

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

WALTER CINTRA FERREIRA JUNIOR

GERENCIAMENTO DE HOSPITAIS ESTADUAIS PAULISTAS:
Estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde

SÃO PAULO
2004

WALTER CINTRA FERREIRA JUNIOR

GERENCIAMENTO DE HOSPITAIS ESTADUAIS PAULISTAS:

Estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas

Campo de conhecimento:
Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO
2004

Ferreira Junior, Walter Cintra.

Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas : estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde / Walter Cintra Ferreira Junior. - 2004.
129 f.

Orientadora: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas
de São Paulo.

1. Hospitais - Administração - São Paulo (Estado). 2. Reforma do Estado. 3. Contratos de gestão. 4. Controle social. I. Malik, Ana Maria.. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8

WALTER CINTRA FERREIRA JUNIOR

GERENCIAMENTO DE HOSPITAIS ESTADUAIS PAULISTAS:

Estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de conhecimento:
Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde

Data de aprovação:

___/___/___

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)
FGV-EAESP

Prof. Dr. Djair Picchiali
FGV-EAESP

Prof. Dr. José da Silva Guedes
FCMSCMSP

Este trabalho é dedicado:

Aos meus pais, Rose e Walther.

À Simone, companheira amada dos meus dias.

À Gabriela, Elisa e Daniel, filhos amados, alegria dos meus dias.

À memória da pequena Camila.

À memória do Vinicius.

AGRADECIMENTOS

À Ana Maria, minha orientadora, amiga, pela persistência, pelo apoio e pelo carinho na amizade.

Ao Gonzalo, pela amizade e pelo apoio sempre presente em todos os momentos.

Ao Celsinho, amigo e camarada de longa data.

Ao Nelson, amigo e parceiro de média data.

À Leila do Proahsa, pelo salvamento de todos os prazos.

Ao Rubens, pela valiosa ajuda na fase de campo.

Em especial, ao Frank, grande irmão, pela carinhosa dedicação na conclusão deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo comparar o modelo de gerenciamento de hospitais públicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por meio das organizações sociais da saúde com o modelo de gerenciamento realizado diretamente pelo governo nos aspectos administrativos operacionais. O modelo de gerenciamento de hospitais públicos por meio das OSS é analisado como caso especial de reforma do Estado. Os dois modelos são comparados sob o enfoque de suas práticas gerenciais em quatro áreas principais: gestão de recursos humanos, recursos orçamentário-financeiros, contratação de serviços e compra de materiais. Foi realizada pesquisa qualitativa dirigida por questionário e entrevista com diretores de uma amostra de dez hospitais, cinco da administração direta e cinco do modelo de gestão pelas OSS. A comparação dos dois modelos mostrou a vantagem das OSS sobre a administração direta no que se refere aos aspectos gerenciais, exceto na área de contratação de serviços, na qual não houve diferença evidente. Entretanto, o modelo das OSS, assim como as demais propostas de reforma do Estado, que pretendem romper com o paradigma da administração tradicional, não têm respostas adequadas às questões da responsabilização e do controle social. A administração pública precisa ser reformada para melhorar sua capacidade gerencial.

Palavras-chaves: Reforma do Estado; organizações sociais; contrato de gestão; controle social; administração gerencial.

ABSTRACT

This dissertation aimed to compare two managerial models used by the Health State Secretariat of Health in the State of São Paulo in the management of hospitals: there are hospitals directly managed by the State Government and other managed by not for profit organizations, called Social Health Organizations (OSS). The OSS were analyzed as special case in the health State reform. Both models were compared according their manager's views regarding managerial practices in four areas: human resources, budgeting & finances, out-sourcing and supply management. Managers of five directly managed and five OSS were interviewed for a qualitative research. The comparison showed an advantage in the OSS model, except for the out-sourcing area. Nevertheless, the OSS model does not have appropriate answers neither for accountability, nor for social control issues. Public administration must be reformed to improve its managerial capacity.

Keywords: State reform; social organization; management contract; accountability; managerial administration.

LISTA DE ABREVIATURAS

APO	Administração por Objetivos
APS	Associação Pioneiras Sociais
CCSS	Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
FFM	Fundação Faculdade de Medicina
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Mare	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
Oscip	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMS	Programa Metropolitano de Saúde
QLP	Quadro de Lotação de Pessoal
RH	Recursos Humanos
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TLP	Tabela de Lotação de Pessoal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivos gerais	8
2.2 Objetivos específicos	8
3 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1 A reforma do Estado	9
3.2 A administração pública gerencial	11
3.3 As organizações sociais	16
3.4 Agências executivas e agências reguladoras	18
3.5 As organizações sociais de saúde do estado de São Paulo	19
3.6 As organizações da sociedade civil de interesse público	24
3.7 Controle social	27
3.8 O contrato de gestão	33
4 METODOLOGIA	42
4.1 Área de interesse	42
4.2 Definição dos objetivos de pesquisa	42
4.3 Levantamento bibliográfico	43
4.4 Definição da amostra	44
4.5 Estratégia de investigação	46
5 RESULTADOS	52
5.1 Leitos instalados e leitos em operação	52
5.2 Parte I: Caracterização do entrevistado	54
5.3 Parte II: Geral	54
5.4 Parte III: Gestão de recursos humanos	62
5.5 Parte IV: Gestão financeira e orçamentária	77
5.6 Parte V: Gestão de serviços	83

5.7 Parte VI: Gestão de materiais	88
6 DISCUSSÃO	96
6.1 Estrutura física	97
6.2 Caracterização dos entrevistados	98
6.3 A gestão de pessoal	99
6.4 A gestão financeira e orçamentária	105
6.5 A gestão de serviços	111
6.6 A gestão de materiais	113
6.7 Administração direta ou OSS?	117
7 CONCLUSÕES	119
BIBLIOGRAFIA	123
ANEXOS	130
Anexo A: Questionário para entrevista	131
Anexo B: Formulário de consentimento para pesquisa	140
Anexo C: Hospitais do Governo do Estado de São Paulo de Administração Estatal Direta	143
Anexo D: Hospitais gerenciados por meio de contrato de gestão	146
Anexo E: Fac-símile da minuta do contrato de gestão	148

1 INTRODUÇÃO

Desde o início de minha vida profissional, dediquei-me ao campo da administração de serviços públicos de saúde, especificamente na área hospitalar. Nessas circunstâncias, vivenciei um período de profundas mudanças na organização do sistema público de saúde, em particular após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Constituição de 1988, a "Constituição cidadã", como a denominou Ulisses Guimarães.

Findo o período de Residência Médica no Proahsa,¹ comecei minhas tarefas profissionais na Secretaria de Estado da Saúde, em janeiro de 1989, na assessoria hospitalar daquela pasta. Quando esta assessoria passou a se chamar Grupo Gerente dos Hospitais (GGH), sua atividade compunha o que ficou conhecido dentro da Secretaria como Projeto H. Este empreendimento abrangia 15 hospitais do Estado, entre os quais os recém-estadualizados hospitais federais. A proposta era dar a estes hospitais nova condição estrutural que atendesse melhor às necessidades de uma administração hospitalar contemporânea. Nas estruturas organizacionais sugeridas, as áreas de recursos humanos e de enfermagem ganhavam maior *status* e nova posição hierárquica na organização, pois passavam a se subordinar diretamente ao diretor de cada hospital, em contraste com a situação anterior, em que ocupavam posição mais subalterna. Além disso, propunha-se mudança importante no financiamento destas instituições: em vez de lhes ser destinado um orçamento anual pré-definido, passariam a receber o correspondente ao faturamento da sua produção pelo sistema de autorização de internação hospitalar (AIH).

Outro ponto importante do Projeto H era o da profissionalização das gerências dos hospitais estaduais. Propunha-se que apenas profissionais técnicos dirigissem

¹ O Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (Prohasa) foi desenvolvido por meio de convênio entre o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e a Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV). Inaugurado em 1975, este convênio deu origem, como atividades regulares de ensino, a um programa de Residência Médica em Administração, vinculado à Superintendência do Hospital das Clínicas e depois ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP no Hospital das Clínicas, a partir de 1976, e a um curso de especialização e a uma área de concentração no Mestrado em Administração de Empresas da EAEPS-FGV, a partir de 1978.

aqueles equipamentos, com a proscrição de critérios exclusivamente políticos para as indicações. Para isso, foi desenvolvido extenso programa de treinamento gerencial, ao qual foram submetidos os principais gerentes das instituições hospitalares.

A convivência com os técnicos altamente qualificados do GGH foi para mim um rico período de aprendizagem. Todavia, a proposta do Projeto H não resistiu ao primeiro embate, ao se tentar substituir um diretor de hospital indicado segundo critérios políticos e que apresentava fraco desempenho técnico. O Projeto não sobreviveu à disputa política — talvez porque se tenha avaliado mal ou até desconsiderado os fatores políticos.

Em 1990, por meio de concurso público, ingressei como médico na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Fui designado para exercer a função de chefe do Pronto-Socorro de um hospital do bairro de Itaquera, na Zona Leste da cidade. Tratava-se de um serviço que chegava a fazer mais de mil atendimentos por dia e contava com mais de 210 médicos de diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, divididos em sete equipes.

Na época, pela primeira vez, a Prefeitura paulistana era conduzida pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Apesar do forte compromisso político das pessoas que dirigiam o sistema hospitalar municipal e do intenso investimento que se fazia, principalmente na realização de concursos públicos para a contratação de pessoal, o gerenciamento do hospital tropeçava em problemas cotidianos que assumiam a dimensão de questões insolúveis: o médico que se demitia e precisava ser substituído, a porta de consultório quebrada que exigia conserto, a roda de uma cadeira de rodas que devia ser trocada... A gestão orgulhava-se de ser democrática. Em cada unidade, havia uma comissão tripartite — dita deliberativa — composta de representantes da diretoria do hospital, dos funcionários e dos usuários. No entanto, nada do que deliberava recaía no âmbito de decisão do hospital, porque, a bem da verdade, este não tinha autonomia decisória. Tornou-se clara para mim a centralidade da questão gerencial. Era preciso operar uma mudança, de modo que os gerentes locais pudessem de fato gerenciar suas unidades.

Em 1994, fui aprovado para participar do "Hubert Hugh Humphrey Fellowship Program", um dos programas patrocinados pela Comissão Fulbright. Durante um ano, fiquei filiado academicamente ao Departamento de Saúde Internacional da Faculdade de Saúde Pública Rollins, da Universidade Emory, em Atlanta, Geórgia

(EUA). Neste período, freqüentei disciplinas de gerenciamento de serviços de saúde e pude acompanhar o debate sobre os processos de reforma sanitária em vários países, inclusive a discussão sobre o sistema de saúde norte-americano. Em novembro de 1994, como "Humphrey fellow", tive a oportunidade de assistir em Washington a um seminário promovido conjuntamente pelo Banco Mundial e o FMI. Os representantes destes organismos prescreviam aos países em desenvolvimento *painful measures*: controle de gastos públicos, com cortes nas áreas sociais, privatização de empresas estatais e redução dos aparelhos estatais.

Em 1995, ao retornar ao Brasil, fui convidado a trabalhar no Hospital Sírio-Libanês, entidade filantrópica de excelência na medicina brasileira. Lá atuei vinculado às diretorias clínica e administrativa, no planejamento, na organização e na implantação de serviços assistenciais de apoio ao diagnóstico e à terapia.

Em 1998, foi convidado a exercer a função de superintendente técnico da Fundação Faculdade de Medicina (FFM), entidade de apoio ao Hospital das Clínicas, voltada especialmente para as áreas de recursos humanos e de operações administrativas (aquisição e importação), que, além disso, procurava viabilizar a geração de receitas por meio do estabelecimento de convênios com operadoras de planos de saúde do setor suplementar. Na ocasião, a FFM foi convidada pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) a administrar o Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS), um dos seis hospitais que faziam parte do antigo projeto do Programa Metropolitano de Saúde e cuja construção o governo estadual havia retomado. A idéia era que o hospital, embora fosse público e atendesse exclusivamente pacientes que dependiam do SUS, fosse gerenciado pela FFM com toda a mesma autonomia e com os mesmos instrumentos gerenciais de uma entidade privada. Ao tomar conhecimento da proposta, tornei-me de imediato um entusiasta defensor do modelo que então gerava muita polêmica, tanto nas esferas político-administrativas, como no ambiente acadêmico. A FFM constituiu uma equipe de técnicos que construiu o plano de implantação do hospital, mas, por questões de ordem jurídica e política, não pôde assumir a gestão da entidade.

Desliguei-me da FFM e neste mesmo ano fui trabalhar para o Serviço Social da Indústria da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci-SP), que presta assistência médica e social aos trabalhadores do setor da construção civil e que havia estabelecido "contrato de gestão" com a SES para a administração do Hospital

Geral de Itapeçerica da Serra. No HGIS, ocupei o cargo de superintendente de novembro de 1999 a julho de 2003.

A decisão de desenvolver, como dissertação, um estudo comparativo que contemplasse o modelo de gestão de hospitais por meio de organizações sociais de saúde (OSS) e o modelo da administração direta está relacionada à relevância — em que ainda acredito — dos esforços para se dotar a administração pública de meios para prestar ao cidadão serviços com qualidade, com a eficácia e eficiência requeridas e com a transparência indispensável ao se lidar com a coisa pública, estatal ou não. A escolha do tema também foi movida pelo sentimento de fazer justiça ao funcionário público, principalmente àquele que atua no setor da saúde — que se defronta, todos os dias com dificuldades enormes e, tolhido por cadeias burocráticas, não consegue resolver problemas cuja resposta ele, mais do que ninguém, conhece. E, no entanto, ele persevera. Não porque, como poderiam sugerir os cínicos, está na contagem do tempo para se aposentar. Mas, sim, porque acredita que suas ações fazem diferença para o cidadão, razão de ser dos serviços e dos servidores públicos.

Este trabalho de dissertação, portanto, tem como proposta examinar as diferenças entre os hospitais paulistas gerenciados diretamente pelo governo e os que estão submetidos à prática gerencial das organizações sociais de saúde. Desde sua implantação, as OSS têm sido objeto de estudos acadêmicos e de intenso debate nas esferas administrativas e políticas do governo, tanto o estadual paulista, como o federal. As organizações sociais são elemento estratégico dentro do projeto do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado de 1995, por meio do qual se estabeleceu nova modalidade de relação entre o setor público e o privado e ficou delimitado um campo específico denominado Terceiro Setor, ou setor público não estatal. A proposta de reforma do Estado brasileiro está embasada no ideário da "nova gestão pública" ou da "administração gerencial", concepção que vem impulsionando processos de reforma do Estado em vários países do mundo e que se caracteriza pela crítica à administração pública tradicional, qualificada de burocrática, e pela busca de novo paradigma com foco na flexibilização de processos administrativos voltados para resultados, descentralização administrativa e responsabilização do gestor público (cf. PEREIRA, 1999).

A "nova gestão pública" busca a reformulação das estruturas governamentais para adequá-las à conjuntura mundial globalizada, em que o mercado é reconhecido

como instrumento privilegiado de alocação de recursos e o cidadão, por sua vez, é encarado como cidadão-consumidor. Preconiza a redução do aparelho do Estado, seu afastamento das áreas de produção de bens e de serviços, por meio da privatização das empresas estatais, e a transferência para organizações do Terceiro Setor das atividades consideradas não exclusivas do Estado, mas que precisam ser por este financiadas na forma de relacionamento sob a égide contratual (cf. PEREIRA, 1999).

Os adeptos da "nova gestão pública" rejeitam a pecha de neoliberais. Advogam que o Estado precisa ser reduzido, mas deve continuar forte, com capacidade de intervir no mercado, para sanar suas imperfeições e melhorar sua capacidade de alocação de recursos.

Uma questão tem sido o pivô de intenso confronto de idéias: neste novo modelo de gestão pública, como se dá o controle social, ou a *accountability*?

Nesse modelo — que quer reduzir ao mínimo a rigidez dos processos administrativos e das relações de emprego do funcionalismo público, que promete autonomia de decisão ao servidor —, há que esclarecer quem assumirá a responsabilidade pelas ações tomadas e de que forma fazê-lo, por quais vias se garantirá a transparência dos processos administrativos e seu controle e como se dará a prestação de contas à sociedade. Ou se pretende prestar contas apenas dos resultados? Neste caso, quem decide que resultados devem ser perseguidos? Os defensores da "nova gestão pública" poderiam alegar que a administração pública só formalmente responde a estas indagações: por trás dos protocolos burocráticos, vicejariam a ineficiência e a ineficácia, o risco moral, o mandonismo, o apadrinhamento e a perda de foco no servir ao cidadão. Esta argumentação, contudo, não os exime de apresentar um conceito correlato de *accountability*, como expõe Behn (1999). São tópicos particularmente relevantes no caso brasileiro, em que a discussão da reforma do Estado se dá num momento no qual o processo de redemocratização do país ainda não pode ser considerado findo e no qual persiste, pelo menos no espírito de algumas pessoas, a luta contra a ditadura e a remoção do seu "entulho autoritário".

No Brasil, desde os anos 70, o processo da reforma sanitária tem sido marcado por intensa participação da sociedade civil, organizada nos diversos movimentos de saúde. A maioria dos hospitais administrados pelas OSS em São Paulo foi planejada pelo Programa Metropolitano de Saúde (PMS). O PMS foi criado,

no final dos anos 80, como resultado da pressão de movimentos de saúde sediados na Região Metropolitana de São Paulo. Esses mesmos movimentos pressionaram o governo estadual a retomar, após cerca de uma década de paralisação, as obras daqueles hospitais, acelerando o cronograma de sua inauguração. Quando o Executivo paulista anunciou que os hospitais seriam administrados por entidades privadas, houve muita resistência nas esferas políticas, dos profissionais de saúde alocados na máquina governamental e dos movimentos setoriais da sociedade. Junte-se a este cenário o intenso processo de municipalização dos serviços de saúde, que vem ocorrendo nos últimos anos no Brasil e no estado de São Paulo e que introduz a demanda das Prefeituras pelo controle destas novas unidades hospitalares (FERREIRA JR., 2003).

Os temas da *accountability* e do controle social têm relevância crítica no projeto de implantação das OSS em São Paulo. Estudos como os de Ibañes, Bittar, Sá *et al.* (2001), Carneiro Jr. (2002), Tanaka e Melo (2002), Sano (2003) e Seixas (2003) apontam que, apesar do bom desempenho dos hospitais administrados pelas OSS, a questão do controle social está longe de uma condição de consenso.

No processo da reforma sanitária brasileira, as controvérsias quanto ao tipo de sistemas de saúde, a seu financiamento e às formas de controle social sempre foram primordiais. Nessa perspectiva, a intenção principal deste estudo é dar a relevância devida à matéria do gerenciamento dos equipamentos públicos, em particular os da área da saúde. A questão gerencial na administração pública é fundamental e não deve ser relegada a segundo plano. Ao contrário, precisa ser enfrentada com a coragem e a franqueza necessárias para que seja possível propor e experimentar alternativas que ajudem a construir um serviço público moderno, eficiente e democrático. Não se discute que o modelo das organizações sociais oferece avanços no encaminhamento deste problema, mas se aplica a um setor específico do governo voltado às atividades não exclusivas do Estado. A questão gerencial tem que ser enfrentada também pelos demais setores da administração estatal.

Ao se optar pelo trabalho de campo junto aos diretores dos hospitais, o interesse desta pesquisa é a prática eminentemente operacional do gerenciamento dos hospitais e a maneira como este gerenciamento é afetado em decorrência do modelo de gestão adotado em cada um dos casos.

O presente trabalho apresenta a seguinte estrutura:

- ✓ Objetivos, onde são apresentados:
 - Objetivos gerais e;
 - Objetivos específicos
- ✓ Referencial teórico, onde são abordados os temas:
 - Reforma do Estado;
 - Administração Pública gerencial;
 - Organizações Sociais;
 - Agências Executivas e Agências Reguladoras;
 - Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo;
 - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público;
 - Controle Social e;
 - Contrato de gestão.
- ✓ Metodologia onde estão descritas:
 - Variáveis de Análise do presente estudo;
 - Objeto de Estudo
 - Estratégia de Investigação.
 - Definição da Amostra de Hospitais
- ✓ Resultados, onde são apresentados os resultados dos questionários aplicados aos diretores dos hospitais;
- ✓ Discussão, onde são analisados criticamente os resultados encontrados;
- ✓ Conclusões.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Comparar o modelo de gerenciamento de hospitais públicos subordinados à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por meio das organizações sociais de saúde com o modelo de gerenciamento realizado diretamente pelo governo.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar empiricamente a validade da premissa de que os hospitais estaduais administrados diretamente pelo Estado não dispõem de instrumentos gerenciais adequados que atendam a suas necessidades de gerenciamento.
- Identificar diferenças entre os hospitais administrados pelas organizações sociais de saúde e os administrados diretamente pelo Estado, especialmente nas áreas de
 - a) gestão de pessoal,
 - b) gestão de recursos orçamentários e financeiros,
 - c) gestão de contratação de serviços e
 - d) gestão de recursos materiais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, abordam-se os temas de relevância para o presente trabalho, sem nenhuma pretensão de os cobrir exaustivamente. Procura-se estabelecer uma razoável contextualização do objeto em estudo, além de atualizar suas referências.

3.1 A reforma do Estado

Numa perspectiva mais geral, as questões abordadas nesta dissertação dizem respeito ao processo de reforma do aparelho do Estado. Numa perspectiva mais específica, tais questões colocam-se no âmbito do processo da reforma sanitária brasileira e da implantação do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição de 1988.

Os anos 70 e 80 foram décadas nas quais se assistiu a grandes transformações sociais e econômicas. Observou-se o desmonte dos estados socialistas e a crise dos modelos de Estado de Bem-Estar nos países desenvolvidos. Já os países em desenvolvimento, especificamente na América Latina, foram espectadores da crise dos regimes autoritários, pressionados, de um lado, pelos movimentos em defesa de reformas democráticas e, de outro, no campo econômico, pelo elevado endividamento externo e pelas altas taxas inflacionárias — situação agravada pela perda da sustentação política e econômica por parte dos países ditos "centrais". Nesse quadro, a reforma do Estado entra em pauta de discussão, e, como itens cruciais, são levantadas as bandeiras da redução do Estado e da necessidade de torná-lo mais eficiente e mais responsável (*accountable*) frente à sociedade.

Fleury (2001) destaca que, do debate a respeito da crise do Estado, surgem dois campos em que se abrigam diferentes posições estratégicas quanto ao processo de reforma. De uma parte, as posições neoliberais entendem que a crise econômica é decorrente da crise do Estado; prescrevem o Estado mínimo e sua substituição pelo mercado sempre que possível, mesmo que o preço a ser pago seja a perda de direitos sociais. De outra, a visão social-liberal propugna por um Estado

forte e, ao mesmo tempo, ágil, que assegure os direitos sociais, ainda que por meio de organizações competitivas não estatais.

Marques (1997) anota que as décadas de 70 e 80 foram um marco para as ciências sociais face ao esgotamento explicativo dos modelos "macroteóricos", representados principalmente pelo funcionalismo e pelo marxismo. Como decorrência, ocorre uma efervescência teórica na busca de novos caminhos orientados para um fim comum, estabelecendo-se o diálogo entre paradigmas e matrizes disciplinares. Este autor destaca que, nesta linha de diálogo e convergência de olhares, merecem destaque, entre as questões a serem rediscutidas, o Estado e o seu papel na condução das políticas.

Kaufman (1998), por seu turno, comenta que, em meados dos anos 90, a questão da reconstrução das capacidades estatais avançou com certa dificuldade para a arena pública. Os organismos financeiros internacionais passaram a dedicar crescente atenção a este tema, e — embora seja exagerado falar em um "consenso de Washington", como o que se estabeleceu em relação às políticas de reformas dos anos 80 — as propostas de reforma do Estado debatidas na América Latina e na Europa Ocidental foram fortemente influenciadas por no mínimo quatro grandes temas desenvolvidos pelo Banco Mundial e outras instituições de financiamento internacional:

1. *A centralização e o isolamento político do controle sobre a política macroeconômica*, particularmente das despesas e decisões monetárias. Neste contexto tem sido especialmente enfatizada a delegação de autoridade sobre a política monetária para bancos centrais que não estejam diretamente sujeitos à autoridade constante do Executivo eleito ou do Legislativo.
2. *A descentralização e/ou privatização da burocracia encarregada da prestação de serviços sociais* — pressupondo que as autoridades locais fossem mais sensíveis às demandas de seus eleitores e que a competição entre os fornecedores aumentasse a eficiência dos serviços.
3. *A delegação de funções reguladoras a agências independentes*, encarregadas de supervisionar os prestadores de serviços e lidar com externalidades associadas à privatização, liberalização do mercado e outras reformas voltadas especificamente voltadas para o mercado.
4. *A criação de quadros mais capacitados de servidores públicos*. Eles seriam recrutados de acordo com critérios meritocráticos, teriam autoridade considerável sobre procedimentos operacionais e seriam avaliados em termos de padrões de desempenho. (KAUFMAN, 1998, p. 44).

Estes três autores são unânimes ao apontar as principais correntes teóricas para a investigação sobre o debate dos processos de reforma do Estado em curso: o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo da sociologia.

No caso brasileiro, é fundamental a contribuição de Luiz Carlos Bresser Pereira como teórico da reforma do Estado e, bem assim, como agente estatal na condução deste processo, quando esteve à frente do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (cf. PEREIRA, 1995, 1997). Bresser Pereira introduz o debate sobre a necessidade da quebra do paradigma da administração burocrática, caracterizada pelo ritualismo procedimental, com controle dos processos para evitar resultados indesejados. Sua prescrição é a mudança do modelo para a administração gerencial, concentrada na reformulação do papel do Estado, que, ao se afastar de vez das atividades de produção para o mercado, abriria espaço para atores não estatais em atividades consideradas competitivas, como a saúde e a educação, que não têm necessidade de que o Estado as execute diretamente. A avaliação e o controle deixariam de se ocupar dos processos e se debruçariam sobre os resultados.

De acordo com a concepção desta nova ordem administrativa, ganham relevância: 1) dispositivos como o contrato de gestão, 2) a figura jurídica da organização social, 3) a delimitação do conceito de público não estatal. Estes são instrumentos do campo do direito administrativo e consubstanciam as prescrições da reforma do Estado em curso.

Conhecer os principais pontos da formulação do Projeto de Reforma do Aparelho de Estado é fundamental para compreender o desenrolar das mudanças institucionais ocorridas no aparelho do Estado brasileiro nos anos 90.

3.2 A administração pública gerencial

Segundo Bresser Pereira, a proposta básica, do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que sucedeu à emenda constitucional remetida ao Congresso Nacional em agosto de 1995, era transformar a administração pública brasileira de burocrática em administração pública gerencial. Segundo o então ministro, a partir daquele momento — ou seja, da publicação do Plano Diretor pela Presidência da

República —, a reforma do Estado, com o objetivo de torná-lo menor, mais eficiente e mais atento às demandas dos cidadãos, passou a ser uma questão nacional. Esta concepção do papel do Estado se distanciaria da visão neoliberal do Estado mínimo, o pressuposto ideológico que conduziu as reformas dos países endividados na década de 80, promovendo-se o ajuste fiscal, a desregulamentação da economia, a liberalização do comércio e a privatização. Tal concepção não logrou legitimidade política em nenhum país, desenvolvido ou em desenvolvimento, uma vez que os cidadãos continuaram a exigir cada vez mais do Estado. Ficou evidente, por outro lado, a importância estratégica que as políticas públicas exercem no capitalismo contemporâneo, o que demonstrou quão irrealista é a proposta de que este papel possa ser substituído pela coordenação do mercado (cf. PEREIRA, 1998c).

O autor procura aqui se diferenciar do neoliberalismo, pecha que a oposição tentou atribuir ao governo federal e, desde o começo de sua gestão, ao próprio ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado. Mas, se a proposta do Estado mínimo foi descartada, as mudanças propostas por Bresser Pereira apontam ainda para a redução do Estado, limitando seu papel como produtor de bens e de serviços e diminuindo sua função reguladora. O Estado deveria atuar na garantia da coisa pública, ou *res publica*, que urge proteger da apropriação privada ou do *rent-seeking* (cf PEREIRA,1999). Aqui se apresenta o importante conceito de coisa pública, que não é necessariamente equivalente a "estatal". O Estado precisa ser público, as organizações públicas não-estatais precisam ser públicas e seu papel de protetor dos direitos públicos implica a reforma do Estado. Em outras palavras, a democracia e a administração burocrática precisam mudar: a democracia deveria tornar-se mais participativa, ou mais direta, e a administração pública burocrática precisaria ser substituída pela administração pública gerencial. Para isso, era necessária uma reforma administrativa que tornasse o serviço público coerente com o capitalismo contemporâneo.

As características básicas da administração pública gerencial, que também é chamada de nova administração pública, são:

- a) orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário ou cidadão-cliente;
- b) ênfase no controle dos resultados através de contratos de gestão (ao invés do controle de procedimentos);
- c) fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal, organizada em carreiras ou "corpos" de Estado, e valorização de seu trabalho técnico e

- político de participar, juntamente com os políticos e a sociedade, da formulação e gestão das políticas públicas;
- d) separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas, de caráter centralizado, e as unidades descentralizadas, executoras dessas mesmas políticas;
- e) distinção de dois tipos de unidades descentralizadas: as agências executivas, que realizam atividades exclusivas do Estado, por definição monopolistas, e as organizações sociais, que realizam os serviços sociais e científicos de caráter competitivo, em que o poder de Estado não está envolvido;
- f) transferências para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos não competitivos;
- g) adoção cumulativa, para controlar as unidades descentralizadas, dos mecanismos (1) de controle social direto, (2) do contrato de gestão em que os indicadores de desempenho sejam claramente definidos e os resultados medidos e (3) da formação de quase-mercados em que ocorre a competição administrada;
- h) terceirização das atividades auxiliares ou de apoio, que passam a ser licitadas competitivamente no mercado (PEREIRA, 1998c, p. 80-81).

A administração pública burocrática baseia-se no cumprimento de processos legalmente definidos, seja para a contratação de pessoal, seja para a compra de bens e serviços em atenção à demanda dos cidadãos. O rigor dos processos é importante para evitar os desvios, já que se acredita que estes dificilmente serão punidos, ainda que o custo disso seja a ineficiência. Esse tipo de administração procura combater o nepotismo e o patrimonialismo por meio de procedimentos rígidos. Todavia, não dá conta de combater formas mais sutis e mesmo sofisticadas de apropriação indevida da coisa pública (cf. PEREIRA, 1997).

Surgida no século XIX, a burocracia moderna vem substituir a dos Estados feudais, em que o patrimônio estatal confundia-se com os bens dos soberanos. Por esta razão, sua maior preocupação é diferenciar o público do privado. Segundo seus defensores, a administração gerencial dirigida para resultados previamente estabelecidos, a descentralização, a responsabilização do gestor público e o controle rígido de desempenho mediante indicadores definidos em contrato são formas muito mais eficientes de administrar o Estado e muito mais efetivas para evitar a privatização da *res publica* (cf. PEREIRA, 1997).

A administração pública gerencial tem, como valor principal, a idéia de serviço ao cidadão. Todavia, a prescrição de controle descentralizado dos resultados exige que políticos e funcionários públicos disponham de confiança e liberdade para escolher os meios mais apropriados para a consecução dos resultados estabelecidos. Esta delegação não existe na administração pública burocrática nem

tampouco na visão neoliberal do Estado mínimo, nas quais o servidor público é alvo, ao contrário, de generalizada desconfiança.

Para Pereira (1999b), a administração pública gerencial é com frequência confundida com as idéias neoliberais, porque as técnicas de gerenciamento são quase sempre introduzidas ao mesmo tempo em que se impõem ajustes estruturais visando conter a crise fiscal do Estado. Para os social-democratas ou social-liberais, o ajuste estrutural do Estado, caracterizado pela diminuição do seu tamanho, da flexibilização do estatuto e da estabilidade dos servidores públicos, seria apenas uma etapa ou uma condição necessária ao desenvolvimento de nova e forte estrutura de governo voltada para a satisfação das necessidades e dos direitos do cidadão. Aqui, Bresser Pereira levanta interessante e importante questão: a forma como o indivíduo deve ser considerado pela administração pública gerencial: em termos políticos, como cidadão; em termos econômicos, como consumidor ou usuário.

Na estrutura dos Estados modernos, podem ser identificados quatro setores:

- *o núcleo estratégico*, centro no qual se definem a lei e as políticas públicas, composto pela Presidência da República, pelos ministros, pelo Parlamento, tribunais, cúpula dos servidores civis e, no caso das federações, os governadores, seus secretários e a respectiva cúpula da administração pública;
- *as atividades exclusivas*, que envolvem do poder de Estado e são as Forças Armadas, a polícia, a agência arrecadadora de impostos, as agências reguladoras, as agências de financiamento, fomento e controle dos serviços sociais e da seguridade social;
- *os serviços não-exclusivos*, aqueles que o Estado provê, mas que também podem ser oferecidos pelo setor privado e pelo setor público não-estatal, e compreendem educação, saúde, cultura e pesquisa;
- *o setor de produção de bens e serviços*, formado pelas empresas estatais (cf. PEREIRA, 1999).

Para Bresser Pereira, no processo de reforma do Estado e no caso de cada um destes setores deverão ser respondidas as seguintes indagações: qual o tipo de administração? Qual o tipo de propriedade? Qual o tipo de instituição?

A resposta à primeira é a administração pública gerencial. No setor do núcleo estratégico, no qual a efetividade é quase sempre mais relevante que a eficiência, há lugar para algumas "características burocráticas atualizadas". Aquele núcleo deve ser vigoroso e composto por servidores públicos de carreira, altamente qualificados, bem pagos e com estabilidade assegurada por lei. No setor das atividades exclusivas, a proposta é que a administração seja descentralizada. No setor das atividades não-exclusivas, a administração, além de ser descentralizada, será autônoma, devendo a sociedade civil dividir com o governo as tarefas de controle.

