

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS – RJ
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**MODERNIZAÇÃO GERENCIAL: UM CAMINHO
OBRIGATÓRIO PARA A CONSOLIDAÇÃO E O
FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE – A EXPERIÊNCIA DE PROJETO
REFORSUS**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA
BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

RICARDO ANTÔNIO DE SOUZA KARAM

Rio de Janeiro - 2002

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA


TÍTULO

A CONTRIBUIÇÃO DA MODERNIZAÇÃO GERENCIAL
PARA A CONSOLIDAÇÃO E O FORTALECIMENTO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE –
A EXPERIÊNCIA DO PROJETO REFORSUS

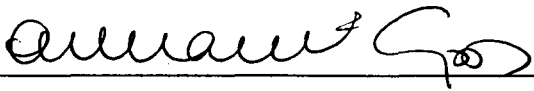
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR

RICARDO ANTÔNIO DE SOUZA KARAM

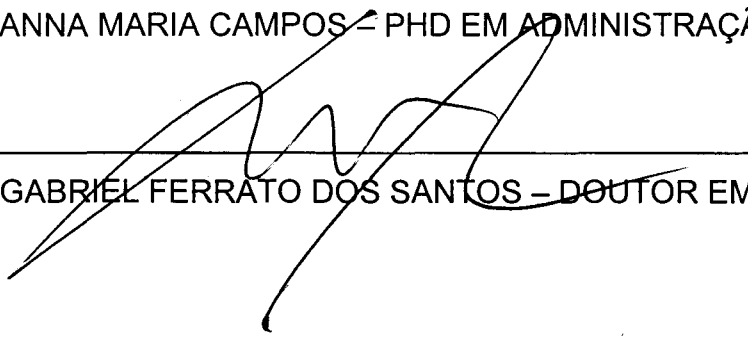
E APROVADA EM ____ / ____ / ____ PELA COMISSÃO EXAMINADORA



PAULO ROBERTO MOTTA – PHD EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



ANNA MARIA CAMPOS – PHD EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



GABRIEL FERRATO DOS SANTOS – DOUTOR EM ECONOMIA

AGRADECIMENTOS

Pouco de original pode ser dito nos agradecimentos de uma dissertação, mas eles são necessários. A satisfação de concluí-la nos faz devedores de todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente para sua consecução.

Dirijo-os, pois, à equipe do Projeto REFORSUS em todo o Brasil, companheira de jornada por três dos mais felizes anos de minha vida profissional. Em especial, a Gabriel Ferrato dos Santos e Luisa Regina Pessoa, que foram decisivos, pela compreensão e apoio, para que este trabalho fosse concluído.

À Ana Vieira e toda a equipe do DATASUS, pela inestimável ajuda na obtenção de informações fundamentais a esta pesquisa.

À minha família pelo incentivo constante e, particularmente, à minha mãe, Anna Maria, por todo o amor e confiança dedicados.

Aos amigos que não caberiam neste pequeno espaço, mas que foram e são fundamentais para que sigamos sempre em frente.

“Quando dou de comer a quem tem fome, me chamam de santo. Quando pergunto por que têm fome, me chamam de comunista.”

Dom Hélder Câmara

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| Introdução | 6 |
| 1. O Sistema Único de Saúde..... | 10 |
| 1.1. A reforma inconclusa | 10 |
| 1.2. Uma retrospectiva do quadro sanitário brasileiro | 13 |
| 2. A Reforma do Estado no século XX | 27 |
| 2.1. O contexto da crise fiscal | 27 |
| 2.2. A proposta brasileira – O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado..... | 31 |
| 2.3. Perspectivas para o setor saúde..... | 38 |
| 3. Desafios gerenciais para a consolidação do SUS | 49 |
| 3.1. A gestão do sistema..... | 49 |
| 3.2. A necessidade de uma moderna administração hospitalar..... | 55 |
| 4. O projeto REFORSUS | 68 |
| 4.1. O REFORSUS no contexto das reformas do governo brasileiro..... | 68 |
| 4.2. A modernização gerencial no REFORSUS | 83 |
| 4.2.1. O sistema HOSPUB | 85 |
| 4.2.2. As Centrais de Regulação do Rio de Janeiro | 91 |
| 4.2.3. O Projeto-Pilotos | 96 |
| Conclusão..... | 104 |
| Bibliografia | 108 |

