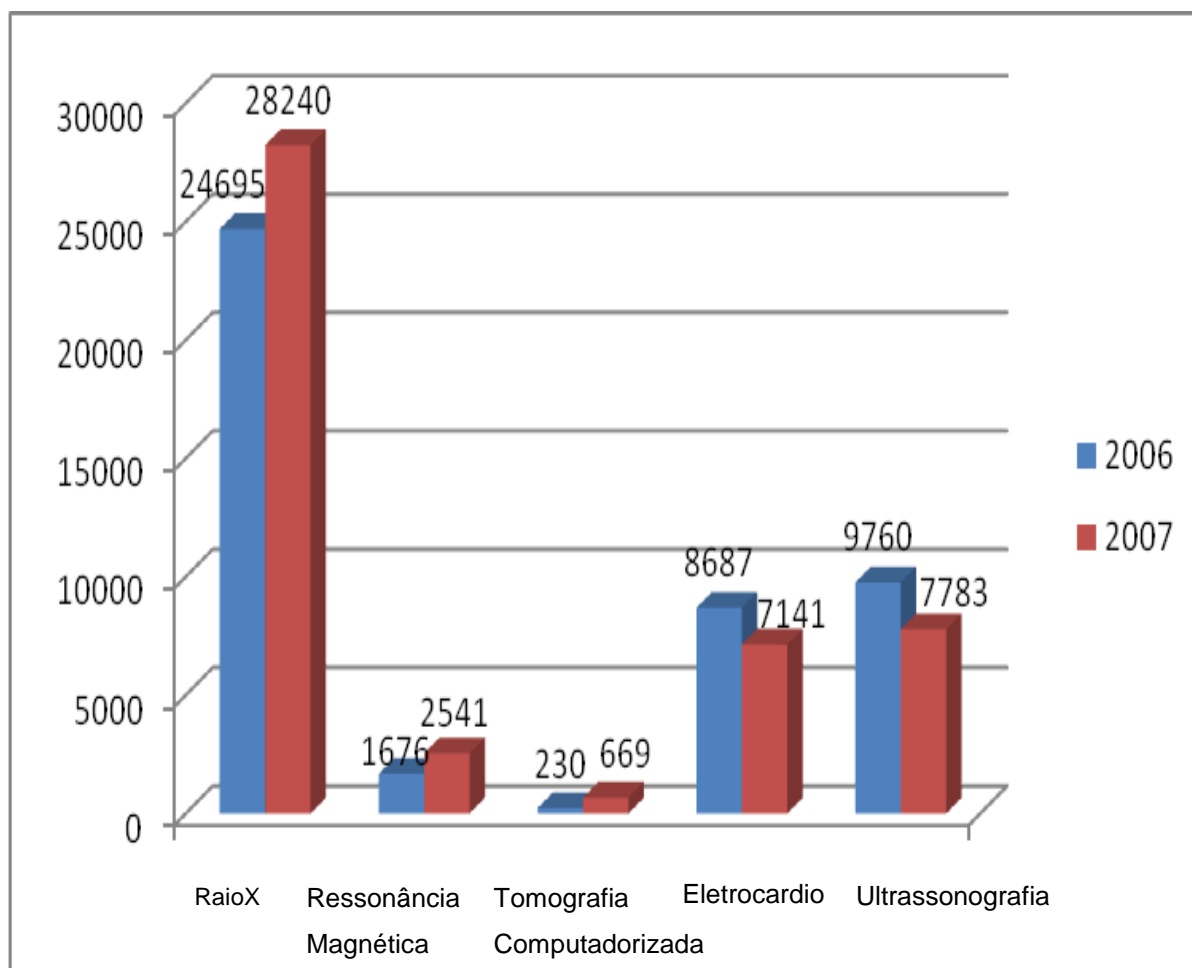
Na área de apoio diagnóstico por imagem, por exemplo, a FHAJ se manteve na média de atendimento em relação ao ano de 2006. De janeiro a dezembro do corrente ano realizou 28.240 Raios X, 2.541 Ressonâncias Magnéticas, 669 Tomografias (o aparelho de tomografia estava parado desde janeiro de 2007 voltando a ser reativado em 2007), 7.141 Eletrocardiograma, 7.783 Ultrassonografias.

Percebe-se que houve um aumento na oferta de Raios X e Ressonância Magnética, todos os serviços de imagiologia oferecidos pela FHAJ têm sido reavaliados pela equipe técnica com o intuito de otimizar melhor os recursos disponíveis, incluindo equipamentos e insumos.

Ao consultar os dados do setor responsável por acompanhar a produção médica e produzir estatística (SAME), evidenciamos diversos prontuários rasurados e informações desconstruídas entre o que era informado no DATASUS e os relatórios internos apresentados na instituição. Assim, não encontramos fontes fidedignas que pudessem atestar a veracidade dos serviços de imagiologia

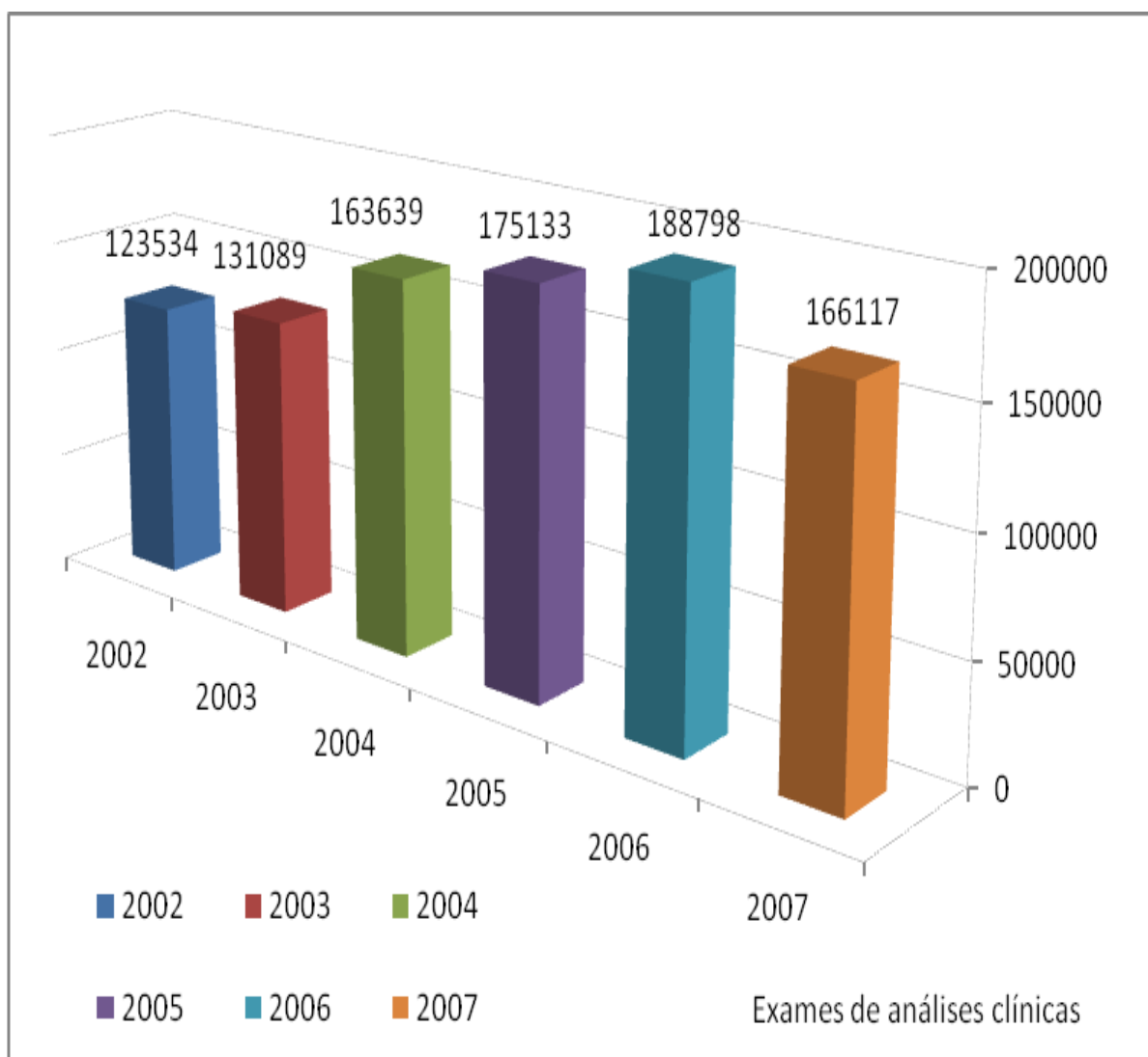
realizados antes de 2006, em virtude desta situação o gráfico abaixo apresenta somente o quantitativo de exames realizados a partir de 2006.

Gráfico 4.6. Evolução do total geral de serviços de imagem realizados na FHAJ entre 2002 e 2007