O tipo de propriedade em cada setor é considerado essencial. O núcleo estratégico e as atividades exclusivas do Estado serão sempre estatais, segundo a concepção da reforma proposta. No setor de produção de bens e serviços, a prescrição do projeto de reforma do Estado é que a propriedade seja privada. Resta uma certa dúvida nos casos de monopólio natural, mas, com uma agência reguladora eficaz e independente, a propriedade privada seria a mais adequada.

O setor das atividades não-exclusivas do Estado tem a definição de propriedade mais complexa. Para este setor, sugere-se o regime da propriedade pública não-estatal financiada pelo Estado e controlada pela sociedade. Propriedade pública, porque são atividades que devem ser financiadas por recursos públicos, por se tratar de direitos humanos básicos (saúde e educação) ou de atividades que não podem ser compensadas na forma de preço e lucro (pesquisa científica, educação, cultura, saúde). Como não implicam o exercício do poder de Estado, não há necessidade de que tais atividades sejam de propriedade estatal. Este é o tipo de propriedade proposta pelos social-liberais para as atividades não-exclusivas do Estado e a única compatível com a administração pública gerencial. Os neoliberais radicais vão prescrever a privatização destas atividades. O burocratismo e o estatismo vão optar por mantê-las sob controle do Estado.

O tipo de instituição, para o núcleo estratégico, é a estatal; para o setor de produção de bens e serviços, a instituição privada. No domínio das atividades exclusivas, preconiza-se a criação de agências executivas. Já as atividades não-exclusivas deveriam se transformar em "organizações sociais". As agências executivas são previstas como estruturas integradas ao Estado, enquanto que as organizações sociais se incluiriam no setor público não-estatal. O instrumento a ser usado pelo núcleo estratégico para controlar as agências executivas e as organizações sociais seria o contrato de gestão, em que estará definida a provisão

dos recursos de pessoal, materiais e financeiros para as agências ou as organizações sociais. No contrato de gestão, também estariam claramente delimitadas, quantitativa e qualitativamente, as metas e os respectivos indicadores de desempenho, bem como os resultados a serem alcançados.

Embora não se pretenda, neste trabalho, travar um debate de fundo ideológico ou mesmo acadêmico, cabe alertar que o posicionamento político e teórico de Bresser Pereira tem opositores que vêem na administração pública gerencial (ou "nova administração pública") um exemplo de discurso cujo tom mereceria "ser intitulado de 'conservadorismo disfarçado', uma vez que representa uma expressão ideológica do novo conservadorismo dentro dos regimes democráticos" (ANDREWS e KOUZMIN, 1998, p. 98). Para estes autores, um novo discurso intelectual tem sido divulgado com o intuito de salvar a administração gerencial das limitações teóricas da Escolha Pública, uma vez que a tentativa de separação desta teoria da prática da administração gerencial seria um exercício de retórica. Segundo eles, este seria o caso do discurso das autoridades no governo Fernando Henrique e em outros países, onde reformas similares vêm sendo implantadas.

3.3 As organizações sociais

A implementação das organizações sociais (OS) foi uma estratégia central do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado. Seu propósito, o de permitir e incentivar a *publicização*, ou seja, a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não exclusivos de Estado (cf. BRASIL, 1998b). Noutras palavras, "as organizações sociais não são negócio privado, mas instituições públicas que atuam fora da Administração Pública, de modo a aproximarem-se melhor de suas clientelas, aprimorando os seus serviços e utilizando, de maneira mais responsável e econômica, os recursos públicos" (PAZ, 2001, p 37).

Para o Ministério da Administração e da Reforma do Estado, a proposta das organizações sociais deveria representar um marco institucional de transição de atividades estatais para o Terceiro Setor e, assim, contribuir para o aprimoramento da gestão pública estatal e não-estatal. Àquelas organizações caberia assumir as atividades não exclusivas do Estado já citadas (educação, saúde, cultura, ciência),

ao longo de um processo que vem sendo designado pelo neologismo "publicização". Esta forma de parceria entre sociedade e Estado visaria dar maior agilidade e maior alcance à ação pública, além de tornar mais fácil e direto o controle social, mediante a participação, nos conselhos de administração das organizações sociais, dos diversos segmentos beneficiários envolvidos. Estas organizações teriam autonomia administrativa muito maior do que a possível dentro do aparelho do Estado. Por outro lado, seus dirigentes assumiriam muito maior responsabilidade na sua gestão (cf. BRASIL, 1998b).

Em relação aos serviços não exclusivos do Estado, o Ministério sinalizou os seguintes objetivos:

- transferir para o setor público não-estatal os serviços não exclusivos que estejam sendo executados no âmbito estatal, por meio de um programa de *publicização*, possibilitando a absorção por entidades qualificadas como organizações sociais;
- lograr, assim, maior autonomia e flexibilidade, bem como uma conseqüente maior flexibilidade para os dirigentes desses serviços;
- lograr uma maior foco no cidadão-usário e maior controle social direto desses serviços por parte da sociedade, por meio dos conselhos de administração. Mais amplamente, fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação, quanto na avaliação do desempenho da organização social, viabilizando o controle social;
- lograr, finalmente, maior parceria entre o Estado e sociedade baseada em resultados. O Estado continuará a financiar as atividades públicas absorvidas pela organização social, qualificada para tal, e esta será responsável pelos resultados pactuados mediante contrato de gestão (BRASIL, 1998b, p. 11).

Embora não representem figura jurídica inédita, pois se inserem na ordem legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos, vale dizer, pessoas jurídicas de direito privado, as organizações sociais constituem inovação institucional. A novidade é a qualificação mediante decreto, que habilita a entidade assim classificada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado por meio da assinatura de um contrato de gestão, com metas, indicadores de desempenho, etc., que garantem a efetividade dos serviços prestados ao público. O modelo proposto pelo governo federal não pretendia ser apenas um convênio de transferência de recursos, uma vez que este acarretaria contratos com vinculações mútuas profundas e permanentes: as dotações

destinadas às OS integrariam o Orçamento da União, e as OS assumiriam a execução de importantes políticas sociais do Estado.

3.4 Agências executivas e agências reguladoras

Para atuar no setor das atividades exclusivas do Estado, o Projeto de Reforma do Estado criava novas estruturas organizacionais que possibilitariam a melhoria da governança, ou seja, a capacidade de implementação de políticas públicas pela ótica da eficiência, da eficácia e da efetividade (cf. BRASIL, 1998b). Estas estruturas se constituíam em agências executivas e agências reguladoras, autônomas, encarregadas das funções de regulação, regulamentação, certificação, segurança pública, fomento, etc., ou seja, próprias do poder extroverso do Estado.² Estas agências seriam controladas pelo núcleo estratégico e deveriam ter suas atividades, objetivos e metas pactuados de forma contratual (contrato de gestão, termos de compromisso de gestão, etc.).

O modelo de agência executiva foi instituído pela Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998. O foco deste modelo para a implantação das agências executivas era o das autarquias que precisam do poder do Estado para o cumprimento de suas competências. Esse modelo pressupunha a existência de um núcleo estratégico forte, capaz de formular políticas claras a serem implementadas pela agência e capaz de acompanhar ativamente a execução do contrato de gestão. Além disso, seria necessária expressiva mudança da cultura organizacional da entidade, com a introdução dos valores gerenciais de uma administração por resultados, voltada para as demandas do usuário/cidadão. E também fazia parte do processo a introdução de técnicas de administração da qualidade, com avaliação *a posteriori* dos resultados. A implementação deste modelo sofreu muitas resistências e dificuldades de várias ordens. Exemplo de agência executiva é o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro), que teve seu contrato de gestão assinado em julho de 1998.

As agências reguladoras — destinadas a garantir a competição entre as empresas em benefício da sociedade — nasceram com a privatização das empresas

² Poder extroverso da organização é aquele que extrapola suas fronteiras. No presente caso, o poder que o Estado exerce sobre a sociedade e o cidadão.

estatais, seguida da quebra do monopólio estatal em determinados setores da infraestrutura.. Podem ser identificadas três gerações de agências reguladoras. A primeira corresponde à quebra do monopólio do Estado nas áreas de telecomunicação, de eletricidade e de gás e petróleo. Foram criadas a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel) e a Agência Nacional do Petróleo (ANP). A segunda geração veio com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No caso destas duas, sua atuação se dá em mercados com competição estabelecida. A terceira geração é composta pela Agência Nacional de Águas (ANA), pela Agência Nacional do Cinema (Ancine), pela Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT) e pela Agência Nacional de Transportes Aquáticos (Antaq).

Ângela Santana comenta que o processo de implantação das agências reguladoras não foi homogêneo e que nem todas firmaram contratos de gestão; entretanto, cita o caso da Anvisa como exemplo de experiência bem-sucedida (cf. SANTANA, 2002). Ainda segundo Santana (2002), a criação e o funcionamento dessas agências enfrentaram três ordens de problemas: ausência de um marco legal que definisse e delimitasse sua ação, ausência de controles democráticos e dificuldade na gestão. A mesma autora ressalta que o desenvolvimento de modelos institucionais é insuficiente para assegurar a introdução de valores democráticos nas organizações estatais, se não forem acompanhados de poderoso processo de transformação da cultura, estimulando a participação e o comprometimento de todos na execução e no cumprimento da sua missão no âmbito do serviço público: servir ao público, ao interesse público, com eficiência, eficácia e efetividade, privilegiando a transparência e o controle social.

3.5 As organizações sociais de saúde do estado de São Paulo

A Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, de iniciativa do Executivo de São Paulo, introduziu no âmbito deste estado nova modalidade de gerenciamento não estatal de hospitais públicos. Trata-se da administração de hospitais estaduais por meio de entidades privadas sem fins lucrativos, designadas como organizações sociais de saúde. A lei define os critérios para a qualificação de entidades privadas

sem fins lucrativos, e, dentro desses critérios, as entidades são selecionadas discricionariamente por um ato do secretário estadual da Saúde. A lei também determina que as OSS devem incluir em sua estrutura organizacional um órgão colegiado como instância máxima de deliberação, o Conselho de Administração, em que estejam representados a comunidade e o corpo de funcionários. O instrumento para a contratação destas entidades é o contrato de gestão, por meio do qual ficam estabelecidos o objeto, as metas de produção, os indicadores de avaliação dos serviços prestados e as formas de repasse financeiro. A lei prescreve ainda a criação de uma comissão de fiscalização, da qual farão parte membros do Conselho Estadual de Saúde.

A aprovação da Lei 846/98 deu-se sob intenso debate político, pois o modelo foi criticado por integrantes da oposição ao governo estadual como forma de privatização da assistência à saúde. De fato, os hospitais foram entregues equipados para as entidades gestoras sem que houvesse qualquer transferência patrimonial. Ou seja, os prédios hospitalares, com todos os seus equipamentos e materiais existentes, continuam a pertencer ao patrimônio do Estado. Todos os funcionários são contratados pela OSS, e a contratação de serviços e a de suprimentos, por sua vez, ocorre em moldes idênticos aos de uma entidade particular.

3.5.1 Antecedentes

Programa Metropolitano de Saúde

A Secretaria de Estado da Saúde São Paulo iniciou, em 1979, a elaboração de um projeto de reestruturação da rede básica de saúde, definindo a Região Metropolitana de São Paulo como a mais carente de serviços. A decisão foi uma resposta aos movimentos de moradores que, organizados em comissões de saúde nos bairros, realizaram naquele ano uma assembléia pública em São Mateus (bairro da Zona Leste da capital do estado) e exigiram do governo a construção de novos equipamentos e a melhoria dos serviços prestados.

O Programa Metropolitano de Saúde (PMS) foi criado em 1983 por meio do Decreto Estadual nº 21.862 do então recém-empossado governador André Franco

Montoro, eleito pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB),³ na primeira eleição direta para o Executivo estadual desde a instalação da ditadura militar a partir do golpe de 1964. O PMS foi criado no contexto do movimento pela reforma sanitária, que estabeleceu os princípios que posteriormente culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988. Ainda em 1983, um acordo entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e o governo de São Paulo criou a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), com a incumbência de implementar nova política de saúde e de administração do setor no estado. Esta comissão, da qual faziam parte o delegado regional do Inamps e o delegado do Ministério da Saúde, era presidida pelo representante da Secretaria da Saúde de São Paulo. Sua principal incumbência era a de dirigir as ações integradas de saúde (AIS), instrumento para promover a reorganização da assistência médica no âmbito da previdência social. Por meio das AIS, recursos do Inamps começam a ser repassados diretamente ao municípios, promovendo-se a integração dos serviços e a adoção de modelos de saúde mais próximos do nível local. Em janeiro de 1985, com o Decreto nº 23.195, foi criada a Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde, órgão da Secretaria de Estado da Saúde subordinado à CIS. Sua atribuição era implantar o novo modelo de saúde na Região Metropolitana.

Em 1987, foram apresentadas as estratégias de implantação do Programa Metropolitano de Saúde, que incorporavam as formulações propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano anterior. As diretrizes que regiam estas propostas eram (cf. *Revista do PMS*, SES, n. 1, fevereiro de 1987):

- universalização da atenção, com garantia de acesso aos serviços públicos de saúde a todo cidadão;
- equidade no atendimento, com ausência de discriminação de qualquer natureza na prestação dos serviços;
- integralidade das ações de saúde, com o fim da dicotomia das ações de promoção à saúde e as de assistência propriamente ditas;
- descentralização, com aproximação do processo de tomada de decisões em relação à execução dos serviços;

³ O PMDB, criado em 1980, após o fim do bipartidarismo, sucedeu o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), que fazia oposição à Aliança Renovadora Nacional (Arena), partido que apoiava a ditadura militar (cf. MAINWARING, 2001).

- participação, com o reconhecimento do direito dos usuários e dos profissionais de saúde de participar do processo de formulação e controle das políticas.

O PMS também preconizava os seguintes princípios organizativos (cf. *Revista do PMS*, SES, n. 1, fevereiro de 1987):

- integração institucional, com comando único em cada esfera de governo, implicando na constituição de um sistema único de saúde em nível nacional;
- regionalização e hierarquização, com estabelecimento de organização regional estruturada em níveis crescentes de complexidade;
- "modularização", com o módulo de saúde caracterizado como unidade operacional básica responsável pela população residente em uma determinada área;
- gestão colegiada, garantindo a articulação das diversas esferas de governo, bem como dos vários segmentos sociais na formulação das políticas e no controle das práticas institucionais.

A partir de um diagnóstico de necessidades e prioridades, foi estabelecida a criação dos módulos assistenciais compostos por uma rede de unidades básicas de saúde e de uma unidade de atendimento de emergência, que seriam a porta de entrada do sistema. Na retaguarda destas unidades, o módulo assistencial contaria também com um ambulatório de especialidades e um hospital geral com especialidades nas áreas básicas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral e psiquiatria.

Para a implementação deste programa — que exigia a construção de novas unidades e a reforma de unidades já existentes, além de todo um trabalho de treinamento de recursos humanos —, foram levantados recursos da ordem de US\$ 32 milhões junto ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal. Também foram obtidos recursos de origem externa junto ao Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), na ordem US\$ 55,5 milhões. O projeto fora originalmente orçado em US\$ 121,4 milhões em termos de custos de investimentos (cf. *Revista do PMS*, SES, n. 1, fevereiro de 1987).

Foi iniciada a construção de vários hospitais. Entretanto, a maioria dessas obras foi paralisada nos dois governos que sucederam o governador Montoro, nas gestões de Orestes Quércia e Antonio Fleury Filho (ambos do PMDB), que destinaram os recursos orçamentários para outras prioridades.

Em 1995, ao assumir o governo paulista, Mário Covas — eleito pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), fundado em 1988 por um grupo dissidente do PMDB do qual fez parte André Franco Montoro — encontrou várias obras paradas havia vários anos e estabeleceu seu término como diretriz, antes de iniciar qualquer outra. Os movimentos sociais organizados da área da saúde exerceram forte pressão para que os hospitais fossem concluídos e entrassem em funcionamento.

Definida a retomada da construção dos hospitais, a partir de 1997, o principal problema do governo era viabilizar a contratação do pessoal necessário para sua implantação, uma vez que isto traria um incremento de mais de 15 mil funcionários públicos e elevaria o percentual relativo da folha de pagamentos do Estado dentro do orçamento geral para nível superior ao permitido pela legislação em vigor ("Lei Camata"). Com a transferência da gerência destes hospitais para as OSS, esta restrição legal não era mais aplicável.

Plano de Assistência à Saúde

Outro antecedente importante foi a experiência, no âmbito da Prefeitura paulistana, de contratação de cooperativas de médicos para fazer a gestão do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), que prometia oferecer à população uma atenção com as mesmas características dos planos privados de assistência médica. As cooperativas recebiam dinheiro pelos serviços e realizavam lucro que era distribuído aos seus membros. A adoção deste modelo colocou a cidade de São Paulo fora do Sistema Único de Saúde, e, por consequência, deixaram de ser recebidos recursos oriundos das esferas federal e estadual.

A implementação do PAS, criado em 1996 pelo então prefeito Paulo Salim Maluf — eleito em 1992 pelo Partido Democrático Social (PDS) —⁴ gerou uma onda de denúncias de desvios de recursos financeiros, materiais e equipamentos. Com a vitória nas eleições municipais da coalizão de esquerda liderada pelo Partido dos

⁴ Em 1993, o PDS, partido conservador que sucedeu à Arena em 1980, fundiu-se com o Partido Democrata Cristão para formar o Partido Progressista Reformador (PPR), que, em 1995, passou a denominar-se Partido Progressista Brasileiro (PPB) após fusão com o Partido Progressista (cf. MAINWARING, 2001). Em 2003, em convenção nacional (conforme informação na página do partido, www.pp.org.br, em 25/2/04), o PPB mudou de nome para Partido Progressista (PP).

Trabalhadores (fundado em 1980), o PAS foi extinto em julho de 2001 e a cidade de São Paulo voltou a integrar o SUS.

A necessidade política de diferenciar-se do modelo de gestão do PAS parece ter sido importante fator para que o governo Covas optasse pela parceria com entidades sem fins lucrativos e reconhecida experiência e reputação no âmbito da administração de serviços de saúde, em vez de converter as unidades hospitalares em organizações sociais, como proposto no projeto do ministro Bresser Pereira.

Em 1999, para acompanhar os hospitais administrados pelas OSS, foi constituído um grupo técnico vinculado diretamente ao Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde. Este grupo passou a coordenar a implantação daqueles hospitais, embora não tivesse sido formalmente integrado à estrutura da Secretaria, o que só aconteceu em 2001, ao ser criada a Coordenação de Contratação de Serviços de Saúde (CCSS). Para apoiar este grupo técnico e desenvolver indicadores de desempenho das atividades dos hospitais das OSS foram contratados serviços externos de consultoria junto à Faculdade de Saúde da Universidade de São Paulo e à empresa espanhola de consultoria Gesaworld. Estas foram medidas de importância vital para o desenvolvimento do projeto, pois garantiram o fortalecimento técnico necessário ao núcleo estratégico do governo estadual para fazer o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação dos objetivos e metas estabelecidos no contrato de gestão.

3.6 As organizações da sociedade civil de interesse público

Em março de 1999, o presidente da República sancionou a Lei nº 9.790, que estabeleceu os critérios para a qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip) e, além disso, instituiu o instrumento chamado "termo de parceria". Segundo Franco (2002), a aprovação dessa lei ordinária federal foi passo de um projeto maior: a reforma do marco legal do Terceiro Setor, ou seja, do conjunto de leis e normas que regulam as relações entre o Estado e as organizações da sociedade civil. A Lei 9.790/99 foi o resultado dos trabalhos desenvolvidos nas "Rodadas de Interlocução Política do Conselho da Comunidade Solidária sobre o Marco Legal do Terceiro Setor", em que, após amplo processo de debate, com a participação de uma centena de

interlocutores, encaminhou-se um projeto de lei ao Congresso Nacional. Após várias sessões de debates e negociações com os diversos partidos, um substitutivo foi aprovado por unanimidade nas duas casas legislativas. A lei buscou, por um lado, atender as solicitações das entidades no sentido de facilitar seu reconhecimento institucional mediante qualificação como Oscip, de uma maneira mais ágil e com menores custos operacionais. De outro lado, visou potencializar e regulamentar as parcerias com os governos, com base em critérios de eficiência e eficácia, além de mecanismos mais eficazes de responsabilização.

As Oscip e as OS foram concebidas para ocupar "espaço público não-estatal", porém apresentam diferenças que vale a pena mencionar. As primeiras atuam em um campo de atuação mais amplo do que as OS. Além das áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento de tecnologia, proteção ao ambiente, cultura e saúde, as Oscip podem ter outras atividades previstas na lei de sua criação: promoção do voluntariado, desenvolvimento econômico e combate à pobreza, promoção de direitos e assistência jurídica gratuita, promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais. No que diz respeito à qualificação da entidade, no caso da OS isto se dá por ato discricionário do poder público; no caso da Oscip, basta cumprir os pré-requisitos legais — que, entre outros, incluem cadastrar-se como fornecedor do Estado — e dar entrada em solicitação junto ao Ministério da Justiça (uma vez aprovada esta solicitação, a qualificação é imediata). A OS foi concebida para assumir as atividades de entidades da estrutura governamental que seriam extintas e até teriam seu patrimônio repassado para a organização social; portanto, a OS utiliza-se do patrimônio público repassado pelo Estado e do seu próprio. Embora algo similar possa ser feito no caso de uma Oscip, esta utilizará, em tese, apenas seu próprio patrimônio para desenvolver suas atividades (cf. AFONSO, 2002). A Lei 9.637/98, que dispõe sobre a qualificação das organizações sociais prevê que servidores públicos possam atuar nestas entidades; tal não é permitido no caso das Oscip, que devem atuar apenas com funcionários próprios. No que diz respeito à estrutura organizacional das entidades, as OS, por força da citada lei, devem ter como órgão de deliberação seu Conselho de Administração, no qual haverá 20% a 40% de membros natos, representantes do poder público. Quanto às Oscip, embora a lei respectiva explicita a necessidade de um conselho fiscal e de que nos estatutos estejam expressos os princípios da legalidade, da impessoalidade e das boas

práticas administrativas, não há exigência de representação do poder público nas estruturas de decisão. O instrumento contratual, em ambos os casos, são semelhantes: para as OS, trata-se do contrato de gestão; para as Oscip, do termo de parceria; as leis respectivas indicam a criação de comissões de acompanhamento no âmbito da área do governo afeta ao objeto do contrato.

As principais características dos dois tipos de situação foram reunidas no Quadro 3.1.

Quadro 3.1

Quadro comparativo entre características selecionadas de organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip)

Características	OS	Oscip
Lei de criação	Lei nº 9.637, de 15/5/98	Lei nº 9.790, de 23/3/99
Qualificação	A decisão de qualificação é um ato discricionário do poder público	Atendidos os requisitos legais, a qualificação é automática
Tipo de patrimônio	Patrimônio público e próprio	Somente patrimônio próprio
Servidores	Pode haver servidores públicos cedidos pelo poder público	Apenas pessoal próprio da entidade
Representante do poder público	No Conselho de Administração, composto de 20 a 40% dos membros	Não é prevista a representação do poder público em qualquer órgão de deliberação de entidade
Instrumento contratual	Contrato de gestão	Termo de parceria

Fontes: AFONSO (2002); FRANCO (2002); RODRIGUES (2003).

A partir das abordagens de Franco (2002) e Afonso (2002), é possível perceber que, embora tanto as OS como as Oscip tenham sido criadas para atuar no mesmo espaço social, o do Terceiro Setor ou o setor público não-estatal, são decorrentes da iniciativa de atores diferentes. Enquanto as OS foram concebidas no seio de um processo de formulação de um projeto de reforma do Estado brasileiro, as Oscip são produto da mobilização de um segmento da sociedade civil na luta por reconhecimento institucional. As OS foram imaginadas para atender necessidades específicas do governo. A qualificação de uma entidade como OS é um ato discricionário do poder público (cf. RODRIGUES, 2003), e a celebração de um contrato de gestão é, na prática, consequência da qualificação. Não faz sentido

qualificar uma entidade como OS se não for para realizar um contrato de gestão. No caso das Oscip, da qualificação — que atende também uma necessidade da entidade — não decorre necessariamente a celebração do termo de parceria. Por esta razão, o número de entidades qualificadas como OS é muito inferior às qualificadas como Oscip. Segundo Franco (2002), até 2002 existiam 57 entidades qualificadas como organizações sociais, sendo sete pelo governo federal e 50 pelos governos estaduais, enquanto que 563 entidades estavam qualificadas como Oscip, porém o autor faz referência a apenas nove termos de parceria firmados na esfera federal. Em outubro de 2003, segundo matéria publicada no jornal *Folha de S. Paulo*, em 20 de outubro desse ano, haviam sido cadastradas no Ministério da Justiça 1.524 entidades até aquela data. O texto da notícia ressalta que, desde a posse do novo governo, em janeiro daquele ano, 1.052 pedidos de qualificação como Oscip haviam sido apresentados: o motivo para a "explosão" de pedidos seria a maior facilidade de acesso a recursos públicos.

3.7 Controle social

O controle social é um dos temas recorrentes quando se discutem propostas de reforma do aparelho do Estado. Diz respeito à transparência da administração pública, aos mecanismos e às instâncias de deliberação sobre a formulação e a implementação das políticas públicas. E a questão da transparência na administração pública refere-se à forma como os recursos públicos são distribuídos. No limite, surge o tema da corrupção.

Na administração pública brasileira, são muito comuns as práticas da patronagem, do clientelismo e do patrimonialismo. A patronagem liga-se à distribuição de recursos públicos segundo critérios não meritocráticos. A moeda principal da patronagem é o empreguismo, embora também envolva disputas por contratos e investimentos públicos. Já o clientelismo trata-se de uma relação assimétrica de reciprocidade, do tipo patrão/cliente, em que há vínculo pessoal e de dependência. Esta relação, ainda que assimétrica, traz benefícios pessoais, tanto para o patrão, como para o cliente. O patrimonialismo, como já se anotou, designa o uso do patrimônio público como propriedade privada do dirigente ou do político. Nem a patronagem nem o clientelismo ou o patrimonialismo são necessariamente

sinônimos de corrupção, embora, é evidente, facilitem sua prática (cf. MAINWARING, 1999).

A flexibilização da burocracia estatal para contratação, remuneração e gestão de pessoal, se por um lado proporciona mais agilidade à administração pública, por outro favorece o uso político e a prática da patronagem e do clientelismo. Como exemplo desta contradição, Mainwaring (2001) cita a reestruturação da burocracia federal brasileira promovida pelos governos da ditadura militar por meio do Decreto-Lei n.º 200/67, que franqueava a empresas públicas, ministérios e autarquias a contratação de pessoas alheias ao serviço público com salários mais altos. Essa iniciativa, cujo intuito seria flexibilizar e tornar mais eficiente a administração pública, possibilitou a adoção de critérios políticos na gestão de pessoal.

Aqui se apresenta um falso dilema: administração pública tradicional *versus* um modelo mais flexível, porém sujeito ao uso político da máquina. Com efeito, o modelo burocrático de controles processuais, além de não impedir o uso político da máquina e a corrupção, acaba por criar um arcabouço de regras no qual o processo e o rito procedimental tornam-se um fim em si mesmos. O objetivo primeiro da administração pública, o de servir ao cidadão, passa a ser secundário ou é totalmente esquecido.

Entretanto, a questão da *accountability* (transparência e responsabilização) não pode ser negligenciada. De fato, em relação a este tema, Robert Behn sinaliza que os defensores da abordagem da nova gestão pública têm desafiado o paradigma tradicional da administração pública. Segundo eles, a administração do governo é muito lenta, burocrática, ineficiente, pouco responsiva e improdutiva. A argumentação dos defensores do paradigma tradicional é que, apesar de eventualmente apresentar algumas falhas, o modelo tradicional tem uma grande vantagem: a de ter *accountability* perante os cidadãos. O fato é que, não importa o paradigma que se adote, o modelo é inaceitável se não garantir a *accountability* perante o cidadão. Portanto, não basta aos defensores da nova gestão pública demonstrar que seu modelo é mais eficaz e eficiente; eles terão que demonstrar com clareza que podem assegurar *accountability* perante o cidadão. Behn (1998, p. 6) relata que Woodrow Wilson, em ensaio de 1887, defendia nova abordagem para a administração governamental norte-americana: como forma de combate à corrupção, propunha uma ciência da administração que buscasse "endireitar os caminhos do governo, *tornar seus negócios mais parecidos com os negócios*

privados, fortalecer e purificar sua organização e coroar sua diligência" (grifo nosso). Um dos princípios básicos desta nova administração pública seria separar a implementação das políticas públicas das decisões políticas que as criam. Desta maneira, buscava-se proteger as decisões administrativas sobre pessoal, suprimentos, finanças e prestação de serviços da intromissão das políticas de favoritismo e ganho pessoal. Ainda segundo Behn (1998), contemporaneamente, no final do século XX, a questão do desempenho tem sido mais relevante do que a questão da corrupção, na realidade estadunidense. A resposta a esta questão é o que alguns chamam de "nova gestão pública", com ênfase na produção de resultados. Os defensores da nova gestão pública rejeitam a idéia de que a política deva ou possa ser separada da administração. No paradigma da nova gestão pública, os servidores são investidos de poder para tomar decisões, e se pressupõe que os servidores públicos, que agem na linha de frente dos serviços, compreendem melhor os problemas, e estão em excelente posição para solucionar os problemas públicos.

A herança intelectual do paradigma da administração pública decorre do pensamento de Woodrow Wilson, Frederick Winslow Taylor e de Max Weber: eles construíram a base intelectual da maioria dos governos (cf. BEHN, 1999). A administração pública tenta ser eficiente, pois a eficiência é justa e impessoal; será científica, na medida que adota o melhor caminho, o melhor procedimento; e será independente da política, uma vez que cuida apenas da implementação daquilo que foi formulado pelos políticos. Estes princípios da administração pública resolvem, em teoria, a questão da *accountability* de maneira interessante. Se a burocracia é neutra, já que só trata de implementar aquilo que foi decidido pelos políticos, da melhor maneira do ponto de vista da técnica e da eficiência, o cidadão só precisa se preocupar em eleger bons políticos. Caso o cidadão fique insatisfeito com as políticas implementadas, deverá eleger outros políticos, pois os servidores públicos estarão sempre tratando de implementar a política de governo da melhor forma estabelecida por critérios científicos. Já os defensores da nova gestão pública — que reconhecem a ação política na administração pública e, mais do que isso, preconizam que o servidor público tome decisões (e freqüentemente de ordem política) com autonomia — precisam esclarecer como se prestará contas destas decisões e conseqüentes ações, como se fará a responsabilização perante o cidadão. Se a tônica da *accountability* serão os resultados e não mais os processos,

cabe a indagação: como e quem irá cobrar a responsabilidade de quem para alcançar quais resultados? Esta pergunta, segundo Behn (1998), gera quatro outras questões suplementares:

- quem decidirá quais resultados devem ser produzidos?
- Quem deve responder pela produção destes resultados?
- Quem é responsável pelo processo de responsabilização (*accountability*)?
- Como irá funcionar este processo de *accountability*?

As respostas a estas perguntas não estão prontas. Serão construídas a medida que o novo modelo de gestão pública for sendo experimentado.

Pereira (1999a), ao citar as principais características da administração gerencial, indica, pelo menos em parte, onde o controle da administração pública deverá se concentrar. As principais características da administração gerencial seriam:

- estar voltada para o cidadão e para a obtenção de resultados;
- pressupor um grau de confiança nos políticos e funcionários públicos;
- servir-se da descentralização como estratégia;
- incentivar a criatividade e a inovação; e
- utilizar o contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores públicos.

As relações entre os cidadãos e os políticos e entre os burocratas nomeados e os cidadãos podem ser caracterizadas como do tipo "agente *versus* principal" (cf. PRZEWORSKI, 1999). Dizemos que há tal relação sempre que o bem-estar de alguém depende daquilo que é feito por outra pessoa. Essa relação torna-se problemática quando há assimetria de informações entre os envolvidos (cf. PINDYCK e RUBINFELD, 1999). Um cidadão que sofre de queimação no estômago deposita no médico a que vai a confiança de que lhe será prescrito o melhor tratamento para o seu bem-estar. Por outro lado, o bom médico poderá tratá-lo com antibióticos e curá-lo, sem necessidade de uma intervenção cirúrgica, ou, apenas após tentativas de tratamento clínico, poderá indicar a cirurgia. O mau médico, movido pela esperança de perceber honorários maiores, poderia indicar de imediato o procedimento cirúrgico. O paciente não tem todas as informações que o médico e só lhe resta confiar ou buscar a segunda opinião. Se o paciente dispõe de um plano de saúde que lhe dá cobertura ao tratamento cirúrgico, pode ocorrer o que é conhecido por "risco moral", também decorrente de uma assimetria de informações.

Neste caso, o médico poderia optar pelo tratamento mais caro, uma vez que seu pagamento já está garantido pela seguradora. Pode também sugerir procedimentos tais como exames laboratoriais, porque existe cobertura, mas que não são, de fato, necessários naquele momento. O risco moral pode ainda ocorrer em uma empresa, pública ou privada, quando os trabalhadores talvez não sejam adequadamente monitorados pelo empregador e apresentam rendimento abaixo da média. Os trabalhadores são o "agente" desta relação e os proprietários são o "principal". Os cidadãos elegem os políticos para que eles elaborem as melhores políticas para os cidadãos. Os servidores públicos são nomeados para servir aos interesses do cidadão ou para a implementar as políticas públicas definidas pelo governo. Como garantir que os políticos trabalhem no interesse dos seus eleitores e não no seu próprio interesse? Como garantir que funcionários que gozam de estabilidade tenham desempenho adequado? Os políticos podem ser reeleitos ou não, isso é o bastante? E os funcionários públicos?