Introdução

Este trabalho pretende discutir a contribuição da modernização gerencial para a consolidação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), entendidos como o atendimento a seus princípios e diretrizes, abordando a crise por que passa o setor público, tanto em termos de governabilidade quanto de governança. Crise esta identificada como consequência das mudanças macroambientais das últimas décadas, marcadas pelo redesenho das esferas de influência e atuação do Estado e dos setores privados, dando-se em escala mundial e tendo como pano de fundo as mudanças estruturais catalisadas pelo processo de globalização.

Nos dias de hoje, em que amplitude e complexidade das demandas sociais vê-se acompanhada de uma acentuada escassez de recursos, a questão gerencial adquire importância inequívoca, tornando-se tema de abordagem obrigatória na agenda de reformas com que se defrontam Estado e Sociedade no limiar deste novo século. Os novos padrões de atuação cobrados de nossas organizações públicas e privadas apontam para o reexame das práticas tradicionais de administração. Como consequência, a agenda de debates passa a incorporar dois temas de fundamental importância: a obrigatória e inadiável profissionalização dos quadros dirigentes e a adoção de tecnologias de gestão modernas, capazes de fazer frente às características da nova ordem que se instala, marcada por uma ambiência instável e desafiadora das velhas certezas.

Observar-se, em escala mundial, uma ebulição no campo do estudo das organizações e das práticas gerenciais. Apesar da discutível qualidade de boa parte da literatura produzida, consequência direta do modismo que o tema suscita, reconheça-se que não faltam aos nossos quadros gerenciais ferramentas e técnicas que, devidamente contextualizadas, podem ser de grande valia para sua árdua missão de tornar nossas organizações mais eficientes e eficazes. A experiência internacional de reformas gerenciais é abundante, tanto no setor público quanto no privado

Tendo como pano de fundo a série de reformas introduzidas no setor saúde brasileiro, que culminaram na criação do SUS pela Constituição de 1988, este trabalho abordará a experiência de um projeto de investimento destinado a recuperar a estrutura física, tecnológica e gerencial do nosso sistema de saúde, o *Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS*. Serão apresentadas as análises de três subprojetos do REFORSUS, assim denominados por estarem contidos em seu escopo, sendo dois deles voltados à melhoria gerencial de unidades de saúde e o terceiro à gestão de um sistema estadual, descrevendo suas características, metodologias e objetivos. O objetivo é averiguar em que medida o REFORSUS pode lograr êxito em suas iniciativas, investigando se o conteúdo de suas propostas é coerente com o diagnóstico dos problemas confrontados e se incorpora noções consensuais no campo da gestão e da saúde pública, principalmente quanto às diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro.

No primeiro capítulo será descrito o processo histórico que resultou na criação do SUS. A partir de uma retrospectiva de todo o século XX, será apresentada a análise, a partir da cronologia dos principais eventos que se sucederam no panorama sanitário brasileiro do ponto de vista político e institucional, das ações contínuas que marcaram a redefinição de atribuições entre os órgãos responsáveis pela formulação e execução de políticas previdenciárias e de saúde que resultaram na criação do nosso sistema. Serão ressaltadas as disfunções e irracionalidades que tornaram o modelo anacrônico e insustentável, tanto do ponto de vista administrativo quanto econômico e político.