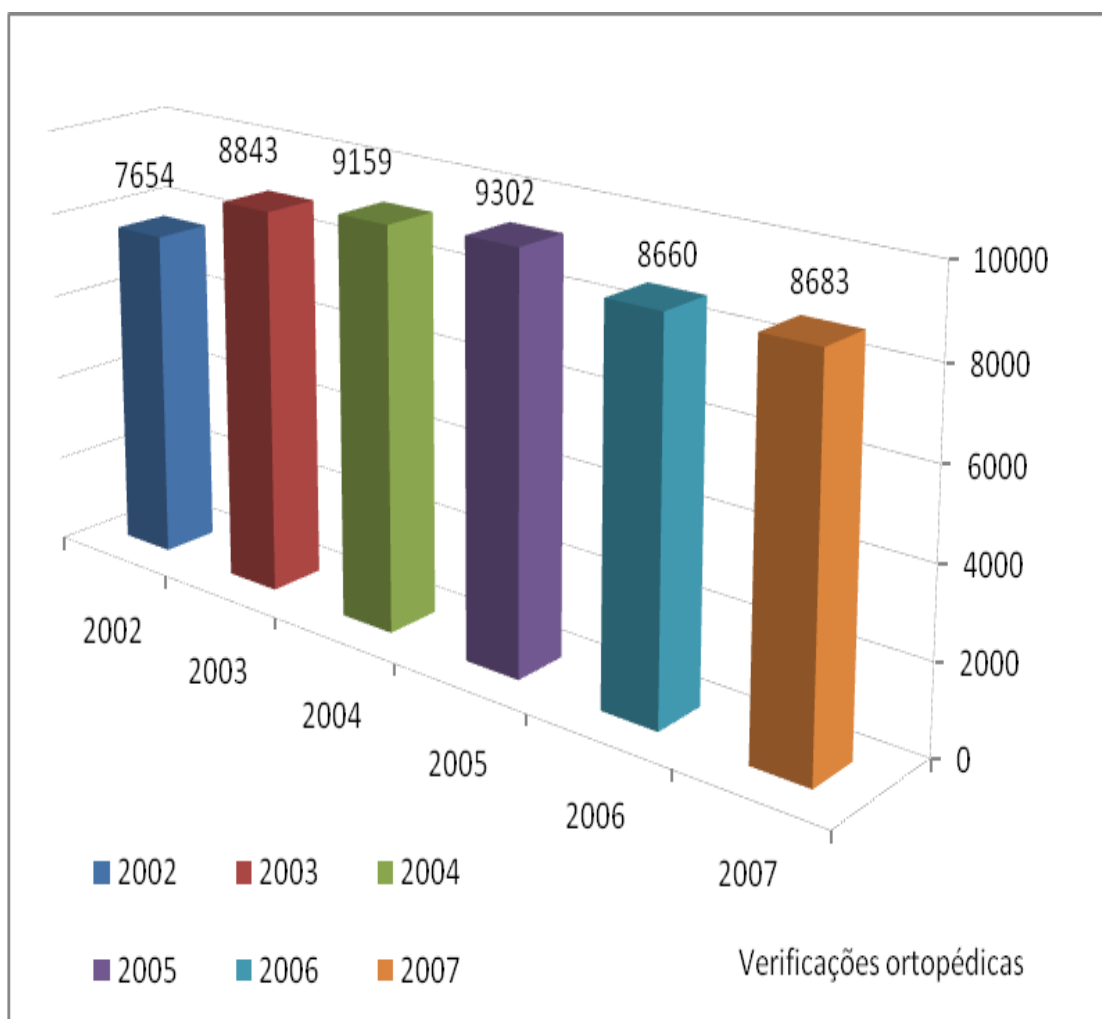
Fonte: Setor de Acompanhamento Médico e Estatística, SAME, da FHAJ

O Laboratório de Análises Clínicas realizou em 2007 **166.117** exames (Gráfico 4.7.), resultado abaixo de 2006 e 2005, estando à frente somente do resultado do ano de criação da FHAJ e dos anos anteriores. Os exames computados incluem as solicitações de origem interna e as demandas provenientes da Rede SUS. Em junho de 2007 foi adquirida uma Capela de Fluxo Laminar (equipamento necessário para reduzir a contaminação das placas de petri com os meios de cultura) proporcionando maior segurança na realização de exames de pesquisa de BAAR (escarro).

Gráfico 4.7. Exames realizados no laboratório de análises clínicas da FHAJ entre 2002 e 2007

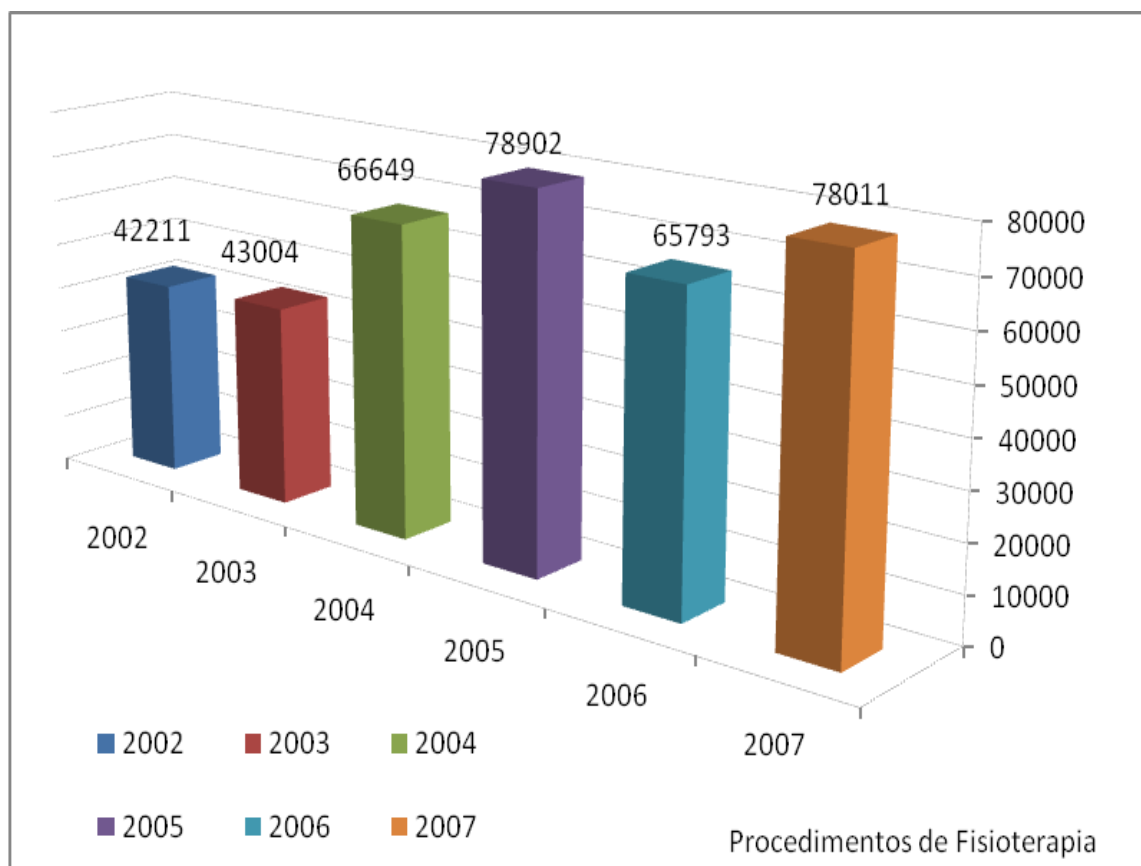
Fonte: Setor de Acompanhamento Médico e Estatística, SAME, da FHAJ

As Verificações Ortopédicas (Gráfico 4.8) representam a continuidade do tratamento integral que é dado ao usuário, em 2007 a FHAJ através do Serviço de Ortopedia e Traumatologia realizou 8.683 Verificações Ortopédicas, comparando-se a produção de 2006 e 2007 aos dois anos anteriores, observa-se uma redução no oferecimento dos serviços em decorrência da dívida já mencionada anteriormente, fato que dificultou até mesmo a aquisição de insumos para o funcionamento regular da instituição.

Gráfico 4.8. Verificações ortopédicas realizadas na FHAJ entre 2002 e 2007

Fonte: Setor de Acompanhamento Médico e Estatística, SAME, da FHAJ

O Serviço de Fisioterapia da FHAJ é considerado o melhor centro de reabilitação da região norte conta salas individualizadas, adulto e infantil, consultórios para avaliação, ginásio para atendimento cinesioterápico e mecanoterapia, além de hidroterapia com turbilhão, crioterapia...etc. Para 2008 o serviço está no aguardo de investimentos para o laboratório de marcha (importante serviço que vai testar as órteses e próteses que serão produzidas e customizadas para paciente específico). Em 2007 realizou 78.011 Procedimentos Fisioterápicos para todas as faixas etárias, um valor superior ao de 2006, mas inferior a 2004 e 2005.

Gráfico 4.9. Procedimentos fisioterápicos realizados na FHAJ entre 2002 e 2007

Fonte: Setor de Acompanhamento Médico e Estatística, SAME, da FHAJ

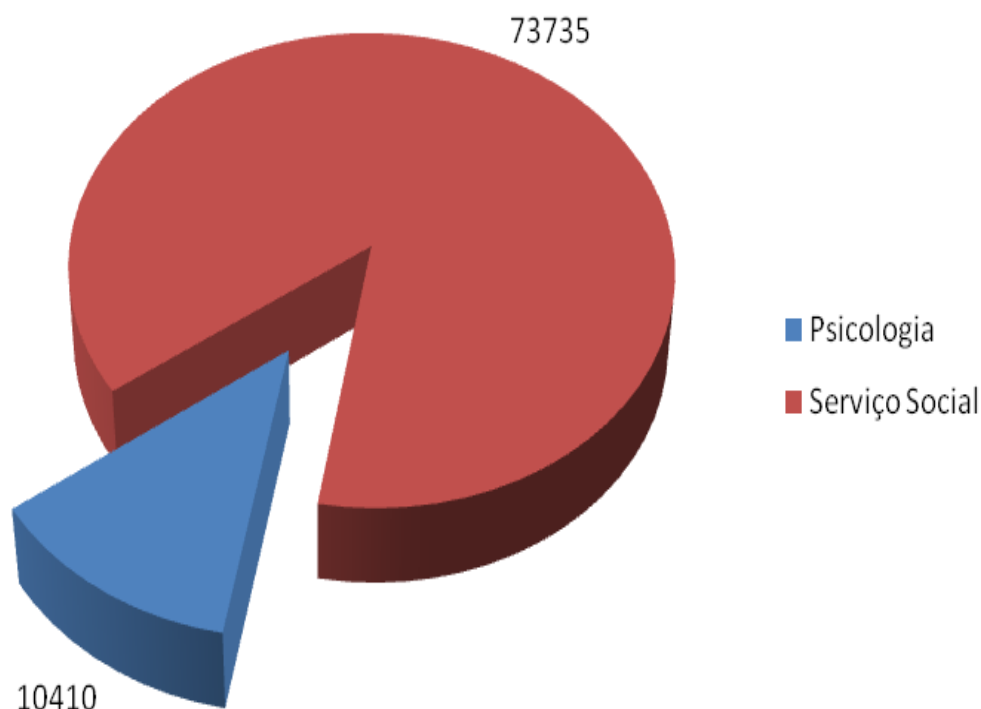
O Serviço Social da FHAJ procura desenvolver em seu trabalho o registro dos casos sociais, possibilitando assim a continuidade dos atendimentos até sua resolução. As atividades mais freqüentes são as orientações para encaminhamento ao serviço de nutrição e dietética; contato com a família nos casos de alta; atendimento aos familiares de pacientes que buscam informações pertinentes a exames não cobertos pelo SUS; orientações sobre Benefícios Assistenciais aos pacientes idosos ou com limitações físicas ou mentais; e informações previdenciárias.

Através do Serviço Social, destaca-se a implantação do Projeto “Humanizando o trabalho dos funcionários da Fundação Hospital Adriano Jorge”, pautado na Política Nacional de Humanização, onde a equipe deste setor elabora, planeja, executa e avalia as atividades das Oficinas de Sensibilização em Humanização aos servidores da FHAJ através do Grupo de Trabalho em Humanização – GTH. Já

foram realizadas desde sua criação no início de 2007 uma média de 03 oficinas semanais, contando com a participação de praticamente todos os membros do grupo.