A avaliação do cumprimento de resultados e metas previamente acordados pode ser um bom instrumento para o exercício do controle social. O contrato de gestão é importante instrumento para o controle social. Nessa documento ficam definidos os objetos, os resultados desejados, as metas a serem cumpridas, as formas de avaliação de desempenho e dos resultados, e os recursos públicos comprometidos. Também estará determinado no contrato de gestão quem são os responsáveis pelo cumprimento das metas estabelecidas. Além disso, o contrato de gestão pode ser de domínio público, acessível a qualquer cidadão que possa obter o *Diário Oficial* ou que tenha acesso à internet. Todavia, algumas questões não estão resolvidas, ou as soluções propostas até o presente estão longe de agradar a todos, no que diz respeito ao controle social. Quem vai exercer o controle social? O deputado, eleito pelos cidadãos? O representante da associação de classes, de moradores? O representante do movimento setorial (por exemplo, da saúde)? Como vai ser exercido o controle? Em que momento e em que espaço?

No caso dos hospitais administrados pelas organizações sociais de saúde paulistas, muito debate tem ocorrido, reclamando-se maior controle social sobre estas organizações, o que tem gerado demandas e críticas de duas origens diferentes: 1) representantes de movimentos de saúde querem tomar parte das decisões que envolvem os hospitais, e 2) esferas municipais de governo alegam estar excluídas do processo de elaboração do contrato de gestão e gostariam de ter

a gestão dos hospitais subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde. São partes legítimas para desempenhar este papel? Novamente, em que momento e em que instância deve se dar este controle?

Neste caso, as respostas a estas questões devem considerar a estrutura do Sistema Único de Saúde, nas suas diversas esferas, pois, como equipamentos de um sistema nacional de saúde, hierarquizado e descentralizado, estes hospitais respondem por um papel que transcende os interesses de âmbito local das regiões onde estão inseridos. O SUS possui várias instâncias de deliberação: Conselhos Nacional, conselhos estaduais e municipais, as Conferências de Saúde nas diversas esferas de governo, nas quais são definidas as diretrizes políticas do sistema. Estas instâncias devem ser arenas privilegiadas para o exercício do controle social.

A Lei Complementar nº 846 determinou que toda entidade qualificada como organização social constituísse, dentro de sua estrutura, um Conselho de Administração com a seguinte composição: 55% de membros eleitos pelos associados ou membros da organização social; 35% de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho de Administração dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral; e 10% de membros eleitos pelos funcionários da OS. Entre as funções do Conselho está a de aprovar o contrato de gestão e o orçamento da entidade. Claramente, a composição de tal Conselho não contribui em nada para o controle social e a *accountability*. Também é questionável se este é o espaço adequado para o exercício do controle social das OSS.

Carneiro Jr. (2002), em estudo de caso, ao analisar os processos de implantação do Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS) e o do Hospital Geral do Itaim Paulista (HGIP), localizado no município de São Paulo, ambos administrados por meio de OSS, ressaltava diferenças qualitativas em cada uma das experiências. No caso do HGIS, a existência de serviços locais de saúde organizados permitiu que o processo de implantação do hospital fosse precedido de debates no âmbito dos quatro municípios da área de abrangência do hospital (Itapecerica da Serra, São Lourenço da Serra, Embu-Guaçu e Juquitiba) e de seus conselhos municipais de saúde, em que estão representados os usuários e que, neste caso em particular, estavam vinculados aos movimentos de saúde da região. Estes movimentos organizados têm longa tradição de luta por melhores condições de saúde e foram responsáveis pela antecipação da retomada da construção do

hospital. Carneiro Jr. relata que a existência de uma interlocução com os serviços locais permitiu que a definição dos serviços e do modelo assistencial adotado pelo HGIS fosse fruto de um processo de negociação entre o hospital e os serviços municipais. No caso do HGIP, em decorrência da desarticulação local dos serviços municipais, não foi possível a integração com estes serviços como ocorreu em Itapeverica da Serra, ficando a definição do modelo assistencial e dos serviços ofertados exclusivamente a cargo do HGIP. Estes exemplos revelam que o controle social depende da existência de atores organizados e com legitimidade para estabelecer a interlocução com os serviços públicos. A construção destes canais de interlocução e de controle não pode ficar na dependência da boa vontade do gerente dos serviços. Os mecanismos de controle social, bem como as instâncias em que se dá, deveriam ser formal e legalmente definidos. Os serviços públicos exercidos por agentes estatais ou não deveriam estar subordinados a estas instâncias, deveriam prestar contas a estas e ser passíveis de intervenção sempre que se impusesse a necessidade de correções administrativas.

O contrato de gestão desde o momento de sua elaboração, passando pelo seu acompanhamento até a sua avaliação, parece um foco adequado para o exercício do controle social no modelo de gestão por meio das OSS.

3.8 O contrato de gestão

O instrumento do contrato de gestão surgiu na França, no final dos anos 60, de início como "contrato de programas", no processo cujo objetivo era a recuperação das empresas públicas deficitárias. Depois, nos anos 70, com o objetivo de modernizar as empresas estatais, metamorfoseia-se em "contrato de empresas". Em terceira fase, aparece como "contrato de plano", buscando a adequação com os planos de governo. Na quarta fase, com uma configuração mais complexa, renasce como "plano de objetivo", composto por três documentos básicos da empresa: o plano empresarial, a previsão financeira e o resumo estratégico dos seus planos para um período de três a quatro anos. Mas a disseminação do contrato de gestão no mundo deu-se no final dos anos 70, a partir da Inglaterra (cf. GONÇALVES, 2001). Também na Espanha, a partir dos anos 70, os contratos de gestão começaram a ser estabelecidos por empresas estatais prestadoras de serviços industriais. A prática do contrato de gestão com empresas estatais foi utilizada ainda

no Senegal, em Marrocos, na Nigéria, na Tunísia, em Madagascar, no Congo, na Gâmbia, no México, na Argentina, na Índia e em Bangladesh. Na Coreia do Sul, o gerenciamento por contrato foi aplicado a todas as estatais do país sob supervisão de um órgão interministerial (cf. ANDRÉ, 1999).

Segundo Gonçalves (2001), o primeiro contrato de gestão adotado no Brasil foi assinado em 1991, entre o Ministério da Saúde e a Associação Pioneiras Sociais. Neste processo, foi extinta a Fundação, pessoa jurídica de direito público, e instituído imediatamente o Serviço Social Autônomo Associação Pioneiras Sociais APS. A APS é a mantenedora da rede de hospitais Sarah. O segundo contrato de gestão foi estabelecido com a Companhia Vale do Rio Doce, a maior companhia mineradora do mundo, que seria privatizada em 1997. Maristela de André assinala que o governo do estado de São Paulo, em dezembro de 1991, firmou 88 contratos de gestão, sendo 24 com empresas públicas e os demais com a administração direta, fundações e autarquias (cf. ANDRÉ, 1993). De 1992 a 1995, o recurso do contrato de gestão foi aplicado a 25 estatais paulistas. Em 1993, foi a vez do governo do Rio Grande do Sul ajustar contratos com seus órgãos e, em 1994, com a Petrobrás.

As empresas federais brasileiras consideraram a experiência do contrato de gestão satisfatória, em virtude da facilitação da política de pessoal e da implantação de processos de qualidade total, que não atingiu, entretanto, a aquisição de bens e serviços (esta continuou regulada pela Lei 8.666/93). No caso das estatais paulistas, embora nenhuma autonomia real tenha sido concedida pelo Estado, as experiências foram apoiadas pelas empresas, as quais consideraram ter ocorrido aumento na clareza das relações com a Secretaria de Planejamento e Gestão e avanços na compatibilidade do planejamento empresarial com a programação e execução orçamentária (cf. ANDRÉ, 1999). Segundo esta autora,

A partir de 1995, a política governamental do país abandonou o projeto de contrato de gestão com as empresas e concentrou-se exclusivamente no de privatização. Os contratos estatais federais em vigor se estenderam até 1996 por motivação das empresas, com eco no Ministério de Minas e Energia; o Ministério do Planejamento e Orçamento desativou as equipes técnicas supervisoras. No estado de São Paulo, a execução dos contratos até 1995 não chegou a ser supervisionada, metas de produtividade e qualidade de serviços e implantação de processos de qualidade total foram abandonadas, sistemas internos de planejamento foram desativados, a prioridade gerencial passou a ser a redução de despesas; a Secretaria de Planejamento esvaziou

funções e autoridade técnica da equipe de acompanhamento orçamentário e de contratos de gestão (ANDRÉ, 1999, p. 45).

Para Gonçalves (2001, p. 60), o contrato de gestão seria "uma nova forma de relacionamento entre Governo e entidades públicas ou privadas, baseada na autonomia, no controle de resultados e na participação efetiva da sociedade na definição e controle das políticas públicas". Segundo Lima (1996), é um instrumento gerencial originado da administração por objetivos (APO), ou administração por resultados, ou, ainda, administração sistêmica por objetivos e resultados. A APO teria sido formulada por Peter Drucker, quando este buscou deslocar a ênfase organizacional dos meios para os fins. Ainda segundo Lima (1996), Carlos Matus, na sua teoria do Planejamento Estratégico Situacional (PES), parece ter a APO como uma de suas referências. Caravantes⁵ (1983, apud LIMA, 1996, p. 129) apresenta uma definição de APO de caráter bem operacional que ajuda a entender os princípios que orientam o contrato de gestão. De acordo com Caravantes, a APO seria:

- a) um método de planejamento, compreendido como um processo (que não se esgota na elaboração do plano) sistêmico (abrange a organização em todos os seus subsistemas), interativo (pressupõe avanços e recuos), voltado para o futuro (sem a pretensão de predizê-lo ou controlá-lo), que visa racionalizar o processo de decisão mediante a seleção de alternativas de um curso de ação e da conseqüente alocação de recursos, além de coordenar e integrar de maneira eficaz as diferentes atividades que são realizadas tendo em vista alcançar os propósitos desejados;
- b) um método de avaliação, que sistematicamente compara o planejado com o executado,
- c) baseado em fatores quantitativos — quantificando, na medida do possível o que se quer avaliar —,
- d) pelo qual superiores e subordinados elegem áreas prioritárias, de modo que a participação gera maior motivação e envolvimento e propicia a apreensão por todos, de conhecimentos substantivos resultantes da vivência e da experiência,

⁵ CARAVANTES, G. R. *Administração por objetivos: uma abordagem sócio-técnica*. 2ª ed. Porto Alegre: Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1983.

- e) estabelecem resultados a serem alcançados (objetivos) — ou seja, respondem a três perguntas centrais, o que nós queremos, quando queremos e em que quantidade queremos —,
- f) dimensionam as respectivas contribuições (metas) que cada unidade e cada indivíduo na organização deve realizar
- g) e procedem ao acompanhamento sistemático de desempenho, aqui compreendido como um hábito que deve ser desenvolvido na organização e que em várias de suas dimensões subentende um processo de negociação entre os diferentes atores organizacionais quanto ao que fazer e como avaliar.

No projeto do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, o contrato de gestão é visto como instrumento central. No fascículo número 2 dos *Cadernos MARE da reforma do Estado*, são apresentados os conceitos e componentes de tal contrato.

O contrato de gestão seria um compromisso institucional firmado entre o Estado, por intermédio de seus ministérios, e uma entidade pública estatal, a ser qualificada como "agência executiva", ou uma entidade não-estatal, qualificada como "organização social". Seria um meio para o cumprimento de objetivos de políticas pública, serviria para a supervisão e avaliação destas políticas de forma descentralizada, racionalizada e autonomizada, uma vez que vincularia recursos ao cumprimento de finalidades públicas. Por outro lado, para as organizações (estatais ou não-estatais), o contrato de gestão, segundo o Ministério, deveria ser um dispositivo de gestão estratégica, ao direcionar a ação organizacional, assim como a melhoria da gestão, aos cidadãos/clientes beneficiários de determinadas políticas públicas.

A destinação desse "instrumento chave" no relacionamento entre os ministérios e as entidades contratadas seria, principalmente:

- clarificar o foco da instituição, interna e externamente;
- proporcionar uma base para a comparação entre o atual desempenho da instituição e o desempenho desejado;
- definir níveis de responsabilidade e de responsabilização; e
- possibilitar o controle social, por resultados e por comparação com outras instituições.

O contrato de gestão deveria ainda ser um instrumento dinâmico e flexível, passível de adaptação ou modificação quando mudanças da realidade ou dos objetivos demandassem tais providências. Nessas condições, as partes básicas de um contrato de gestão, definidas pelo Ministério da Administração, seriam:

- *disposições estratégicas*, objetivos da política pública à qual se refere, missão, objetivos estratégicos e metas institucionais com os seus respectivos planos de ação;
- *indicadores de desempenho*, forma de representação quantificável e também de natureza qualitativa, para mensuração do sucesso das metas propostas, tendo como base determinado padrão de excelência, adotado ou convencionado, para julgamento da adequação do nível de realização de cada meta programada, considerando o horizonte de tempo da avaliação;
- *definição dos meios e condições para a execução das metas pactuadas*, tais como recursos (orçamentários, patrimônio, pessoal, etc.) e níveis de autonomia e flexibilidades;
- *sistemática de avaliação* — trimestral ou quadrimestralmente o ministério supervisor e a instituição deverão programar reuniões de acompanhamento e avaliação, para a verificação objetiva do grau de sucesso das metas, com base nos seus indicadores; os resultados alcançados deverão ser objeto de análise pelo ministério supervisor, que norteará as correções necessárias de rumo, para possibilitar a plena eficácia do instrumento; durante esse acompanhamento, será importante a avaliação da eficácia de seus indicadores, podendo os contratantes, de comum acordo, alterá-los por meio de aditivos ao contrato, caso demonstrem ser inadequado à aferição que se pretende realizar; os relatórios parciais e finais devem ser encaminhados ao ministério supervisor para parecer técnico.

As cláusulas mínimas do contrato de gestão, como estabelecidas pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, são expostas a seguir.

Objeto. O objeto do contrato de gestão é o pacto de resultados entre uma parte contratante, o poder público, e outra parte contratada, seja instituição estatal ou não-estatal. Esta cláusula deverá contemplar, de forma clara, o contexto institucional do setor de atuação da instituição contratada.

Objetivo. São objetivos do contrato de gestão como instrumento de implementação de políticas de gestão:

- fortalecer a supervisão e os controles ministeriais sobre os resultados das políticas públicas sob sua responsabilidade;
- melhorar o processo de gestão da instituição contratada;
- promover o controle social sobre os resultados esperados e dar-lhes publicidade.

Metas. As metas pactuadas (finais e intermediárias) devem ser enumeradas, com seus respectivos indicadores e efetividade, eficiência e eficácia.

Obrigações da contratada. O contrato de gestão deve explicitar as ações que garantam o desenvolvimento institucional contínuo da entidade contratada, relativas à orientação estratégica, à otimização de processos organizacionais e à capacitação de pessoas.

Obrigações dos ministérios supervisor e intervenientes. O contrato deve apontar os meios necessários à execução do contrato de gestão a serem providos pelos ministérios supervisor e intervenientes, relativos a recursos (financeiros, pessoal, patrimônio, etc.) e à autonomia de gestão (de pessoal, logística e orçamentário-financeira).

Valor. Deve estabelecer o valor a ser alocado durante sua vigência.

Acompanhamento e avaliação de resultados. Deve dispor sobre a sistemática de acompanhamento, definida relativamente a tipos e periodicidade dos relatórios, níveis de cumprimento de metas, auditorias e orientações para revisão e correções de metas ou condições.

Suspensão. Deve dispor ainda sobre as condições para suspensão, pelo período necessário à melhor adequação ao seu objeto, caso se verifiquem mudanças substanciais no contexto, impossibilitando o alcance das metas.

Vigência e renovação. Sua vigência é de um ano, mas pode ser estendida por período a ser determinado pelas partes, mediante termo aditivo que altere cláusulas relativas às metas, obrigações das partes e plano de ação.

Publicidade e controle social. O contrato de gestão deve estabelecer a obrigatoriedade, pelo ministério supervisor, de publicação, no *Diário Oficial da União* e outros meios físicos e eletrônicos, do teor do próprio contrato, dos relatórios parciais e finais e dos termos aditivos.

Rescisão. Situações e condições em que a rescisão poderá ser solicitada pelas partes ou realizada a qualquer tempo, relativas ao descumprimento injustificado pela instituição de compromissos firmados, ou acordo entre as partes

ou, ainda, à prática de irregularidades por parte de dirigentes da instituição. A proposta de rescisão deve ser acompanhada de justificativa.

Desqualificação e penalidades. No caso de rescisão do contrato, a instituição será desqualificada por iniciativa do ministério supervisor à Presidência da República, mediante decreto, e os seus dirigentes sujeitar-se-ão, em conjunto ou isoladamente, ao afastamento da função e ou às penalidades previstas na legislação pertinente.

No processo de formulação e negociação do contrato de gestão, o Ministério da Administração salientava a necessidade de se deixar claro em que contexto institucional o contrato se dava, quais as diretrizes governamentais setoriais e quais os objetivos. Os objetivos da instituição contratada não poderiam ser antagônicos aos do governo. A coerência com os objetivos deveria estar contemplada no planejamento estratégico da contratada, explicitada na missão, visão, objetivos e metas, etc. O Ministério alertava em relação à importância do processo de negociação do contrato de gestão, que deveria envolver intensa participação dos técnicos do ministério supervisor. Na negociação, seriam definidos as metas os parâmetros e indicadores de desempenho. A negociação dos valores do contrato de gestão e das flexibilidades a serem concedidas (no caso das instituições estatais) é uma etapa crítica. A minuta do contrato deverá ser submetida à consultoria jurídica do ministério supervisor, aprovada e encaminhada para assinatura das partes e publicação em *Diário Oficial da União*.

O acompanhamento e a avaliação contínuos do contrato de gestão são a fase mais relevante, pois é aí que se vai garantir a eficácia da ação governamental, por meio do alcance das metas estabelecidas. O ciclo de avaliação prescrito para o contrato de gestão compreenderia a geração de relatórios parciais e anuais, a avaliação institucional e auditorias. Os relatórios deveriam ser elaborados pela instituição contratada com periodicidade trimestral ou quadrimestral, além do que estava prevista a elaboração de um relatório anual. Estes relatórios, uma vez analisados pelo poder público, permitiriam a avaliação da eficácia do contratos e quando necessário, a alteração de rotas. O processo de auditoria ao qual deveria se submeter a consecução dos serviços estabelecidos no contrato estaria a cargo da Secretaria Federal de Controle e ao Tribunal de Contas da União, dentro de suas programações normais, tendo por base as condições acordadas e contidas no contrato, e se restringiria aos resultados obtidos e à utilização dos recursos públicos.

No caso dos hospitais estaduais paulistas gerenciados pelas OSS, o contrato de gestão segue basicamente a mesma estrutura acima descrita, conforme os preceitos estabelecidos pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (ver, no Anexo E, minuta do contrato de gestão referente ao exercício de 2003). A lei que regulamentou o contrato de gestão paulista é a mesma que estabeleceu a qualificação de entidades como organizações sociais — a Lei Complementar 846/98 — e dispõe que a celebração do contrato de gestão, com dispensa da realização de licitação, será precedida da publicação da minuta do contrato de gestão e de convocação pública das organizações sociais, através do *Diário Oficial do Estado*, para que as interessadas em celebrá-lo possam se apresentar. O contrato de gestão deverá ser aprovado pelo Conselho de Administração da organização social e posteriormente submetido ao Secretário de Estado da área competente. A lei estabelece também alguns preceitos para a elaboração dos contratos de gestão, além da observância dos princípios estabelecidos nas Constituições Federal e Estadual, quais sejam:

- especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e de produtividade;
- estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais no desempenho de suas funções;
- atendimento aos princípios do SUS expressos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080;
- atendimento exclusivo aos usuários do SUS no caso das organizações sociais da saúde.

As demais cláusulas necessárias dos contratos de gestão serão definidas pelo Secretário de Estado signatário.

A Lei 846/98 estabelece que a fiscalização da execução do contrato de gestão é competência do Secretário de Estado signatário. O contrato deverá prever a obrigação da entidade contratada — sempre que requerida pelo poder público e a qualquer tempo — apresentar relatório pertinente à execução do contrato, com o comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, bem como a

prestação de contas correspondentes ao exercício financeiro. Também está prevista na lei uma comissão de avaliação, indicada pelo Secretario de Estado e composta, além de outros, por dois integrantes indicados pelo Conselho Estadual da Saúde e dois membros da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa. Esta comissão deverá encaminhar trimestralmente um relatório de avaliação à Assembléia Legislativa. O balanço e demais prestações de contas das da organização social devem ser publicados no *Diário Oficial de Estado* e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

4 METODOLOGIA

4.1 Área de interesse

Esta pesquisa aborda o problema das possibilidades e dos limites do gerente dos serviços públicos de saúde no gerenciamento efetivo da unidade pela qual está responsável. É uma preocupação que acompanha o pesquisador desde o início da sua vida profissional como médico atuante na área de gestão de serviços, ao se deparar com as restrições impostas pelo arcabouço jurídico-legal do aparelho do Estado. Mais recentemente, o surgimento das organizações sociais de saúde no estado de São Paulo — como modelo a ser adotado para assumir atividades de interesse público, mas não necessariamente executadas pelo Estado, no caso a gestão de hospitais estaduais recém construídos — coloca em pauta a questão da incapacidade estatal de realizar atividades de produção de bens e de serviços com a mesma eficiência que o setor privado.

Esta questão e este modelo de gestão da coisa pública surgem em (e como consequência de) um processo mais amplo nas esferas nacional e mundial de reformas de aparelhos governamentais. No estado de São Paulo, entre 1998 e 2003, entraram em funcionamento 15 novos hospitais estaduais, com um modelo de gestão do tipo OSS e utilização do contrato de gestão. O mencionado contexto, aliado ao fato de o pesquisador ter tido a oportunidade de atuar como gerente nos dois tipos de estruturas, estatal e de OSS, serviu para definir como *área de interesse* os modelos e os instrumentos gerenciais disponíveis para o administrador público. A partir dessa área de interesse, buscou-se a definição do *objeto* ou do *problema* e a definição do tipo de pesquisa a ser desenvolvida.

4.2 Definição dos objetivos de pesquisa

Para a definição do objeto, foi elaborada a seguinte pergunta: qual a diferença entre o modelo de gestão da administração direta e o modelo de gestão por meio das OSS, na forma como gerente da unidade administra o hospital?

A formulação desta pergunta situa o problema ou o objeto no que Minayo (1993, p. 10) descreve como "campo dos atos das relações e das estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas". Este reconhecimento levou à opção metodológica de eleger a pesquisa qualitativa como a mais apropriada para a realização deste trabalho. Entre as possibilidades da pesquisa qualitativa, foi escolhida a entrevista com diretores de hospitais dirigida por meio de questionário semi-estruturado.

A definição dos objetivos procurou delimitar o foco de intervenção da pesquisa, considerando os elementos necessários para responder à pergunta formulada e à exeqüibilidade da investigação. Também foi estabelecida como objetivo a verificação da premissa da inadequação dos instrumentos gerenciais disponíveis aos hospitais da administração direta. Esta premissa traz *a priori* risco de viés para o desenvolvimento da pesquisa.

4.3 Levantamento bibliográfico

Foram identificadas as seguintes palavras-chave ou temas referentes ao objeto de pesquisa: "reforma do Estado", "contrato de gestão", "Terceiro Setor", "reforma sanitária", "controle social", "gestão e administração de serviços de Saúde", "gestão de recursos humanos", "gestão de recursos materiais" e "terceirização de serviços". A partir dessas palavras-chave, fez-se o levantamento bibliográfico mediante pesquisa direta na biblioteca da EAESP-FGV, além de pesquisa eletrônica através da internet.

Procedeu-se também ao levantamento da legislação relativa ao tema da pesquisa, tendo como fontes o *Diário Oficial do Estado* paulista, o *Diário Oficial da União*, o Ministério da Justiça e o Senado da República, pesquisados por meio de suas páginas eletrônicas.

Foram levantadas, ainda, informações sobre organizações estatais e documentos referentes aos processos de reforma administrativa em andamento, por meio de consulta às páginas oficiais na internet dos governos estaduais e do federal.

4.4 Definição da amostra

Segundo Minayo (1993), a amostragem em pesquisa qualitativa envolve problemas do grupo de escolha para observação e para comunicação direta, levantando questões tais como quem entrevistar, quem observar e o que observar, o que discutir e com quem discutir. Ademais, na pesquisa qualitativa, preocupa menos a generalização e mais o aprofundamento e a abrangência da compreensão, seja de um grupo social, seja de uma organização ou de uma instituição, seja ainda de uma política ou de uma representação.

A amostra qualitativa

- a) privilegia os sujeitos que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer;
- b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações porém, não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta;
- c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhança e diferenças;
- d) esforça-se para que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação conttenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 1993, p. 102).

Nessas condições, este trabalho refere-se basicamente ao modo de gerenciamento de hospitais do governo estadual paulista. Isto remete a um número de 56 hospitais em todo o estado, inclusive autarquias com os Hospitais das Clínicas de São Paulo e de Ribeirão Preto e o Hospital do Servidor Público Estadual, 15 hospitais administrados por intermédio de parcerias sacramentadas em contrato de gestão (neste grupo, 13 hospitais são gerenciados por entidades certificadas como organizações sociais de saúde) e o restante dos hospitais administrados diretamente pelo governo (ver Anexos C e D). As características referentes à especialidade, ao nível de complexidade e ao tamanho dos hospitais estaduais são muito variadas. Por outro lado, o grupo dos hospitais administrados por parceria apresenta muito maior homogeneidade do que os outros no universo de hospitais. Esta homogeneidade é decorrente do fato de que estas unidades hospitalares foram planejadas à época do PMS. Entre os hospitais da administração direta, foram identificadas cinco unidades que também fizeram parte do PMS e que também apresentavam características

semelhantes, quais sejam: a) hospitais gerais, isto é, com uma oferta de serviços nas especialidades básicas de ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral, clínica geral e pediatria; b) tamanho semelhante, com um número de leitos na ordem de 200; c) localização em bairros periféricos da cidade de São Paulo.

Tendo em mente estas características, cinco instituições foram escolhidas para compor a amostra no grupo dos hospitais da administração direta: o Hospital Geral "Jesus Teixeira da Costa" (de Guaianazes), o Hospital Geral "Dr. Manoel Bifulco" (de S. Mateus), o Hospital Geral "Kátia de Souza Rodrigues" (de Taipas), o Hospital Geral "Dr. Álvaro Simões de Souza" (de Vila Nova Cachoeirinha) e o Hospital Geral "Dr. José Pangella" (de Vila Penteado).

A partir da característica dos hospitais desse grupo, foram estabelecidos os critérios de eleição para os do grupo das OSS: a) número de leitos semelhantes, no máximo 300, e b) apenas um hospital por OSS, uma vez que cinco OSS administram duas unidades, e, em dois casos, o diretor das duas unidades é o mesmo (nestes casos, foi escolhido o hospital em funcionamento há mais tempo).

De acordo com tais critérios, foram definidos seis hospitais do grupo das OSS: o Hospital Estadual da Vila Alpina, gerenciado pelo Serviço Social da Indústria da Construção de São Paulo (Seconci-SP); o Hospital Geral de Pirajussara, da Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM); o Hospital Geral do Itaim Paulista, da Casa de Saúde Santa Marcelina; o Hospital Geral de Pedreira, gerenciado pelo Hospital Santa Catarina; o Hospital do Grajaú, gerenciado pela Universidade de Santo Amaro (Unisa); e o Hospital Geral de Carapicuíba, gerenciado pela Associação Sanatorinhos.

Segundo os critérios estabelecidos, neste grupo deveria estar presente o Hospital Geral de Itapequerica da Serra, gerenciado pelo Seconci-SP, que entrou em atividade antes do Hospital Estadual da Vila Alpina; no entanto, esta instituição foi descartada por ter tomado parte no pré-teste do instrumento de pesquisa e pelo fato de o pesquisador ter sido anteriormente superintendente deste hospital.

4.5 Estratégia de investigação

Para realizar a comparação entre os dois modelos em estudo, foram escolhidas quatro áreas administrativas: gestão de pessoal, gestão orçamentário-

financeira, gestão de contratos de serviços e a gestão de materiais. Estas áreas foram eleitas por critérios arbitrários do pesquisador, com base principalmente em sua experiência profissional, o que trouxe, portanto, mais risco de viés.

Como foram selecionadas por critérios eminentemente empíricos, entendeu-se mais conveniente assinalar estas áreas neste capítulo, como parte das variáveis sob análise, e não nas observações sobre o referencial teórico em que se baseou esta pesquisa.

4.5.1 A gestão de recursos humanos

Os hospitais têm sido citados como exemplo das mais complexas entre as organizações (cf. SCHULZ e JOHNSON, 1979; BARBOSA, 1996), em virtude da multiplicidade de sofisticados processos de produção que requerem, além do emprego cada vez mais intenso de recursos tecnológicos e de uma variedade cada vez maior de recursos humanos para a sua operacionalização. A área da saúde deve ser encarada como multidisciplinar por excelência: necessita de conhecimentos bem diversificados, desde aqueles diretamente vinculados às ciências biológicas até outros mais pertinentes às ciências exatas, à filosofia, às letras, ao direito, à economia e à administração de empresas — ou áreas do conhecimento ainda não identificadas (cf. MALIK, 1998). Além dos profissionais tradicionais da área de saúde — médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, etc. —, novas categorias profissionais vêm sendo incorporadas, tais como técnicos em informação, engenheiros, estatísticos e outros. Os recursos humanos representam em geral de 50% a 70% dos gastos de um hospital. Evidentemente, as possibilidades e os limites de gerenciamento dos recursos humanos são fundamentais no dia-a-dia de qualquer organização prestadora de serviços. Interessa saber como o gerente de cada tipo de hospital lida com esta questão, ou quanto este gerente a percebe como importante. Qual sua autonomia para provocar as adequações necessárias? O dimensionamento do quadro de pessoal é sempre uma questão relevante na administração hospitalar, e poder interferir no dimensionamento daquele quadro é um destacado recurso desta administração. Para qualquer organização do setor da saúde, e em particular para um hospital, é mais importante ser capaz de realizar com rapidez os processos de seleção e recrutamento de pessoal. A possibilidade de conseguir fixar seu quadro de pessoal ou de atrair novos colaboradores depende,

em grande parte, da remuneração, mas também se destacam outros fatores, como as oportunidades de desenvolvimento profissional. Se, por um lado, os fatores de recompensa e motivação são fundamentais na gestão de recursos humanos, por outro as medidas disciplinares são necessárias, ainda que como último recurso, e devem estar disponíveis ao administrador.

4.5.2 A gestão de recursos orçamentários e financeiros

Segundo Couttolenc (1998), os dois principais objetivos da "nova gestão financeira" nos serviços de saúde são a melhoria da eficiência e a garantia de estabilidade e sustentação econômicas. O primeiro implica tirar o melhor proveito possível dos recursos existentes, eliminando desperdícios, aumentando a produtividade e reduzindo assim o custo dos serviços. O segundo objetivo consiste em diversificar as fontes de financiamento, para torná-las menos vulneráveis às oscilações da conjuntura econômica. Atualmente, tanto os hospitais estaduais da administração direta, como os administrados pelas organizações sociais de saúde têm os montantes de seus recursos financeiros estabelecidos por meio de um orçamento anual. Este orçamento, em geral, é elaborado no final do exercício do ano anterior, entre os meses de outubro a dezembro. Conquanto não seja o objetivo deste estudo comparar o aporte de recursos orçamentários entre os dois grupos de hospitais, entende-se como relevante tentar avaliar qual o grau de participação da direção destes hospitais no processo de negociação do orçamento. Já os orçamentos dos hospitais administrados pelas OSS são estabelecidos no contrato de gestão. O repasse financeiro só será integralizado se as metas de produção e de desempenho forem atingidas, caso contrário a transferência de recursos será parcial. Além disso, os hospitais da administração direta estão acostumados a ter seus recursos financeiros parcialmente contingenciados por congelamentos orçamentários; entretanto, o contingenciamento orçamentário passou a atingir também as OSS. Neste cenário, algumas possibilidades ou limites dos instrumentos gerenciais passam a ter relevância ampliada — por exemplo, o grau de liberdade para a execução dos recursos financeiros de conformidade com as prioridades estabelecidas ou para responder a uma situação de emergência que acarrete redirecionamento de gastos. A possibilidade de captação de recursos não orçamentários, seja com a tomada de empréstimos bancários, seja por meio da

obtenção de recursos de instituições de fomento, seja ainda mediante o recebimento de recursos por doação, todos estes mecanismos dependem da versatilidade da estrutura gerencial da organização, além do próprio desempenho da equipe dirigente.

4.5.3 A contratação de serviços

A terceirização de serviços não é novidade para a administração direta e tem sido utilizada até como forma de contornar as restrições legais que estabelecem limites orçamentários para os gastos governamentais com folha de pagamento de pessoal. Serviços administrativos, como manutenção predial, segurança limpeza, alimentação, etc., mas também serviços técnicos, principalmente os auxiliares de diagnóstico, têm sido alvo de terceirizações. Nos hospitais privados filantrópicos, o estímulo à terceirização é inferior em comparação com os hospitais privados lucrativos, pois aqueles gozam de imunidade fiscal em relação à contribuição previdenciária patronal, o que faz com que os serviços próprios fiquem muito mais baratos do que a contratação de terceiros. As OSS são entidades privadas detentoras de certificado de filantropia, o que lhes confere imunidade em relação à contribuição patronal previdenciária. A existência de contratos de terceirização de serviços implica a necessidade de gerenciamento destes contratos. De fato, este gerenciamento começa pela definição do que será terceirizado e passa por seleção e contratação das empresas prestadoras de serviços e por acompanhamento da execução dos contratos. Este acompanhamento envolve a aferição dos serviços contratados, a aplicação de penalidades e, quando for o caso, a rescisão contratual. Por sua vez, também faz parte do gerenciamento destes serviços a realização de aditamentos para ampliação do escopo do contrato. Este estudo busca verificar se há diferenças qualitativamente significativas na forma de gerenciamento de serviços terceirizados entre os dois grupos de hospitais.