Na segunda parte do trabalho será discutido o cenário global que motivou e impulsionou as reformas em curso, a crise do Estado moderno. Esta crise, cujo fator determinante foi o desequilíbrio fiscal enfrentado pela maior parte das nações a partir da década de 70, estimulou os debates sobre a redefinição do papel do Estado na economia, com reflexos diretos na sua atuação social. Os anos 90 testemunharam o amadurecimento desta discussão, a partir da avaliação dos resultados preliminares de algumas reformas que se iniciaram nas décadas anteriores. Em particular, as reformas inglesa e norte-americana, ressaltadas como exemplos da necessidade de acompanhamento permanente de seus resultados, a fim de embasar ações corretivas em seu curso. Neste capítulo será apresentada e discutida a proposta brasileira de reforma, consubstanciada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em execução desde o início do governo de Fernando Henrique Cardoso. Os desdobramentos da reforma no setor saúde serão

1

analisados, com seus impactos no modelo de financiamento e prestação de serviços pelos três níveis de governo.

No terceiro capítulo a abordagem será centrada na questão gerencial do setor saúde, discutindo algumas condicionantes para a modernização da gestão do sistema, bem como do gerenciamento das unidades que o compõe. Em particular, a problemática da gestão hospitalar, tópico de fundamental importância para a racionalização de gastos e melhoria da qualidade assistencial do sistema de saúde. Não é o objetivo realizar um estudo de grande profundidade e detalhamento, dado que a produção literária sobre o assunto é ampla e profunda, mas localizar o processo histórico de sua criação e desenvolvimento até os dias atuais, a fim de subsidiar o capítulo seguinte, no qual estarão presentes as análises de experiências financiadas pelo REFORSUS na área de modernização gerencial de unidades deste tipo.

No quarto e último capítulo será apresentado o projeto REFORSUS, abordando as condições de sua criação, seu escopo de atuação, seus aspectos organizacionais, seus objetivos e a avaliação a que será submetido. Dentre os inúmeros subprojetos que contam com recursos do REFORSUS na área de melhoria da gestão, a análise será centrada em um universo de três destes subprojetos, escolhidos por contemplarem aspectos cruciais quanto à integração entre unidades e sistema, tema de grande importância para a viabilização gerencial do SUS.

1. O Sistema Único de Saúde

1.1. A reforma inconclusa

A luta por melhores condições de vida para todos os brasileiros ganhou importante capítulo a partir da promulgação da Constituição de 1988. Ao proclamar o direito à saúde como um dos direitos fundamentais do homem, a Carta Magna brasileira estabeleceu o claro compromisso do poder público com sua população, no caminho do fortalecimento da cidadania como premissa de ordem social.

Redefinindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a Constituição propiciou a transformação conceitual do termo. Se antes era sinônimo de acesso a ações e serviços públicos, passa a ser, a partir da nova Carta, resultado de políticas sociais e econômicas que visem a manutenção do Bem-Estar dos cidadãos brasileiros, pela redução do risco de doenças e outros agravos. Muda então a saúde do ponto de vista jurídico, deixando de ser "assistência sanitária, hospitalar e médico-preventiva" (art. 165, XV da Constituição de 67/69), para se tornar consequência de políticas públicas articuladas, assumindo um conceito abrangente, não vinculado apenas à assistência curativa ou preventiva. Deixa de ser contraprestação aos contribuintes da seguridade social para se tornar direito público subjetivo da pessoa humana (Carvalho e Santos, 1992). Poucos avanços sociais dessa

magnitude puderam ser constatados ao longo de nossos quinhentos anos de história.

A introdução do SUS na realidade sanitária brasileira, contudo, lançou na agenda política uma tarefa hercúlea: criar condições sociais, institucionais e econômicas que viabilizem a implantação do Sistema Único de Saúde em nosso país. Dada a magnitude desta ambição, muitos desafios já se colocaram e outros tantos surgirão, exigindo grande capacidade de realização e vontade política para enfrentá-los e superá-los.

A complexidade do SUS, sistema integrado por concepção, pressupõe notável habilidade gerencial por parte dos três níveis de governo, a fim de levar a cabo o conjunto de ações capazes de torná-lo eficiente, eficaz e efetivo. O volume dos recursos envolvidos, a estrutura organizacional e a necessidade de perfeita coordenação de papéis na sua execução, além de outras variáveis de igual complexidade, apontam para a necessidade de um processo contínuo de acompanhamento, avaliação e controle, técnico e social. O aperfeiçoamento e a introdução permanente de inovações são premissa para a superação do quadro de escassez de recursos que se apresenta, permitindo ao Estado desempenhar suas funções com responsabilidade e resolubilidade.