Outro importante serviço é a assistência psicológica aos pacientes internados nas clínicas do hospital, os quais se estendem aos pacientes em tratamento fisioterapêutico, assistência psicológica aos familiares ou acompanhantes e assistência psicológica aos funcionários da instituição, que, posteriormente, são encaminhados para as unidades de referência. Desde novembro 2007 o setor de psicologia deu início ao “Projeto piloto de assistência psicológica ambulatorial”. Em 2007 o Serviço Social e o setor de Psicologia produziram juntos, **84.145** atendimentos, conforme demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 4.10. Atendimentos de psicologia e serviço social realizados na FHAJ em 2007



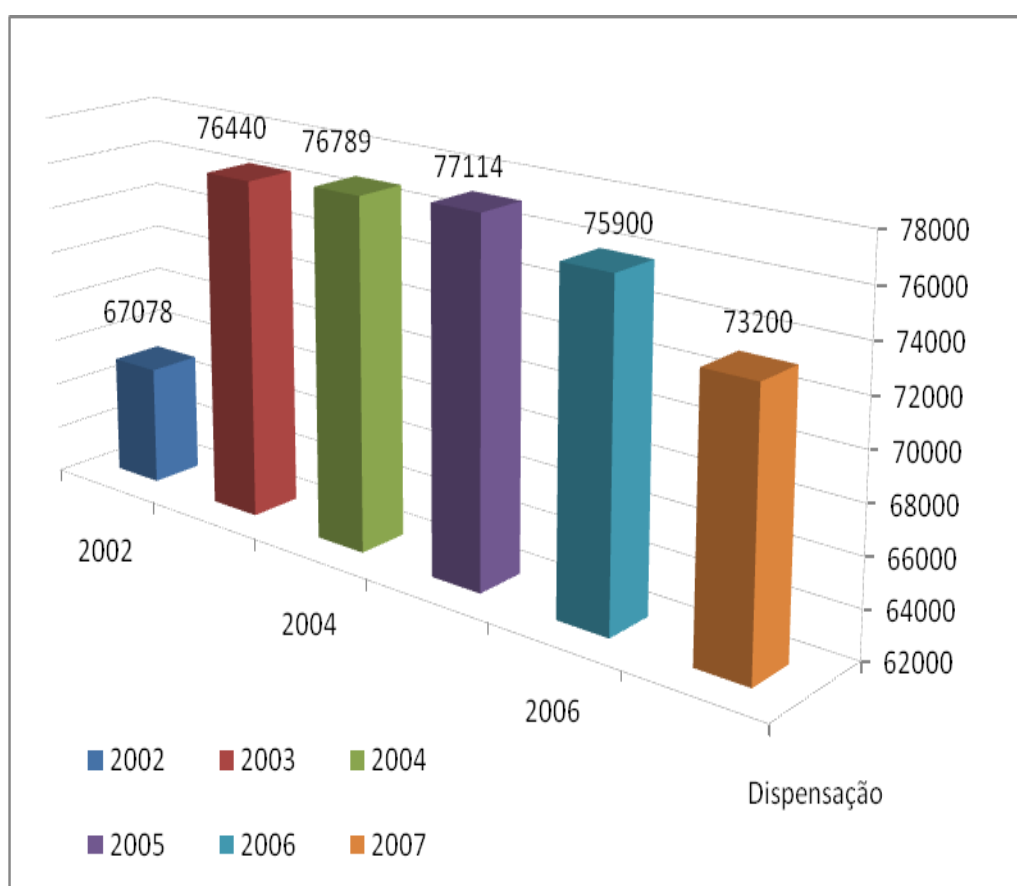
Fonte: Setor de Acompanhamento Médico e Estatística, SAME, da FHAJ

O Serviço de Farmácia, responsável pela distribuição interna dos medicamentos e produtos para saúde adquiridos pela FHAJ, tem sido de grande importância para a diminuição do impacto oriundo dos poucos recursos destinados à compras deste itens prioritários ao andamento da atividade fim da instituição. É

através da racionalização da distribuição e do controle de armazenamento empregados que este setor tem corroborado a FHAJ nos momentos difíceis enfrentados no ano de 2007.

Contando com uma padronização de 236 itens de medicamentos e 332 itens de Produtos para Saúde, este setor apresentou uma queda 3,557% na dispensação de medicamentos e produtos para saúde entre 2006 e 2007 valores abaixo dos anos anteriores, exceto o de 2002 (Gráfico 4.11).

Gráfico 4.11. Atendimentos Farmacêuticos na FHAJ entre 2002 e 2007



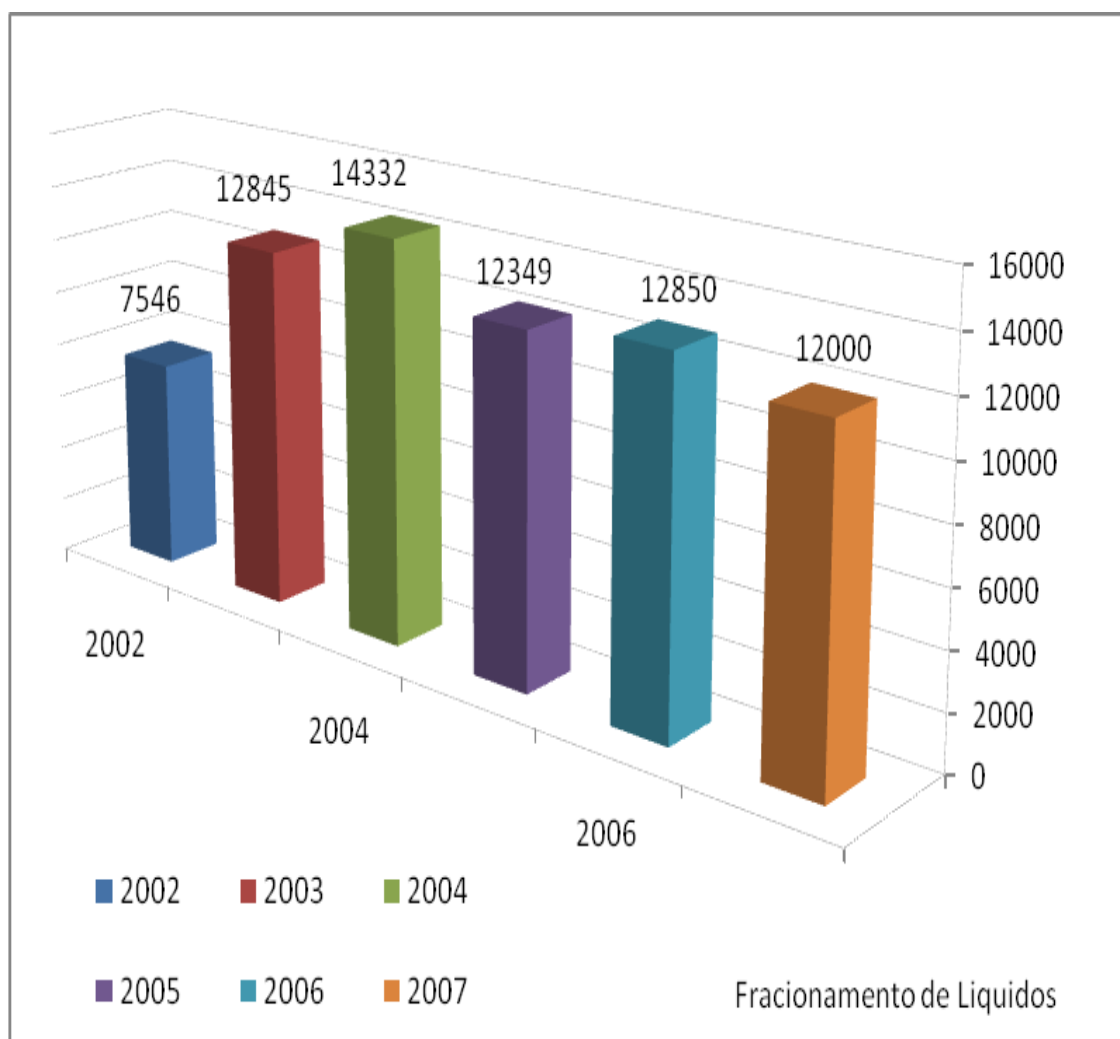
Fonte: Setor de Farmácia Hospitalar

A farmácia da FHAJ tem o trabalho de separar cada comprimido, cápsula, drágea ou fração de líquido de acordo com a dosagem e o tratamento destinado a cada paciente internado. Este fracionamento tem o objetivo de diminuir perdas e otimizar o atendimento.

Com a diminuição das internações, proveniente dos problemas que foram acima mencionados, a demanda pelos itens distribuídos pela farmácia diminuiu, como podemos evidenciar abaixo.