4.5.4 A gestão de recursos materiais

Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998) observam que, em uma instituição hospitalar, os gastos com material representam de 15% a 25% das despesas correntes. Segundo estes mesmos autores, a complexidade de gestão de materiais

nessas instituições não se dá pelo número de itens, uma vez que, em média, o sistema de materiais de um hospital registra de 3 a 6 mil itens de consumo adquiridos com certa frequência — ao passo que um caminhão comum compõe-se, aproximadamente, de 10 mil peças. O sistema de produção no setor saúde é muito complexo, em especial na organização hospitalar, onde ocorre interação de diversas categorias profissionais e incorporação e desenvolvimento de diversas tecnologias, o que gera um modelo assistencial com enorme variedade de itens e graus de diversidade. A maior dificuldade da administração de materiais está no distanciamento entre as áreas de produção, áreas fim, e os sistemas de apoio, as áreas meio, distanciamento que não é "privilegio" do setor público, tampouco do setor da saúde. No caso dos hospitais públicos, com a aquisição de materiais centralizada em uma estrutura governamental com pouca comunicação com a unidade requisitante, tal distanciamento pode ser decorrente de falta de diálogo entre as áreas administrativas e assistenciais — pela inexistência de uma comissão de padronização de materiais composta por membros das duas áreas, por exemplo — ou por distanciamento físico propriamente dito.

No setor público, a compra de materiais e de serviços fica obrigada aos procedimentos estabelecidos na Lei nº 8.666/93. Normalmente, os processos licitatórios mais complexos, com valores financeiros acima de determinada quantia, são realizados nas estruturas governamentais centrais. Também é comum que a administração pública, por questão de economia de escala, realize compras centralizadas de insumos para as unidades da rede pública de serviços. As licitações, com frequência, são demoradas, seja pela complexidade dos procedimentos administrativos, seja pela incidência de recursos impetrados pelos licitantes durante o processo de aquisição, seja ainda por falhas da própria administração pública. Como consequência, as entidades públicas costumam trabalhar com estoques para grandes períodos, três a seis meses, prática que reduz a eficiência do controle de materiais, aumenta o custo da área de almoxarifado e favorece o desperdício. O problema não está apenas no caráter obrigatório da legislação de licitações, mas, muitas vezes, no despreparo das pessoas encarregadas de encaminhar os certames licitatórios. E mais: algumas modalidades, como o registro de preços e, mais recentemente, o pregão e o pregão eletrônico, têm sido apontadas como responsáveis por significativas reduções nos preços das aquisições da administração pública. É evidente que não basta comprar mais barato, é preciso que o material adquirido seja

realmente o que foi solicitado e esteja disponível, durante o processo produtivo, no momento certo.

4.5.5 O trabalho de campo

Nessas quatro áreas, optou-se por adotar a perspectiva dos diretores dos hospitais, com foco nas principais questões administrativas do cotidiano das respectivas organizações. Assim, não foi abordada a visão da alta administração da OSS, nem a da Secretaria de Estado da Saúde, uma vez que seriam necessariamente de ordem mais geral ou política, o que extrapola o escopo deste trabalho. Só foram entrevistados diretores de OSS que acumulavam a função de diretores de hospital.

Na pesquisa por meio de entrevistas, utilizou-se um questionário semi-estruturado por meio do qual se procurou colher a opinião do diretor do hospital de maneira objetiva, sem cercear a fala do entrevistado, permitindo-lhe expor livre e francamente seus pontos de vista e acrescentar questões que considerasse pertinentes em relação ao objeto de pesquisa.

No processo de elaboração do questionário, foi realizado um pré-teste em dois hospitais: o Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, com gestão direta pelo estado, e o Hospital Geral de Itapeceira da Serra, com gestão contratada junto ao Seconci-SP.

As entrevistas foram realizadas por um auxiliar de pesquisa treinado pelo pesquisador na utilização do questionário. Este auxiliar, previamente informado do projeto de pesquisa e do tema em estudo, participou da fase de pré-teste para a elaboração do questionário.

As entrevistas, cujas datas foram marcadas com antecedência junto aos entrevistados, foram realizadas pessoalmente. Todos os dirigentes receberam, antes do encontro, uma carta de apresentação assinada pela orientadora do trabalho. As respostas foram anotadas no próprio formulário do questionário. Também foi utilizado gravador, como forma de garantir a possibilidade de rever a fala do entrevistado em caso de dúvida em relação às anotações.

Também foram enviados previamente, em geral por meio eletrônico, o questionário (Anexo A) e o termo de consentimento informado (Anexo B). O termo de consentimento informado era entregue ao entrevistado, em duas vias, no início da

entrevista, e solicitava-se a leitura do documento e a manifestação de concordância com seus termos, por meio da assinatura e devolução de uma das vias ao entrevistador. No consentimento informado, estava expresso o compromisso de confidencialidade em relação à identificação do entrevistado e da instituição e o compromisso de destruição das fitas de gravação. No momento da entrevista, também era entregue ao entrevistado uma cópia do questionário, para facilitar o acompanhamento da entrevista.

5 RESULTADOS

Foram feitos contatos com os 11 hospitais selecionados como amostra. Destes apenas o Hospital Geral do Grajaú, administrado pela Universidade de Santo Amaro, não se dispôs a tomar parte na pesquisa e não respondeu às solicitações de entrevista. As entrevistas foram concedidas pela pessoa no exercício da função de diretor do hospital, com uma única exceção. Neste caso, o entrevistado foi um gerente geral vinculado diretamente ao diretor e por este designado para responder o questionário. A avaliação do pesquisador foi de que, face à posição do entrevistado na estrutura organizacional do hospital, não houve prejuízo em relação à qualidade da informação e, portanto, o questionário foi mantido na pesquisa.

A seguir são apresentados os resultados colhidos a partir das entrevistas. Os resultados foram compilados a partir dos questionários e do material gravado em fita magnética. Sempre que possível, será feita a comparação entre os dois grupos de hospitais: os administrados diretamente pelo Estado e os administrados por meio das OSS. A apresentação dos resultados obedece a seqüência similar àquela que foi apresentada ao entrevistado no momento da entrevista.

5.1 Leitos instalados e leitos em operação

No início da entrevista, os diretores foram inquiridos sobre o número de leitos instalados e de leitos em operação em seus hospitais. O objetivo desta questão foi caracterizar o hospital, ainda que de um modo muito genérico, do ponto de vista do nível de utilização da sua capacidade de funcionamento. Não houve preocupação do pesquisador com a resposta do entrevistado no que diz respeito à precisão conceitual dos termos "leito instalado" e "leito em operação"; a expressão correta seria "leito operacional".⁶

⁶ *Leito instalado* é o leito utilizado para internação, mesmo que eventualmente não possa ser utilizado, por um certo período, por qualquer razão. *Leito operacional* é o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado (cf. BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

De um modo geral, a implantação dos leitos de UTI nos hospitais da administração direta deu-se de forma improvisada, como se pode depreender da fala de um diretor de hospital da administração direta:

— Este hospital foi planejado como um hospital geral, então ele não tem UTI, não tem área própria para UTI, nem infantil, nem neonatal. Só que, com o tempo, a necessidade mostrou que tinha que ter UTI. Então, os quartos, que eram de quatro leitos foram transformados em UTI. Só que informalmente sem estrutura de UTI. Então são quartos, que ao invés de ter quatro leitos dentro, têm dois. E com isso eu perdi uma ala inteira.

Número de leitos instalados

O número de leitos informado pelos entrevistados variou entre 186 e 264 leitos na amostra como um todo. No grupo de hospitais de administração direta, a média de leitos instalados foi de 209,6; no grupo das OSS, a média foi de 256,4 leitos. Esta diferença provavelmente é decorrente das mudanças havidas nos projetos dos hospitais cuja administração foi repassada para as OSS. Embora os dois grupos de hospitais tenham seus projetos originados do Plano Metropolitano de Saúde, a construção dos hospitais entregues à administração direta foi concluída no final da década de 80, enquanto que, no grupo das OSS, as obras foram terminadas em fins da década de 90 e inícios deste século.

As plantas dos hospitais dos dois grupos foram adaptadas para, entre outras modificações, comportar leitos de terapia intensiva. No grupo dos hospitais da administração direta, estas adaptações ocorreram após o início do funcionamento das unidades, o que levou à redução do número total de leitos. No outro grupo, foi possível fazer as adaptações anteriormente ao início do funcionamento dos hospitais, e a consequência, na média, foi o aumento do número de leitos em relação ao planejado.

Número de leitos em operação

Na amostra como um todo, o número de leitos em operação informado variou de 170 a 264. A média de leitos operacionais, no grupo de hospitais da

administração direta, foi de 196,6. No grupo dos hospitais das OSS, a média de leitos em operação informada foi de 240,4.

5.2 Parte I: Caracterização do entrevistado

Tempo na instituição e na função executiva

No grupo dos hospitais da administração direta, o tempo de trabalho do entrevistado no hospital, como diretor ou não, variou de dois meses a 13 anos. Todos referiram já trabalhar na administração pública direta antes de serem locados no hospital. No grupo das OSS, o tempo na função de diretor do hospital variou de dois anos e meio a seis anos. Também neste caso, todos informaram já trabalhar na organização social antes de exercer o cargo de diretor.

Formação profissional do diretor

No grupo dos hospitais da administração direta, três dos entrevistados são médicos, um é enfermeiro e um, contador. Destes, três afirmaram ter especialização em administração hospitalar, um em administração pública e um dos médicos apenas em área médica.

No grupo das OSS, a formação profissional informada pelos entrevistados foi: um, administrador hospitalar; dois, administradores de empresas; e dois, médicos. Um dos administradores de empresas e um dos médicos reconheceram não ter especialização formal em administração hospitalar, embora acumulem experiência profissional na área.

5.3 Parte II: Geral

5.3.1 Classificação das variáveis pelos entrevistados

Foi solicitado aos entrevistados que classificassem as áreas administrativas indicadas a seguir, em ordem decrescente de importância.

- Gestão de pessoal
- Gestão financeira e orçamentária
- Contratação de serviços
- Compras de materiais

O Quadro 5.1 apresenta a classificação das áreas segundo a opinião dos entrevistados. A área considerada mais importante para o gerenciamento do hospital recebeu o número 1, a segunda mais importante o número 2, e assim por diante.

Quadro 5.1

Classificação das áreas administrativas pela importância para o gerenciamento do hospital, segundo os entrevistados

Áreas administrativas	Hospitais e tipo de administração									
	Administração direta					Por organização social				
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Gestão de pessoal	1	1	4	3	1	1	2	1	2	1
Financeiro-orçamentário	4	2	1	4	2	4	3	3	1	2
Contratação de serviços	3	4	3	2	3	2	1	4	4	3
Compra de materiais	2	3	2	1	4	3	4	2	3	4

Legenda: 1= maior importância relativa; 4 = menor importância relativa.

Ao responder esta questão, alguns dos diretores comentaram que, de fato, todas as áreas eram importantes. De qualquer maneira, embora este seja um trabalho de avaliação estatística, parece relevante a importância dada à gestão de pessoal nos dois grupos de hospitais.

5.3.2 Áreas de maior dificuldade e maior facilidade para o diretor

A questão seguinte solicitava ao entrevistado que indicasse em qual das quatro áreas administrativas encontrava a maior dificuldade e por quê. Em seguida, indagava-se qual a de maior facilidade e o por quê. O quadro 5.2 apresenta as áreas escolhidas em cada caso.

Quadro 5.2

Áreas eleitas como de maior dificuldade e maior facilidade pelo diretor do hospital, segundo os entrevistados

Grau de dificuldade	Hospitais e tipo de administração									
	Administração direta					Por organização social				
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Maior dificuldade	P	P	GF	P	M	P	GF	P	NH	M
Maior facilidade	GF	NH	M	S, M	P	M	M	S	NSD	P

Legenda: P = gestão de pessoal; GF = gestão financeira e orçamentária; S = contratação de serviços; M = compras de materiais; NH = não há dificuldade ou facilidade; NSD = não soube responder.

Hospital A

A gestão de pessoal foi considerada a mais difícil das áreas administrativas. Em primeiro lugar, pela dificuldade de contratar e, em segundo, pela dificuldade de demitir os funcionários. Segundo o diretor, para aplicar uma advertência em um funcionário é necessário abrir um processo administrativo (a averiguação preliminar), relatar os fatos, ouvir testemunhas, dar um prazo para defesa. Ele também assinala dificuldades para diferenciar o bom do mau funcionário, pois não tem como punir nem como premiar. Não pode dispensar o funcionário que não está correspondendo. O instrumento de avaliação de desempenho existente acaba não sendo efetivo; é o "prêmio incentivo", uma premiação que o funcionário sem faltas injustificadas recebe. Na prática, há uma quantidade muito grande de atestados médicos para justificar faltas ou atrasos em plantões. O diretor alude ao caso de determinado funcionário, que falta sistematicamente aos plantões do rodízio de fim de semana e, para justificar as ausências, traz atestados médicos administrativamente incontestáveis.

A área financeiro-orçamentária foi considerada de maior facilidade porque, com efeito, ele, o diretor, "não tem influencia nisso". Nas palavras do entrevistado:

— *Você pede um tanto, vem o que eles acham que tem que vir. E a gente tem que gerir aquilo que vem. E aí você determina as prioridades e trabalha com aquilo. E aí sai correndo atrás de suplementação.*

Hospital B

A gestão de pessoal foi considerada a mais difícil pela resistência que o diretor encontra nas pessoas em relação às mudanças propostas pela administração. Na opinião deste diretor, não há área de maior facilidade, pois tem lidado com dificuldades em todas as áreas: "Tudo foi muito complicado."

Hospital C

Na opinião do diretor, a área financeiro-orçamentária é a que traz mais dificuldades, porque o orçamento está aquém das necessidades de custeio do hospital, o que acarreta desabastecimento e prejudica o atendimento aos usuários. A área de maior facilidade citada foi a de materiais, pois os materiais estão catalogados pela Secretaria de Estado da Fazenda no sistema Siafisico de cadastro de fornecedores, o que lhes facilita a aquisição, desde que haja suporte financeiro orçamentário.

Hospital D

A gestão de pessoal foi considerada de maior dificuldade dada a pequena autonomia para as varias fases do processo e, além disso, por trabalhar-se com funcionários públicos concursados que gozam de estabilidade — por isto, do ponto de vista disciplinar, é preciso negociar com eles o cumprimento de normas e tarefas. Eis a opinião do diretor:

— Os desvios comportamentais se tornam mais sérios para o serviço público. Eles têm conseqüências maiores. [...] Por estas razões, a gestão de pessoal realmente consome um esforço bastante grande. E as ferramentas que o gestor público tem são inadequadas para o momento que a sociedade vive, quando há uma certa deterioração moral e conseqüentemente comportamental de vários agentes sociais. [...] Isto no serviço público se torna mais crítico. A repercussão desta situação geral da sociedade no serviço público torna a situação mais crítica para o gerente.

Como área de maior facilidade, foi citada a de compras de materiais, pois, não obstante seu processo ainda ser muito burocrático, a tarefa tem sido facilitada por mecanismos mais modernos, como, por exemplo, a bolsa eletrônica de compras, as atas de registro de preços, o pregão presencial. Estes mecanismos, segundo o diretor, têm proporcionado uma economia bastante grande: "Apesar disso, ainda é um processo relativamente moroso, se comparado à administração privada".

Hospital E

Aqui, a área considerada de maior dificuldade foi a de materiais, traduzida na dificuldade de

— [...] se conseguir o objetivo, que é adquirir aquilo que foi desejado, que foi definido. Aí, no caminho, vem a burocracia, as dificuldades legais e de processos dentro da estrutura macro que é a Secretaria."

O diretor deste hospital comenta que, apesar de o questionário separar a área financeira da de compras, as duas estão intimamente ligadas, pois, para completar o processo de aquisição é preciso que haja a liberação dos recursos orçamentários e financeiros. Esta liberação não ocorre no âmbito do hospital: segundo o diretor, é feita pela Coordenação de Saúde.

A área de gestão de pessoal foi considerada a de maior facilidade, porque questões como desempenho, definição das tarefas, dos programas de treinamento, escalas e horário de trabalho estão no âmbito de decisão do hospital.

Hospital F

O diretor deste hospital de OSS considerou a gestão de pessoal como a de maior dificuldade, pelo fato de a administração de pessoal estar centralizada na entidade mãe — ou seja, na entidade contratada pela Secretaria da Saúde —, que acaba tendo uma visão desvinculada da realidade do hospital.

A área de compras foi considerada a de maior facilidade, apesar de também estar centralizada na entidade mãe. No entanto, não têm faltado recursos, e as aquisições têm atendido às necessidades do hospital.

Hospital G

A área de maior dificuldade foi a orçamentário-financeira, porque os recursos têm ficado aquém das necessidades. Por sua vez, a área de maior facilidade é a de materiais, por existir no hospital um bom sistema de compras, baseado em uma relação padronizada de materiais "bastante enxuta".

Hospital H

O diretor deste hospital relatou que, na implantação do hospital, foi na área de pessoal que enfrentou as maiores complicações, porque os funcionários tiveram dificuldade para compreender que o hospital estava submetido a um gerenciamento privado, apesar de pertencer ao sistema público.

— Nós tínhamos de acabar com aquela idéia de funcionário público tradicional. [...] Tivemos que enfrentar o conceito de que funcionário público tudo pode e nada deve. Nós tivemos que usar mecanismos duros, às vezes, dentro da CLT.

O diretor da unidade refere que optaram por contratar o máximo de funcionários celetistas, porque esta maneira foi melhor para criar um vínculo de compromisso entre funcionário e instituição.

A área de materiais também foi citada como de particular dificuldade. Segundo o diretor, os fornecedores, no primeiro momento, entenderam que o hospital era uma instituição pública, ou então confundiam o hospital com a entidade mãe, que tinha reputação de má pagadora. Foi necessário todo um esforço para demonstrar aos fornecedores que a administração do hospital era independente da entidade gerenciadora e que tampouco se tratava de um órgão da administração direta.

A área de maior facilidade referida foi a de contratação de serviços, que, de fato, praticamente não existe, já que o hospital vem trabalhando principalmente com serviços próprios.

Hospital I

O diretor deste hospital diz não ter dificuldade em nenhuma das áreas administrativas pesquisadas, porque a forma de organização da entidade gerenciadora faz com que haja um especialista representante da alta administração em cada uma das áreas.

Hospital J

O diretor afirmou não ter grande dificuldade em nenhuma das áreas pesquisadas. Eventualmente, a área de materiais poderia apresentar alguma dificuldade, por não ter, ele próprio, habilidade específica. Ao contrário, a área considerada de maior facilidade foi a de gestão de pessoal, por ser uma área em que ele, diretor, possui experiência profissional.

5.3.3 Regulamentação para a compra de materiais e serviços.

Foi perguntado aos diretores se, para a compra de materiais ou de serviços, havia algum tipo de regulamentação. Em seguida, foi-lhes indagado se a regulamentação à qual estava submetido o hospital sob sua responsabilidade facilitava, criava dificuldades ou era indiferente do ponto de vista administrativo e gerencial.

No grupo dos hospitais da administração direta, todos afirmaram que a regulamentação da compra de materiais e serviços é estabelecida pela lei de licitações e contratos. Um dos diretores de hospital deste grupo lembrou que, além da lei, na sua entidade existe também um regulamento interno.

No grupo das OSS, todos disseram obedecer a um regulamento interno de compras de materiais e de serviços. Este regulamento, próprio de cada instituição, foi publicado em *Diário Oficial* por exigência da Lei nº 846/98.

No grupo dos hospitais da administração direta, três entrevistados mencionaram que a legislação de licitação cria dificuldades do ponto de vista administrativo-gerencial. No hospital onde, além da legislação, existe um regulamento interno, o diretor observou que a legislação dificulta, mas o regulamento interno facilita em termos administrativo-gerenciais. Apenas um diretor de hospital da administração direta alegou que a legislação traz facilidades.

Entre os diretores dos hospitais da administração direta, em relação à legislação de licitações, temos estes depoimentos:

— *[A legislação de licitações] cria dificuldade. Porque pressupõe vários prerequisites, que necessariamente devem ser cumpridos pela instituição e algumas questões ainda dependem um pouco de interpretações.*

— *Cria dificuldades. Porque é um processo muito moroso.*

— *Facilita quando acaba nos protegendo do ponto de vista,... protege o diretor porque ele cumpre a lei. É transparente. Mas, do ponto de vista de abastecimento, você precisa ter um timing muito bom, porque, se não, você fica desabastecido.*

— *A lei facilita por um lado [...] e por outro ela dificulta. Por um lado, garante maior isonomia, maior transparência dos atos da administração pública. Por outro lado, ela amarra um pouco o processo.*

— *Acho que no passado bem recente a dificuldade era maior, porque a gente tinha alguns prazos que deveria obedecer para fazer aquisições. [...] A nova modalidade de pregões tem facilitado muito.*

Os entrevistados apontaram problemas como morosidade, excesso de burocracia e centralização do processo de licitação. Por outro lado, citaram a ocorrência de mudanças nas modalidades de licitação, como o pregão presencial e a

bolsa eletrônica de compras, que estariam trazendo agilidade e economia à administração pública.

No grupo das OSS todos os entrevistados disseram que o regulamento interno facilita do ponto de vista administrativo-gerencial. A seguir, algumas das justificativas expostas pelos entrevistados deste grupo.

— O regulamento interno facilita, porque foi feito por nós mesmos.”

— Acho que a norma tem que existir mesmo. Como esta norma foi elaborada por nós mesmos, [...]facilita e nos dá uma certa garantia quanto ao processo.

— Facilita, porque cria um marco regulatório, e se trabalha dentro dele.

— Facilita assustadoramente. Isto nos traz uma certa tranquilidade no julgamento das propostas. Há um número certo, um mínimo de consultas.

5.4 Parte III: Gestão de recursos humanos

5.4.1 Elaboração do quadro de pessoal

Desta parte, a primeira questão apresentada aos entrevistados foi: você ou seu antecessor participou da definição do quadro de pessoal do hospital?

No grupo dos hospitais da administração direta, quatro diretores responderam "Não" e um "Sim". No grupo das OSS, todos responderam "Sim". É possível inferir que a diferença entre os dois grupos está vinculada ao tempo de funcionamento dos hospitais. No primeiro grupo, com uma exceção, todos os entrevistados não atuavam no hospital no momento do início de seu funcionamento. Já no grupo das OSS todos os entrevistados exercem a função de diretor desde o início das atividades do hospital e participaram da fase de seu planejamento operacional.

5.4.2 Autonomia para contratar funcionários

A segunda questão apresentada foi: você tem autonomia para contratar funcionários?

No grupo das OSS, todos os entrevistados responderam "Sim". No grupo da administração direta, dois entrevistados responderam "Não" e três responderam "Sim" — o que seria de se estranhar, uma vez que os hospitais deste grupo estão submetidos às mesmas normas e processos legal de contratação de pessoal. Entretanto, nas respostas destes diretores, percebe-se que o que varia, de fato, é o conceito de autonomia. Um dos diretores deste grupo, que respondeu positivamente a esta questão, declarou que tinha autonomia apenas para a contratação de emergência e, ainda sim, uma autonomia relativa. Nas suas palavras:

— Só os de substituição em caráter emergencial, que é a contratação 733, e, assim mesmo, é parcial esta autonomia, porque a gente define a necessidade, justifica com a vaga, que já existe, indica a pessoa, porém o aval final é dado pela coordenadoria.

Outro diretor que respondeu positivamente a esta questão afirma:

— Dentro do quadro de lotação, a gente tem autonomia. Uma relativa autonomia. Porque também não tivemos autorização para fazer concurso público nos últimos dois anos. Com isso, o estoque de classificados em concurso foi diminuindo. Conseqüentemente, temos que usar uma lei para contratação emergencial, que é a Lei 733, que permite a contratação de pessoas sem concurso público até que se regularize a situação da pessoa através de concurso. [...] Esta autonomia tem que ser entendida dentro da sua relatividade. Quem faz o ato de admissão não é o hospital. O ato de admissão é de uma autoridade central. E, quando é uma nomeação, é o próprio governador quem faz. Ou seja, é um processo que demora em média cinco meses.

5.4.3 Dificuldade para contratação de pessoal

A questão seguinte refere-se à existência de dificuldade de contratação de pessoal. Apenas dois entrevistados, ambos de hospitais administrados por OSS, afirmaram não ter dificuldade para contratar pessoal.

Dois diretores de hospitais de OSS referiram dificuldades para contratação de pessoal de nível superior devido à localização periférica do equipamento, distante e situada em uma área de bolsão de pobreza. Estes dois diretores também citaram o fato de trabalhar com salários abaixo da média do mercado privado. Um deles disse que, também por conta da impossibilidade de pagar salários maiores, a instituição, na área de enfermagem, adotou a estratégia de contratar pessoal recém-formado e investir em treinamento. Os profissionais acabam se tornando qualificados e são absorvidos pelo mercado. Contudo, esta foi considerada como uma função social da organização.

O terceiro diretor de OSS que indicou dificuldades para contratação fez a ressalva de que ocorreram apenas na fase de implantação do hospital e de que, atualmente, devido ao renome que a instituição adquiriu, não existem mais. Este diretor também mencionou a inexistência de recursos humanos qualificados na região do hospital.

Nenhum dos diretores do grupo de OSS apontou dificuldades internas ou burocráticas para a realização de contratações. Em alguns casos, falou-se da necessidade de cumprir com os procedimentos administrativos estabelecidos pelas próprias organizações sociais.

No grupo dos hospitais da administração direta, as dificuldades citadas foram as mesmas referidas pelas OSS: localização geográfica e baixos salários, acrescidos aos impeditivos legais (em particular, a obrigatoriedade de concurso público para a contratação). Um dos diretores lembrou a inexistência de reajuste salarial havia oito anos, o que tornava difícil a contratação de funcionários de nível superior.

5.4.4 Possibilidade de criar novos cargos ou funções.

A questão seguinte tratava da possibilidade de criação, pelo diretor do hospital, de novas posições ou funções dentro do quadro de pessoal. No grupo das

OSS, todos os entrevistados responderam positivamente. Entretanto, em dois casos, os diretores declararam que, quando há proposta de ampliação de quadro, esta em geral é discutida com a entidade gestora e acaba sendo aprovada.

No grupo da administração direta, todos os diretores responderam negativamente. Alguns comentários:

— O quadro de lotação de pessoal já define as categorias profissionais e o quantitativo, e nós não temos autonomia para criar outras categorias.

— Os hospitais do PMS têm uma TLP que é antiga. Acho que a demanda cresceu, a população cresceu nestes doze anos, e você não acompanhou esta evolução. [...] O que eu acho que está emperrando isso tudo é a lei de responsabilidade fiscal.

Um dos diretores deste grupo declarou que é possível criar informalmente uma função, desviando um funcionário de sua função original. Citou o exemplo de uma assistente social designada por ele para exercer a ouvidoria do hospital.

Em relação ao quadro de pessoal do hospital, os diretores foram perguntados se identificavam problemas de ordem qualitativa ou quantitativa. Apenas dois diretores, ambos de hospitais de OSS, responderam negativamente, ou seja, não identificavam problemas. Os demais diretores responderam afirmativamente. Entretanto, um dos diretores que respondeu negativamente declarou que um dos problemas é o de não existirem benefícios, além dos obrigatórios por lei, aos colaboradores do hospital. O outro diretor que respondeu negativamente deu a entender que o quadro estava adequado por ter sido construído dentro da limitação financeira.

5.4.5 Problemas identificados no quadro de pessoal

Grupo dos hospitais da administração direta

a) Quadro de pessoal subdimensionado

No grupo dos hospitais da administração direta, todos os diretores consideraram os seus quadros de pessoal subdimensionados. A principal razão citada por eles foi o fato de que, desde a inauguração dos hospitais, os quadros de lotação de pessoal não haviam sido ampliados, ao passo que a população servida e, portanto, a demanda, aumentara consideravelmente no decorrer dos anos. Também foi dito que mesmo os novos serviços (como unidades de terapia intensiva) eram implantados sem a criação dos cargos necessários, mas com o remanejamento interno dos postos do quadro de lotação original.

Questionados se tinham como resolver a questão do subdimensionamento do quadro de lotação de pessoal, todos afirmaram que esta questão não estava no âmbito do hospital.

Nas palavras de um dos entrevistados:

— A solução do problema de quadro de pessoal não depende da direção da unidade. Na verdade, está acima do próprio secretário da Saúde.

Além disso, apesar de alguns diretores terem feito referência à realização de estudos para projetos de ampliação do quadro de lotação de pessoal, as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que condiciona os gastos do governo com recursos humanos, deixam pouca esperança aos entrevistados.

b) Baixa qualificação de funcionários

A baixa qualificação dos funcionários foi assinalada como problema por quatro dos cinco diretores do grupo da administração direta. Para transpor este obstáculo, três deles afirmaram desenvolver programas de treinamento e de educação continuada. Destes, dois afirmaram que os funcionários, depois de treinados e capacitados, deixam o hospital porque são contratados por instituições privadas, e até por hospitais administrados pelas OSS. Um dos diretores declarou que não tem como resolver a questão da qualificação dos funcionários no âmbito do hospital.

c) Plano de carreira inexistente

A inexistência de um plano de carreira foi apontada como um dos problemas por quatro dos cinco entrevistados deste grupo. Isto impede que o funcionário tenha uma perspectiva de progressão profissional. Exemplo citado por um dos diretores foi o caso dos atendentes de enfermagem. Apesar destes funcionários terem se qualificado como auxiliares de enfermagem, esta promoção não é possível pela legislação estadual, o que, evidentemente, é um fator de desmotivação.

— Plano de carreira: este é um problema da Secretaria da Saúde como um todo. Não existe plano de carreira para nenhuma categoria. Inclusive nós temos um problema exemplar disso, que é a questão do atendente de enfermagem. Nós temos atendentes de enfermagem que foram concursadas e contratadas como tal. Depois se desenvolveram, hoje são auxiliares de enfermagem com competência, mas não conseguimos que elas mudem de cargo. Elas continuam contratadas da mesma forma inicial, como atendentes de enfermagem. [...] E algumas categorias não existem no quadro de pessoal: por exemplo, técnico de enfermagem.

d) Salários pouco atraentes frente ao mercado.

Quatro dos diretores deste grupo sinalizaram o problema dos baixos salários. Isto, além de dificultar as relações de trabalho, faz com que seja difícil a fixação do funcionário, que deixa o hospital assim que tem uma proposta salarial melhor:

— O nível salarial é muito baixo, o que prejudica a gestão de pessoal. Você tem que negociar o cumprimento das tarefas.

Como forma de contornar a questão salarial, foi mencionado o já comentado "prêmio incentivo", que está atrelado ao cumprimento de algumas metas e regras. Na área médica, o "prêmio incentivo" está vinculado também a metas de produtividade.

e) Outros problemas

Outro problema do quadro de lotação de pessoal lembrado por um diretor é a inexistência de determinadas categorias funcionais. É o caso dos profissionais da área de informática, não previstos no QLP. O mesmo foi citado na área de manutenção de equipamentos médico-hospitalar, tais como engenheiro e tecnólogo específicos destas áreas.

Grupo dos hospitais das OSS

Apenas três diretores de hospitais deste grupo responderam positivamente à questão referente à existência de problemas de ordem quantitativa ou qualitativa no quadro de pessoal.

a) Quadro de pessoal subdimensionado

Dois diretores referiram trabalhar com o quadro muito enxuto, considerando-o subdimensionado. Esta condição decorre, nos dois casos, da limitação orçamentária.

b) Baixa qualificação de funcionários

Somente um diretor assinalou baixa qualificação da mão-de-obra, principalmente dos níveis operacionais oriundos dos locais onde estão localizados seus hospitais. Entretanto, o problema está bem equacionado no hospital, por meio de investimento em qualificação e treinamento de pessoal. Segundo o diretor, existe incentivo por parte do hospital, mediante concessão de bolsas parciais para o financiamento de cursos, desde que pertinentes à área de atuação do funcionário dentro da instituição.

c) Plano de carreira inexistente

Apenas um diretor se referiu a esta questão como problema, embora só em um dos hospitais do grupo de OSS tenha havido menção a plano de carreira e benefícios além dos legais. A possibilidade de resposta a esta questão fica restrita pela limitação orçamentária.

d) Salários pouco atraentes frente ao mercado

De novo, somente um hospital deste grupo acusou como problema os salários pouco atraentes frente ao mercado. E, mais uma vez, a limitação orçamentária é apresentada como a razão para não ser possível resolver o problema.

e) Outros problemas.

Um dos diretores alegou dificuldades por não ter autonomia de escolher que tipo de vínculo o funcionário terá com o hospital. Pelas regras da entidade gestora, todos os funcionários são contratados segundo a legislação trabalhista. A terceirização de serviços, no caso deste hospital, é muito reduzida e específica, segundo o entrevistado. No caso do corpo médico, este tipo de contratação cria problemas, porque permite pouca flexibilidade para a administração de escalas de plantões, cobertura de férias, etc. Este diretor afirma que tem apresentado repetidamente a proposta de terceirizar parte do corpo clínico, mas ainda não conseguiu receptividade da direção da OSS.

5.4.6. Autonomia para aplicar medidas disciplinares e/ou demitir funcionários

Foi perguntado aos entrevistados se tinham autonomia para aplicar medidas disciplinares ou demitir funcionários. Em caso afirmativo, quais eram essas medidas; em caso negativo, se isto acarretava problemas gerenciais.

Grupo dos hospitais das OSS

Neste grupo, nas cinco instituições, ficou evidente a total liberdade que a direção do hospital tem para aplicar medidas disciplinares e até mesmo demitir funcionários. Varia a forma como estas medidas são aplicadas, de acordo com a cultura de cada organização. Alguns depoimentos dos diretores dão uma idéia destas diferenças.

Ao responder se tem autonomia para aplicar medidas disciplinares e demitir funcionários, um diretor declarou:

— *Total, e não abro mão disso... Hoje, menos. Mas, no início, nós tivemos que ter uma mão pesada, porque estávamos implantando uma cultura.*

Outro diretor comentou o hábito de demitir "sem justa causa" por razões práticas, já que na demissão "por justa causa" é preciso todo um processo — no qual o funcionário recebe, primeiramente, uma advertência por escrito; depois, na reincidência, aplica-se uma suspensão; e, por fim, se persistir o comportamento indisciplinado, pode-se chegar à demissão "por justa causa". Como tal processo pode se tornar moroso e desgastante e precisa ser adequadamente documentado, a organização acaba optando por não o fazer. Entretanto, quando se demite "sem justa causa", o dispêndio é maior para a organização, que tem que pagar as indenizações previstas em lei.