Além de configurar um passo definitivo em direção ao resgate da imensa dívida social brasileira com sua parcela mais humilde da população, a criação do SUS foi resposta a um quadro caótico, representado por uma série de

distorções e irracionalidades, presentes no quadro sanitário até o início dos anos 90. O próprio governo brasileiro reconhecia este cenário desolador, listando em documento da época as principais mazelas do sistema de saúde brasileiro¹: i) incapacidade do sistema vigente de enfrentar o perfil de morbimortalidade que se apresentava, condicionado pelo tipo de desenvolvimento sócio-econômico brasileiro; ii) irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobre-ofertas de serviços em algumas regiões e carência em outras; iii) centralização excessiva, gerando equívocos no processo decisório, em virtude do distanciamento entre gestores e clientela; iv) carência de recursos, principalmente em relação aos padrões de gasto de países mais desenvolvidos; v) desperdício de recursos, estimado nacionalmente em 30%; vi) exclusão de segmentos populacionais na cobertura de serviços, notadamente os mais pobres e de regiões mais afastadas; vii) conflito de competências entre os vários órgãos e instâncias político-administrativas, acarretando fragmentação no processo decisório e baixo comprometimento; viii) descoordenação entre os setores público e privado, com superposição de ações, desperdício e atendimento deficiente; ix) Insatisfação dos profissionais de saúde, em virtude de políticas de recursos humanos incoerentes e injustas; x) baixa qualidade dos serviços e equipamentos; xi) falta de transparência na alocação dos recursos, com pouca ou nenhuma participação popular; xii) falta de mecanismos gerenciais de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços; e xiii) imensa insatisfação popular com a qualidade do atendimento à saúde.

¹ O ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília, Ministério da Saúde, 1990.

O SUS tem uma concepção moderna, pautada na descentralização, na regionalização e na hierarquização de sua rede de serviços. Valoriza a racionalidade no fluxo das ações, atribuindo papéis e chamando à responsabilidade os diversos níveis de governo. Sua lógica de funcionamento é baseada no planejamento integrado e sistêmico, como premissa para efetividade dos gastos com saúde. Demanda, contudo, regulamentação clara e traz consigo extensa e complexa normatização infraconstitucional, a fim de que os diversos papéis possam ser cumpridos de forma satisfatória.

O processo brasileiro de reforma sanitária, ora em curso e que consolidou-se com a criação dos SUS, espelha uma evolução contínua em relação às políticas sociais aplicadas ao longo das últimas décadas, notadamente no campo da previdência e da saúde pública. Os graves problemas que justificaram sua criação são consequência de políticas excludentes e desarticuladas, que fragmentaram e desfocaram a ação governamental neste período. Compreender o cerne destas disfunções, profundamente interligadas com o modelo econômico e social dominante, é uma pré-condição para que o rumo das reformas em curso não se desvirtue para novas conformações elitistas envolvendo os mesmos atores de sempre.

1.2. Uma retrospectiva do quadro sanitário brasileiro

De fins do século XIX até aproximadamente a metade deste século que passou, a responsabilidade maior do sistema nacional de saúde esteve relacionada à manutenção de corredores sanitários, combatendo ou

controlando doenças e agravos a fim de permitir o escoamento da produção do setor agroexportador. As funções básicas do Ministério da Saúde encontravam-se relacionadas à formulação de políticas de inspiração militarista, configuradas no sanitarismo campanhista de combate às doenças de massa, através de ações de vacinação, saneamento, higiene, etc. Vale dizer que, embora houvesse um viés autoritário e centralizador no processo decisório traduzido por um estilo repressivo de intervenção sobre indivíduos e corpo social (Mendes, 1993), as ações caracterizavam-se pela sua descontinuidade, concentradas em estruturas *ad-hoc* e pulverizadas em múltiplos serviços e departamentos. Em decorrência deste perfil de atuação, quanto à assistência médica o Ministério da Saúde assumia apenas a criação e manutenção de hospitais para enfermidades crônicas (Lobato, 2000).