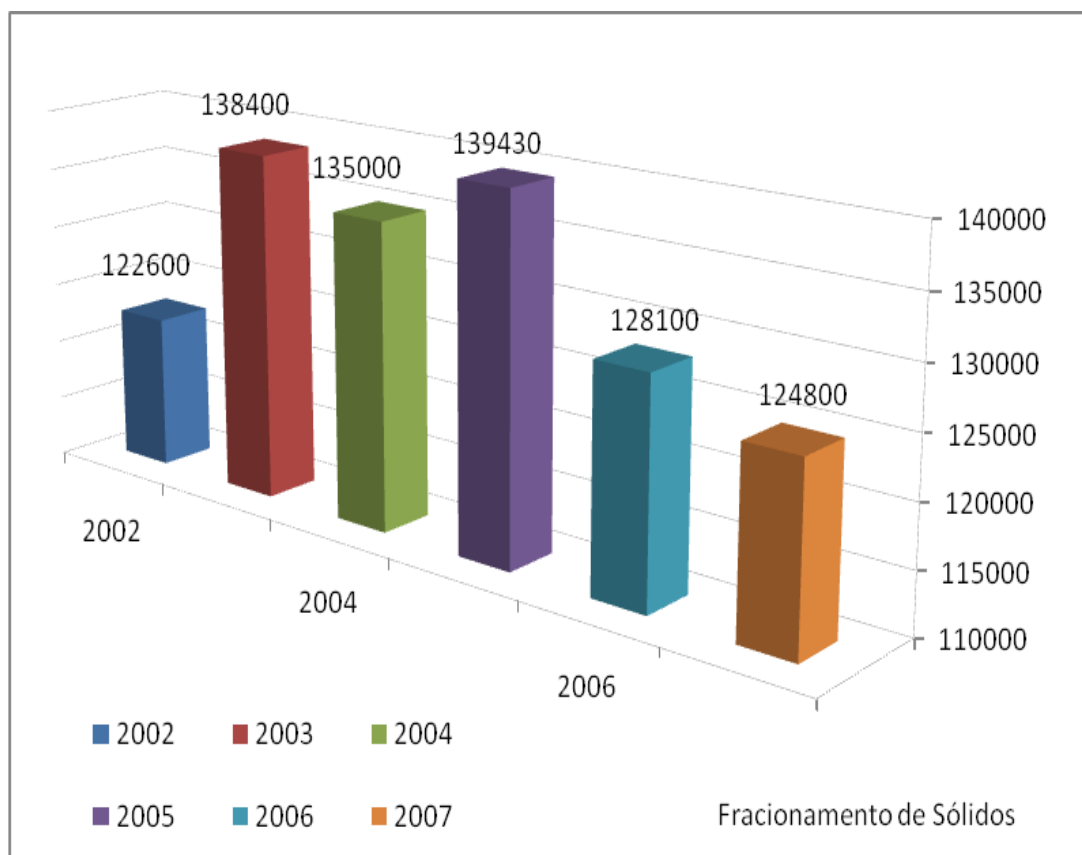
O Fracionamento de medicamentos líquidos, por exemplo, apresentou em 2007 o pior resultado desde 2003, com uma queda de 6,614% como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 4.12. Fracionamento e distribuição de Medicamentos Líquidos na FHAJ entre 2002 e 2007



Fonte: Setor de farmácia Hospitalar

Já o fracionamento de sólidos apresentou em 2007 também o pior resultado desde 2003, com uma queda de 2,576% como mostra o Gráfico 4.13

Gráfico 4.13. Fracionamento e distribuição de Medicamentos Sólidos na FHAJ entre 2002 e 2007

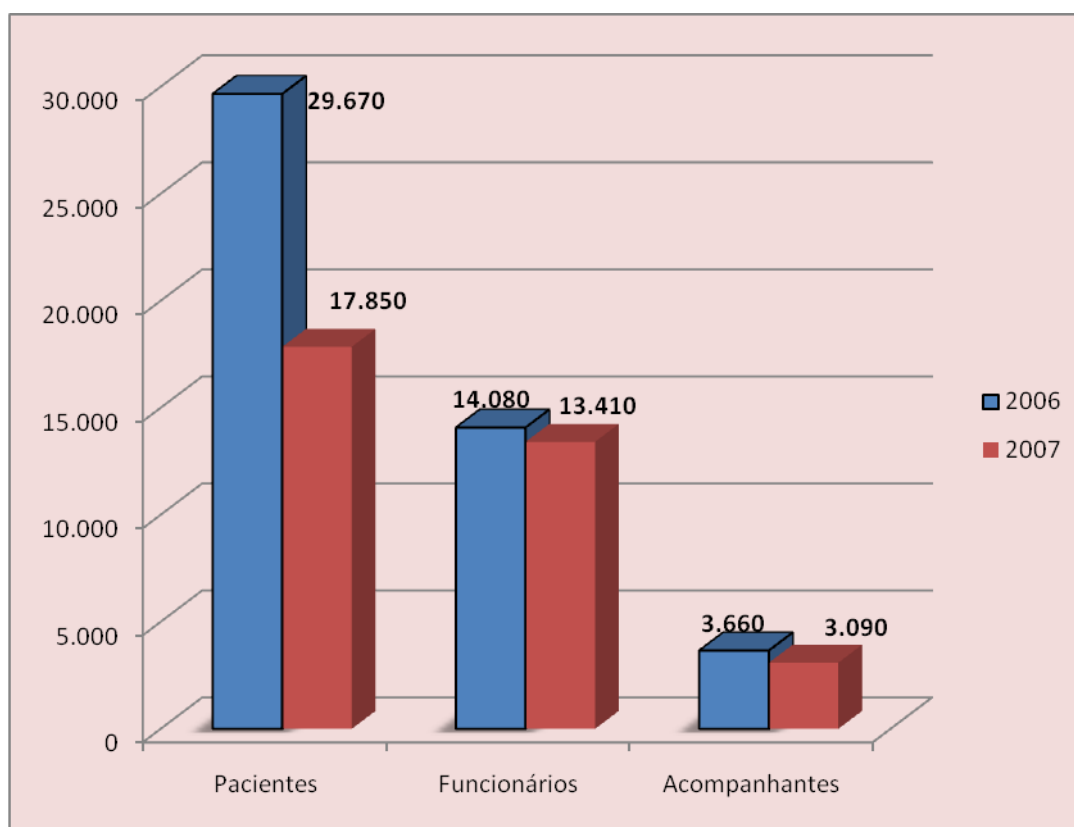
Fonte: Setor de Farmácia Hospitalar

Com uma média mensal de 6100 atendimentos à pacientes e funcionários por mês, uma média mensal de distribuição de medicamentos sólidos igual a 10.400 unidades (comprimidos, cápsulas ou drágeas) e uma média mensal de distribuição de medicamentos líquidos de 1.000 (doses de xarope e/ou soluções) por mês, o ano de 2007 mostrou resultados abaixo da capacidade de produção do setor de farmácia.

Todavia, no mesmo ano, uma das maiores economias financeiras foi percebida no Serviço de Nutrição e Dietética, com uma redução de 28% em comparação ao ano anterior, isto sem afetar a qualidade e eficácia dos serviços prestados aos pacientes. São servidas diariamente 6 refeições aos pacientes, distribuídas no desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia; 3 refeições para funcionários com escala de 12 horas e 1 refeição para funcionários com escala de 6 horas e de forma variável aos acompanhantes.

Assim como no setor SAME, não foi possível identificar dados fidedignos nos anos anteriores a 2006 no setor de nutrição e dietética, desta forma apresentamos o gráfico 4.14 com dados a partir do referido ano.

Gráfico 4.14. Refeições servidas na FHAJ entre 2006 e 2007



Fonte: Setor de nutrição e dietética

4.3. A SITUAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA DA FUNDAÇÃO

Para que possamos caracterizar o ganho ou a perda de autonomia com a criação da FHAJ, devemos analisar outro ponto de relevante importância, o orçamento da instituição. Conforme podemos observar na tabela 4.8, houve um considerável aumento no orçamento do Hospital a partir de 2004.

Vale ressaltar que não obtivemos dados de 2002 e dos anos anteriores, pois a Gerência de Orçamento, Finanças e Liquidação de Contas não dispunha destas

informações em arquivo, além do sistema de administração financeira e orçamentária só ter sido implantado em 2004.

Entre os anos de 2003 e 2004 o aumento foi de consideráveis 67,02%, entre 2004 e 2005 foi de 40,08%, entre 2005 e 2006 foi de apenas 2,51% e entre 2006 e 2007 foi de modestos 6,65%.

Tabela 4.8. Demonstrativo da execução orçamentária e financeira entre os anos de 2003 a 2007

Execução orçamentária em 2003			
Elemento de Despesa	Despesa	Valor Executado	Percentual
310000	Pessoal e Encargos Sociais	R\$ -	0,00%
330000	Outras Despesas Correntes	R\$ 6.368.350,00	100,00%
440000	Investimentos	R\$ -	0,00%
	Total em 2005	R\$ 6.368.350,00	100,00%
Execução orçamentária em 2004			
Elemento de Despesa	Despesa	Valor Executado	Percentual
310000	Pessoal e Encargos Sociais	R\$ 9.786.745,62	50,68%
330000	Outras Despesas Correntes	R\$ 9.398.592,41	48,67%
440000	Investimentos	R\$ 125.184,29	0,65%
	Total em 2005	R\$ 19.310.522,32	100,00%
Execução orçamentária em 2005			
Elemento de Despesa	Despesa	Valor Executado	Percentual
310000	Pessoal e Encargos Sociais	R\$ 18.389.349,17	57,07%
330000	Outras Despesas Correntes	R\$ 13.697.735,94	42,51%
440000	Investimentos	R\$ 138.084,70	0,43%
	Total em 2005	R\$ 32.225.169,81	100%
Execução orçamentária em 2006			
Elemento de Despesa	Despesa	Valor Executado	Percentual
310000	Pessoal e Encargos Sociais	R\$ 19.309.649,95	58,42%
330000	Outras Despesas Correntes	R\$ 13.714.362,88	41,49%
440000	Investimentos	R\$ 30.597,80	0,09%
	Total em 2005	R\$ 33.054.610,63	100,00%
Execução orçamentária em 2007			
Elemento de Despesa	Despesa	Valor Executado	Percentual
310000	Pessoal e Encargos Sociais	R\$ 21.126.305,22	59,66%
330000	Outras Despesas Correntes	R\$ 14.169.224,54	40,02%
440000	Investimentos	R\$ 112.755,35	0,32%
	Total em 2005	R\$ 35.408.285,11	100,00%

Fonte: Pesquisa de campo e Sistema de Administração Financeira e Orçamentária do Estado do Amazonas (AFI)

Esses aumentos foram em virtude do repasse de recursos da Fonte 100 (tesouro estadual), pois o Estado deixou de fornecer insumos e equipamentos, além de passar a não pagar diretamente os funcionários da instituição, transferindo através da referida fonte os recursos para que a FHAJ pudesse administrá-los diretamente. Sobre este aspecto evidenciamos que o Estado, por exemplo, passou a não comprar e fornecer para a FHAJ medicamentos através da Central Estadual de Medicamentos (CEMA), órgão ligado à Secretaria de Saúde (SUSAM). Assim, ao invés de comprar o medicamento, começou a disponibilizar o recurso na Fonte 100 para que o Hospital providenciasse a compra.

Além disso, fora concedido aumento de salário pelo Estado, o que onerou a folha de pagamento em 2006 e 2007, isto é, mesmo com o crescente déficit de funcionários a folha de pagamentos ainda aumentou.

Assim, em 2003 o orçamento contemplava somente despesas correntes. Já em 2004 houve dois orçamentos, um para o Hospital Geral Adriano Jorge e outro para a Fundação Hospital Adriano Jorge, ainda havendo abastecimento pela CEMA, compra de equipamentos e pagamento de parte dos funcionários pelo Estado.

Foi em 2005 que a FHAJ teve a possibilidade de administrar o orçamento em sua integralidade. No entanto, no final do ano de 2004 a instituição começou a funcionar em sua capacidade máxima com a inauguração do 4º andar, conforme apresenta a tabela abaixo, ou seja, era praticamente a mesma quantia de dinheiro, apesar do orçamento ser maior, para um número de leitos bem acima do que oferecia o HGAJ.