Um diretor, ao responder sobre as medidas que pode aplicar, comentou que, dentro da cultura da organização, acaba-se sendo mais tolerante, e se evitam as medidas extremas.

— *Qualquer [medida disciplinar] prevista em lei, advertências, chega até demissão por "justa causa". A gente evita ao máximo [...] porque é uma casa religiosa [...] e sempre tem aquela coisinha: vamos tentar mais um pouquinho.*

Outro diretor, de uma organização semelhante à anterior, mas com uma prática oposta, ou seja, pouco tolerante, comentou:

— *Começa com advertência oral, e somos muito rigorosos com aqueles que cometem faltas mais graves e chegamos a dispensar algumas pessoas por "justa causa" mesmo [...] A gente procura ter uma linha disciplinar rigorosa. Como nós temos muita gente jovem, e eles vêm com uma formação não das melhores, nós temos que ser mais rígidos [...] A própria instituição vem de uma instituição católica. [Devido ao] fato de estar trabalhando com a questão da saúde, tem que estar bem cuidado.*

Grupo dos hospitais da administração direta

Neste grupo, as respostas à pergunta "Você tem autonomia para aplicar medidas disciplinares e/ou demitir funcionários?" foram sensivelmente variadas. Dois diretores afirmaram ter autonomia apenas para medidas disciplinares; dois disseram não ter autonomia nem para demitir nem para aplicar medidas disciplinares; um afirmou ter autonomia para as duas coisas. Uma vez que a legislação e as normas de gestão de pessoal são exatamente as mesmas para todos neste grupo de hospitais, a variação nas respostas talvez seja decorrente do conceito de autonomia de cada entrevistado ou, ainda, da experiência pessoal de cada um no assunto. De qualquer modo, os depoimentos dos entrevistados deste grupo evidenciaram que todos seguem a mesma regulamentação legal e que vivenciam uma realidade completamente diferente daquela dos hospitais do grupo das OSS.

Um diretor respondeu que tem autonomia para aplicar medidas administrativas, mas não pode demitir. Ele explica como o ocorre o processo:

— Para dar uma advertência, uma suspensão de um dia no funcionário, tem que abrir uma averiguação preliminar, relatando os fatos, ouvir testemunhas, tem que dar prazo para defesa [...] Dependendo do resultado da averiguação preliminar, você abre sindicância, ou punitiva, ou apurativa. Só que, enquanto isto, você está com o cidadão ali do seu lado. A não ser que a falta seja muito grave: aí você vai direto para níveis superiores, você manda o caso direto pra cima. Mas sempre com averiguação preliminar. Sem isso, não sai nada daqui.

Um outro diretor explica que só tem autonomia para demitir os funcionários com contrato de emergência, os chamados "sete, três, três".

— [Para] demitir funcionário, a minha autonomia é só relativa aos de contrato emergencial, regime 733. Estes, se fazem uma falta grave, ou têm comportamento inadequado, na avaliação podem ser demitidos. Todos os demais dependem de processo administrativo, inclusive para as medidas disciplinares. Para isso, nós temos no hospital uma comissão disciplinar e uma comissão de sindicância. A comissão faz o seu trabalho, apura, dá direito de defesa ao funcionário, e, caso seja comprovada a falta grave, este

processo é encaminhado à assessoria jurídica da Secretaria, para que possa ser acatado, e aí sai a pena que o funcionário tem que cumprir.

Em relação aos problemas gerenciais decorrentes desta falta de autonomia para punir ou demitir, este mesmo diretor afirma:

— Isso deixa a direção, os gerentes muito limitados a atuar em relação ao desempenho dos funcionários. Atualmente, com a chamada "via rápida", em alguns aspectos, ficou mais complicado. Nós não podemos dar uma advertência, uma suspensão. [...] Tem que encaminhar tudo isso. [...] É meio contraditório neste aspecto, porque se propõe a ser "via rápida" em relação ao tempo que leva para o funcionário ser exonerado... [...] Porém, para as medidas disciplinares, complicou ainda mais.

Nas palavras de um diretor que declarou ter autonomia para demitir, mas não para aplicar medidas disciplinares:

— Medidas disciplinares, atualmente, não, porquanto existe a "via rápida", em que você tem que fazer uma apuração preliminar, você só apura o que está acontecendo na unidade e encaminha para a coordenadoria, que, através de um determinado grupo de pessoas que estão lá para avaliar, é que define se haverá punição ou não. Então, eu não tenho mais esta autonomia. O diretor da unidade não tem.

Em relação a poder demitir:

— Demitir funcionário... Olha, meu amigo, o cara tem que fazer uma coisa muito grave para eu demitir, até tenho [autonomia], tem que ser uma coisa assim... do outro mundo! Mas também com a ordem e o aval... tem que seguir a burocracia.

Este diretor, em seguida, afirmou que, de fato, só tem autonomia de demitir os funcionários contratados em caráter emergencial.

Um entrevistado comentou os problemas decorrentes da falta de autonomia para aplicar medidas disciplinares ou demitir funcionários:

— Isto causa problemas gerenciais, porque há uma demora bastante grande entre o fato causador e a eventual penalidade. Nem sempre a má prática vai gerar uma medida disciplinar, às vezes ela vai gerar uma reorientação, uma capacitação, um trabalho de convencimento, não chega a ter uma pena. Mas, quando há necessidade de uma medida disciplinar, nós nem temos autonomia, não temos controle do processo, ele poderá levar o tempo que tiver que demorar. Pode levar mais de ano entre o fato causador e a penalidade. Ora, uma penalidade que vem depois de muito tempo... A pessoa nem sabe mais porque está sendo penalizada. A medida disciplinar tem que ser rápida, quando há necessidade.

5.4.7 Formas de contratação de pessoal utilizadas pelos hospitais

Nesta questão, buscou-se identificar a flexibilidade que o hospital apresenta para a contratação de pessoal, através da identificação da forma como tal contratação ocorre, quais as alternativas que o hospital tem para fazê-lo.

No grupo da administração direta, foram citadas apenas duas formas de contratação de pessoal: por concurso público e por de contratação emergencial. Um dos entrevistados deste grupo citou um mecanismo para cobertura de plantões na área médica, que, a rigor, não é forma de contratação. O funcionário médico pode dar até doze "plantões extras" por mês para esta cobertura no próprio hospital em que trabalha ou em outro hospital da administração direta. No caso, o entrevistado referiu que 80 dos plantões extras do seu hospital são cumpridos por médicos do próprio corpo clínico.

No grupo dos hospitais das OSS, foram constatadas, além da forma tradicional, com registro em carteira, várias formas de contratação de pessoal, tais como por intermédio de empresas médicas e de cooperativas de trabalho, ou como trabalhador autônomo. O uso das diversas alternativas depende da cultura administrativa e da orientação imposta pela entidade gestora.

A terceirização de serviços na área administrativa é consideravelmente utilizada, tanto no grupo da administração direta, como no grupo das OSS. Todavia, estas são formas tradicionais e diferem da contratação de empresas médicas, que,

com efeito, são criadas para possibilitar aos médicos maior remuneração líquida; nota-se que, na maioria dos casos, os sócios destas empresas são os próprios prestadores de serviços.

Apenas um dos diretores de hospitais do grupo das OSS disse contratar unicamente pelo regime da CLT. Os demais, além de contratação pela maneira formal, pela CLT, mencionam também a contratação por intermédio de empresas. Quatro entrevistados referiram a prática de contratar médicos como profissionais autônomos; em um destes casos, esta prática está sendo evitada, devido aos problemas trabalhistas que pode gerar. O uso importante de cooperativas de serviços foi citado em dois hospitais deste grupo.

5.4.8 Programas de treinamento

Perguntou-se aos diretores quanto à sua autonomia para realizar programas de treinamento no hospital, e eles foram instados a fornecer exemplos de treinamentos realizados.

No grupo dos hospitais das OSS, todos afirmaram realizar programas de treinamento no âmbito do hospital. Em duas dessas instituições, os programas ocorrem de maneira integrada com a entidade gestora, mas voltados para as necessidades do hospital. Nos outros três hospitais, os programas são desenvolvidos de maneira independente da entidade gestora. As áreas mais citadas foram a educação continuada de enfermagem e os programas de qualidade; duas entidades referiram terem sido acreditadas recentemente pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

No grupo da administração direta, todos declararam ter algum grau de autonomia para realizar programas de treinamento e de capacitação de pessoal. Salientou-se que os hospitais carecem de recursos orçamentários para desenvolver treinamentos. Entretanto, a falta de dotação orçamentária não tem sido impeditivo para que programas de educação continuada e de capacitação sejam desenvolvidos no âmbito das instituições. Estas iniciativas são tomadas com recursos próprios ou com o patrocínio de empresas fornecedoras. A Secretaria de Estado da Saúde promove programas de capacitação oferecidos aos hospitais. No entanto, estes são definidos pelo nível central.

A percepção da autonomia acaba por ter um grau de subjetividade. Com exceção de um único diretor, porém, todos citaram exemplos de treinamentos realizados pelo hospital.

Um dos diretores ressaltou ter autonomia para desenvolver treinamento, desde que autorizado pela Secretaria. Não soube dizer se houve programas de treinamento em 2003, pois estava apenas havia dois meses no hospital; mas, segundo ele, os funcionários lhe têm manifestado que nunca participaram de algum treinamento.

Outro diretor observa que tem autonomia, embora não disponha de dotação orçamentária destinada a programas de treinamento. Apesar disto, tem conseguido desenvolver programas pelo próprio esforço dos funcionários, às vezes com o patrocínio de laboratórios. Referiu que tem incentivado a realização de cursos via internet, que são ministrados gratuitamente pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap).

O depoimento de um diretor, com significativa experiência na função, dá uma boa idéia dos limites do hospital:

— Pouca autonomia, muito pouca autonomia. Depende de uma apreciação superior. A etapa que compete ao hospital é definir as suas prioridades em termos de programa de treinamento e capacitação. Agora, se este programa de treinamento e capacitação precisar de recursos orçamentários, vai depender de apreciação superior e autorização. Se o programa não precisar... Aí, nós temos autonomia.

5.4.9 Folha de pagamentos

Aos diretores foi perguntado quanto a folha de pagamentos, incluindo os encargos, representava em termos percentuais no orçamento do hospital. O objetivo desta pergunta foi procurar avaliar o peso desta questão na agenda de cada diretor, além de verificar, face às diversas formas de emprego de mão-de-obra, como isto se refletia na ordem de grandeza da folha em relação às demais despesas do hospital. Provavelmente por falta de clareza na formulação da questão, os diretores das OSS — pelo menos em dois dos casos em que são utilizadas outras formas de

contratação de pessoal (cooperativas, pessoa jurídica, etc.) — incluíram nas suas repostas estas modalidades de contratação.

No grupo da administração direta, dois dos cinco entrevistados responderam prontamente a questão. Três não souberam referir o montante da folha de imediato; explicaram que, de fato, não tinham ingerência sobre a folha de pagamentos, que estava fora do orçamento do hospital. Dois conseguiram obter a informação antes do fim da entrevista, e o terceiro referiu um "percentual histórico" (sic).

O Quadro 5.3 resume as respostas dos diretores. Nos percentuais informados pelos diretores dos hospitais F e G, estão incluídos os gastos com cooperados e pessoas jurídicas. O hospital H também se vale de cooperativa e pessoa jurídica, mas seu diretor não os incluiu na resposta. O diretor do hospital A informou uma estimativa "histórica".

Quadro 5.3

Participação percentual do gasto com pessoal no orçamento total do hospital, conforme informação dos entrevistados

Hospitais e tipo de administração									
Administração direta					Por organização social				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
50 (*)	64	60	60	64,95	70	67	64	62,4	69

Nota: (*) Estimativa "histórica".

5.4.10 Funcionário responsável pela área de recursos humanos

Os entrevistados foram questionados sobre a existência de cargo específico para a área de recursos humanos.

Para os hospitais da administração direta, a resposta foi homogênea, demonstrando-se uma estrutura mais formal para a área. Todos os entrevistados declararam a existência de um diretor de serviço técnico responsável pela área de recursos humanos.

Nos hospitais das OSS, três diretores de hospitais disseram contar com um gerente ou diretor para a área de recursos humanos, enquanto dois afirmaram que, no âmbito dos seus hospitais, a área de recursos humanos está dividida em dois setores: seleção e treinamento e departamento de pessoal — em um dos casos, vinculados diretamente ao diretor do hospital e no outro, ao gerente administrativo.

5.5 Parte IV: Gestão financeira e orçamentária

5.5.1 Valor do orçamento do hospital

O Quadro 5.4 apresenta os valores dos orçamentos anuais dos hospitais no exercício de 2003 — inclusive as despesas com folha de pagamentos, com exceção do hospital A.

Quadro 5.4

Valor do orçamento de 2003, inclusive folha de pagamentos, segundo informação dos entrevistados, em milhões de reais

Hospitais e tipo de administração									
Administração direta					Por organização social				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
9 (*)	29,8	30	32	33	24	46	40	44,4	39

Nota: (*) Não inclui folha de pagamentos.

5.5.2 Outras fontes de receitas

Os diretores foram questionados sobre a existência de outras fontes de receitas, além das orçamentárias. No grupo dos hospitais da administração direta, todos responderam que não existe qualquer fonte de receita além da orçamentária, nem mesmo doações. No caso dos hospitais das OSS, ao contrário, todos declararam algum tipo receita extra-orçamentária:

- receitas financeiras decorrentes da aplicação dos recursos orçamentários,
- aluguéis de lanchonetes e estacionamento,
- doações e
- reciclagem de materiais.

Todos os entrevistados do grupo das OSS afirmaram também que os valores dessas receitas são marginais, sem significado quando comparados com os orçamentos dos hospitais. Um dos diretores disse ter obtido R\$ 70 mil de uma empresa para a construção do banco de leite humano, e que esta havia sido a primeira vez que conseguia uma doação de maior valor, mesmo assim vinculada a uma negociação de fornecimento pela doadora.

5.5.3 Negociação do orçamento com a Secretaria de Estado da Saúde

Os entrevistados foram solicitados a caracterizar o processo de negociação do orçamento dos seus hospitais com a Secretaria de Estado da Saúde e a escolher uma dentre as alternativas a seguir:

- o orçamento foi estabelecido pela Secretaria com pouca ou nenhuma influência do hospital;
- o orçamento foi estabelecido conjuntamente entre o hospital (ou a OSS) e a SES;
- o orçamento aprovado foi o proposto pelo hospital (ou a OSS) com pouca ou nenhuma restrição da SES.

Nove dos dez diretores afirmaram que o orçamento do hospital foi elaborado pela Secretaria com pouca ou nenhuma participação do hospital. Apenas um dos diretores, no grupo das OSS, declarou que seu orçamento foi elaborado conjuntamente pela Secretaria e pelo hospital e que, historicamente, isso sempre ocorreria.

5.5.4 Metas de produção

Foi perguntado aos diretores se o orçamento dos seus hospitais havia sido elaborado com base em metas de produção e, em caso afirmativo, o que ocorria quando as metas não eram atingidas.

No grupo da administração direta, três diretores responderam negativamente à primeira questão, ou seja, não havia metas de produção. Dois diretores responderam que seus orçamentos estabelecem metas de produção. No caso de uma destas instituições, a meta referida foi manter o nível de atividade do hospital. Em relação à segunda questão, um dos diretores respondeu que o fato era avaliado, mas que não havia nenhum tipo de punição pela Secretaria; o outro diretor explicou que, quando a produção estimada no orçamento não era alcançada, os recursos financeiros diminuía em decorrência de redução no gasto com o custeio; como os recursos são repassados pela coordenação à medida que há o consumo, a queda da atividade levava automaticamente à diminuição do consumo e, em consequência, do repasse financeiro.

No grupo das OSS, todos os entrevistados disseram que o orçamento foi feito com base em metas de produção. Se não atingir as metas, o hospital sofre cortes no repasse financeiro, o que, embora previsto no contrato de gestão, é considerado como penalidade pelos diretores das OSS.

5.5.5 Adequação do orçamento à proposta de trabalho do hospital

Os entrevistados foram inquiridos, quanto ao orçamento, se o consideravam adequado ou não à proposta de trabalho do hospital. Quando a resposta era negativa, foi-lhes solicitado que estimassem a porcentagem em que deveria ser suplementado.

No grupo da administração direta, apenas um diretor considerou o orçamento adequado e argumentou que, de fato, o problema estaria no fluxo orçamentário irregular, o que causava atrasos nos processos de aquisição. Dois dos diretores deste grupo afirmaram que o orçamento era adequado para as despesas de manutenção básica operacional e custeio, mas insuficiente para as necessidades de investimento e ampliação. Dois declararam que o orçamento era insuficiente, mesmo para o custeio das atividades operacionais. Em um dos casos, o diretor sinaliza necessidade de suplementação orçamentária da ordem de 30% a 40%, para compra de materiais e medicamentos; no outro, segundo o diretor, seria necessária uma suplementação de 35% para materiais e medicamentos e 20% para contratação de serviços.

No grupo das OSS, dois diretores consideraram o orçamento adequado para a atual proposta de trabalho do hospital. Em um desses casos, o diretor esclarece que a proposta de trabalho do hospital foi adequada aos limites orçamentários definidos pela Secretaria. No outro caso, o diretor considerou o orçamento adequado para a proposta de trabalho do hospital, uma vez que este tinha sido elaborado conjuntamente com a Secretaria. Nos outros três hospitais, o orçamento foi considerado insuficiente para a proposta de trabalho; a suplementação de orçamento estimada em dois foi de 6% e de 25%, respectivamente; no terceiro, o diretor entrevistado observou que o hospital tem uma condição de produção e uma demanda de serviços muito maiores do que o orçamento permite, mas não pôde estimar a necessidade de suplementação, porque, segundo ele, devido a restrições de atuação do hospital nos últimos anos, perdeu-se a noção do aumento necessário.

5.5.6 Autonomia para execução do orçamento

A pergunta foi se podiam executar o orçamento livremente, ou se a utilização dos recursos financeiros estava vinculada a rubricas.

Todos os entrevistados no grupo da administração direta afirmaram que o orçamento estava vinculado. Nas palavras de um diretor, o orçamento era "fortemente vinculado a rubricas... exaustivamente vinculado".

No grupo das OSS, todos os diretores afirmaram ter autonomia para a execução orçamentária, e até para a utilização de recursos em atividades ou aquisições não previstas no planejamento do orçamento, como, por exemplo, reposição de peças de equipamentos. O orçamento era elaborado com uma previsão das áreas em que deveria ser aplicado, mas não havia vinculação formal a rubricas.

A seguir, algumas das respostas dos entrevistados dão uma idéia de como esta questão é tratada no dia-a-dia.

Hospital F

— [O orçamento] não está vinculado. O orçamento é exclusivamente de custeio. Quando é necessário fazer uma despesa de investimento, a gente faz. A gente tem autonomia para gastar. Agora, não há reposição do dinheiro que foi gasto em investimento.

Hospital G

— O orçamento vem para custeio, e nós não deveríamos fazer investimentos com ele. A gente procura sempre evitar investimentos. Agora, o que a gente está percebendo é que dentro deste custeio tem havido muita despesa com manutenção, porque os equipamentos estão caducando, quebrando, e nós precisamos estar sempre repondo... A gente tem essa autonomia.

Hospital H

— Total autonomia. O hospital é gerenciado como se fosse um hospital privado! Claro que você tem todo um planejamento orçamentário, mas com liberdade.

Hospital J

— Dentro do hospital, o dinheiro não tem marca. [...] Contando até com este dinheiro de custeio, [...] nós fizemos muito investimento dentro do hospital, o hospital estava muito danificado. Depois, é um tal de explicar pra cá, explicar pra lá. E no começo a gente dizia que não sabia. E não sabia mesmo, porque nunca trabalhou com serviço público. Era um deus-nos-acuda! E tivemos que justificar algumas contas ao Tribunal de Contas!

5.5.7 Recursos de investimento

Foi indagado dos diretores se, nos últimos dois anos, no orçamento do hospital havia recursos destinados especificamente para investimentos, ou seja, obras e equipamentos. Em caso negativo, se isto causava dificuldades.

No grupo das OSS, todos os entrevistados afirmaram que não houve previsão de recursos de investimentos no orçamento, que isto causava dificuldades e que lançaram mão dos recursos de custeio para a manutenção de equipamentos.

No grupo dos hospitais da administração direta, apenas um diretor declarou que não teve recursos específicos para investimentos e que isto lhe causara dificuldades para o desenvolvimento de novos projetos.

Entre os hospitais que afirmaram ter recebido recursos de investimento, dois enfatizaram que o recurso foi insuficiente para a necessidade do hospital, principalmente para a manutenção de equipamentos.

5.5.8 Possibilidade de tomar empréstimo bancário

Os diretores foram argüidos quanto à possibilidade de a entidade tomar empréstimos de instituições financeiras e, em caso positivo, se isto já havia ocorrido e por qual motivo.

No grupo da administração direta, todos informaram negativamente em relação à possibilidade de tomar empréstimo, enquanto que, no grupo das OSS, todos responderam positivamente quanto a isso.

Três diretores contaram que foram obrigados a fazer empréstimos bancários para o fechamento de 2003 e pagamento do décimo terceiro salário dos funcionários. O motivo alegado pelos três foi o pagamento com atraso e incompleto pela Secretaria de Saúde no final de 2003. Dois destes hospitais disseram ainda que já traziam um déficit orçamentário do exercício anterior.

5.5.9 Existência no hospital de funcionários especificamente para a área financeiro-orçamentária

Os entrevistados foram questionados sobre a existência de cargo específico para a área. Suas respostas estão resumidas no Quadro 5.5, a seguir.

Quadro 5.5

Presença de funcionário responsável pela área financeiro-orçamentária e designação do cargo quando existente, segundo os diretores entrevistados

Hospitais e tipo de administração	Existe funcionário responsável pela área?		Designação do cargo
Administração direta	A	Sim	Diretor técnico de divisão
	B	Sim	Diretor de gerenciamento hospitalar
	C	Sim	Diretor de serviços de finanças
	D	Sim	Diretor técnico de serviços de finanças
	E	Sim	Diretor de serviços de finanças
Por organização social	F	Não	
	G	Não	
	H	Não	
	I	Sim	Diretor financeiro
	J	Sim	Supervisor de controladoria

5.6 Parte V: Gestão de serviços

5.6.1 Percentual do orçamento do hospital destinado à contratação de serviços

Esta questão solicitava informações quanto ao percentual do orçamento destinado à compra de serviços. As respostas estão resumidas no Quadro 5.6.

Quadro 5.6

Percentual do orçamento do hospital destinado à compra de serviços, segundo os diretores entrevistados

Hospitais e tipo de administração									
Administração direta					Por organização social				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
NS	20	27	20	21,15	10-15	18	5	17,8	12

5.6.2 Serviços próprios *versus* serviços contratados

Solicitou-se aos diretores que indicassem os serviços próprios e contratados a partir de uma listagem. As respostas estão no Quadro 5.7.

Quadro 5.7

Caracterização dos serviços administrativos e assistenciais de cada hospital, segundo a informação dos diretores em entrevista.

Área	Hospitais e tipo de administração									
	Administração direta					Por organização social				
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<i>Serviços administrativos</i>										
Alimentação	C	C	C	C	C	P	P	P	P	P
Limpeza	C	C	C	C	C	C	P	P	P	P
Segurança	C	C	C	C	C	C	P, C	P	C	P
Lavanderia	C	C	C	C	C	C	C	P	P	P
Manutenção predial	P	P	P, C	P	P, C	C	P	P	C	P
Manutenção de equipamentos	C	P	P, C	C	P, C	C	P, C	P, C	P	P, C
Informática	C	C	P	P	P	P	P	P	P	P
Transporte administrativo	P	P, C	P	P, C	P, C	P	P, C	P	P	P
<i>Serviços assistenciais</i>										
Equipes médicas	P	P	P	P	P	P, C	C	P, C	P	P
Anestesia	P	P	P	P	P	C	C	C	P	P
Diagnóstico por imagem	P, C	P	P	P	P	C	C	C	P	C
Laboratório clínico	P	P	P	P	P	P	C	P	P	P
Hemoterapia	P	P	P	P	P	P	C	P	P	P
CCIH	P	P	P	P	P	C	P	P	P	P
Transporte de pacientes	P	P	P	P	P	C	P, C	P, C	P, C	P

Legenda: P = serviço próprio; C = serviço contratado.

É perceptível a homogeneidade no grupo da administração direta. Na área administrativa, predominam os serviços contratados; na assistencial, predominam os serviços próprios, com exceção do hospital A, cujo serviço de radiologia é contratado.

No grupo das organizações sociais, há preponderância de serviços contratados em relação aos próprios, com as exceções do hospital F, no qual a contratação sobressai, tanto na área assistencial, como na administrativa, e do hospital G, em que, na área assistencial, avultam os serviços contratados.

5.6.3 A contratação dos serviços

A questão seguinte refere-se à contratação dos serviços: é feita no âmbito do hospital? Todos os hospitais dos dois grupos responderam positivamente a esta questão.

5.6.4 Possibilidade de alterar ou aditar contratos

Todos os hospitais da administração direta responderam positivamente a esta questão. Entretanto, evidenciou-se que existem limites e regras para a realização de aditamentos.

O governo estadual monitora os preços dos contratos; se o preço de um determinado contrato é identificado como muito alto em relação ao mercado, o contratado é chamado para reduzir o preço, ou o contrato é encerrado. Portanto, o hospital não tem autonomia para conceder reajuste de preços. Isto gera dificuldades administrativas. Um diretor relatou que não conseguiu conceder o reajuste solicitado pela empresa que fornece a alimentação no hospital e teve que enfrentar queda na qualidade da comida:

— Você pode aditar até 25% do valor total do contrato. O contrato pode ser aditado, mas não pode ser alterado pelo hospital. Os limites de reajuste também são controlados pelo governo. A impossibilidade de alterar os contratos causa dificuldades administrativas.

No grupo das OSS, em apenas um dos hospitais o diretor declarou não ter autonomia para alterar ou aditar contratos, pois esta competência está centralizada na entidade gestora do hospital.

Aos entrevistados dos dois grupos que responderam positivamente à questão anterior foi perguntado se já havia ocorrido algum caso de aditamento ou alteração contratual. Com exceção de um diretor de hospital do grupo da administração direta, que alegou não saber responder; pois estava havia pouco tempo na função, todos os demais citaram exemplos de alterações ou aditamentos realizados nos contratos.

5.6.5 Aplicação de penalidades

Todos os diretores dos dois grupos afirmaram poder aplicar penalidades aos prestadores de serviços conforme a legislação e as cláusulas contratuais. Quando solicitados a citar casos de aplicação de penalidade, sete diretores deram exemplos, dois outros (um de cada grupo) não souberam dizer se já havia ocorrido algum caso e um, do grupo das OSS, assinalou que, apesar de poder aplicar penalidades, isto nunca havia ocorrido, até aquele momento.

5.6.6 Rescisão de contratos

Assim como na questão anterior, os dez entrevistados asseveraram que em seus hospitais têm autonomia para fazer rescisões contratuais quando necessário. No grupo da administração direta, um diretor citou exemplos de contratos que haviam sido rescindidos recentemente. Outro não soube dizer se algum caso havia ocorrido. Três diretores afirmaram que não havia ocorrido nenhum caso de rescisão contratual. No grupo das OSS, todos disseram já ter rescindido contratos de prestação de serviços, tanto administrativos, como assistenciais.

5.6.7 Restrições ou limites orçamentários para contratação de serviços

Foi perguntado aos diretores se havia restrições ou limites orçamentários para a contratação de serviços. Em caso afirmativo, inquiria-se quais restrições eram essas e se causavam dificuldades administrativas.

No grupo da administração direta, todos os diretores reconheceram ter limitações ou restrições orçamentárias. Uma das restrições citadas foi a de não ser permitido terceirizar atividades-fim. O diretor do hospital A disse que gostaria de terceirizar o serviço de anestesia, mas é impedido por esta restrição. O diretor do hospital D falou da restrição decorrente da dotação orçamentária disponível para contratação de serviços; além desta, apontou a restrição quanto a valores.

— Há um controle centralizado de todos os contratos da administração pública do Estado, que estabelece os preços referenciais.

Estes preços referenciais vão balizar os contratos da administração pública estadual. Não são encarados por este diretor como algo que cria dificuldades gerenciais, ao contrário:

— Eu acho que o governo tem que fazer isso mesmo, a administração tem que ser regrada. E esse controle centralizado é importante, porque, de outra maneira, nós não saberíamos quais seriam os preços praticados pela administração. Se não houvesse esse trabalho, nós trabalharíamos meio às cegas, sem saber se os preços que estamos pagando são adequados ou não. Este trabalho que o governo fez permitiu uma economia muito grande para a administração pública.

No grupo das OSS, apenas um dos diretores informou não haver qualquer restrição para a contratação de serviços. Os outros observaram que as limitações são em geral de ordem orçamentária. Só o diretor do hospital H referiu ter dificuldades administrativas decorrentes destas limitações.

O diretor do hospital F argumenta que, se existem limites orçamentários definidos pela própria entidade gestora, tais restrições não causam problemas administrativos. O do hospital G lembra que há restrições orçamentárias que afetam não só a contratação de serviços, mas também, a própria possibilidade de reajuste dos contratos. Os diretores dos hospitais I e J afirmaram não ter dificuldades administrativas decorrentes das limitações orçamentárias para a compra de serviços.

5.6.8 Funcionário responsável pela área de serviços

Esta questão referia-se à existência ou não de um funcionário no hospital encarregado especificamente da área de serviços. As respostas dos diretores estão resumidas no Quadro 5.8.

A rigor, nenhum dos hospitais dispõe, com exclusividade, de alguém para cuidar dessa área. Os diretores que responderam afirmativamente a esta questão esclareceram que cada setor tinha seu responsável ou indicaram um gerente ou um diretor que, entre outras atividades, trata da área de serviços. A exceção à regra é o hospital I, que possui um analista de contratos — que não é exclusivo da instituição,

mas trabalha com todos os contratos da entidade gestora e dos hospitais sob sua administração.

Quadro 5.8

Presença de funcionário responsável pela área de serviços e designação do cargo quando existente, segundo os diretores entrevistados

Hospitais e tipo de administração		Existe funcionário responsável pela área?	Designação do cargo
Administração direta	A	Sim	O chefe de cada área, não específico
	B	Sim	Diretor de material e compras
	C	Não	
	D	Não	
	E	Sim	Gerente geral
Por organização social	F	Sim	Gerente administrativo
	G	Não	
	H	Não	
	I	Sim	Analista de contratos
	J	Sim	Gerente administrativo

5.7 Parte VI: Gestão de materiais

5.7.1 Percentual do orçamento destinado à compra de materiais e medicamentos

No Quadro 5.9, estão, em porcentagem do orçamento, os recursos destinados à compra de materiais e medicamentos, conforme informado pelos diretores. Os hospitais A e B aparecem com valores discrepantes em relação aos demais, porque, com toda certeza, desconsideraram no orçamento a folha de pagamentos.

Quadro 5.9

Percentual do orçamento destinado à compra de materiais e medicamentos, segundo os diretores entrevistados

Hospitais e tipo de administração									
Administração direta					Por organização social				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
70	80	13	20	8,59	10	15	22	19,8	18

5.7.2 Falta de materiais

Nesta questão, perguntou-se aos entrevistados se ocorre ou não falta de medicamentos e materiais no hospital. No caso de falta, solicitou-se ao diretor que indicasse uma alternativa (raramente, às vezes, freqüentemente) para dar idéia da freqüência do fato. O Quadro 5.9 resume as respostas a esta questão.

Quadro 5.9

Ocorrência de falta de materiais e de medicamentos nos hospitais, segundo os diretores entrevistados

Hospitais e tipo de administração									
Administração direta					Por organização social				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
R	AV	AV	N	AV	N	N	N	N	N

Legenda: R = raramente; AV = às vezes; N = não.

Entre os diretores que assinalaram a ocorrência de falta de material ou de medicamento, todos citaram duas causas principais. A primeira, problemas com o fornecedor. Foi citado o exemplo de recente desabastecimento de certo medicamento por falta da matéria-prima. Muitos dos itens são comprados por meio de um contrato de registro de preços, licitado pela Secretaria e utilizado por todos os hospitais. O registro de preços é uma forma mais fácil e rápida de aquisição; entretanto, quando o fornecedor de determinado item tem problemas para fornecer ao preço registrado, todos os hospitais são atingidos. A segunda causa citada pelos diretores foram problemas na tramitação dos processos de licitação, que muitas vezes sofrem atrasos, por interposição de recursos ou por outras ocorrências burocráticas.

O diretor do hospital C observou que a gestão de suprimentos do hospital ressentia-se da falta de um sistema informatizado, já que é preciso gerenciar mais de 4 mil itens, entre materiais e medicamentos. O diretor do hospital E, por sua vez, lembrou que picos de demanda por determinados medicamentos podem levar a um período de falta de material.

5.7.3 Compras

Foi perguntado aos entrevistados se as compras eram realizadas pelo hospital; caso não o fossem, quem as realiza e se isto cria problemas administrativos.

Apenas dois diretores de hospitais do grupo das OSS informaram que as compras de materiais não são realizadas pelos hospitais, mas pelas entidades gestoras, a partir de pedidos de compras. Quanto a dificuldades administrativas disso decorrentes, um dos diretores reconheceu que, com efeito, a centralização só trazia vantagens, porque se efetuavam compras para mais de um hospital. O outro diretor lembrou que, há tempos, tinha havido descompasso entre a entidade gestora e o hospital:

— Houve problemas administrativos quando os processos estavam um pouco autônomos demais na entidade gestora, e criou-se uma condição de estoques inadequados, não pela questão de conteúdo, mas pela quantidade. Na minha opinião, o hospital deve ter um estoque tecnicamente suficiente, e não devemos acumular estoques.