A intervenção estatal nas ações de assistência médica no Brasil teve início pelos institutos de previdência a partir da década de 20, com a promulgação da Lei Elói Chaves (1923), a primeira a normatizar e organizar a prestação de benefícios previdenciários, marco, portanto, da introdução da Previdência Social no país. A esta época surgem as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo a primeira a dos ferroviários. Estes fundos eram constituídos por contribuições de empregados e empregadores, responsáveis por sua administração. Em 1930 já somavam mais de 142 mil beneficiários, cobertos por planos de aposentadorias e pensões, além de assistência médica.

A partir dos anos 30, o tripé de financiamento passa a agregar o Estado. São criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais, mantendo-se como principal prestador de assistência médica. O primeiro é o dos marítimos (IAPM), em 1933, seguido pelo dos comerciários (IAPC) e o dos bancários (IAPB), em 1934. A falta de base atuarial sólida e a necessidade crescente de acumulação, introduz a doutrina securitária, com viés contracionista dos gastos. Esse fato colabora para que, principalmente no período ditatorial (1930-45), as ações de assistência médica percam importância e transformem-se em atividades provisórias e secundárias (Mendes, 1993).

É importante notar que, já a partir deste período, o caráter excludente do modelo previdenciário se faz notar, através da estratificação dos direitos sociais. A capacidade de adquirir benefícios é diretamente proporcional à importância econômica das diversas categorias. Até os anos 60, prevalece esta divisão no sistema nacional de saúde, composto por três atores principais: a Previdência Social, organizada por categorias profissionais, o Ministério da Saúde com suas ações baseadas na concepção campanhista e o setor privado.

Com a aceleração do processo brasileiro de industrialização, a partir dos anos 50, houve uma transformação estrutural na economia. O êxodo rural provocou a urbanização sem precedentes, criando massas operárias que buscavam oportunidades de trabalhos nos centros urbanos, gerando assim o novo perfil das demandas sociais, não mais passível de ser atendido com as

políticas de saúde vigentes. O sanitarismo campanhista entra em declínio, sendo substituído pela rede de atendimento que vai se construindo concomitantemente ao processo de crescimento e transformação do sistema previdenciário nacional (Mendes, 1993).

A partir da década de 60, começam os esforços para a criação da rede de seguridade social brasileira. É promulgada, no final do governo de Juscelino Kubitschek, a Lei Orgânica da Previdência Social, uniformizando os benefícios previdenciários e conferindo maior espaço para a normatização dos serviços de assistência médica, até então fragilmente regulamentados dentro dos IAPs. Em 1963 é criado o Estatuto do Trabalhador Rural.

Os anos 60 assistem, principalmente a partir do período autoritário pós-64, ao aprofundamento do modelo desenvolvimentista, fomentado e financiado pelos países desenvolvidos e que tinha como objetivo impulsionar a modernização das estruturas sócio-econômicas. O Estado brasileiro passa por uma série de transformações, assumindo crescente importância no desenvolvimento econômico do país. A intervenção governamental torna-se acentuada, tanto na atividade produtiva quanto na assunção de um papel de maior relevância em relação às políticas sociais. Segue-se o período da centralização geral de atribuições no nível federal, com conseqüente esvaziamento dos níveis locais (estadual e municipal), distanciando-os das atividades de formulação, execução e avaliação de políticas públicas.

O aparelho do Estado cresce, então, para fazer frente às suas novas atribuições, agora inseridas na agenda governamental. Contudo, tal expansão se dá de forma desordenada, superpondo funções e atividades, em virtude da criação de estruturas "pesadas", de difícil controle e com baixa efetividade. A centralização administrativa é adotada como estratégia de racionalização da máquina pública. Na Previdência Social, o fenômeno também é observado, principalmente a partir da unificação, em 1966, dos diversos IAPs em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mendes (1992:22) considera que "a criação do INPS constitui fato paradigmático no modelo médico-assistencial privatista." Cordeiro (1991:25) também afirma que "as relações entre o sistema previdenciário e a organização dos serviços de assistência médico-hospitalar que imprimiram um ritmo intenso de privatização, são bem demarcadas pela unificação e centralização da Previdência Social a partir de 1967".