Tabela 4.9. Inauguração do 4º andar. Aumento do número de leitos.

Clínica	HGAJ 2003	FHAJ 2004	Com o 4º andar 2004
Cirúrgica	20	58	70
Médica	58	58	95
Ortopédica	18	51	70
Pneumologia Sanitária	12	18	22
UTI	0	10	15

TOTAL	108	195	272
--------------	------------	------------	------------

Fonte: Consulta a base de dados do DATASUS/SUS

Desta forma a Fundação Hospital Adriano Jorge ficou muito dependente do Estado através do repasse de recursos pela Fonte 100 e da União pelo repasse da fonte 230 (fonte SUS), que também é administrada pelo Estado através do FES (Fundo Estadual de Saúde). Com isso, no final do ano de 2005, a FHAJ teve que diminuir o número de leitos oferecidos para 178, mesmo tendo uma capacidade instalada de 272 leitos.

Mesmo assim, podemos dizer que de certa forma o Hospital teve um ganho de autonomia, pois pode criar sua própria padronização de insumos necessários ao seu funcionamento, todavia o Estado do Amazonas, como não poderia deixar de ser em virtude da legislação vigente, ainda arca com estes custos através do repasse pela Fonte 100. Por outro lado, mas ainda sobre este aspecto, não houve o ganho de autonomia, pois ter o orçamento não significa haja o financeiro disponível, o valor financeiro é calculado com base no duodécimo, ou seja, no valor anual do orçamento dividido por 12. Em cada mês o Estado disponibiliza financeiramente para a instituição somente o valor do duodécimo e caso tenha necessidade de aumentar esse valor deve solicitar à Secretaria Estadual de Fazenda (SEFAZ-AM).

4.3.1. A Fonte 230

As Receitas públicas podem ser divididas em correntes e de capital. Ao primeiro conjunto estão afetas as receitas tributárias, patrimoniais, industriais, e as transferências correntes. As de capital compreendem as operações de crédito, a alienação de bens móveis e imóveis, a amortização de empréstimos concedidos, e as transferências de capital.

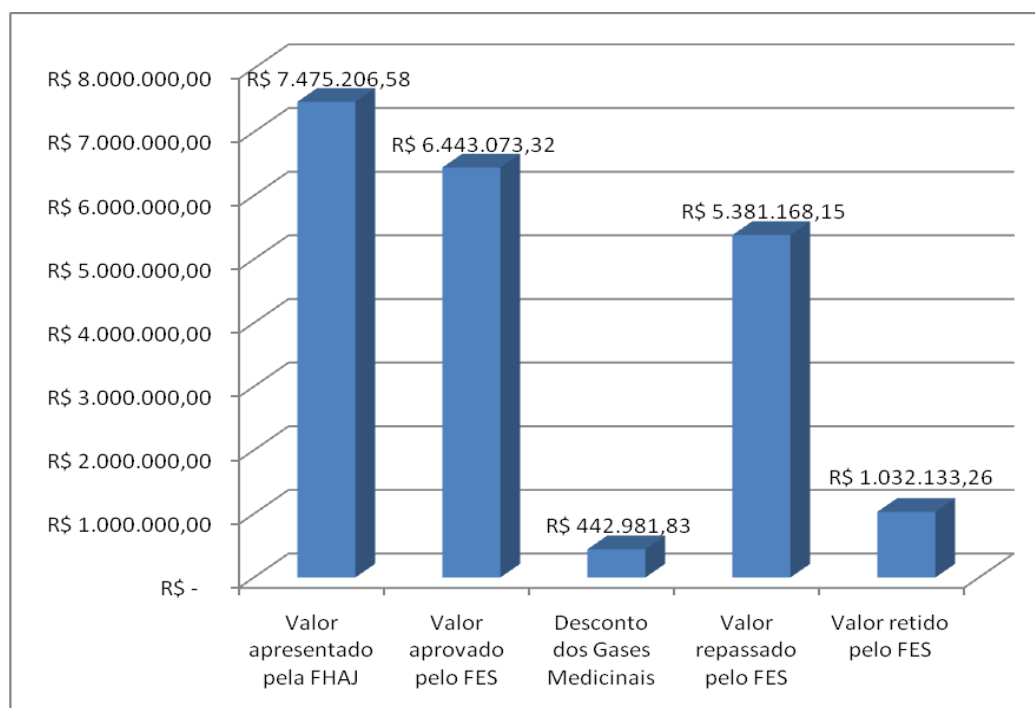
Assim, há uma fonte de receitas diretamente proporcional ao oferecimento de serviços de uma instituição de saúde à população, feita através da arrecadação tributária federal, tratando-se, portanto, de uma receita corrente. Esta fonte de receita é a fonte 230, onde o repasse é feito pelo Ministério da Saúde como um

pagamento pelos procedimentos realizados. Para que isto aconteça efetivamente, os serviços devem estar cadastrados no SUS e a instituição deve estar autorizada pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, o pagamento é feito em sua integralidade de acordo com a tabela apresentada pelo Ministério para cada procedimento e de acordo com cada região do país.

A transferência de recursos da fonte 230 é feita para o Estado, através do Fundo Estadual de Saúde (FES), que distribui para as unidades de acordo com o valor máximo cadastrado para cada ente da federação, o chamado Teto SUS, e de acordo com a discricionariedade competente ao FES.

Como podemos observar, o gráfico abaixo demonstra como o faturamento SUS da FHAJ foi administrado no momento do seu recebimento, em 2007, pelo FES. Além do que fora explicado no parágrafo anterior ainda há o desconto dos gases medicinais, utilizados pelas instituições de saúde e pagos pela SUSAM.

Gráfico 4.15. Faturamento SUS em 2007



Fonte: Consulta a base de dados do DATASUS/SUS

Esta situação referente ao repasse da Fonte 230, também demonstra a relação de dependência entre a FHAJ e o Estado do Amazonas, pois a transferência deste

recurso também é administrada pelo executivo estadual, ratificando o que fora acima considerado, pois com o aumento do número de leitos ficou difícil gerenciar o hospital, tendo em vista que ser mais possível voltar a ter o antigo número de leitos. De acordo com a diminuição marginal do total de leitos há um aumento nas filas de atendimento e a demanda por serviços de saúde é sempre crescente.

Assim, verificamos que uma das alternativas plausíveis para aumentar a autonomia administrativo-financeira da instituição estaria centrada nos convênios que por ventura pudessem ser firmados, principalmente através da Diretoria de Ensino e Pesquisa, como veremos a seguir.

4.4. O ENSINO E A PESQUISA NA FHAJ

Com o hospital ligado a administração pública direta, não era possível a instituição de um setor de ensino e pesquisa dentro da estrutura organizacional do “Adriano Jorge”. Através da criação da FHAJ foi possível oferecer cursos de Residência Médica (especialização), estágios e desenvolver grupos de pesquisa que trouxeram resultados para a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes. Além disso surgiu a possibilidade de participar de editais de fomentos de pesquisa e de realizar convênios que tivessem como pano de fundo o ensino e a pesquisa.

Assim, a Fundação recebeu, ao longo de sua curta história, 225 acadêmicos de Medicina em regime de internato oriundos da UEA, nas áreas de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica.

Mediante convênio estabelecido com o Centro Universitário Nilton Lins (UNINILTONLINS) a FHAJ recebeu um total de 47 acadêmicos de Medicina em regime de internato para a área de Clínica Cirúrgica.

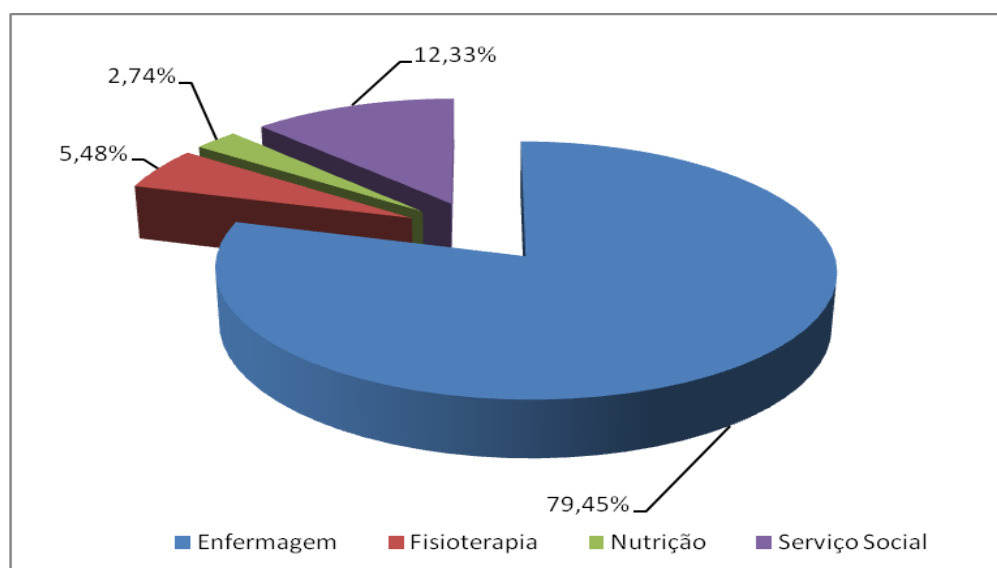
Em 2007 os programas de Residência Médica da FHAJ contaram com 15 médicos no 1.º ano (R1) e 10 no 2.º ano (R2), distribuídos conforme a tabela 4.8., e a instituição formou a primeira turma, iniciada em 2004, de 08 Médicos Especialista em Clínica Médica e Cirurgia Geral;

Tabela 4.10. Número de residentes em 2007

ESPECIALIDADES	VAGAS CREDENCIADAS EM 2007				NÚMERO DE RESIDENTES EM 2007			
	R1	R2	R3	TOTAL	R1	R2	R3	TOTAL
Clínica Médica	5	5		10	5	5		10
Cirurgia Geral	5	5		10	5	5		10
Ortopedia e Traumatologia	5			5	2			2
Anestesiologia	2			2	2			2
Otorrinolaringologia	1			1	1			1