5.7.4 Padronização de materiais e de medicamentos

Esta questão diz respeito à existência ou não de relação padronizada de materiais e de medicamentos, quem a elaborou e se atende às necessidades do hospital.

No grupo das OSS, todos os diretores afirmaram ter relação padronizada de materiais e de medicamentos. A elaboração da relação ficou sempre a cargo da diretoria, com auxílio das áreas técnicas. Apenas um diretor disse que existe uma comissão formalmente responsável pela elaboração da relação padronizada de materiais e medicamentos, bem como pelas inclusões e exclusões de itens.

Todos os diretores do grupo das OSS consideraram que a relação atende às necessidades dos seus hospitais. Entretanto, segundo um dos diretores, a própria

área técnica que ajudou na elaboração da relação acaba muitas vezes não acatando a padronização.

No grupo da administração direta, apenas um diretor disse não dispor de relação padronizada de materiais e de medicamentos. Ele explica que esta relação está em fase de elaboração por um grupo para isso constituído, o Grupo de Padronização de Materiais e de Medicamentos. Os outros diretores dos hospitais deste grupo informaram possuir aquela relação, que segundo eles, atende às suas necessidades. Um dos diretores, de acordo com informações que recebeu, acredita que a relação de materiais e de medicamentos foi elaborada pela Comissão de Padronização de Materiais, mas não tem certeza disso, pois esta comissão, que estava desativada, fora recentemente reconstituída. Os outros referiram que a relação de padronização foi elaborada pelas diversas áreas técnicas, juntamente com a administração do hospital.

5.7.5 Compra de emergência

No grupo das OSS, as aquisições de emergência ocorrem "na base do 'manda comprar!'" . Não há grandes formalidades. Em um dos casos, o diretor contou que existe no regulamento interno um limite para as compras de emergência, mas que este teto não é impeditivo, desde que as exceções sejam justificadas. Todos declararam que a compra de emergência é feita com a participação da diretoria do hospital, antes da compra ou depois, para análise. Os diretores dos dois hospitais em que a área de compras está centralizada na entidade gestora responderam que, quando necessário e dentro de certos limites, a compra pode ser efetuada localmente.

No grupo dos hospitais da administração direta, foram citados dois mecanismos usuais para a realização de uma compra emergencial. Para pequenos valores, existe o recurso denominado "verba de pronto pagamento" ou "de adiantamento", que pode ser utilizado para determinados tipos de aquisição, segundo as informações dos entrevistados. Para aquisições de até R\$ 8 mil, existe a dispensa de licitação.

Outra alternativa, citada por dois diretores deste grupo, é a bolsa eletrônica de compras (BEC), que também permite aquisição em um curto período de tempo. A seguir, alguns trechos das entrevistas dão uma idéia de como os hospitais da

administração direta procedem quando têm que realizar uma aquisição de emergência.

Hospital A

— Todos os hospitais têm um dinheiro de adiantamento [...] É um recurso pequeno, mas pode ser alocado em várias [...] opções de despesas miúdas que a lei permite [...] Eu preciso comprar um medicamento que não tenho e que é urgente e isso cabe dentro lei [...] Eu posso usar este recurso.

O diretor explica que o teto do recurso de adiantamento é diferente em cada unidade da Secretaria, e que esse meio só pode ser usado para gastos específicos.

Hospital C

— Nós temos uma verba de adiantamento pequena [...] Hoje, o adiantamento de materiais está girando em torno de três mil reais, da área de medicamento eu tenho entre mil e mil e quinhentos reais [...] Tem uma modalidade que se chama dispensa de licitação, que é até o valor de oito mil [...] Você precisa de uma coisa pequena e tendo a dotação fica fácil, você monta [o processo], pega três cotações, a pessoa entrega, e você empenha.

Hospital D

— Até o valor de oito mil reais são compras muito rápidas, em cinco dias se compra o material, uma compra menor, mas se atende uma situação emergencial. Há uma certa flexibilidade nisso, precisa apenas três orçamentos, e se compra pelo menor preço. Algumas coisas com valor ainda menor do que isso você pode comprar com recurso de adiantamento. Recurso de pronto pagamento, pagamento à vista também resolve aquisições de pequeno valor. [...] Com a bolsa eletrônica de compras, nós conseguimos fechar o processo desde a sua abertura até o fechamento em uma semana [...] Ele se dá sem o contato do fornecedor com o hospital, tudo via internet. Não é uma compra de emergência, é uma compra até o valor de convite, oitenta mil reais. Qualquer compra até oitenta mil reais pode entrar na BEC, desde que o produto esteja cadastrado na BEC.

5.7.6 Almoxarifado

Foi perguntado aos diretores se a área de almoxarifado é adequada às necessidades do hospital. Quando a resposta foi negativa, inquiriu-se o porquê da inadequação e como o hospital resolve o problema.

No grupo das OSS, todos os diretores responderam que a área de estocagem atende às necessidades dos respectivos hospitais, ainda que alguns tenham mencionado dificuldades, como espaço insuficiente e controle de temperatura, necessidade de divisórias. Todavia, ninguém entendia que, em razão dessas dificuldades, o almoxarifado fosse inadequado.

No grupo da administração direta, todos disseram que têm problemas de espaço físico para a estocagem de materiais. Um problema citado por todos é quando há entrega de soro, que é feita em grandes lotes que acabam estocados em corredores.

Hospital A

O diretor comenta que o almoxarifado é pequeno e aberto:

— Ele não comporta o que tem, eu tenho material espalhado pelo hospital inteiro. [...] A área física é pequena, porque o hospital foi projetado para ser uma coisa que hoje não é mais! A quantidade de itens cresceu muito. Quando você compra soro [...], eles fazem a entrega para seis meses. Impossível! Não existe lugar que tenha estoque para seis meses de soro.

Hospital C

O diretor aponta dificuldades com as compras cuja entrega não pode ser parcelada: é obrigado a usar corredores e fechar salas para estocar materiais. Referindo-se à adequação do almoxarifado, ele diz:

— *Digamos que mais ou menos, nem sim nem não. Se eu tivesse espaço muito maior... A gente às vezes compra para três meses [...] Soro, você precisa ter um espaço enorme. No decorrer das aquisições, você faz algumas compras com entregas programadas, mas a maior parte é com entrega imediata, e esta entrega imediata às vezes congestiona.*

Hospital D

— *[A área do almoxarifado] é pequena [...] Às vezes, o material fica na área de corredores do almoxarifado, em outras áreas no hospital que estejam disponíveis.*

Hospital E

— *O espaço físico [da área do almoxarifado] é limitado. O problema é resolvido ocupando os corredores do subsolo.*

5.7.7 Estoque médio de materiais e medicamentos

Qual o estoque médio dos hospitais, em termos de tempo de consumo e valores financeiros? O Quadro 5.10 apresenta as respostas fornecidas pelo diretores. Os diretores dos hospitais A e B referiram que esperam queda importante nos estoques médios à medida que as compras passarem a ser realizadas mediante a modalidade de pregão, a qual, por ser mais rápida, vai permitir compras mais frequentes e em menor volume.

Quadro 5.10
Estoques, segundo as estimativas dos entrevistados

Hospitais e tipo de administração	Estoque médio, em tempo de consumo		Estoque médio, em R\$
Administração direta	A	6 meses	1,5 milhão
	B	6 meses	2,4 milhões
	C	4 meses	1,5-2,0 milhões
	D	3 meses	1,8 milhão
	E	3 meses	800 mil
Por organização social	F	1 mês	400 mil
	G	1 mês	700 mil
	H	15-40 dias, conforme o item	800 mil
	I	medicamentos, 45 dias; material, 90 dias	500 mil
	J	25 dias	520 mil

5.7.8 Funcionário responsável pela área de suprimentos

Esta questão se referia à existência ou não de um funcionário no hospital encarregado especificamente pela área de suprimentos. No Quadro 5.11 estão as respostas dos diretores.

Quadro 5.11
Presença de funcionário no hospital, responsável pela área de suprimentos

Hospitais e tipo de administração	Cargo do funcionário específico para a área de suprimentos	
Administração direta	A	Chefia de almoxarifado
	B	Chefia de almoxarifado
	C	Chefia de almoxarifado
	D	Chefe de almoxarifado e chefe de distribuição
	E	Diretor técnico de serviço
Por organização social	F	Chefe de almoxarifado e chefe de farmácia
	G	Gerente de suprimentos
	H	Gerente de suprimentos
	I	Gerente de suprimentos
	J	Gerente de suprimentos

6 DISCUSSÃO

Como se viu, a composição da amostra procurou selecionar dois grupos de hospitais que fossem similares quanto à estrutura, dimensão, funcionamento e modelo assistencial, para que, ao se examinar o funcionamento das suas respectivas áreas administrativas, houvesse boa probabilidade de se comparar problemas gerenciais semelhantes tratados pelos dois modelos de gestão. Uma vez que os hospitais administrados pelas OSS, na sua maioria, foram projetados pelo Programa Metropolitano de Saúde (PMS), ficou fácil escolher esta origem como um dos critérios para compor a amostra dos hospitais da administração direta. Contudo, quase uma década se passou entre o início de funcionamento dos hospitais do grupo da administração direta e os do grupo das OSS, e uma consequência dessa década de paralisação repercutiu na estrutura física das instituições. Os hospitais do PMS foram concebidos a partir de um programa padrão de hospital geral de módulo assistencial com 220 leitos de internação (cf. *Revista do PMS*, SES, nº 2, abril de 1987). Quando sua construção foi retomada, os hospitais cuja gestão foi entregue às organizações sociais tiveram seus programas físico-funcionais revistos. Por si só, a alteração do programa físico-funcional destes hospitais não afeta nem dá causa a mais divergências no gerenciamento dos dois grupos de hospitais, apenas se reflete na sua estrutura física. Mas as diferenças pesquisadas são relevantes e revelam a adequação do modelo adotado pelos hospitais do grupo das OSS, do ponto de vista das necessidades gerenciais, a uma estrutura complexa como a de um hospital geral integrado a um sistema nacional e público de saúde, o SUS.

As áreas administrativas analisadas neste trabalho dão conta de algumas das principais questões gerenciais do cotidiano dos dirigentes das unidades hospitalares. A pesquisa mostra como estas questões aparecem de modo diferente, em maior ou menor grau, dependendo da área, em razão dos instrumentos gerenciais disponíveis em cada um dos modelos de gestão.

A seguir, apresentamos as questões que foram entendidas como as mais relevantes a partir das informações colhidas nas entrevistas.

6.1 Estrutura física

Os hospitais do grupo da administração direta apresentam diferenças no que diz respeito ao número de leitos instalados, quando comparados com os hospitais do grupo das OSS. A planta física dos hospitais cuja administração foi entregue às organizações sociais da saúde sofreu alterações que refletiram, em primeiro lugar, o abandono do desenho assistencial modular no hospital que se integrava como uma unidade de internação, dando retaguarda a uma rede de unidades básicas, um pronto-socorro e um ambulatório de especialidades. O pronto-socorro foi incorporado ao hospital, ainda que, em cada caso, o modelo de funcionamento desta unidade tenha assumido características peculiares da cultura hospitalar da entidade gestora e do tipo de relacionamento com a rede local de serviços de saúde. Algumas unidades de emergência dos hospitais deste grupo exibem as características mais abertas de uma porta de entrada no sistema de saúde, enquanto outras ostentam um modelo do tipo "porta fechada", recebendo pacientes referenciados, ou seja, encaminhados de outras unidades do sistema de saúde.

A outra mudança conceitual importante diz respeito ao nível de resolubilidade que um hospital de complexidade secundária deve ter, em particular a existência ou não de leitos de terapia intensiva. Na concepção original do PMS, estes hospitais não contavam com leitos de UTI. Também os hospitais do grupo da administração direta, no decorrer do tempo, promoveram reformas e/ou adaptações para a implantação de unidades de emergência e de leitos de terapia intensiva. Entretanto, no caso das OSS, de modo geral, estas adaptações foram realizadas quando as obras foram retomadas, portanto antes da inauguração dos hospitais. O impacto disto foi o aumento no número original de leitos destes hospitais. No grupo dos hospitais da administração direta, estas mudanças ocorreram após o início de seu funcionamento; por esta razão, unidades como as de terapia intensiva foram criadas por meio da adaptação dos leitos existentes, o que levou à redução do número original de leitos de internação. Após a inauguração dos hospitais, qualquer recurso destinado a despesas de investimento (obras e equipamentos) tem sido muito difícil de se obter, tanto em um, como no outro grupo.

A organização hospitalar vem passando por um processo de transformação, na medida em que se caracteriza cada vez mais como estrutura concentradora de recursos terapêuticos e diagnósticos de alta tecnologia e alto custo, onde o paciente

deve permanecer apenas durante o tempo necessário e suficiente para o emprego destes recursos. O desenvolvimento da tecnologia médica, por seu turno, permitiu a realização de tratamentos e procedimentos em unidades ambulatoriais, o que fez com que diminuísse o tempo médio de permanência dos pacientes nos hospitais. Portanto, não restam dúvidas que os hospitais gerais, tais quais os do presente estudo, devam contar com leitos de terapia intensiva. Por outro lado, a posição do hospital e a forma de se relacionar com a rede de serviços do SUS ainda é uma questão com muitos aspectos em debate. A concepção do módulo assistencial do PMS parece ter se perdido no tempo. Primeiramente, em decorrência da paralisação da implantação dos hospitais; depois, o avanço da reforma sanitária e do processo de municipalização da rede básica de saúde deixou os hospitais na esfera do governo estadual, ao passo que as unidades ambulatoriais foram para o âmbito dos municípios. A integração destes equipamentos assistenciais, o fluxo de pacientes entre eles, a delimitação e o pacto dos papéis de cada unidade dentro do sistema são questões não resolvidas. A existência ou não de uma unidade de pronto-socorro de "porta aberta" no hospital, o ambulatório de especialidades dentro ou fora da instituição são temas que devem ser resolvidos, considerando a realidade de saúde e a organização dos serviços de cada local.

6.2 Caracterização dos entrevistados

Na análise das entrevistas, não se percebeu qualquer diferença relevante na forma de gerenciamento dos hospitais vinculada ao perfil profissional do diretor. O modo como as questões administrativas ou gerenciais são conduzidas está mais relacionado às possibilidades e limites dos processos administrativos do que à formação profissional dos gerentes. Todos os entrevistados declararam que, antes de assumir a direção dos hospitais, eram ou funcionários de carreira, no caso do grupo da administração direta, ou funcionários da entidade gestora, no caso do grupo das OSS. Estas condições parecem ter sido mais significativa do que o perfil profissional para a ocupação dos cargos de diretores dos hospitais.

6.3 A gestão de pessoal

Em comparação com as áreas financeiro-orçamentária, de contratação de serviços e de compra de materiais, a gestão de pessoal foi considerada a de maior importância para seis (três de cada grupo) dos dez diretores. Na consulta quanto à área de maior dificuldade, a de gestão de pessoal foi escolhida por dois diretores do grupo das OSS e por três diretores do grupo da administração direta.

As justificativas apresentadas por eles remontam a duas ordens de questões: cultural e de autonomia gerencial. O diretor de um hospital de OSS lembra que sua maior dificuldade foi implantar uma cultura de instituição privada em um hospital público, porque teve que enfrentar o "conceito de que funcionário público tudo pode e nada deve". Possivelmente, o que ocorreu não foi um embate entre a cultura do funcionário público e a da entidade privada, até porque, no hospital em questão, nunca houve funcionário público. Talvez o enfrentamento seja o de um conflito de interesses entre a direção da instituição, de um lado, e os funcionários do hospital na reivindicação de direitos e condições de trabalho, do outro, cada parte segundo seus interesses. (Não por acaso, o diretor caracterizou este embate como a cultura do funcionário público que tudo pode nada deve.) O conflito entre a direção da organização, neste caso um hospital, e o corpo de funcionários sempre existe e é o mesmo, tanto na área pública, como na privada. O que muda substantivamente é o arcabouço jurídico-legal que normaliza estas relações.

Outra ordem de questões diz respeito à autonomia gerencial. Um diretor de hospital do grupo das OSS considerou a gestão de pessoal como a de maior dificuldade e, para justificar sua escolha, explicou que na sua organização essa atividade está centralizada na entidade gestora, que não compreende a realidade do hospital. A autonomia gerencial ou administrativa refere-se à descentralização da possibilidade de se tomar decisões no local em que estas se efetivam. A avaliação do que deve ou não ser descentralizado depende basicamente da velocidade necessária ao processo decisório, do impacto que a decisão local terá no resto da organização ou do sistema e do custo envolvido numa e noutra alternativa. A gestão de recursos humanos é crucial em qualquer organização prestadora de serviços, e numa instituição hospitalar torna-se ainda mais crítica. A multidisciplinaridade e a complexidade dos processos desenvolvidos neste tipo de organização exigem grande agilidade na gestão de pessoal. Mais uma vez, o que vai diferenciar a forma

de lidar com as questões dessa gestão nos dois grupos focalizados são as possibilidades e os limites institucionais de cada hospital, definidos pelo arcabouço jurídico-legal ao qual estão submetidos e também pela cultura organizacional das entidades gestoras, no caso das OSS.

O grupo da administração direta é, em tese, homogêneo no arcabouço institucional que regulamenta as ações e processos gerenciais dos seus hospitais. Entretanto, a percepção dos diretores é bem variada em relação aos limites e dificuldades impostos à operação do hospital por este arcabouço institucional. Um dos diretores deste grupo considerou a área de gestão de pessoal como a de maior facilidade entre as quatro destacadas, porque as decisões quanto à definição de tarefas, escalas, treinamento, etc., estavam no âmbito de decisão do hospital. A percepção dos entrevistados será sempre influenciada por sua experiência profissional em relação às questões apresentadas e, principalmente, pela realidade enfrentada no momento da entrevista.

6.3.1 Elaboração do quadro de pessoal

O dimensionamento do quadro de pessoal dos hospitais da administração direta parece ser exemplo claro do que Campos (2003) chamou de "tradição modernista na administração pública". Na perspectiva modernista, a política pública nos seus três momentos (formulação, implementação e avaliação) procura entender a natureza da realidade e estabelece prescrições genéricas que devem ser acatadas pelas unidades periféricas. As políticas serão reformuladas depois de completado o ciclo com a avaliação, inovações serão geradas e irradiadas para a periferia. As inovações geradas na periferia devem ser tolhidas, pois ameaçam o sistema (cf. CAMPOS, 2003). O dimensionamento dos quadros de pessoal dos hospitais deste grupo teve a participação dos diretores na época de sua implantação. Contudo, a decisão foi tomada no nível central. Desde então, os quadros ficaram cristalizados, sem que tivesse havido alterações significativas, segundo as informações dos diretores entrevistados.

No grupo das OSS, o processo de dimensionamento deu-se no nível local, utilizando-se os parâmetros estabelecidos pelas entidades gestoras e com a participação dos diretores. Diferentemente do que ocorre no grupo da administração direta, embora haja limitações principalmente de ordem orçamentária e regras

específicas de cada OSS, o quadro de pessoal, neste caso, é passível a qualquer tempo de modificações quantitativas ou qualitativas e pode ser remodelado para dar respostas a mudanças conjunturais ou estruturais, constituindo um instrumento dinâmico e reativo às variações do ambiente.

6.3.2 Contratação de pessoal

A contratação de funcionários para os hospitais da administração direta é feita por meio concurso público para as vagas existentes no quadro de lotação de pessoal. Quando não há remanescentes de concurso, existe a opção da chamada contratação de emergência, conforme a legislação estabelece (Lei Complementar nº 733/93). No grupo das OSS, a maneira de contratação de pessoal é muito variada. O leque de alternativas usadas pelos diretores dos hospitais é bem mais extenso do que a do grupo da administração direta. Além disso, a decisão de contratação é competência do diretor do hospital, ou, quando este tem que se reportar à entidade gestora, tal decisão é rápida. O uso de diversas alternativas para a contratação de pessoal varia conforme a cultura e as preferências de cada organização, porém mesmo no caso de hospitais com uma política mais fechada, no sentido de não terceirizar a contratação de pessoal, os diretores relataram que abriram exceções diante de dificuldades com determinadas categorias (anestesistas e radiologistas, por exemplo). Pode-se questionar algumas práticas, como a contratação de pessoal através de cooperativas que funcionam como intermediários entre o empregador e o empregado. Mas não se pode negar que esta flexibilidade para recorrer a diversas formas de contratação permite contornar dificuldades como, por exemplo, a falta de determinado profissional que não se consegue recrutar como assalariado e que aceita um contrato de prestação de serviço como pessoa jurídica. O próprio modelo de gestão dos hospitais por meio das OSS que permitiu a implantação dessas novas unidades, uma vez que o contingente de funcionários que o Estado teria que contratar ultrapassaria o limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal para os gastos estatais com folha de pagamentos.

Sobre as alternativas para a contratação de pessoal utilizadas pelos hospitais das OSS,

esta é uma questão fundamental para qualquer entidade prestadora de serviços, principalmente na área da saúde. Não se trata apenas da possibilidade de contratação de funcionários pelo regime da CLT, pois isto já ocorre em várias esferas governamentais. Mas mesmo onde isto ocorre há uma forte tendência de incorporar a cultura corporativista do funcionalismo, inclusive na burocratização dos procedimentos de contratação, demissão e movimentação de pessoal. Pode-se constatar que o modelo das OSS tem se utilizado de um leque maior de opções para o gerenciamento de recursos humanos. Para começar, tem sido possível estabelecer estratégias de contratação de pessoal conforme a realidade do mercado peculiar à localização do hospital. Observa-se que as OSS têm lançado mão de diferentes políticas de contratação de pessoal, cuja definição depende também da cultura da entidade gestora. Enquanto em alguns hospitais todos os funcionários pertencem ao quadro próprio do hospital, em outros há níveis diferenciados de terceirização de mão-de-obra (empresas médicas, empresas de limpeza, lavanderia, cooperativa de serviços, etc.). Como os trabalhadores destes hospitais não são funcionários públicos, há uma maior flexibilidade na contratação de mão-de-obra e, portanto, uma maior agilidade para dar conta de dificuldades de caráter conjuntural. Por exemplo, as especialidades médicas possuem diferentes valores no mercado, por isso é difícil contratar um neurocirurgião pela mesma base de remuneração de um pediatra como está obrigada a fazer qualquer entidade da administração direta. Um outro exemplo é a necessidade de contratação de um especialista para pareceres ocasionais, que seriam remunerados por chamada, prática pouco provável numa entidade da administração direta. Apesar da grande liberdade de que as OSS gozam para o gerenciamento de recursos humanos, a SES introduziu limites para o gasto com recursos humanos. Além disso, os hospitais são obrigados a realizar periodicamente pesquisas salariais e manter os seus salários dentro da média do mercado (FERREIRA JR., 2003, p. 255).

6.3.3 Problemas no quadro de pessoal

Muito embora dois diretores do grupo das OSS tenham respondido que não identificavam problemas de ordem quantitativa ou qualitativa nos quadros de pessoal de seus hospitais, em contraste com o grupo da administração direta, em que todos os diretores entrevistados disseram identificar problemas, parece que a questão de fundo é como o gerente da unidade lida com estes problemas e se consegue contorná-los.

O subdimensionamento do quadro de pessoal é identificado como problema por dois hospitais do grupo das OSS, e as causas nos dois casos são as restrições orçamentárias. No entanto, no grupo da administração direta, isto surge como problema nos cinco hospitais, justificados por um quadro de lotação de pessoal defasado para as necessidades atuais do hospital. Ainda que o recurso financeiro para contratação esteja disponível, a solução só seria possível com a mudança na

composição do QLP, o que, como ficou dito, não está no âmbito da competência destes hospitais.

A inexistência de um plano de carreira, ou a existência de um plano pouco atraente, foi apontada como problema por quatro diretores do grupo da administração direta e por um do grupo das OSS; neste grupo, o motivo alegado foi a restrição orçamentária. É digno de nota que os demais diretores do grupo das OSS não tenham identificado este aspecto como problema, apesar de apenas um deles afirmar que, na sua instituição, existe plano de carreira para todos os funcionários. A questão de plano de cargos e salários não é simples nas organizações públicas e tampouco nas organizações privadas, nas quais o emprego está desaparecendo e cedendo lugar a formas precárias e informais de relação entre empregado e empregador. Neste caso, de novo, as possibilidades de lidar com os problemas concretos diferenciam os dois modelos de gerenciamento.

A cristalização da estrutura do quadro de pessoal dos hospitais da administração direta impede a mobilidade dos funcionários de uma função a outra. A existência de funcionários que exercem a função de atendentes de enfermagem é surpreendente, ainda mais quando já têm qualificação de auxiliares de enfermagem, mas não podem ser promovidos por inexistência dos cargos no QLP. A função de atendente de enfermagem, aliás, não é mais reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Este tipo de problema inexiste na administração privada, como ocorre nas OSS, onde é comum, embora não seja automática e muito menos obrigatória a promoção de funcionários que se qualificam para uma nova função. Mas isto é muito freqüente na área de enfermagem, em que o auxiliar de enfermagem é promovido a técnico de enfermagem, depois de concluir o curso técnico, ou mesmo a enfermeiro, quando termina o curso superior.

A questão salarial foi apontada como problema por quatro diretores de hospitais da administração direta e por um das OSS. No caso das OSS, essa questão é delimitada, por um lado, pelas restrições orçamentárias, e por outro pela legislação trabalhista e pelos dissídios coletivos das categorias de trabalhadores. No grupo da administração direta, situa-se em uma esfera que escapa ao domínio local; um dos diretores observa que não há reajuste salarial há oito anos.

6.3.4 Qualificação de pessoal

Identificada como problema por quatro diretores do grupo da administração direta e apenas por um do grupo das OSS, o tratamento desta questão, de fato, é semelhante nos dois casos. Todos os diretores afirmaram desenvolver programas de treinamento de pessoal. Os da administração direta referiram que não têm dotação orçamentária específica para tais programas no nível local, mas, apesar disso, conseguem realizá-los — com esforço próprio ou, às vezes, com patrocínio de empresas. Além disso, existem as atividades promovidas pelo nível central e oferecidas aos funcionários dos hospitais. Um dos diretores do grupo das OSS relata que, na área de enfermagem, o desenvolvimento de pessoal é a estratégia utilizada para compensar a impossibilidade de pagar salários competitivos com o mercado. Seu hospital opta por trabalhar com profissionais recém-formados e com pouca experiência, que são submetidos a um processo de qualificação; desta maneira, acaba se tornando fornecedor de mão-de-obra qualificada ao mercado, já que muitos dos funcionários, já qualificados, são recrutados por organizações competidoras. Esta mesma situação foi assinalada, sob a forma de queixa, por um diretor de hospital do grupo da administração direta, ao comentar a perda dos funcionários mais bem qualificados para o mercado, até para os hospitais das OSS.

6.3.5 Medidas administrativas disciplinares

Esta se revelou uma das questões mais delicadas para os hospitais da administração direta. O processo administrativo para aplicação de punições administrativas e para eventual demissão é extremamente burocrático e demorado, pelo que se depreendeu das entrevistas dos diretores deste grupo. Ironicamente, o rito processual para a aplicação de punição a um funcionário faltoso é conhecido como "via rápida": em tese, os processos de demissão ocorreriam mais rapidamente através deste procedimento — instituído pela Secretaria de Estado da Saúde — que, na prática, também é moroso. Quando há uma questão disciplinar, o diretor do hospital deve abrir um procedimento administrativo chamado "averiguação preliminar". Esta pode concluir pela abertura de processo punitivo, que então será encaminhado para o nível central. O processo se fecha muito tempo depois da sua

ocorrência geradora. Durante este período, o funcionário continua nas suas funções, o que, obviamente, é desgastante para as chefias.

No grupo dos hospitais das OSS, não existem dificuldades para aplicação de medidas disciplinares ou para demissão de funcionários. Um dos entrevistados deste grupo acha que as demissões são feitas com excessiva facilidade e sempre "sem justa causa", que é a forma mais fácil, porém mais cara, já que a empresa paga multa indenizatória. A demissão "por justa causa", como prevista na CLT, exige que o funcionário tenha passado por um processo bem documentado de advertências e suspensões por motivos recorrentes e seja reincidente. Como estes passos são demorados e também envolvem situações de desgaste pessoal entre funcionário e chefia, na maioria das vezes as demissões ocorrem "sem justa causa".

As duas situações poderiam ser encaradas como extremos de um mesmo problema, mas não parece ser este o caso. A realidade enfrentada pela administração direta gera problemas concretos na gestão de pessoal, nos quais a chefia tem de negociar com os funcionários o cumprimento das suas tarefas. Além disso, esta situação cria um clima de "vala comum", em que o chefia não tem como diferenciar os tratamentos dados para o bom e o mau funcionário.

As limitações da gestão de pessoal nos hospitais da administração direta chegam a assumir caráter crítico. São incompatíveis com o gerenciamento eficaz e eficiente destas unidades e, em última instância, ferem o interesse público.

6.4 A gestão financeira e orçamentária

Pôde-se perceber, nas entrevistas, que o domínio dos números dos orçamentos dos hospitais pelos diretores foi diferente nos dois grupos. No das OSS, o orçamento é visto de maneira global; no da administração direta, o que importa para o executivo, de fato, são os recursos destinados à compra de suprimentos e à contratação de serviços. Os recursos de folha de pagamentos não estão sob gerência do diretor e, portanto, deixam de estar presentes na suas preocupações cotidianas. No caso das OSS, faz parte do dia-a-dia do executivo saber se vai ter dinheiro a cada mês para pagar os salários.

A única fonte de receita dos hospitais da administração direta é o orçamento. Não existem fontes alternativas de recursos. O projeto original da Lei Complementar

nº 846/98, o PL 03/98, previa que os hospitais administrados pelas OSS pudessem vender serviços no mercado da medicina supletiva, ou seja, às operadoras de planos e seguros de saúde, como outra fonte de receita, além dos recursos públicos orçamentários. Entretanto, no processo de negociação na Assembleia Legislativa paulista, esta possibilidade foi descartada, determinando-se que estes hospitais prestassem serviços exclusivamente ao SUS (cf. CARNEIRO JR. e ELIAS, 2003).

Além dos recursos orçamentários estabelecidos no contrato de gestão, os diretores dos hospitais ligados às OSS citaram aqueles advindos de aluguéis, aplicações financeiras, material reciclado e doações. Embora todos os diretores deste grupo tenham ressaltado que tais recursos são irrisórios quando comparados ao orçamento do hospital, a possibilidade de receber receitas extra-orçamentárias é uma alternativa interessante a ser explorada, por exemplo, por meio de campanhas de arrecadação de recursos junto à comunidade e ou em parceria com outras entidades de cunho social. Este tipo de atividade não só gera recursos para o hospital, como estreita seus laços com a comunidade.

O modelo das OSS não trouxe solução para a crise do financiamento do SUS, porque não houve aporte novo de recursos. As entidades contratadas não contribuem com recursos próprios para a gestão do hospital. Todavia, a forma de repasse dos recursos financeiros pela Secretaria de Estado da Saúde aos hospitais trouxe inovações para a concepção de gestão de serviços públicos.

Na implantação dos seis primeiros hospitais — Itaim Paulista, Pedreira, Pirajussara, Itapequerica da Serra, Carapicuíba e Grajaú —, o financiamento era feito por duas fontes diferentes de recursos. A primeira era do Ministério da Saúde, decorrente do faturamento SUS pelos hospitais das internações hospitalares e dos atendimentos ambulatoriais e de urgência. Os recursos da segunda fonte, oriundos da Secretaria do Estado da Saúde, eram repassados de duas maneiras: de uma forma que se pode chamar de automática, a Secretaria repassava um valor correspondente a 50% do valor faturado contra o Ministério da Saúde (este mecanismo pode ser visto como um reconhecimento velado, pela SES, da insuficiência dos valores dos procedimentos da "Tabela SUS" para viabilizar o custeio dos serviços contratados); além desse, havia um repasse suplementar de recursos estaduais que se dava a partir de uma solicitação formal da entidade gestora, pois, mesmo com o incremento de 50% em relação à produção faturada contra o Ministério da Saúde, os recursos eram insuficientes para o custeio da

implantação destes hospitais. Esta sistemática de financiamento foi importante naquela fase, pois permitiu a implantação dos hospitais em tempo que pode ser considerado recorde dentro de qualquer padrão que se queira considerar, nos setores setor público ou privado do Brasil ou de qualquer caso semelhante na esfera internacional.

A necessidade de solicitação mensal de recursos complementares pelas OSS criava uma situação que poderia ser chamada "do tipo pires na mão". Para diminuir a dependência da complementação, os hospitais buscaram aumentar seu faturamento. Esta busca por maior faturamento na fase de implantação levou algumas OSS a optar pela definição de um modelo assistencial com base em serviços que produzissem procedimentos de alta complexidade e mais bem remunerados na "Tabela SUS". A partir do ano 2001, a SES mudou a forma de repasse financeiro para os hospitais sob contrato de gestão, que passaram a ter um orçamento anual predeterminado. Este orçamento estabelecido no contrato de gestão possui duas partes: uma fixa, correspondente a 90% do total dos recursos do orçamento, condicionada ao cumprimento das metas de produção, e uma variável, correspondente aos 10% restantes e condicionada ao cumprimento das metas de qualidade, avaliadas pelos técnicos da SES por intermédio de indicadores previamente estabelecidos no contrato de gestão.

Este novo sistema de repasse de recursos é coerente com a lógica da organização do SUS, pois o provedor de serviços, no caso o hospital, passa a trabalhar na perspectiva da realização dos serviços que tragam a melhor resolubilidade do Sistema de Saúde e não mais na lógica da melhor remuneração da tabela de procedimentos. A partir de 2001, a Direção Regional de Saúde (DIR), órgão regional da SES responsável pela organização local do SUS, passou a participar da definição dos serviços a serem contratados dos hospitais. Ou seja, deixou de caber exclusivamente ao provedor o estabelecimento da composição dos serviços ofertados; esta se tornou decisão da instância de deliberação do SUS na esfera em que o hospital se insere. Este modelo distingui-se da administração direta, pois o não cumprimento das metas implica cortes no repasse financeiro, criando-se assim um estímulo à eficácia e à eficiência (cf. FERREIRA JR., 2003).