Segundo Oliveira e Teixeira (1986:207-215), as principais características deste modelo são: i) extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população rural e urbana (a partir da lei 5.850 de 1973, apenas os trabalhadores informais permaneceram à margem do sistema previdenciário oficial); ii) o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; iii) a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; iv) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para o lucro, propiciando a capitalização da medicina e o privilégio do produtor privado destes serviços.

A centralização gerou, obviamente, a concentração do poder decisório nas mãos da tecnoburocracia estatal, aproximando-a do setor médico empresarial, com a conseqüente exclusão dos trabalhadores e usuários do processo. Houve, neste período, a opção governamental pela contratação de serviços privados, ao invés da expansão da rede própria. A partir da década de 70, com o aumento dos atendimentos médicos a segmentos da população anteriormente excluídos, torna-se necessário ampliar a oferta de serviços de saúde, para fazer frente ao crescente aumento da demanda. Inicia-se expansão sem precedentes da rede privada, financiada em grande parte por recursos públicos, incluindo empréstimos subsidiados para construção de hospitais com garantia posterior de contratação de serviços. Como ressalta Mendes (1994:23), "o mecanismo de remuneração dos serviços contratados e conveniados – as unidades de serviço – ao ter seu valor variável segundo a complexidade e a densidade da incorporação tecnológica do ato médico, facilitava, ao mesmo tempo, o processo de capitalização das empresas médica e da incorporação tecnológica". Como consequência, os gastos relativos à assistência médica passaram a apresentar crescimento maior que os de previdência, tendência que se mantém ao longo da década de 70, atingindo em 1976 o teto de 31,3%, sendo necessária a fixação de um limite máximo, freqüentemente ultrapassado, para não colocar em risco o sistema (Oliveira e Teixeira, 1986).

Com relação à escalada de gastos, vale ressaltar outro aspecto bastante importante e subjacente, que diz respeito à incorporação dos interesses da

indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, visto que o ato médico curativo, individual, assistencial e especializado é intrinsecamente adequado ao ciclo capital-medicamento e capital-equipamento (Oliveira e Teixeira, 1986). Em 1973, o Brasil já ocupava a 8ª posição no mercado internacional de consumo de medicamentos². A criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971, não propiciou condições de competição para os laboratórios nacionais, visto que sua atuação ficou restrita à rede oficial. O aumento na importação de produtos da indústria de equipamentos médicos foi de 599,9%, durante o período compreendido entre 1961 a 1970³.

Acentua-se neste período o menosprezo por medidas de saúde coletiva, mais onerosas e desinteressantes para o sistema de saúde que se desenhou a partir de então. Os altos custos deste tipo de serviço, em comparação à baixa lucratividade, "empurram" tais atribuições para o âmbito estatal. Embora o Ministério da Saúde fosse o gestor da Política Nacional de Saúde, tendo responsabilidade inclusive pelo acompanhamento da assistência médica previdenciária, seu orçamento era incapaz de viabilizar atuação firme neste sentido. A institucionalização do modelo vigente se dá em 1975, através da lei 6.229, que definiu competências do setores público e privado (atenção à saúde coletiva x atenção à saúde das pessoas), estabelecendo-se nas palavras de Mendes (1994:25) um "Tratado de Tordesilhas" no campo da saúde.

² CORDEIRO, Hésio. Determinantes do consumo de medicamentos. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, IMS, 1978.

³ BRAGA, José Carlos de Souza. A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Dissertação de mestrado, Unicamp, 1978.