Fonte: Pesquisa de campo

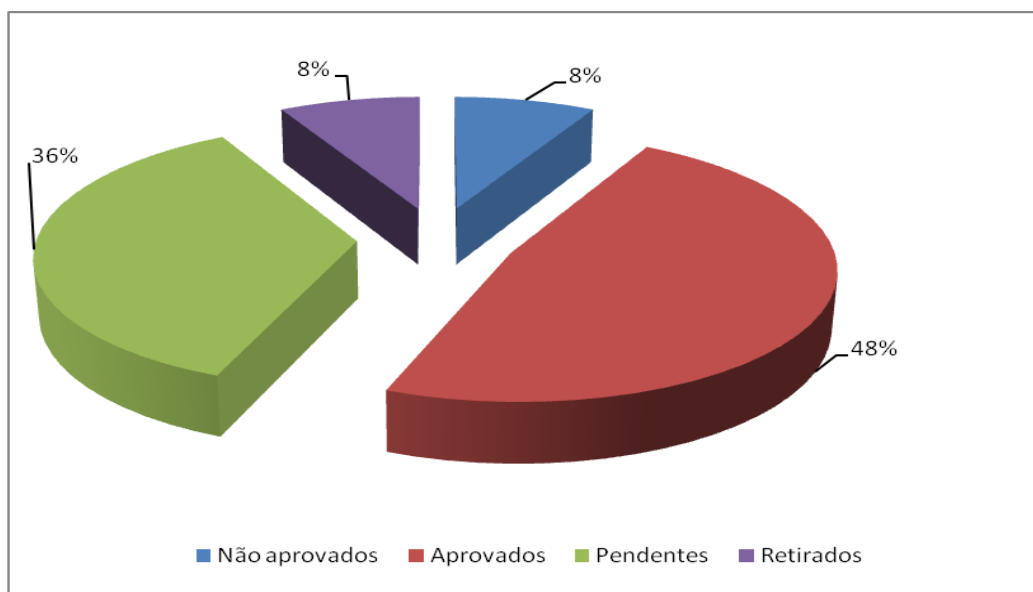
A FHAJ realiza estágios nas áreas de Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia e Serviço Social. As Instituições de Ensino que realizam estágios na FHAJ são: Universidade Paulista (UNIP), Centro Universitário Nilton Lins (UNINILTONLINS), Centro de Ensino Literatus e Universidade do Norte (UNINORTE). Em 2007 a Fundação contou com um total de 365 estagiários, distribuídos conforme o Gráfico 4.16.

Gráfico 4.16. Distribuição dos estagiários por área em 2007

Fonte: Pesquisa de campo

Fora submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FHAJ um total de 75 projetos, desde sua criação em 2006. Dos projetos avaliados 48,00% obtiveram parecer de aprovado, enquanto que apenas 8,00% não foram aprovados, por existirem inconsistências contidas no projeto que comprometiam a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, conforme normas da Resolução CNS 196/96 (Gráfico 4.17.). Um projeto foi retirado por solicitação do próprio pesquisador.

Gráfico 4.17. Distribuição dos processos avaliados pelo CEP



Fonte: Pesquisa de campo

Para efeito de esclarecimento ainda identificamos que a maioria dos processos apresentados para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos são oriundos do curso de medicina com 48%, em segundo lugar os de enfermagem com 24%, em terceiro fisioterapia com 16%, psicologia, serviço social e engenharia aparecem em quarto lugar com 4%, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 4.11. Distribuição por área de conhecimentos dos projetos avaliados

Área do Conhecimento	Frequência	%
Medicina	36	48
Fisioterapia	12	16
Enfermagem	18	24

Psicologia	3	4
Serviço Social	3	4
Engenharia	3	4
TOTAL	75	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2008

Com a nova política dos Ministérios da Saúde e Educação, serão considerados hospitais de ensino, apenas aqueles que forem certificados de acordo com os critérios propostos na Portaria Interministerial de no. 2.400/07. A política envolve ações voltadas para o aprimoramento do papel que essas instituições desempenham em relação ao ensino e à pesquisa em saúde para o SUS, visando sua inserção neste novo modelo de instituição, a FHAJ, iniciou em 2007 o seu processo de certificação junto aqueles Ministérios, recebendo em janeiro de 2008 a almejada certificação, o que elevou a instituição ao grupo seletivo de unidades de saúde certificadas como Hospital de Ensino.

Outra realização de grande relevância foi do setor de Ensino e Pesquisa foi o convênio firmado com a Universidade do Estado do Amazonas – UEA para contratação de Preceptores que atuam no acompanhamento dos Médicos Residentes do Programa de Residência Médica em Traumatologia-Ortopedia.

Através do programa de fomento à pesquisa do CNPq a FHAJ irá construir a partir de julho de 2008 um novo ambulatório dentro das especificações da OMS (Organização Mundial de Saúde). Este novo ambulatório foi orçado em aproximadamente R\$ 1.200.00,00 (um milhão e duzentos mil reais) e será destinado às pesquisas em clínica médica e na área de saúde como um todo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo avaliar uma política pública de descentralização de uma unidade de saúde ligada a administração pública direta. Assim, procurou-se esboçar, ao longo de três capítulos, diversos aspectos acerca da criação da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ) e da manutenção de suas atividades ao longo de sua curta existência.

No Capítulo 1 fora caracterizado o histórico da instituição estudada, sua contextualização e o problema que motivou a realização deste trabalho. Já o Capítulo 2 apresentou os procedimentos metodológicos utilizados para tentar: 1) explicar como pode se dá o processo de políticas públicas de acordo com estudo bibliográfico; 2) Identificar como o SUS se propõem a descentralizar suas atividades e como as Fundações Públicas podem estar inseridas neste contexto; 3) Identificar variáveis que indicaram o ganho e a perda de autonomia administrativo-financeira na criação da FHAJ; 4) Quantificar variáveis identificadas no último ano de funcionamento do HGAJ, no ano da criação da FHAJ e anos seguintes, para considerar se houve de fato ganho ou perda de autonomia; 5) Relatar as características do planejamento do orçamento e da gestão na FHAJ; e 6) Propor sugestões para o aprimoramento desta pesquisa e para a melhoria da capacidade de gestão da FHAJ.

Já no Capítulo 3, observou-se como caracterizar uma política pública dentro de diversos contextos, para que se pudesse definir a concepção da FHAJ como uma ação de governo na busca da otimização de seus serviços e melhoria dos serviços prestados à população. Desta forma, a FHAJ pôde ser avaliada como uma política pública e assim caracterizou-se o tipo de avaliação que este trabalho se propôs a fazer como Avaliação Conceitual, Avaliação de Impacto e Estudo de Avaliação, além de depreender que a avaliação concebida tinha foco na Eficácia. A Avaliação, portanto, compreendida como um instrumento para evidenciar se os resultados esperados foram alcançados, denotou que a FHAJ conseguiu seus propósitos somente através da Diretoria de Ensino e Pesquisa que tem alcançado resultados de crescimento, **talvez** por ter sido criada na institucionalização da FHAJ e, por isso, seus funcionários não estarem contaminados com vícios da antiga instituição.

Podemos ainda evidenciar no Capítulo 3 que o Sistema Único de Saúde (SUS) sugere uma descentralização que pode estar sendo mal interpretada, pois a letra da lei sugere descentralização na municipalização dos serviços de saúde para que o atendimento primário e preventivo fique a cargo do ente federado que tem, pela hierarquização do Sistema, as responsabilidades básicas.

Verificou-se, por último, o conceito jurídico que norteia o processo de descentralização através da criação de fundações públicas, a fim de compreender melhor como a criação de uma fundação pode, ou não, trazer autonomia. Com isso, foi possível compreender através das características particulares à criação da FHAJ, como ela se enquadrou nas dimensões que foram aqui abordadas, ou seja, evidenciamos que esta criação não seguiu os conceitos básicos do direito administrativo no que concerne à finalidade dos serviços oferecidos, pois, de acordo com os ensinamentos de Meirelles (2003), as descentralizações poderiam ocorrer somente nos considerados serviços impróprios do Estado. Isso porque os serviços próprios, como a saúde, por exemplo, têm em sua natureza as atividades que caracterizam a existência do Estado. Por este motivo, se depreendeu que ao criar instituições descentralizadas que executem atividades próprias, acarretar-se-ia na concepção de instituições extremamente dependentes, mas autônomas na letra de lei.

Por fim, foram apresentadas no Capítulo 4 variáveis que demonstram que nos últimos anos, principalmente em 2007, houve um declínio no quantitativo dos serviços prestados pela FHAJ, isto decorrente da pouca autonomia administrativo-financeira, como observamos ao longo do referido capítulo e conforme os dados apresentados na tabela 4.8. Verifica-se, assim, que a qualidade pode ser mensurada inicialmente através do conjunto de serviços oferecidos, contemplando um atendimento ao paciente que vai desde a primeira consulta até sua internação e cirurgia nos casos mais complicados, passando por análises clínicas durante sua permanência em leito e indo a atendimentos fisioterápicos pós-cirúrgicos quando necessário. Na FHAJ, hipoteticamente, o cidadão teria direito a isso com atendimento de baixa, média e alta complexidade em um único local. Todavia, como podemos perceber, houve diminuição da capacidade de atendimento nos diversos serviços oferecidos pela instituição. Desta forma, aumentaram as filas de espera por atendimento, dificultando a eficiência e a eficácia na prestação dos serviços com qualidade.

Uma boa exemplificação da perda de qualidade, de acordo com os moldes acima apresentados, seria perceptível em um paciente que depois de consultado e internado precisasse fazer exames laboratoriais. Se a cirurgia demorar a acontecer o paciente, já debilitado, pode precisar fazer novos exames, pois os antigos não valerão mais. Assim, com a diminuição dos diversos serviços oferecidos pela FHAJ, a sensação de perda de qualidade seria latente e se mostra presente no último relatório apresentado pela assessoria de planejamento, que indica uma insatisfação no atendimento no valor de 56,77% de dezembro de 2007 a maio de 2008.

A maioria dos entrevistados (75%), por sua vez, acredita que houve aumento da produtividade, inclusive, com melhora no faturamento, através do repasse de recursos pelo SUS na fonte 230. Este pensamento vai ao encontro dos dados apresentados nesta pesquisa, pois podemos observar que na maioria dos serviços prestados houve queda desde 2005, quando a FHAJ ainda era gerenciada pelas pessoas que participaram do seu processo de concepção. Isto denotaria três cenários prováveis: 1) O desconhecimento geral dos indicadores que podem sugerir ganho ou perda de qualidade; 2) A falta de vontade de solucionar os problemas no caso do conhecimento destas variáveis; ou, o que é pior 3) A incapacidade de dar

respostas contundentes às contingências, frente à exacerbada dependência financeira e orçamentária da FHAJ para com o Estado.