A implantação dos novos hospitais sob um modelo inovador de gestão da coisa pública trazia, nos seus primórdios, uma grande margem de incertezas, tanto da parte da Secretaria, como das entidades gestoras. Estas dúvidas e a construção

da parceria entre a Secretaria e as OSS provavelmente fez com que o governo assumisse uma postura mais aberta à negociação no processo de elaboração dos orçamentos destes hospitais. Por esta razão, as OSS foram vistas como favorecidas por uma situação privilegiada em relação aos hospitais da administração direta. É interessante constatar que a atual percepção dos diretores dos hospitais das OSS em relação à forma como seus orçamentos são definidos é a mesma dos diretores da administração direta. Quatro dos cinco diretores das OSS consideraram que o orçamento de seus hospitais foi estabelecido com pouca ou nenhuma influência deles. A mesma percepção foi expressa pelos cinco diretores do grupo da administração direta. A única exceção do primeiro grupo entendeu que o orçamento de seu hospital vem historicamente sendo realizado em conjunto com a Secretaria. Entre as leituras possíveis, talvez a mais provável seja que, após a implantação de vários hospitais dentro do regime do contrato de gestão, o nível de incerteza da SES é bem menor do que no início da adoção deste modelo. Por outro lado, os últimos tempos têm sido marcados por queda nas arrecadações dos governos, nas diversas esferas. O melhor conhecimento de parâmetros da operação dos hospitais, aliado à escassez de recursos, talvez tenha levado os governantes a assumir postura mais rígida no momento da negociação dos orçamentos e dos contratos de gestão com as OSS.

A declaração de um diretor de hospital do grupo das OSS dá uma boa indicação de como a limitação de recursos afeta o processo de orçamento dos hospitais deste grupo.

— A nossa proposta foi feita com base em metas, em necessidade da população. Nós tivemos algumas conversas com a comunidade, com o órgão de gestão local hoje na mão da Prefeitura. Mas o estabelecimento de todo o orçamento em si já não levou em conta isso. Como você tem uma folga de 10% para trabalhar, se faz 90% da meta, não perde dinheiro. Você vai trabalhando num mês com 95%, no outro 93%, você vai levando desta forma. Um faz de conta que paga, e outro faz de conta que trabalha na integralidade que prometeu.

A vinculação da receita do hospital a metas de produção está claramente estabelecida no grupo dos hospitais das OSS. Nos hospitais da administração direta,

a elaboração do orçamento para o exercício seguinte leva em conta parâmetros de produção, sendo que em geral a proposta é de manutenção do nível de produção. Mas não há consequência pecuniária se os níveis propostos de produção não são atingidos. De fato, a queda na produtividade do hospital pode levar à redução das despesas de custeio. Nos hospitais das OSS, existe preocupação sempre presente com as metas de produção estabelecidas, pelo receio da penalidade financeira. A preocupação maior destes hospitais tem sido manter a produção (e, portanto, as despesas) dentro dos limites das metas (ou do orçamento) estabelecidas no contrato de gestão, uma vez que não há suplementação de recursos em caso de superação das metas. Fica claro que os hospitais dos dois grupos trabalham com repressão de demanda.

Tanto os diretores dos hospitais da administração direta como os dos administrados pela OSS avaliaram que os orçamentos estão aquém do necessário ou que os fluxos financeiros não estão adequados. Um diretor de hospital da administração direta considerou o orçamento adequado à proposta de trabalho do hospital, mas ressaltou que atrasos no fluxo orçamentário causavam problemas. Dois diretores do grupo das OSS, que consideraram o orçamento adequado para suas propostas de trabalho, revelaram que precisaram recorrer a empréstimos bancários para o fechamento do exercício de 2003, em decorrência do atraso de pagamento dos repasses financeiros realizados pela SES.

A possibilidade de realizar empréstimos bancários ocorre apenas para os hospitais das OSS. Neste grupo, apenas um diretor afirmou não ter feito empréstimo para encerrar as contas do ano. A tomada de empréstimos bancários pelas OSS, em decorrência da necessidade de cobertura das despesas de custeio dos hospitais, levanta questões de caráter formal, quando não ético, que precisam ser debatidas. Em primeiro lugar, é preciso entender qual a garantia oferecida aos bancos por estes empréstimos, já que os hospitais das OSS pertencem ao patrimônio do Estado. Quando a SES retém parte do repasse financeiro das OSS, acaba conscientemente obrigando-as a contrair empréstimos para honrar, entre outros compromissos, o pagamento dos salários dos empregados. Desta maneira, cria-se uma fonte intermediada de financiamento do déficit governamental. Por outro lado, este recurso administrativo — a possibilidade de tomar empréstimos de instituições financeiras — pode ser encarado como forma de garantir que não haja interrupção no atendimento à população. Ainda assim, fica a questão: qual o limite?

Quando se examina a questão dos recursos orçamentários destinados a investimentos, também se percebe a dificuldade de financiamento que vem sendo enfrentada pelo setor. Oito dos dez entrevistados disseram que o recurso orçamentário ou foi considerado insuficiente (em dois dos casos), ou inexistente (em seis casos, inclusive nos cinco hospitais do grupo das OSS). A conclusão é que, na maioria dos casos, os recursos têm sido suficientes apenas para o custeio das atividades, não havendo dotação para obras, aquisição, reposição ou conserto de equipamentos. Este tipo de política leva ao progressivo sucateamento da estrutura física e de equipamentos dos hospitais. Um dos diretores do grupo das OSS relatou que estava havia cinco anos sem pintar o prédio do hospital, por falta de recursos para a manutenção civil.

Também nesta questão o grupo das OSS acaba em vantagem sobre o grupo da administração direta, uma vez que o orçamento dos hospitais das OSS não está vinculado a rubricas para sua execução. Com frequência, estes hospitais têm realizado despesas para manutenção e reparos da estrutura física ou de equipamentos. Esta possibilidade não existe nos hospitais da administração direta. A transferência de recursos de uma dotação orçamentária para outra é um processo que só pode ser realizado centralmente pela Secretaria. Esta liberdade de executar o orçamento do hospital de maneira global, ou seja, sem estar atrelado a rubricas, proporciona muito mais agilidade ao administrador, que poderá dar respostas rápidas a situações de urgência, ao passo que o gerente da administração direta fica de mãos atadas para solucionar prontamente, no âmbito de seu hospital, um problema do tipo "queima da ampola do tomógrafo".

Fica evidente que a falta de recursos orçamentários atinge os dois grupos de hospitais. Não é objetivo deste estudo saber se isto se dá de maneira eqüitativa entre os dois grupos e, dentro dos grupos, entre os hospitais. Também é possível observar que a atitude do Executivo, no processo de elaboração dos orçamentos dos hospitais dos dois grupos, tem sido impositiva, com pouca ou nenhuma margem de negociação. As semelhanças entre os dois grupos, porém, param aqui. A forma de financiamento e de execução orçamentária de cada grupo induz a atitudes administrativas muito diversas. No grupo da administração direta, adota-se uma postura "burocrática", uma vez que o engessamento do orçamento limita o gerente a administrar o fluxo dos gastos com o custeio, ou seja, os itens de consumo. Já no modelo das OSS a visão é "gerencial", e o gerente tem de administrar um orçamento

global, limitado de um lado, mas por outro vinculado a metas de produção e de desempenho: vale dizer, não é um recurso garantido.

Os hospitais das OSS têm mais versatilidade na aplicação dos recursos financeiros que lhe são repassados, bem como podem lançar mão de mecanismos paliativos para enfrentar atrasos nos repasses financeiros do governo. Mas, para estas organizações, as conseqüências de uma persistente falta de recursos podem ser mais críticas. O atraso no repasse dos hospitais da administração direta dificilmente atinge sua folha de salários, nem o hospital pode ir à falência; a OSS pode. De qualquer modo, o diretor de hospital do grupo da OSS é obrigado a efetivamente gerenciar a execução de seus recursos financeiros, ao passo que o gerente do grupo da administração direta está obrigado a uma condição passiva em relação ao fluxo e à execução do seu orçamento.

6.5 A gestão de serviços

Procurou-se observar, neste tópico, as diferenças existentes entre os dois grupos de hospitais no gerenciamento dos serviços, em particular quando estes serviços são terceirizados.

Os hospitais da administração direta apresentaram um padrão bem homogêneo de terceirização, concentrada nos serviços administrativos, e praticamente nenhum serviço contratado na área assistencial. Nos das OSS, de um modo geral, predominou a utilização de serviços próprios, mas com ocorrência significativa de serviços contratados principalmente na área assistencial (ver Quadro 5.7).

Pode-se imaginar que uma forte razão para a terceirização dos serviços administrativos pela administração direta sejam as dificuldades operacionais da gestão de pessoal. A opção por serviços próprios implicaria a contratação por meio de concurso público, e a gestão das pessoas estaria normalizada pelas regras do funcionalismo público. Além disso, isto significaria importante impacto nos gastos com salários, que certamente exorbitariam os limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

No caso das OSS, era de se esperar, como observado, maior incidência de serviços próprios do que de contratados. As entidades certificadas como

organizações sociais da saúde também são todas detentoras de certificação de filantropia. Como decorrência, usufruem isenção quanto a contribuições patronais. Isto significa, na prática, cerca de 50% de redução nos encargos sobre a folha de pagamento de salários. As empresas prestadoras de serviços recolhem integralmente os encargos e, por esta razão, o custo da terceirização resulta maior do que a utilização de serviços próprios.

Por outro lado, as organizações sociais podem optar pela contratação de serviços quando, por dificuldades próprias ou decorrentes da especificidade do serviço, seja mais interessante a terceirização. Isto ocorre com alguns serviços assistenciais para cuja dinâmica de funcionamento é mais conveniente um sistema de remuneração por procedimento do que a forma tradicional de assalariamento. Exemplos disto são os serviços de diagnóstico por imagem e de anestesia, entre outros.

Segundo as informações dos diretores de hospitais da administração direta, as áreas assistenciais não podem ser alvo de terceirização porque são atividades fim. Resta no caso uma polêmica, que é se as áreas de apoio diagnóstico são áreas fim ou meio.

No que diz respeito às questões sobre o gerenciamento dos contratos de prestação de serviços, as respostas dos diretores dos dois grupos de hospitais foram semelhantes, embora os sistemas de gerenciamento sejam diferentes. Em geral, os executivos de ambos os grupos têm autonomia para realizar a contratação de serviços, operam alterações e aditamentos (ainda que sob limites), aplicam penalidades e podem propor e efetivar a rescisão de contratos.

Segundo os entrevistados do grupo da administração direta, o governo estadual estabeleceu parâmetros técnicos e econômicos para os diversos tipos de serviços. Quando a licitação é realizada, o edital está praticamente padronizado. Também os preços dos serviços são parametrizados e acompanhados pelo Executivo. Quando chega o momento de reajuste contratual, este será concedido ou não, conforme os parâmetros de preços do sistema governamental. Eventualmente, o detentor do contrato pode ser chamado a reduzir seus preços. Portanto, o diretor do hospital, neste caso, não tem autonomia para definir preços e reajustes. Isto parece ser encarado como facilitador para o gerente — embora, em alguns casos, o entrevistado comentasse que os preços referenciais do governo tornavam difícil a contratação de prestadores. A Lei de Licitações e Contratos (Lei 8.666/93) permite

aditamentos de até 25% ao valor total do contrato. O diretor tem autonomia para aditar um contrato, desde que disponha de dotação orçamentária para tanto. Esta é a limitação mais citada pelos diretores deste grupo.

No que tange ao gerenciamento de contratos de serviços, a comparação entre os dois modelos de gestão de hospitais estaduais não demonstrou que houvesse, neste aspecto, vantagem significativa de um sobre o outro: ao contrário, nos dois modelos esta questão parece estar bem equacionada. Talvez não seja por acaso que a área de contratação de serviços deixou de ser apontada como a de maior dificuldade por qualquer dos entrevistados. Em ambos os grupos estudados, os diretores estão institucionalmente sujeitos à delimitação dos serviços que podem ou não ser terceirizados e, é óbvio, a determinações orçamentárias que restringem quanto e por quanto tais serviços serão contratados.

6.6 A gestão de materiais

O objetivo básico da administração de materiais é colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo (cf. VECINA NETO e REINHARDT, 1998).

Para dar conta dessa meta, a administração de materiais precisa cumprir tarefas que podem ser agrupadas em quatro funções fundamentais:

- normalização, que responde pela seleção, pela padronização e pela especificação dos materiais e medicamentos;
- aquisição, que responde pela compra dos materiais;
- controle, que cuida da gestão dos estoques; e
- armazenamento, responsável pelo recebimento, pelo armazenamento e pela distribuição dos insumos.

O sintoma mais freqüente de que há problemas no sistema de gestão de materiais é a falta destes. Infelizmente, não é sintoma específico de determinada enfermidade e pode ter diversas causas.

Nas entrevistas com os diretores dos hospitais ligados às OSS, quando questionados se havia falta de materiais em seus hospitais, todos responderam "Não". Em seguida, no decorrer da entrevista, acabaram por lembrar algum episódio de falta de material ou medicamento decorrente de desabastecimento do mercado

da matéria-prima. No grupo da administração direta, apenas um diretor respondeu "Não". Os demais responderam "Sim, raramente" (um diretor) e "Sim, às vezes" (três diretores). As causas da falta de material citadas recaiam em duas ordens: problemas do mercado e problemas com o processo de compras (no caso, o processo licitatório).

Os hospitais da administração direta, assim como qualquer órgão da administração pública, estão obrigados a realizar suas aquisições segundo as normas estabelecidas para licitações e contratos pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. As organizações sociais que administram hospitais por meio de contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde foram obrigadas, pela Lei Complementar nº 846, de junho de 1998, a publicar na imprensa e no *Diário Oficial do Estado*, no prazo de 90 dias após a assinatura daquele contrato, o regulamento próprio dos procedimentos adotados para a contratação de obras, serviços e compras com o emprego de recursos provenientes do poder público. Os diretores de hospitais do grupo das OSS, indagados se, do ponto de vista administrativo, este regulamento facilitava ou criava dificuldades, foram unânimes em afirmar que facilitava. No grupo da administração direta, para a mesma questão em relação à Lei de Licitação, apenas um diretor considerou que esta facilitava, enquanto os demais consideraram que criava dificuldades.

O processo licitatório ainda é percebido negativamente por boa parte da opinião "pública" como processo moroso, que muitas vezes é alvo de contestações e não chega ao seu final. Entretanto, condição fundamental para que um certame licitatório seja bem sucedido é que o edital correspondente seja elaborado com a devida precisão quanto ao objeto que se quer licitar — no caso, o material ou o medicamento que se quer comprar. Assim, é muito importante que os materiais e os medicamentos sejam adequadamente especificados. Isto vale tanto para as instituições públicas, quanto para as instituições privadas. Uma especificação incorreta na requisição de material desencadeia todo um processo que culminará numa aquisição errada ou, no melhor dos casos, em atraso da chegada do material ao usuário final. A forma de garantir a correta especificação de materiais é a padronização dos materiais e medicamentos por uma comissão especialmente constituída para isso e de caráter permanente. Todo material a ser padronizado deve ser analisado por esta comissão, que decide ou não por incluí-lo na padronização.

Nove diretores afirmaram que em seus hospitais havia relação padronizada de materiais e medicamentos. Apenas dois (um de cada grupo) assinalaram a existência de comissão específica. Os outros declararam que aquela relação fora elaborada pelas áreas técnicas com auxílio da administração, o que transmite uma sensação de pouca formalidade e profissionalismo ao processo. No único hospital cujo diretor reconheceu não dispor de relação de materiais, revelou-se, com efeito, uma condução mais séria da questão, já que se acabara de constituir um grupo técnico para proceder à padronização de materiais e de medicamentos.

A comissão de padronização, não importa como venha a ser chamada, é fundamental para a comunicação adequada entre a área técnica e a área administrativa. Nas grandes organizações, em virtude da distância (geográfica ou não) da área de compras à área requisitante, quem realiza a aquisição não conhece a realidade de quem está solicitando o material e, muitas vezes, o material requisitado não consta na relação padronizada. Este não parece ser o caso dos hospitais em estudo, uma vez que apenas dois diretores (ambos de hospitais do grupo das OSS) disseram que as compras são realizadas centralmente pelas entidades gestoras, e só um destes anotou ter tido problemas com a política de compras adotada.

Características importantes nas organizações hospitalares são a agilidade do sistema de compras e, principalmente, os mecanismos adotados em caso da necessidade de se realizar uma aquisição de emergência. Neste aspecto, a diferença entre os dois grupos de hospitais parece ser mais relevante. A licitação, em que pesem as novas modalidades de que dispõe o administrador público — como o pregão presencial e a bolsa eletrônica de compras, que deram muito mais presteza aos procedimentos de aquisição —, ainda é um processo mais vagaroso que a sistemática de compras adotada pelas empresas privadas. Arguidos como procediam quando precisavam fazer aquisições de emergência, os diretores dos hospitais da administração direta citaram várias alternativas, dando a impressão de que isto não é, na prática, um grande problema, desde que haja recursos financeiros. Ainda assim, contrastam o tipo e resposta dada pelos diretores das OSS, que, quando necessitam de uma aquisição emergencial, "mandam comprar" — o que é bem razoável, em se tratando de organizações as quais lidam com situações críticas que envolvem a saúde e a vida das pessoas.

A função de controle diz respeito à política de estoques adotada pela organização. Seu objetivo é manter o nível dos estoques de maneira que não haja falta de materiais. Ao mesmo tempo, trata-se de manter a menor quantidade possível de itens estocados, dados o custo e o risco da armazenagem. Grandes volumes estocados exigem espaços maiores para almoxarifado e farmácia. Os ambientes de estoque devem ser adequados ao tipo de material; não raro, requerem controle de temperatura e refrigeração. Processos produtivos, como os realizados nas organizações de saúde, onde os procedimentos e tratamentos mudam com muita frequência, também desaconselham manter estoques muito grandes, sob o risco de ficar com materiais "encalhados".

Tradicionalmente, a administração pública faz compras em grandes quantidades, em decorrência da complexidade e da morosidade dos processos licitatórios: aquisições para períodos de três e mesmo seis meses são muito comuns. Isto não significa que os estoques devam comportar estes períodos de armazenagem; basta ajustar um calendário de entregas com os fornecedores. Algumas modalidades de licitação também proporcionam mais rapidez de aquisição e, por consequência, maior frequência de compras e menor necessidade de áreas de estocagem. Esta, aliás, é a expectativa manifestada pelos diretores dos hospitais da administração direta, ao citar o emprego de modalidades de licitação como o registro de preços, o pregão presencial e a bolsa eletrônica de preços.

Os estoques de materiais e medicamentos informados pelos diretores dos hospitais da administração direta são muito superiores aos do grupo das OSS. Isso deve ser o resultado da política de compras condicionada pelos processos licitatórios.

As condições de armazenamento dos materiais e medicamentos foram consideradas inadequadas por todos os diretores do grupo da administração direta. Todos os dos hospitais ligados às OSS, de sua parte, consideraram seus almoxarifados adequados. Este contraste, talvez decorrente da situação que se acabou de assinalar e da política de compras e de estoques, que leva ao armazenamento precário de materiais, em corredores, salas improvisadas, etc.

Comparando-se os dois grupos quanto à área de gestão de materiais, é notório que as condições gerenciais disponíveis para os diretores dos hospitais das OSS favorecem a maior eficiência administrativa. É razoável imaginar e esperar que, capacitando-se o funcionário público para a adequada utilização dos recursos que a

legislação de licitação oferece, bem como para o emprego das novas modalidades licitatórias, a gestão de materiais nos hospitais da administração direta se torne mais ágil e eficiente, mesmo que nunca se atinjam os padrões do grupo das OSS.

6.7 Administração direta ou OSS?

Dependendo do lugar onde se formule esta indagação, pode-se criar de imediato um palco de debates acalorados, quando não um campo de batalhas.

No entanto, não parece ser esta a questão mais relevante, pois não se trata da opção entre um e outro modelo, mas do processo de construção do serviço público, de um Estado que deve atender exclusivamente aos interesses da cidadania. A comparação entre os modelos é importante para permitir conhecer aquilo que funciona bem (ou melhor) e aquilo que não funciona, que precisa ser mudado, que está ultrapassado e em ainda cabe inovação. Portanto, para melhorar é preciso avaliar, e para avaliar se faz necessário conhecer e comparar, com a teoria, com o esperado ou com outro modelo ou até com mais modelos. A busca é pela melhoria da qualidade, pela ampliação do acesso e pela extensão da equidade. E comparar também pode ser útil para dar transparência ao conhecimento.

A comparação dos limites e das possibilidades dos instrumentos de gerenciamento de cada um dos modelos deixa a sensação de que, enquanto as OSS entraram no terreno das possibilidades, a administração direta manteve-se no campo dos limites. Cristaliza-se na investigação a contradição entre os paradigmas da administração dos processos, ou da "administração burocrática", e os da administração dos resultados, ou "administração gerencial". O anacronismo dos instrumentos gerenciais e dos processos administrativos da administração direta faz com que seja impossível atender às necessidades de gerência eficaz e eficiente de uma organização com a complexidade de hospitais (como os que são objeto desta pesquisa). Talvez esses instrumentos e esses processos sejam inadequados até mesmo para necessidades de uma unidade teoricamente mais simples, como uma unidade básica de saúde. A observação das quatro áreas administrativas indica vantagens do modelo das OSS em quase todas, com exceção da área de contratação de serviços. Nesta, não se percebeu vantagem significativa de um modelo sobre o outro. Isso talvez seja uma evidência, se não ao menos um indício,

de que a personalidade jurídica da organização é menos importante do que a maneira como executa seus processos e os resultados que obtém.

7 CONCLUSÕES

O presente trabalho teve como objetivo geral comparar dois modelos de gerenciamento de hospitais públicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: o da administração direta pelo Estado e o da administração por organizações sociais de saúde, sob o regime do contrato de gestão. A abordagem escolhida foi fazer esta comparação a partir da prática gerencial dos dois modelos. Para isso, procedeu-se a pesquisa dirigida por meio de questionário semi-estruturado e a entrevistas com os diretores dos hospitais. Propositamente, optou-se por conhecer a avaliação daqueles que estão operando a "ponta" do sistema e que lidam cotidianamente com as questões do gerenciamento do hospital. Não são os instrumentos ou as estruturas que garantem a consecução de resultados, mas as pessoas que operam estes instrumentos e estruturas. Tanaka e Melo (2002) ressaltam com propriedade que o diferencial para a criatividade está nas atitudes e práticas das pessoas, na automotivação e no compromisso com que realizam seu trabalho, e no desenvolvimento do espírito de equipe. Entretanto, se as estruturas organizacionais e os instrumentos gerenciais não são garantia de obtenção de resultados, têm importante papel neste processo. Instrumentos gerenciais inadequados ou inexistentes geram ineficácia e ineficiência.

Assim, a comparação realizada neste trabalho efetuou uma abordagem com foco específico. É importante realçar esse fato: nenhum modelo organizacional para o trato da coisa pública pode ser avaliado de maneira completa sem se considerar o contexto político, social e histórico em que se desenvolveu. Como ficou dito, o cotejo entre aspectos dos dois modelos aqui apresentados não é uma "contenda", mas pode ser importante no processo de construção das estruturas de administração da *res publica*. Neste processo, novas estruturas são criadas, velhos arcabouços são abandonados ou reformulados. Novos paradigmas surgem em contraposição aos velhos e já começam a ser contestados, até serem superados ou não. Felizmente, a História não chegou ao fim.

O modelo de gestão pelas OSS nasce no contexto do projeto de reforma do aparelho do Estado brasileiro iniciada no primeiro governo de Fernando Henrique, de inspiração liberal — social-liberal para seus defensores, neoliberal para seus detratores.

Este projeto tem uma clara proposta de estabelecimento de novo paradigma, a administração gerencial, em contraposição à administração burocrática. Além disso, tem prescrições muito bem definidas para a reforma do Estado. Portanto, qualquer comparação do modelo da administração direta (a estrutura tradicional do serviço público) com o das OSS (originado no projeto de reforma do Estado) está sujeita às vicissitudes do debate que se trava na sociedade brasileira sobre a questão do Estado e as relações entre o público e o privado.

Mais importante do que saber o que funciona bem em cada um dos modelos analisados neste trabalho talvez seja saber o que não funciona bem, até porque, muitas vezes, é possível e mais viável promover modificações parciais em estruturas ou em processos do que grandes mudanças estruturais. Por essa mesma razão, este trabalho dedicou-se a examinar, como um de seus objetivos específicos, as diferenças existentes entre os dois modelos nas áreas de gestão de pessoal, orçamentário-financeira, de contratação de serviços e de compra de materiais. O outro objetivo específico foi verificar a validade da premissa assumida de que os hospitais estaduais administrados diretamente pelo Estado não possuem instrumentos gerenciais adequados que atendam às suas necessidades de gerenciamento.

Os resultados apurados permitem concluir que o modelo de gestão da administração direta apresenta deficiências importantes para o gerenciamento de suas estruturas hospitalares. É um modelo restritivo, centralizado, com pouca possibilidade de inovação. O reconhecimento das limitações estruturais deste modelo é importante para que sejam realizadas as devidas modificações, que não significam necessariamente o fim da estrutura estatal.

Não se encontrou evidência, na pesquisa, de que o fato de o modelo ser estatal por si só o torna inadequado. Ao contrário: na área de gerenciamento de contratos de serviços, por exemplo, constatou-se que o sistema de controle estabelecido pelo Executivo tem suas qualidades reconhecidas pelos diretores de hospital, ainda que não seja completamente imune a críticas. Do ponto de vista do gerenciamento do hospital, tal sistema fixa parâmetros de preços de serviços, mas não exclui o gerenciamento e a negociação em nível local, conduzidos pela direção do hospital, nem prescinde dessas tarefas. Malik e Schiesari, ao discutir a questão da aplicabilidade do gerenciamento da qualidade total (GQT) no setor público, fazem a seguinte consideração em relação à área de orçamento:

O tradicional orçamento do setor público, fixo e ignorando o desempenho institucional, acaba por não estimular esforços setoriais que permitam realocação de recursos. Também inibe a criatividade na busca de alternativas. A escassez de recursos de boa parte de nossas instituições pode fazer com que a afirmação anterior pareça incongruente, mas, verificando o que foi feito até o momento no nível central, nos Estados, nos municípios e nos serviços, constatamos a necessidade de modificar as práticas em todas as instâncias. Se fosse possível a inventividade e a contenção de gastos reverterem em benefícios para as instituições, isso poderia estimular ao menos a mudança no pensamento do planejamento no setor público (MALIK e SCHIESARI, 1998, p. 17).

Não há porque imaginar que seja impossível promover mudanças do tipo que solicitam estas autoras nos processos da administração estatal direta, em todos os seus setores. Para isso, basta que haja vontade e ação política. Como exemplo da modernização dos processos administrativos do governo paulista, veja-se o trabalho de Crespo (2003), que relata a implantação da bolsa eletrônica que agilizou o processo de compras de materiais pelo Estado, o que pôde ser confirmado nas entrevistas com os diretores do grupo dos hospitais da administração direta. A área de gestão de suprimentos pode ser melhorada rapidamente nestes hospitais, pois também não há razão para não solucionar o problema de capacidade de estocagem dos almoxarifados por meio da negociação com os fornecedores, para que estes passem a fazer entregas parceladas.

A administração pública, principalmente no setor dos serviços de saúde, necessita urgentemente de reformas, embora não necessariamente da reforma proposta pelos social-liberais ou pelos social-democratas.

O gerenciamento dos recursos humanos é a área mais crítica. O diretor do hospital está extremamente tolhido em suas possibilidades de conduzir uma política local de desenvolvimento de recursos humanos ou mesmo de executar o gerenciamento básico de pessoal. Mais grave do que a declaração de um dos diretores, de que era obrigado a negociar com o funcionário o cumprimento das suas tarefas, foi a de outro, de que não tinha como tratar de maneira diferenciada o bom e o mau funcionário. Esta condição é a política da "vala comum", em que a opinião pública costuma atirar os funcionários públicos, quando os qualifica de ineptos, de ineficientes, etc. Se é urgente flexibilizar a área de gestão de pessoal da administração direta, até onde pode ir esta flexibilização? A flexibilidade

demonstrada por algumas das OSS precisa ser analisada com cautela. Por exemplo, o uso de maneira intensa de cooperativas para intermediação da contratação de funcionários é um tipo de precarização das relações de trabalho que provavelmente não interessa ao setor de prestação de serviços públicos.

O modelo de gerenciamento dos hospitais públicos por meio das OSS mostra-se mais adequado para este fim, quando comparado com o modelo da administração direta. Isto não significa encarar as OSS como a panacéia a ser prescrita para setor hospitalar do SUS. Além disso, ainda no campo da comparação dos dois modelos, seriam bem-vindos estudos quantitativos que desenvolvam uma límpida comparação da eficiência dos dois modelos.

BIBLIOGRAFIA

ABRÚCIO, F. Síntese do Seminário. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Balanço da reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília, 2002, p. 235-244.

AFONSO, A. B. Uma avaliação da implantação dos novos modelos. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Balanço da reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília: 2002, p. 67-74.

ANDRÉ, M. A. de. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do Estado. *RAE Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 39, n. 3, p. 42-52, jul./set. 1999.

ANDRÉ, M. A. de. Contratos de gestão como instrumentos de promoção da qualidade e produtividade no setor público. *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), n. 1, p. 81-103, fev. 1993.

ANDRÉ, M. A. de. Contratos de gestão: contradições e caminhos da administração pública. *RAE Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 35, n. 3, p. 6-13, maio/jun. 1995.

ANDREWS, C. W.; KOUZMIN, A. O discurso da nova administração pública. *Lua Nova*, São Paulo, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), n. 45, p. 97-129, 1998.

ARAÚJO, V. A conceituação de governabilidade e de governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e de seu aparelho. *Textos para Discussão*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), n. 45, mar. 2002.

BARBOSA, P. R. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. *Revista do Serviço Público*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), ano 47, v. 120, n. 2, p. 67-97, maio/ago. 1996.

BEHN, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca da *accountability* democrática. *Revista do Serviço Público*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), ano 49, n. 4, p. 5-45, out./dez. 1998.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. A reforma administrativa do sistema de saúde. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, Brasília, n. 13, 1998a.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Organizações sociais. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*. Brasília, n. 2, 4ª ed., mar. 1998b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Balanço da reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. *Padronização da nomenclatura do censo hospitalar*. 1ª ed. Brasília, 2002.

CAMPOS, A. M. M.; COSTA, I. de S. A. da. Modernismo, pós-modernismo e política pública: uma leitura sobre a normalização dos recursos humanos no SUS. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 37, n. 3, p. 539-50, maio/jun. 2003.

CARNEIRO JR., N. *O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.

CARNEIRO JR., N.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 37, n. 2, p. 201-226, mar./abr. 2003.

CECÍLIO, L. C. de O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 31, n. 3, p. 36-47, maio/jun. 1997.

CHERCHIGLIA, M. L. *O conceito de eficiência na reforma setorial do Estado brasileiro nos anos 90: difusão e apreensão de um hospital público*. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma setorial do Estado brasileiro na década de 1990: eficiência e privatização? Um estudo num hospital público universitário. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 37, n. 2, p. 313-333, mar./abr. 2003.

COSTIN, C. Aspectos gerais das agências executivas, das agências reguladoras e das organizações sociais. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), n. 22, p. 40-47, 2001.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. *Gestão de recursos financeiros*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania, 10).

CRESPO, A. P. A. *Bolsa Eletrônica de Compras do Governo do Estado de São Paulo (BEC/SP): novo modelo gerencial de administração pública ou simples aplicação da tecnologia da informação ao modelo burocrático?* Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) — Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2003.

CRUZ, S. C. V e. Alguns argumentos sobre reformas para o mercado. *Lua Nova*, São Paulo, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), n. 45, p. 5-27, 1998.

FERRAREZI, E.; REZENDE, V. *Oscip, organização da sociedade civil de interesse público: a lei 9.790/99 como alternativa para o Terceiro Setor*. 2ª ed., revista e ampliada. Brasília, Comunidade Solidária, 2002 (disponível em www.mj.gov.br/snj, em 10 dez. 2004).

FERREIRA JR., W. C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 37, n. 2, p. 243-264, mar./abr. 2003.

FLEURY, S. Reforma del Estado. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 35, n. 3, p. 7-48, set./out 2001.

FRANCO, A. de. Oscip: o primeiro passo de uma reforma social do marco legal do terceiro setor. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Balanço da reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília, 2002, p. 61-84.

GONÇALVES, P. M. Contrato de gestão: instrumento fundamental na implantação do modelo gerencial na administração pública brasileira. *Revista Brasileira de Contabilidade*, Brasília, Conselho Federal de Contabilidade, n. 131, p. 57-69, set./out. 2001.

HORTALE, V. A.; DUPRAT, P. O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços

de saúde no Brasil. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 33, n. 2, p. 7-22, mar./abr. 1999.

IBAÑEZ, N.; BITTAR, O. J. N. V.; SÁ, E. N. de C. *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

KAUFMAN, R. R. A política da reforma do Estado: um exame de abordagens teóricas. *Revista do Serviço Público*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), ano 49, n. 1, p. 43-69, jan./mar. 1998.

LAURELL, A. C. Para um novo Estado de Bem-Estar na América Latina. *Lua Nova*, São Paulo, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), n. 45, p. 187-204, 1998.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 30, n. 5, p. 101-138, set./out. 1996.

LONDOÑO, G. M.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. *Administración hospitalaria*. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2000.

MAINWARING, S. P. *Sistemas partidários em novas democracias: o caso Brasil*. Tradução de Vera Pereira. Porto Alegre/Rio de Janeiro: Mercado Aberto/FGV, 2001.

MALIK, A. M. *Gestão de recursos humanos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania, 9).