Aos gastos crescentes soma-se o cenário de crise generalizada, em decorrência do fim do "milagre econômico". O esgotamento do modelo se confirma, entre outros fatores, com a crise internacional provocada pelo aumento do preço do petróleo, somada à queda nos preços internacionais dos produtos que compunham a pauta de exportações brasileiras. Os reflexos no campo político são imediatos, com o questionamento crescente ao modelo concentrador de renda. O segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) coloca entre suas prioridades estratégicas a implantação de uma política social que possibilite a melhoria na distribuição de renda, reservando papel de destaque ao principal canal de atuação social do governo, a Previdência Social. Dentre os objetivos, aumentar cada vez mais a cobertura e ampliar o leque de benefícios. Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ficando clara, a partir de então, a separação de competências entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social, sem alteração relevante no quadro que de fato se apresentava até então. A legislação previdenciária sofre alterações, incorporando características de seguridade social ao atender também a cidadãos que se encontram fora do mercado de trabalho. Alguns novos benefícios são instituídos, como o salário-maternidade e o amparo previdenciário aos maiores de 70 anos e inválidos, desde que tendo estes sido contribuintes do sistema por algum tempo. No mesmo ano é implantado o Plano de Pronta Ação (PPA), que, entre outras medidas, universaliza a atenção às urgências e introduz uma nova modalidade de pagamento aos prestadores, os convênios por subsídios fixos, firmados junto a universidades,

governos locais, empresas e sindicatos. A estratégia foi definida em documentos do próprio INPS, como possibilidade de correção de "distorções criadas pela ênfase na hospitalização...", (MTPS, 1973). É um mecanismo pelo qual a Previdência passa a delegar a atenção à saúde aos órgãos conveniados, fugindo do modelo de pagamento por unidade de serviço, que passa a ser substituído pela modalidade de repasses globais. O objetivo é tornar possível o atendimento da demanda crescente sem a ameaça de *crack* financeiro. (Oliveira e Teixeira, 1986). Na verdade, a maior parte destes convênios foram firmados com sindicatos e empresas, que terceirizaram o atendimento médico a sua clientela por meio da ação de empresas de medicina de grupo. Mendes (1993) alerta que através desta iniciativa foi viabilizado o nascimento e desenvolvimento do subsistema que viria a tornar-se hegemônico na década de 80, a atenção médica supletiva. Também em 1974 é criada a empresa de processamento de dados do Ministério da Previdência (DATAPREV), com importante papel nas atividades de controle e avaliação, no bojo das tentativas de racionalização da gestão e modernização administrativa em curso.

O processo de institucionalização e normatização que tem início na criação do MPAS adquire sua base jurídica/institucional/administrativa efetiva com a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), subordinado ao MPAS, em 1977. Na prática, a criação do SINPAS reflete a tendência pela adoção definitiva do modelo de seguridade social, com a integração em um mesmo sistema dos vários órgãos responsáveis pelas políticas de previdência, saúde e assistência social, vinculadas ou não ao sistema

previdenciário - INPS, IPASE, FUNRURAL, LBA, FUNABEM, CEME. São criadas duas autarquias, também integrantes do SINPAS: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Definem-se claramente as diferentes atribuições dos órgãos, privilegiando a especialização, cabendo ao INPS a concessão de benefícios, ao INAMPS a assistência médica e ao IAPAS a atividade financeira do sistema.

Porém, a separação de competências não foi acompanhada de medidas efetivas de aporte de recursos, permanecendo o sistema ancorado na contribuição dos segurados. O ambiente político se distendia, com a introdução de novos atores e o questionamento crescente ao sistema vigente. A crise econômica impactava o equilíbrio financeiro do sistema previdenciário e o esgotamento do modelo médico-assistencial já se tornava inegável. O modelo centralista perde força e o Estado desenvolvimentista dá sinais claros de exaustão, criando condições para o questionamento efetivo de suas estruturas, bem como dos arranjos políticos que as sustentavam. Nesse contexto, começam a ganhar impulso movimentos reformistas que pregavam a reorientação do sistema sanitário. O pano de fundo da abertura política fortaleceu a linha ideológica que associava a saúde à democracia. A extensão da cobertura a segmentos outrora marginalizados, como populações rurais e bolsões de pobreza urbanos, serve como campo de prática para propostas alternativas (Cordeiro, 1991). A conferência de Alma-Ata (1978), ao definir em sua proposta final a necessidade de ênfase nos cuidados primários, reforça estas correntes contra-hegemônicas e impulsiona