Os entrevistados consideraram que a criação da FHAJ não foi orientada por nenhuma corrente ideológica ou filosófica, isso demonstra que eles consideram que a criação foi desenvolvida através de conceitos técnicos e dentro das necessidades da população. Além disso, mesmo 75% dos ex-diretores considerando que houve aumento na produtividade, ainda relataram (também 75% dos entrevistados), ao responder a sétima pergunta da entrevista, que a FHAJ é muito dependente do Estado.

Indo ao encontro deste pensamento, identificou-se no Capítulo 4 que a FHAJ não tem autonomia sequer para suprir sua necessidade de mitigar o déficit de funcionários que vem sendo apresentado.

A pesquisa não gerou resultados mais profícuos e conclusivos em virtude da falta de acesso a informações e a dificuldade em tabular prontuários, quando era necessário.

As limitações foram majoradas, também, pela não existência de um modelo estatístico que pudesse medir quantitativamente através das variáveis identificadas o grau de autonomia administrativo-financeira de instituições públicas, desta forma sugere-se a criação deste modelo para um trabalho vindouro, quiçá uma tese de doutoramento.

Em consonância aos ensinamentos de Hely Lopes Meirelles (2003) considera-se para efeito conclusivo deste trabalho que a criação excessiva e com base em critérios deturpados de órgão descentralizados podem acarretar, como é o caso da FHAJ, em instituições descentralizadas, mas intimamente dependentes do Estado.

O que se pretendeu com este trabalho, portanto, foi mostrar que as políticas públicas de criação de fundações não devem servir de panacéia para problemas de excesso de burocracia e de centralização, como podemos evidenciar com as afirmações de Hely Lopes Meirelles (2003). Por isso não poderia ser possível criar

fundações sem oferecer condições para que estas tivessem capacidade de oferecer serviços de maior qualidade à população e em condições de manutenção de equilíbrio de suas finanças, pois, do que adianta oferecer atendimento de qualidade em uma situação de aumento de déficit, se em algum momento os rendimentos deficitários poderão impossibilitar o atendimento em sua totalidade?

BIBLIOGRAFIA

AGUILAR VILLANUEVA, Luis F. *La hechura de las políticas*. México: Porrúa, 1992.

ARRETCHE, M.T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E.M. (org) *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate* São Paulo: Cortez: IEE, 1998.

BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el Desarrollo Mundial*. Washington, 1997.

BAKER, J.L. *Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza: manual para profesionales*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial), Washington, 2000.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Universidade de Brasília, 1983.

BONOMA, Thomas V. - Case Research in Marketing: Opportunities, Problems, and Process. *Journal of Marketing Research*, Vol XXII, May 1985.

BRASIL, Decreto-lei n. 200 de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. In: *Diário Oficial da União*, Brasília.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos. *Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 35, 2002.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, 2006a.

_____, Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006b.

_____, Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O Financiamento da Saúde*. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, vol. 3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, 2007a.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, vol. 10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, 2007b.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Moderna Gestão Pública: dos meios aos resultados*. Acta Geral do 2º Encontro ina. Lisboa: Fundação Gulbenkian, 2000.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos (org); GRAU, Nuria Cunill; GARNIER, Leonardo; OSZLAK, Oscar; PRZEWORSKI, Adam. *Política y Gestión Pública*. Buenos Aires: CLAD/Fundo de Cultura Econômica, 2004.

CARVALHO, M.C.B. *Introdução à temática da gestão social*. In: ÁVILA, C. M. (coord) *Gestão de Projetos Sociais*. 3ª ed. São Paulo: AAPCS – Associação de apoio ao Programa Capacitação Solidária, 1998.

CASALS, Pedro Henrique. Gestão pela qualidade: estabelecendo uma estrutura organizacional eficaz. *ANPAD* 1997. Disponível em: <<http://www.casals.pro.br/APAD97.DOC>> Acesso em 02 de janeiro de 2008.

CASTOR, B. V. J. et al. *Estado e administração pública: reflexões*. Brasília, Fundação Centro de Formação do Servidor Público, 1987.

CAVALCANTI, Bianor Scelza; PECCI, Alketa. Além da (re)forma do aparelho do Estado: para um nova política de gestão pública. In: CAVALCANTI, Bianor Scelza (org.); RUEDIGER, Marco Aurélio (org); SOBREIRA, Rogério (org). *Desenvolvimento e construção nacional: políticas públicas*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J.C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, n. 37, v. 35, p. 969-982, set/out, 2003.

COSTA, Hostilio Caio Pereira da. A saúde pública e sua hipocrisia. *Jornal Veja Agora*. Coluna Metendo o Bedelho. São Luís, Maranhão: 05 de janeiro de 2007.

COSTA, Nilson Rosário. *Políticas públicas: justiça distributiva e inovação*. São Paulo: Hucitec, 1998.

CRETELLA JÚNIOR, José. *Curso de direito administrativo*. Ed. Revista e atualizada. Rio de Janeiro, Ed. Forense, 2003.

CROZIER, Michel. *La transición del paradigma burocrático a una cultura de gestión pública. Reforma y Democracia*. Venezuela: Clad, 1997.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo*. 13 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

DROR, Yehezkel. Analisis de políticas para gobernantes. In: *Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo*, nº 1. Caracas: Ediciones Fundacademus, enero, 1982. p. 21-44.

DUTRA, Adhemar Ferreira. *Metodologia da Reforma Administrativa*. Revista da Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte, 8 (11): 4, nov., 1978.

FARIA, C.A.P. A política de avaliação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.20, n. 59, out. 2005.

FELICIANO, K.V.O. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. *Revista brasileira de saúde materna infantil*, Recife, vol. 5, p.83-92, dez., 2005.

FERRAZ,C.A.; MISHIMA, S.M.; e COLABORADOES. *La reforma del sector desalud y SUS implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería en Brasil*. Serie 27 Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, D.C., p. 67 – 71, 2001.

FIGUEIREDO, Lucia Valle. *Curso de direito administrativo*. 4 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2001.

FLEURY, Sonia. Reforma del Estado. **RAP**. Rio de Janeiro. P. 7-48, Set/Out. 2001.

_____. Social Policy. Outras Publicações, 2003. Rio de Janeiro, EBAPE-FGV. 6 p.

GOODE, W. J. & HATT, P. K. - Métodos em Pesquisa Social. 3ªed., São Paulo: Cia Editora Nacional, 1969.

GUNN. L. *Why is implementation so difficult?* Management Services in Government, Nov. 1978.

HEATWOLE, C.G.; KELLER, L.F.; WANSLEY, G.L. Action research and public policy analysis: sharpening the political perspectives of public policy research. *The western Political Quaterly*, v.29, n.4, p. 597-609, dec. 1976.

HILL, M. Implementation: na overview. In: _____. The public policy process. 4th ed. Pearson Longman, 2004. Cap. IX, p. 174-195.

HOLANDA, A.N.C. Avaliação de políticas públicas: conceitos básicos, o caso do ProInfo e a experiência brasileira. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública, 8., 2003, Panamá. *Anais...* Panamá, 2003.

JESUS, I. M. N. S. *Aspectos comentados sobre a administração pública e os princípios administrativos*. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.uneb.br/artigos/PRINCIPIOS.pdf>>. Acesso em 01 de Janeiro de 2007.

KINGDON, John W. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2nd ed. Addison-Wesley Educational Publishers Inc., 1995.

KLIKSBURG, B. A gerência na década de 90. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 22. n.1, p. 59-85, jan/mar, 1988.

_____. Uma gerência pública para os novos tempos. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 118, n.1, p.119-142, jul., 1994a.

_____. Redesenho do Estado para o desenvolvimento socioeconômico e a mudança: uma agenda estratégica para a discussão. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 28. n.3, p. 5-25, jul/set, 1994b.

_____. Capital social y cultura, claves esenciales del desarrollo. Santiago: *Revista de la Cepal*, vol. 69, p.85-102, Dez. 1999.

LUCHESE, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; (8) 2.

_____. Políticas Públicas em Saúde: Informação para tomadores de Decisão em Saúde Pública. BVS. Disponível em < <http://www.saudepublica.bvs.br> >. Acesso em 25 de outubro 2007.

MARTINS, Humberto Falcão. Uma análise dos paradigmas de Administração Pública à luz do contexto social. *Parcerias Estratégicas*. Maio/96. pp. 140-169.

MATUS, C. *Política, Planejamento & Governo*. Brasília: IPEA, 1993.

MEDEIROS, Antonio Carlos. (1986), *Politics and intergovernmental relations*. In Brazil: 1964-1982. Nova York/Londres, Garland Publishing Inc.

MEEHAN, José Hector. Princípios generales de técnica legislativa. In: _____. *Teoria y técnicas legislativas*. Buenos Aires: Depalma, 1976. p. 71-97. Parte segunda.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*. 28 Ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.

MELLO, D. L. Governo e administração pública municipal: a experiência brasileira. *Revista de Administração Pública (RAP)*, Rio de Janeiro, vol. 35(2), 2001, p. 79-96.

MELO NETO, João Cabral de. *Morte e Vida Severina e outros poemas para vozes*. Editora Nova Fronteira. 1980, p. 101.

NEPP/UNICAMP. *Modelo de avaliação de programas prioritários: relatório final*. Campinas, 1999.

NORTH, D. C. *Instituciones, Cambio Institucional y Desempeño Económico*, México, Fondo de Cultura Económica. 1993.

OUCHI, W. Markets, Bureaucracies, and Clans. *Administrative Science Quarterly*, vol. 25. p.129-141, 1980.

PATTON, M.Q. *Workshop: Avaliação focada na utilização*. Vídeo, 2004. Disponível em: <<http://www.gestãosocial.org.br/conteudo/servicos/radiosocial/workshop-avaliacao-focada-na-utilizacao>> Acesso em 09 de agosto de 2006.

PRESSMAN, Jeffrey; WILDAVSKY, Aaron. *Implementation*. Berkeley: University of Califórnia Press, 1984.

QUIRINO, Célia Galvão. 1995. Tocqueville: sobre a liberdade e a igualdade. In: WEFFORT, Francisco (org.). *Os clássicos da política 2*. São Paulo: Editora Ática S. A.

RIKER, William H. (org.). (1987), *The development of American federalism*. Norwell, Kluwer Academic Publishers.

ROESCH, S. Avaliação: Gerar conhecimento tecnocrático ou capacidade local. In: FISCHER, T. *Gestão do desenvolvimento dos poderes locais: marcos teóricos avaliação*. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2002.

RUA, Maria das Graças; Aguiar, Alessandra T. *A política industrial no Brasil, 1985-1982: Políticos, burocratas e interesses organizados no processo de policy-making*. Planejamento e Políticas Públicas n.12, p. 235-251. jun/dez, 1995.