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania, 3).

MARQUES, E. C. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *BIB*, Rio de Janeiro, Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisas em Ciências Sociais (Anpocs), n. 30, p. 67-102, 1º semestre de 1997.

MARTINS, L. Reforma da administração pública e cultura política no Brasil: uma visão geral. *Textos para Discussão*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), n. 8, 1997 (reimpressão; 1ª ed., out. 1995).

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), 1993.

OLIVEIRA, W. F. de; JUNQUEIRA, L. A. P. Questões estratégicas na reforma sanitária: o desenvolvimento do terceiro setor. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 37, n. 2, p. 227-241, mar./abr. 2003.

PAZ, L. S. Apontamentos sobre Plano Diretor de Reforma do Estado, organizações sociais e contratos de gestão. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, v. 36, n. 3, p. 36-39, jul./set. 2001.

PEREIRA, L. C. B. A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova*, São Paulo, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), n. 45, p. 49-95, 1998a.

PEREIRA, L. C. B. Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado. *Textos para Discussão*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), n. 9, out. 1996.

PEREIRA, L. C. B. Cidadania e res publica: a emergência dos direitos republicanos. *Textos para Discussão*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), n. 15, maio 1997.

PEREIRA, L. C. B. Da administração pública burocrática à gerencial. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999a, p. 237-270.

PEREIRA, L. C. B. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999b, p. 21-38.

PEREIRA, L. C. B. Reconstruindo um novo Estado na América Latina. *Textos para Discussão*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), n. 24, mar. 1998b.

PEREIRA, L. C. B. *Reforma do Estado para a cidadania*. São Paulo: Editora 34, 1998c.

PEREIRA, L. C. B. Reforma gerencial do Estado de 1995. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 34, p. 7-26, jul./ago. 2000.

PEREIRA, L. C. B. Uma resposta estratégica aos desafios do capitalismo global e da democracia. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Balanço da reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília, 2002, p. 29-35.

PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

PINDYCK, R.; RUBINFELD, D. L. *Microeconomia*. 4ª ed. São Paulo: Makron Books, 1999.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desempenho do Estado: uma perspectiva agent X principal. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999, p. 39-74.

RIBEIRO, S. M. R. Controle interno e paradigma gerencial. *Textos para Discussão*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), n. 17, jul. 1997.

REFORMA do Estado. *Cadernos ENAP*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), v. 2, n. 4, dez. 1994.

REVISTA DO PMS. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, n. 1, fev. 1987.

REVISTA DO PMS. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, n. 2, abr. 1987.

RODRIGUES, L. C. A concessão do título jurídico de organização social. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, Editora Renovar/Fundação Getúlio Vargas (FGV), n. 232, p. 133-140, abr./jun. 2003.

SANO, H. *Nova gestão pública e accountability: o caso das organizações sociais paulistas*. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) — Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2003.

SANTANA, A. Agências executivas e agências reguladoras, o processo de agencificação: pressupostos do modelo brasileiro e balanço da experiência. In:

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Balanço da reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública*. Brasília, 2002, p. 75-84.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, v. 108, n. 106, 5 jun. 1998.

SCHULZ, R.; JOHNSON, A. C. *Administração de hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1979.

SEIXAS, P. H. D'A. *As organizações sociais de saúde em São Paulo, 1998-2002: uma visão institucional*. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) — Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2003.

SILVA, C. E. de S. e. Contratos de gestão nas empresas estatais: estrutura e problemas de acompanhamento. *RAP Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas (FGV), v. 29, n. 4, p. 60-73, out./dez. 1995.

TANAKA, O.; MELO, C. *Inovação e gestão: a organização social no setor saúde*. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2002.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. *Gestão de recursos materiais e de medicamentos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania, 12).

ANEXOS

Anexo A

Questionário para entrevista

Atenção: Antes de iniciar a entrevista, apresentar o Formulário de Consentimento Informado em duas vias e solicitar a assinatura na via do entrevistador.

Hospital:

Número de leitos instalados: _____ Número de leitos em operação: _____

Parte I

Caracterização do entrevistado.

Nome do entrevistado

Nomenclatura do cargo ou função:

Há quanto tempo na instituição:

Há quanto tempo ocupa o atual cargo ou função?

Formação profissional:

Especialização:

Parte II

Geral

1. Entre as áreas descritas abaixo, como você as classificaria em ordem decrescente de importância para o gerenciamento do hospital.

- () Gestão de pessoal
- () Gestão financeira e orçamentária
- () Contratação de serviços
- () Compras de materiais

1.1 Em qual das áreas acima você encontra a maior dificuldade? Por quê?

1.2 Qual a de maior facilidade? Por quê?

2. Para a contratação de serviços e para a compra de materiais obedece a algum tipo de regulamentação?

- a) ☐ Lei de licitações
- b) ☐ Regulamento próprio da Instituição
- c) ☐ Nenhuma regulamentação

2.1 Em relação à **alternativa escolhida acima**, do ponto de vista administrativo – gerencial, você diria.

Tipo de regulamentação	Facilita	Cria dificuldade	Indiferente
Licitação			
Regulamento interno			
Nenhuma			

Por quê?

Parte III

Gestão de recursos humanos

1. Você ou o seu antecessor participou da definição do quadro de pessoal do hospital?

Sim ☐ Não ☐

2. Você tem autonomia para contratar funcionários?

Sim ☐ Não ☐

2.1 Existe dificuldade para a contratação de pessoal? (ex. Pode ser dificuldades internas ex. a burocracia da organização, legais ex.: impeditivos da lei, externas: falta do profissional no mercado, baixo salário da organização.)

Sim ☐ Não ☐

2.1.2 Em caso positivo, qual?

3. Você tem autonomia para criar novas posições ou funções dentro de quadro de pessoal?

Sim ☐ Não ☐ Por quê?

4. Você identifica problemas de ordem qualitativa e/ou quantitativa no quadro de pessoal? (número, qualificação, categorias, nível salarial, etc)

Não ☐

Sim ☐ Quais? ☐ Quadro de pessoal subdimensionado.

☐ Baixa qualificação de funcionários.

☐ Plano de carreira inexistente ou pouco

atraente.

☐ Salários pouco atraentes frente ao mercado.

☐ Outros. Citar.

4.1 Em caso afirmativo, em relação as inadequações assinaladas, você tem como resolver cada um dos casos? (a resposta pode ser afirmativa para um caso e negativa para o outro)

Sim ☐ Como?

Não ☐ Por quê?

5. Você tem autonomia para aplicar medidas disciplinares e ou demitir funcionários?

• Medidas disciplinares Sim ☐ Não ☐

• Demitir funcionários: Sim ☐ Não ☐

5.1 Em caso afirmativo, cite as medidas.

5.2 Em caso negativo, isto causa problemas gerenciais?

Sim ☐ Quais?

Não ☐

6. Quais das seguintes formas de contratação são utilizadas para contratação de pessoal?

a) ☐ seleção e contratação pela CLT

b) ☐ concurso público e contratação como CLT

c) ☐ concurso publico e contratação como estatutário

d) ☐ contratação através de cooperativas

e) ☐ contratação através de empresa (como pessoa jurídica)

f) ☐ Outras Quais?

7. O hospital tem autonomia para desenvolver e implementar programas de treinamento, ou de capacitação de pessoal?

Sim ()

Não ()

8. De janeiro de 2003 até o presente ocorreu algum programa de treinamento ou capacitação de pessoal?

Quais? (mencionar somente os que lembrar)

9. A folha de pagamentos incluindo encargos, representa que percentual do orçamento do hospital?

10. Existe, no hospital, funcionário responsável especificamente para a área recursos humanos?

Sim ()

Não ()

10.1 Se sim: Qual o cargo?

Parte IV

Gestão financeira e orçamentária

1. Qual o valor total do orçamento do seu hospital, incluindo a folha de pagamentos?

2. Quais são as fontes de receita do hospital

(existem outras fontes, tais como, aluguéis, doações, etc além de recursos orçamentários? Citar.).

3. No processo de negociação do orçamento do hospital você diria que: (considerar nesta resposta o processo ocorrido mais recentemente)

() O orçamento foi estabelecido pela Secretaria com pouca ou nenhuma influência do hospital

() O orçamento foi estabelecido conjuntamente entre o hospital (ou OSS) e a SES.

() O orçamento aprovado foi o proposto pelo hospital (ou OSS) com pouca ou nenhuma restrição da SES.

4. A elaboração do orçamento teve como base metas de produção, ou objetivos a serem atingidos?

Sim ()

Não ()

4.1 Em caso afirmativo, o que ocorre se as metas ou objetivos não são atingidos?

5. O orçamento atual é adequado para a atual proposta de trabalho do hospital?

Sim ()

Não ()

5.1 Em caso negativo, você poderia dizer, em termos percentuais, em quanto o orçamento precisaria ser suplementado? (Considerar o orçamento atual 100%)

6. Qual a sua autonomia para a execução orçamentária? O recurso financeiro está vinculado a rubricas ou pode ser usado livremente?

7. Nos últimos dois orçamentos aprovados houve recursos destinados especificamente para investimentos? (obras e equipamentos)

Sim () Não ()

Em caso negativo, isto causa dificuldades?

Sim () Não () Quais?

8. A sua entidade pode tomar empréstimos junto a instituições financeiras?

Sim () Não ()

8.1 Em caso afirmativo, isto já ocorreu?

Sim () Por qual motivo?

Não ()

9. Existe, no hospital, funcionário responsável especificamente pela área financeira e /ou orçamentária?

Sim () Não ()

9.1 Se sim: Qual o cargo?

Parte V

Gestão de Serviços

1. Qual o percentual do orçamento total do hospital destinado à contratação de serviços?

2. Na tabela abaixo, identifique em quais área o hospital possui serviços próprios e em quais possui serviços contratados. Quando for o caso assinalar as duas opções:

Área	Próprio	Contratado	Não aplicável
Administrativos			
Alimentação			
Limpeza			
Segurança			
Lavanderia			
Manutenção predial			
Manutenção de equipamentos hospitalares			
Informática			
Transporte			
Assistenciais			
Equipes médicas			
Anestesia			
Diagnóstico por Imagem			
Laboratório Clínico			
Hemoterapia			
CCIH			
Transporte			

3. A contratação de serviços é feita pelo hospital?

Sim () Não ()

3.1 Em caso negativo, quem faz?

4. O hospital pode fazer aditamentos ou alterações ao contrato de prestação de serviços?

Sim () Não ()

4.1 Se sim, isto já ocorreu? (citar um ou mais exemplos)

4.2 Se não, isto causa problemas?

5. O hospital pode aplicar penalidades ao prestador de serviços?

Sim () Não ()

5.1 Se sim, isto já ocorreu? (citar um ou mais exemplos)

5.2 Se não pode aplicar penalidade, isto causa problemas?

6. O hospital tem autonomia para rescindir os contratos de prestação de serviços?

Sim () Não ()

6.1 Se sim, isto já ocorreu? (citar um ou mais casos)

6.2 Se não tem autonomia, isto causa problemas?

7. Existem restrições, ou limites orçamentários para a contratação de serviços?

Sim () Não ()

7.1 Se sim:

7.1.1 quais?

7.1.2 Estas restrições causam dificuldades administrativas?

8. Existe, no hospital, funcionário responsável especificamente pela área de serviços?

8.1 Se sim: Qual o cargo?

Parte VI

Gestão de Materiais

1. Qual o percentual do orçamento total do hospital destinado à compra de materiais e medicamentos?

2. Ocorre falta de material ou medicamento no hospital?

() Não

() Sim () frequentemente

() às vezes

() raramente

2.1 Se ocorre falta, por que motivo?

3 A compra de materiais é feita pelo hospital?

Sim ()

Não ()

Em caso negativo

3.1 Quem realiza as compras?

3.2 Isto cria problemas administrativos? (explicar)

4. O hospital possui relação padronizada de materiais e de medicamentos?

Sim ()

Não ()

Se sim:

4.1 Quem elaborou a relação?

4.2 A relação atende às necessidades do hospital?

Sim ()

Não () Por quê?

5. Como o hospital procede quando precisa realizar uma aquisição de emergência?

6. A área de estocagem, (almoxarifado) é adequada às necessidades do hospital?

Sim ()

Não ()

6.1 Se não, por quê? Como resolve o problema?

7. Qual o estoque médio do hospital em termos de:

Tempo de consumo em meses?

Valores financeiros?

8. Existe, no hospital, funcionário responsável especificamente para a área de suprimentos?

Sim ()

Não ()

Se sim:

8.1 qual o cargo?

Anexo B**Formulário de consentimento para pesquisa**

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA

Título: Gerenciamentos de Hospitais Públicos no Estado de São Paulo: um estudo comparativo entre hospitais administrados pelas organizações sociais e hospitais administrados diretamente pelo Estado.

Autor: Walter Cintra Ferreira Junior

Orientadora: Professora Ana Maria Malik

Propósito

Você está sendo convidado para participar de pesquisa de campo integrante de projeto de dissertação de mestrado em administração de empresas da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.

O propósito do estudo é compreender a percepção de executivos hospitalares sobre o processo de gerenciamento em seus hospitais. Sua participação é importante porque como executivo sênior desta organização, você poderá responder perguntas relacionadas a questões afetas ao processo de gerenciamento de sua organização.

Procedimento

Se você concordar em participar, você será entrevistado utilizando-se um questionário semi-estruturado. Minha expectativa é que a entrevista não exceda 45 minutos. A entrevista será gravada em fita cassete para dar suporte à compilação dos questionários. Após isto, as fitas serão destruídas.

Benefícios

Pode ser que não haja nenhum benefício direto para você. Quando o estudo for concluído, você receberá uma cópia do trabalho. O trabalho poderá ser de seu interesse e também de outros líderes na área hospitalar.

Confidencialidade

Toda informação referente a você será mantida em sigilo. Nenhum nome de organização ou de entrevistado será identificado. As fitas cassetes com as entrevistas serão destruídas imediatamente após a informação ter sido transcrita, portanto nada ficará gravado de maneira que identifique a sua pessoa.

Os resultados poderão ser publicados para fins científicos sem que haja identificação dos indivíduos. Se alguma informação sobre você for publicada, será escrita de maneira que você não possa ser reconhecido. Além disso, a análise dos resultados e as conclusões não serão apresentadas como um estudo de caso individual.

Participação Voluntária / Exclusão

Sua participação neste estudo é voluntária. Você é livre para excluir sua participação a qualquer momento. Se, a qualquer momento, você decidir excluir sua participação, você deverá entrar em contato com o autor do projeto ou a orientadora do trabalho para que sua informação seja excluída dos dados da pesquisa.

Contatos

Para perguntas relacionadas com este estudo, contatar o autor Walter Cintra Ferreira Junior, pelos telefones 5549-6332 ou a orientadora, Prof. Ana Maria Malik, na Fundação Getulio Vargas, telefone (011)281-7717

Uma cópia deste formulário de consentimento será entregue a você.
Sua assinatura abaixo indica que você consente em participar deste estudo.

Entrevistado

Data

Pessoa que aplicou o consentimento

Data

Anexo C

Hospitais do Governo do Estado de São Paulo de Administração Estatal Direta

HOSPITAIS DO GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO DE ADMINISTRAÇÃO
ESTATAL DIRETA

1. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
2. Instituto de Infectologia Hospital Emílio Ribas
3. Hospital Geral Jesus Teixeira da Costa (Guaianazes)
4. Hospital Geral São Mateus
5. Hospital Regional Sul
6. Hospital Brigadeiro
7. Hospital da Água Funda
8. Hospital Geral de Nova Cachoeirinha
9. Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros
10. Hospital Dr. Osiris Florindo Coelho (Ferraz de Vasconcelos)
11. Conjunto Hospitalar Mandaqui
12. Complexo Hospitalar Padre Bento (Guarulhos)
13. Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões (Osasco)
14. Hospital Geral de Taipas
15. Hospital Geral de Vila Penteado
16. Hospital Heliópolis
17. Hospital Infantil Cândido Fontoura
18. Hospital Infantil Darcy Vargas
19. Hospital Ipiranga
20. Hospital e Maternidade Interlagos
21. Hospital Psiquiátrico Pinel
22. Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti (Mogi das Cruzes)
23. Complexo Hospitalar do Juquery
24. Hospital Nestor Goulart Reis (Américo Brasiliense)
25. Hospital Prof. Cantídio de Moura Campos (Botucatu)
26. Hospital Psiquiátrico Clemente Ferreira (Lins)
27. Hospital Psiquiátrico de Santa Rita do Passa Quatro
28. Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto
29. Hospital Regional de Assis
30. Hospital Regional do Vale do Ribeira
31. Centro de Reabilitação de Casa Branca

- 32. Conjunto Hospitalar de Sorocaba
- 33. Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes (Itu)
- 34. Hospital Estadual de Presidente Prudente
- 35. Hospital Geral de Mirandópolis
- 36. Hospital Geral de Promissão
- 37. Hospital Guilherme Álvaro (Santos)
- 38. Hospital Manoel de Abreu (Bauru)

Anexo D**Hospitais gerenciados por meio de contrato de gestão**

Hospitais gerenciados por meio de contrato de gestão

<i>Hospital</i>	Organização Social da Saúde
Itaim Paulista	Casa de Saúde Santa Marcelina
Pirajussara	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Escola Paulista de Medicina
Guarulhos	Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Carapicuíba	Associação Sanatorinhos
Itaquaquecetuba	Casa de Saúde Santa Marcelina
Diadema	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Escola Paulista de Medicina
Grajaú	Universidade de Santo Amaro UNISA
Pedreira	Hospital Santa Catarina
Itapecerica da Serra	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário de São Paulo – SECONCI – SP
Itapevi	Associação Sanatorinhos
Santo André	Fundação ABC
Vila Alpina	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário de São Paulo – SECONCI – SP
Sumaré	Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (Não é OSS.)
Sapopemba	Fundação Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas de São Paulo (Não é OSS)
Francisco Mourato	Universidade de Santo Amaro UNISA

Anexo E**Fac-símile da minuta do contrato de gestão**

Minuta do Contrato de Gestão 2003

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 120, de 24-9-2002

O Secretário da Saúde, considerando:

os Contratos de Gestão já existentes entre a Secretaria da Saúde e as Organizações Sociais e aqueles que vierem a ser firmados;

a necessidade de definir modelos adequados de atenção à saúde que incentivem a eficiência e qualidade com menores custos e que visem atenuar e resolver os aspectos da prestação de serviços que produzem insatisfação dos seus usuários;

a necessidade de acompanhar a execução dos Contratos de Gestão, no que se refere aos seus aspectos técnicos e administrativos;

a necessidade de planificação e acompanhamento da execução dos recursos orçamentários e financeiros destinados aos Contratos de Gestão, de modo a garantir a melhor relação custo-benefício possível e sua correta utilização, resolve:

Artigo 1º - Fica definido e estabelecido o modelo de Contrato e seus anexos, reproduzidos a seguir, como instrumento padrão para a contratação de serviços de saúde sob a modalidade "Contrato de Gestão", para aqueles serviços gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde e para aqueles que vierem a ser firmados com esta Secretaria.

Artigo 2º - O modelo de contrato de que trata esta Resolução entrará em vigor para os Contratos que vierem a ser firmados com vigência contratual a partir de 01/01/2003.

Artigo 3º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as publicações anteriores referentes à matéria.

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE, E O (A) QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO(A)

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. José da Silva Guedes, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade R.G. nº 1.787.016, CPF nº 006.316.808-10, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado o(a), com CNPJ/MF nº

....., inscrito no CREMESP sob nº, com endereço à Rua e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de São Paulo, neste ato representada por seu, Sr., R.G. nº

....., C.P.F. nº, doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no(a) cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

1 - O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde no(a), em conformidade com o Anexo Técnico I - Prestação de Serviços, que integra este instrumento.

2 - O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

3 - Fazem parte integrante deste CONTRATO:

- a) O Anexo Técnico I - Prestação de Serviços/ (tipo de serviços)
- b) O Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento
- c) O Anexo III - Formulários de Acompanhamento e Controle

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à CONTRATADA, além das obrigações constantes das especificações técnicas (Anexos I e II) e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

1 - Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS- Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato;

2 - Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº 846/98;

3 - Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);

4 - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846/98, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

4.1 - A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);

5 - Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

6 - Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

6.1 - A permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas no artigo 6º, § 5º, combinado com o artigo 14, § 4º, ambos da Lei Complementar nº 846/98;

6.2 - Comunicar à instância responsável da CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

7 - Transferir, integralmente, à CONTRATANTE em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no(a) cujo uso lhe fora permitido;

8 - Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto no artigo 3º, incisos I a IV, da Lei Complementar nº 846/98, observado o prazo previsto no art. 21, do mesmo diploma legal;

9 - Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

- 10 - Instalar no(a), cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Cliente", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades;
- 11 - Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;
- 12 - Em se tratando de serviço de hospitalização informar, diariamente, à CONTRATANTE, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;
- 13 - Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";
- 14 - Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
- 15 - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- 16 - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 17 - Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 18 - Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 19 - Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- 20 - Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
- 21 - Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 22 - Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 23 - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- 24 - Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- 25 - Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:
- * Comissão de Prontuário Médico;
 - * Comissão de Óbitos;
 - * Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;
- 26 - Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ALTA", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
- 1 - Nome do paciente
 - 2 - Nome da Unidades de atendimento
 - 3 - Localização do Serviço/Hospital (endereço, município,estado)
 - 4 - Motivo do atendimento (CID-10)
 - 5 - Data de admissão e data da alta
 - 6 - Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese/ou materiais empregados, quando for o caso
- 26.1 - O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:
- " Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".
- 27 - Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 25 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;
- 28 - Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação.

29 - Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades hospitalares.

30 - A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 20 (vinte) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.

CLÁUSULA TERCEIRA

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:

- 1 - Prover a CONTRATADA dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;
- 2 - Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;
- 3 - Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso;
- 4 - Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- 5 - Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde;
- 6 - Analisar, anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA

DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto no § 3º do artigo 9º da Lei Complementar nº 846/98, procederá à verificação periódica do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Assembléia Legislativa.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da CONTRATADA.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA

DO ACOMPANHAMENTO

A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA

DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 5 (cinco) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato, especificados no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II, a importância global estimada de R\$ (.....).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ XXXXXXX correspondente a este exercício financeiro, onerará a rubrica, no item, no exercício de 2003 destinado a custear o presente CONTRATO DE GESTÃO.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subsequentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste CONTRATO DE GESTÃO.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO QUINTO

A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o hospital público sob sua gestão de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da OSS CONTRATADA. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

No primeiro ano de vigência do presente contrato, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em de R\$ (.....), sendo que a transferência à CONTRATADA será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor corresponde a um valor fixo (1/12 de 90% do orçamento anual, e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/12 de 10% do orçamento anual).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados nos meses de Fevereiro, Maio, Agosto e Novembro após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico II do Sistema de Pagamento.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra o presente CONTRATO.

PARÁGRAFO QUARTO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados no mês de Janeiro do contrato do ano seguinte.

CLÁUSULA NONA

DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser anualmente alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA

DA RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a CONTRATADA faça jús.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA

DAS PENALIDADES

A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

DISPOSIÇÕES FINAIS

- 1 - É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.
- 2 - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Contrato, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.
- 3 - Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de reti-ratificação ao presente contrato.
- 4 - A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA

DA PUBLICAÇÃO

O CONTRATO DE GESTÃO será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data desua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA

DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

....., de de

CONTRATADA JOSÉ DA SILVA GUEDES

Secretário de Estado da Saúde

Testemunhas:

1) _____ 2) _____

Nome: Nome:

R.G.: R.G.:

ANEXO TÉCNICO I - A

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde , oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O Serviço de Admissão da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas. O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

A CONTRATADA fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a CONTRATADA , em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no SIH- Sistema de Informações Hospitalares, no SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

1 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1 - No processo de hospitalização, estão incluídos:

- * Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- * Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- * Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS- Sistema Único de Saúde;
- * Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- * Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- * Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- * Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- * O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- * Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS- Sistema Único de Saúde);
- * Diárias nas UTI- Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- * Sangue e hemoderivados
- * Fornecimento de roupas hospitalares
- * Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do

2 - ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

2.1 - Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhadas de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

2.2 - Se a assistência prestada em regime de urgência der origem à internação do paciente, não se registrará como um atendimento de urgência e sim, como um atendimento hospitalar.

2.3 - Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

3 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

* Primeira consulta

* Consultas subsequentes (retornos)

* Cirurgias Ambulatoriais

3.1 - Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente a um profissional de determinada especialidade, no período de um ano, por uma determinada patologia. As demais consultas deste paciente (retornos) são consideradas consultas subsequentes.

3.2 - Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc..., os mesmos devem ser registrados como consultas subsequentes.

3.3 - Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas cirúrgicas do hospital que não requeiram hospitalização e neles estão incluídos todos os procedimentos que seja necessário realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita.

4 - PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o hospital se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela CONTRATANTE após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro do hospital e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II - ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1 - Internação Hospitalar

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares anual de, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Tabela I

ÁREAS DE INTERNAÇÃO Nº DE SAÍDAS Nº DE SAÍDAS

1º SEMESTRE 2º SEMESTRE

Clínica Médica

Clínica Cirúrgica

Obstetrícia

Pediatria

Psiquiatria

2 - Atendimento Ambulatorial

Tabela II

ESPECIALIDADES PRIMEIRAS CONSULTAS

CONSULTAS SUBSEQUENTES

1º SEMESTRE 2º SEMESTRE

TOTAL ANUAL

3 - Atendimento a Urgências

* Número de atendimentos anual:

* Número de Atendimentos 1º semestre: atendimentos

* Número de Atendimentos 2º semestre: atendimentos

4 - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de exames, a pacientes EXTERNOS ao hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades médias mensais especificadas:

Tabela III

EXAMES Nº. DE EXAMES

Patologia Clínica Pacientes do Hospital Pacientes Externos

Radiologia

Ultrassonografia

Mix de Diagnoses

APAC 's

FAEC-

(*) Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão sub-divididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial

III - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES MENSAIS ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

1 - Altas Hospitalares

O Hospital informará o número mensal de saídas que realiza, agrupadas por clínicas, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES:

Tabela IV

Hospitalização Total Saídas Óbitos Pacientes- dia Leitos Operacionais

Clínica Médica

Clínica Cirúrgica

Obstetrícia

Pediatria

Psiquiatria

UTI

2 - Atividade Cirúrgica

O Hospital informará, mensalmente, a atividade cirúrgica que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES:

Tabela V

Atividade Cirúrgica Eletiva Urgente Média de salas cirúrgicas operacionais/dia

Hospitalar

Ambulatorial

3. Atendimento Ambulatorial

O Hospital informará, mensalmente, a atividade ambulatorial que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES:

Tabela VI

Número de 1ª consultas

Número de Consultas subsequentes

4 - Atendimento de Urgência/Emergência

O Hospital informará, mensalmente, a atividade relativa ao atendimento às urgências e emergências que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES, indicando quantos pacientes desse total foram internados no próprio hospital e quantos não o foram.

Tabela VII

Urgências e Emergências Nº pacientes internados Nº pacientes não internados Óbitos no PS, (MENOR)48 horas

5 - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

O Hospital informará, mensalmente, a atividade relativa aos exames de apoio diagnóstico que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES. O registro dessa atividade refere-se a pacientes do próprio hospital e, também, àqueles pacientes provenientes do SUS para a realização da atividade em questão (pacientes externos) e segundo os fluxos assistenciais definidos pela SES:

Tabela VIII

EXAMES Nº. DE EXAMES

Patologia Clínica Pacientes do Hospital Pacientes Externos

Radiologia

Ultrassonografia

Mix de Diagnoses

APAC´s

FAEC-

ANEXO TÉCNICO I - B

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O Serviço de Admissão da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas. O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no Sistema, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

1 - ASSISTÊNCIA

2 - PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

II - ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

ANEXO TÉCNICO II - A

SISTEMA DE PAGAMENTO - SERVIÇOS HOSPITALARES

ANEXO TÉCNICO REFERENTE À CLÁUSULA 1ª DO CONTRATO DE GESTÃO

- SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1 - A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em 04 modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a saber:

- * Atendimento Hospitalar (internação)
- * Atendimento Ambulatorial
- * Atendimento de Urgências
- * Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

1.1 - As 4 modalidades de atividade assistencial acima relacionadas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários do hospital.

2 - Além das atividades de rotina, o hospital poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 4 do ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, respeitadas as limitações previstas em lei.

3 - O montante do orçamento econômico-financeiro global do hospital, estimado em R\$ (.....), compõe-se da seguinte forma:

*% por cento) do valor, R\$ (.....), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento hospitalar (internação);

*% (..... por cento) do valor, R\$ (.....), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento ambulatorial;

*% (..... por cento) do valor, R\$ (.....) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento de urgências e,

*% (..... por cento) do valor, R\$ (.....) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT.

4 - Os pagamentos à CONTRATADA dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 - 90% (noventa por cento) do valor global será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$ (.....);

4.2 - 10% (dez por cento) do valor global será repassado mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimativo de R\$ (.....), vinculado à avaliação dos indicadores e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido mais adiante neste documento;

4.3 - A avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo hospital.

5 - Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a CONTRATADA no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo hospital.

5.1 - As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's- Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela CONTRATANTE.

5.2 - As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade e movimentação de recursos econômicos e financeiros serão encaminhadas via Internet, através de site disponibilizado pela CONTRATANTE e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos .

5.3 - O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessários à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo hospital e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6 - A CONTRATANTE procederá à análise mensal dos dados enviados pela CONTRATADA para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7 - A cada período de 03 (tres) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 4 deste documento.

8 - Nos meses de Julho e Dezembro, a CONTRATANTE procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

9 - Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividade assistencial ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, na forma e limites estabelecidos em lei.

10 - A análise referida no item 08 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

10.1 - Os Termos Aditivos que venham a ser firmados, sejam estes para adição ou supressão nas quantidades de atividade assistencial pactuadas, serão estabelecidos na conformidade e nos limites do que dispõe a legislação que regula a matéria.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS CONTRATADAS

a) 12 (doze) parcelas mensais de valor fixo, correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento econômico estabelecido.

b) 12 (doze) parcelas mensais correspondente a 10% (dez por cento) do orçamento econômico estabelecido, cuja avaliação ocorrerá com base nos seguintes indicadores:

Tabela IX

INDICADOR DESCRIÇÃO AVALIAÇÃO VALORAÇÃO

c) Os valores percentuais apontados para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

1 - Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados, serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Julho e Dezembro.

2 - A avaliação e análise referidas no item 08 deste documento será efetuada conforme explicitado na tabela abaixo. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 deste documento.

Tabela X

ATIVIDADE REALIZADA VALOR A PAGAR

INTERNAÇÃO Acima do volume contratado 100% do peso percentual da atividade internação

Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade internação

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)

AMBULATÓRIO

Acima do volume contratado

100% do peso percentual da atividade ambulatorial

Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade ambulatorial

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)

SADT Acima do volume contratado 100% do peso percentual da atividade SADT

Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade SADT

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)

Tabela XI

HOSPITAL " PORTAS FECHADAS" HOSPITAL " PORTAS ABERTAS"

ATIVIDADE REALIZADA VALOR A PAGAR ATIVIDADE REALIZADA VALOR A PAGAR

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Acima do volume contratado 100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Até 10% acima do volume contratado 100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.

Entre 11% e 25% acima do volume contratado De 11% a 25% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital(R\$)

Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade URG./EMERG. Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

ANEXO TÉCNICO II - B

SISTEMA DE PAGAMENTO - SERVIÇOS

ANEXO TÉCNICO REFERENTE À CLÁUSULA 1ª DO CONTRATO DE GESTÃO

- SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1 - A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a saber:

*

1.1 - As modalidades de atividade assistencial acima relacionadas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários do

2 - Além das atividades de rotina, o poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 2 do ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, respeitadas as limitações previstas em lei.

3 - Os pagamentos à CONTRATADA dar-se-ão na seguinte conformidade:

3.1 - 90% (noventa por cento) do valor global será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$ (.....);

3.2 - 10% (dez por cento) do valor global será repassado mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimativo de R\$ (.....), vinculado à avaliação dos indicadores e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido mais adiante neste documento;

3.3 - A avaliação da parte variável será realizada nos meses de maio, agosto e novembro, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo hospital.

4 - Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a CONTRATADA no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas.

5 - As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no Sistema de acordo com normas e prazos estabelecidos pela CONTRATANTE.

5.1 - As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade e movimentação de recursos econômicos e financeiros serão encaminhadas via Internet, através de site disponibilizado pela CONTRATANTE e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos .

5.2 - O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessários à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo hospital e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6 - A CONTRATANTE procederá à análise mensal dos dados enviados pela CONTRATADA para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7 - A cada período de 03 (tres) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 4 deste documento.

8 - Nos meses de Julho e Dezembro, a CONTRATANTE procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

9 - Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de atividade assistencial ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, na forma e limites estabelecidos em lei.

10 - A análise referida no item 08 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades desenvolvidas, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

10.1 - Os Termos Aditivos que venham a ser firmados, sejam estes para adição ou supressão nas quantidades de atividade assistencial pactuadas, serão estabelecidos na conformidade e nos limites do que dispõe a legislação que regula a matéria.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS CONTRATADAS

a) 12 (doze) parcelas mensais de valor fixo, correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento econômico estabelecido.

b) 12 (doze) parcelas mensais, correspondente a 10% (dez por cento) do orçamento econômico estabelecido, com base nos seguintes indicadores:

Tabela XII

INDICADOR DESCRIÇÃO AVALIAÇÃO VALORAÇÃO

c) Os valores percentuais apontados para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

1 - Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados, serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Julho e Dezembro.

2 - A avaliação e análise referidas no item 08 deste documento será efetuada conforme explicitado na tabela abaixo. Os desvios serão analisados em relação às quantidades contratadas de atividade assistencial especificadas no ANEXO TÉCNICO

I - Prestação de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA.

Tabela XIII

ATIVIDADE REALIZADA VALOR A PAGAR

Acima do volume contratado 100% do orçamento (R\$)

Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do orçamento (R\$)

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X orçamento (R\$)

Menos que 70% do volume contratado 70% X orçamento (R\$)