RUEDIGER; Marco Aurélio; RICCIO, Vicente. O novo contrato social: desenvolvimento e justiça em uma sociedade complexa. In: CAVALCANTI, Bianor Scelza (org.); RUEDIGER, Marco Aurélio (org); SOBREIRA, Rogério (org). *Desenvolvimento e construção nacional: políticas públicas*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

SABATIER, P.A. Toward Better Theories of The Policy Process. *Political Science and Public Policy*. jun. 1991.

SCHAPS, Ronald e RIKER, William. (1987), *Disharmony in federal government*, in William Riker (org.), *The development of American federalism*, Norwell, Kluwer Academic Publishers.

SARAVIA, Enrique. Introdução à Teoria da Política Pública. In: SARAVIA, Enrique (org.); FERRAREZI, Elisabete (org.). *Políticas Públicas: Coletânea – Volume 1*. Brasília: ENAP, 2006.

_____. Introdução à Teoria da Política Pública. In: SARAVIA, Enrique (org.); FERRAREZI, Elisabete (org.). *Políticas Públicas: Coletânea – Volume 1*. Brasília: ENAP, 2006.

Schweizer. Publicização. *Revista de Administração Pública (RAP)*, Rio de Janeiro, vol. 2/2001, p. 163

SILVA, C.S. *Medidas e Avaliação em Educação*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1992.

SILVA, M.O.S. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, M.O.S. (org) *Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria & prática*. São Paulo: Veras Editora, 2001.

SILVA, P.L.B. *O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal na atenção à saúde na década de 70*. Cad FUNDAP. 1983; 3: 27-50.

SUBIRATS, Joan. *Definición del problema. Relevância pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos*. In_____. *Análisis de políticas y eficacia de la administración*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 1989. p. 47-66 (Série Administración General).

THOEING, J.C. A avaliação como conhecimento utilizável para reforma de gestão pública. *Revista do Setor Público*, ano 51, n.2, abr-jun. 2000.

TONI, J. *O que é Planejamento Estratégico Situacional?* Revista Espaço Acadêmico, N°. 32, Janeiro de 2004. ISSN 1519.6186. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>>. Acesso em 01 de Janeiro de 2007.

TULL, D. S. & HAWKINS, D. I. - *Marketing Research, Meaning, Measurement and Method*. Macmillan Publishing Co., Inc., London, 1976.

UNITED NATIONS COMMISSION ON SUSTAINABLE DEVELOPMENT. *Indicators of Sustainable Development*. Disponível em:

<<http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/isd/.htm>>. Acesso em 28 de setembro de 2005.

UNITED NATIONS DIVISION FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT. *Indicators of Sustainable Development: Guidelines and Methodologies*, April 2001.

YIN, Robert K. - *Case Study Research - Design and Methods*. Sage Publications Inc., USA, 1989.

_____ - *The Case Study Crisis - Some Answers*. *Administrative Science Quarterly*, Vol 26, March 1981.

_____ & HEALD, Karen A. - *Using the Case Survey Method to Analyse Policy Studies*. *Administrative Science Quarterly*, Vol 20, September 1975.

WEISS, C. H. Have we learned anything about the use of evaluation? *American Journal of Evaluation*, vol. 19, n.1, p. 21-34, 1998.

WILDAVSKY, Aron. *Speaking truth to power: the art and craft of policy analysis*. Boston/Toronto: Little, Brown and Company, 1979.

ANEXO 1 – A Lei 2.847/03 (Lei de criação da FHAJ)**Lei Ordinária nº 2847/2003 de 13/11/2003**

Art. 1º - Fica o Poder Executivo autorizado a instituir, sob a forma de Fundação e respeitada a legislação aplicável, a FUNDAÇÃO HOSPITAL “ADRIANO JORGE”, com as seguintes finalidades:

I - prestar assistência a pacientes referenciados, encaminhados pelas unidades de saúde do setor público e do setor privado, mediante a contrapartida financeira, nas diversas áreas;

II - promover e incentivar a realização das atividades de ensino de graduação e pós-graduação (lato sensu e stricto sensu) e pesquisas nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia;

III - manter programas de Residências em Medicina, Enfermagem e Odontologia;

IV - manter atualizados os dados estatísticos e epidemiológicos, referentes às doenças tratadas e diagnosticadas;

V - oferecer subsídios para elaboração e formalização de propostas de pesquisa em doenças, de acordo com os interesses da Fundação;

VI - proporcionar condições ao desenvolvimento de projetos voltados para a operacionalização e controle de doenças, de interesse da Fundação;

VII - oferecer estágios e treinamentos a profissionais de saúde nas atividades-meio e fim da Fundação, em níveis institucional, local e nacional;

VIII - manter intercâmbio com Instituições que desenvolvam atividades relacionadas à sua área de atuação, com vistas à consecução de seus objetivos;

IX - firmar contratos, convênios, acordos e outros ajustes, com órgãos públicos das três esferas de Governo e com entidades privadas nacionais e internacionais, para complementação de atividades, no âmbito de sua atuação;

X - realizar e/ou incentivar a participação em encontros, congressos, seminários, simpósios e quaisquer eventos que propiciem permuta e ampliação de conhecimentos, no âmbito de sua competência;

XI - manter rigorosamente atualizado, o sistema de informações técnico-científicas de suas atividades;

XII - realizar outras ações, pertinentes aos seus objetivos.

Art. 2º - A Fundação Hospital “Adriano Jorge” terá prazo de duração indeterminado, sede e foro na cidade de Manaus, jurisdição em todo o território do Amazonas e será organizado em Estatuto aprovado por ato do Governador, atendidos os seguintes

pressupostos:

I - autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial;

II - atuação na prestação de assistência à saúde a pacientes referenciados, na realização das atividades de ensino de graduação e pós-graduação, de pesquisas nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia, e na manutenção de programas de Residências em Medicina, Enfermagem e Odontologia;

III - administração superior compreendendo o Conselho Diretor e a Diretoria.

§ 1º - A Fundação Hospital "Adriano Jorge" adquirirá personalidade jurídica a partir da inscrição, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, do seu ato constitutivo, do Estatuto e do Decreto que o aprovar.

§ 2º - As providências de instituição da Fundação Hospital "Adriano Jorge" guardarão, ainda, obediência às normas da Lei nº 2.783, de 31 de janeiro de 2.003, especialmente o artigo 9º e seus incisos.

Art. 3º - O patrimônio da Fundação Hospital "Adriano Jorge" será constituído:

I - por dotação orçamentária concedida através de crédito adicional especial, para cuja abertura, no exercício de 2.004, fica autorizado, desde logo, o Chefe do Poder Executivo;

II - por todos os bens e direitos, de qualquer espécie, pertencentes ao Hospital "Adriano Jorge";

III - pelos bens ou direitos que lhe sejam destinados ou que venha a adquirir, a qualquer título, na forma da Lei.

§ 1º - Os bens e direitos da Fundação Hospital "Adriano Jorge" serão utilizados exclusivamente para a consecução dos seus objetivos e, em caso de extinção da Entidade, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado do Amazonas.

§ 2º - Fica assegurada a Fundação Hospital "Adriano Jorge" isenção total de tributos estaduais.

Art. 4º - Constituem receitas da Fundação Hospital "Adriano Jorge", dentre outras:

I - dotação anualmente consignada no Orçamento do Poder Executivo;

II - contribuições, doações e financiamentos decorrentes de convênios e quaisquer outros ajustes com organismos federais, estaduais e municipais e com entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras;

III - remuneração de serviços prestados a terceiros;

IV - os rendimentos provenientes da realização de serviços, bens, depósitos e investimentos.

Art. 5º - O processo de escolha e nomeação dos membros dos órgãos de Administração Superior da Fundação Hospital "Adriano Jorge" dar-se-á na forma estabelecida no Estatuto da Instituição.

Art. 6º - O Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração da Fundação Hospital "Adriano Jorge" será objeto de lei específica, garantida, desde logo, a atribuição de gratificação a servidor público estadual qualificado que venha a ser designado para o exercício da docência.

Parágrafo único - Enquanto não constituído o Quadro de Pessoal próprio, as atividades da Fundação Hospital "Adriano Jorge" serão desenvolvidas por servidores admitidos na forma da Lei nº 2.783, de 31 de janeiro de 2.003, com suas alterações posteriores.

Art. 7º - Revogadas as disposições em contrário, esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

APÊNDICE 1 – Questionário base das entrevistas

MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Fundação Getúlio Vargas – FGV

Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas – Ebape

Questionários (roteiro da entrevista) da dissertação de André Zogahib

Dia da pesquisa:

Entrevistado:

Cargo que ocupou na FHAJ:

- 1) Em linhas gerais qual(is) o(s) principais motivo(s) de se criar a Fundação Hospital Adriano Jorge?

- 2) A doutrina do Direito Administrativo classifica os serviços públicos em próprios (atividades inerentes ao Estado) e impróprios (atividades para demandas específicas). O Estado deve exercer os serviços próprios diretamente, enquanto no impróprio o Estado pode descentralizar sua execução ou conceder à particular. Sobre este prisma, qual o seu entendimento sobre a criação da FHAJ?

- 3) O senhor(a) acredita que a descentralização trouxe melhorias para o atendimento a população?
() SIM
() NÃO

- 4) Caso a resposta acima seja verdadeira, diga de que forma e onde o senhor(a) considera que houve melhorias?

- 5) Serviços que foram incrementados ou excluídos, propiciaram, na sua opinião, a evolução do orçamento pela fonte de recursos do SUS (230) ou por convênios?
() SIM
() NÃO

- 6) O processo de descentralização do Hospital Geral Adriano Jorge foi orientado por alguma corrente ideológica, ou política? Em caso afirmativo indicar qual.
- () SIM
- () NÃO
- 7) A descentralização trouxe de fato autonomia administrativo-financeira, ou a FHAJ ficou muito dependente do Estado e dos Repasses das Fontes 100 (tesouro estadual) e 230 (recursos federais)?
1. *[Concurso da Susam (exemplo de problema administrativo), execução orçamentária das Fundações (exemplo de problema orçamentário-financeiro)]*
- () Muito Dependente
- () Pouco Dependente
- () Independente
- 8) Se a FHAJ fosse de Direito privado e não de direito público interno, na sua opinião, ela seria mais dependente administrativa e financeiramente?
- () SIM
- () NÃO
- 9) A criação da FHAJ é uma PP ou está inserida em uma PP?
- () SIM
- () NÃO