experiências locais, voltadas para a descentralização, a atenção primária e a participação comunitária, contando, muitas vezes, com o apoio de instituições acadêmicas. As principais propostas do movimento reformista para a reorganização do sistema apontavam para: i) novos mecanismos de financiamento, para fazer frente à universalização dos serviços de saúde; ii) reforço à atenção primária, em substituição ao modelo médico-assistencialista; iii) maior descentralização, com autonomia decisória para governos locais; iv) democratização no processo de formulação das políticas de saúde, através do fortalecimento de conselhos com participação comunitária; v) redefinição do relacionamento entre os setores público e privado, incluindo um maior controle do primeiro sobre o segundo; e vi) integração entre os níveis de governo, na formulação, execução e avaliação das políticas de saúde.

Em 1981 é criado, por decreto presidencial, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), destinado a reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos no sistema de saúde e estabelecer mecanismos de controle de custos, a fim de reavaliar o financiamento da assistência médico-hospitalar. Surge o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), posteriormente denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), cujo objetivo era criar a gestão tripartite, envolvendo o MPAS/INAMPS, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, por meio de convênios para prestação de serviços com valores definidos a partir da capacidade instalada das redes federal, estadual e municipal. Assim, a rede pública passaria a absorver os conceitos de hierarquização e

regionalização, com a vinculação entre a clientela dos serviços básicos e seu domicílio, além da instituição de sistemas de referência e contra-referência. Também a rede ambulatorial passaria a ser gerida de forma única, agregando os ambulatórios públicos e privados. Outras medidas racionalizadoras foram tomadas, com o objetivo de combater fraudes e frear a expansão desordenada da oferta de serviços de saúde.

Embora não tenham sido hegemônicas⁴ no período compreendido entre 1981-1984, visto que sua dotação representava apenas cerca de 6,2% do orçamento do INAMPS em 1984, contra 58,3% gastos com a rede contratada, as AIS serviram de paradigma ao projeto de integração e de racionalização dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede contratada e conveniada (Cordeiro, 1991)

Já a partir de 1985, com o advento da Nova República, as AIS adquirem nova força, com a ampliação do número de municípios conveniados. De 112 em 1984, passam a 2.500 em 1987, chegando a atingir, nominalmente, a 70% da população total do país (Mendes, 1993). A tensão gerada pelo conflito de atribuições entre o MPAS/INAMPS e o Ministério da Saúde acabou por colaborar decisivamente para o fim das AIS, e a sua substituição pelo Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987.

⁴ Oliveira e Teixeira (1986:300) chamam a atenção para as resistências internas e externas às medidas do CONASP, principalmente na Federação Brasileira de Hospitais (FBH), notadamente na questão da contenção das despesas com os serviços médicos.

A criação do SUDS foi resultado do processo de aperfeiçoamento das AIS e da crescente descentralização das ações do INAMPS, com o repasse de atribuições e recursos para os níveis locais. Contudo, as resistências às reformas sempre foram significativas, principalmente dentro na tecnoburocracia do INAMPS. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, já havia rechaçado as articulações que pregavam a transferência pura e simples da estrutura do INAMPS para o Ministério da Saúde, ao advertir que "em nenhum momento a existência das AIS deveria ser utilizada como justificativa para protelar a implantação do Sistema Único de Saúde". Em virtude disso, o SUDS, seu sucessor, sofreu várias críticas, principalmente por ser visualizado como uma estratégia adotada a fim de protelar a implantação do SUS. Sobre essas desconfiças, Cordeiro (1991:92 e 93) recorda que: "outros (atores políticos) afirmavam que (o SUDS) era a extensão dos braços tentaculares do INAMPS às secretarias estaduais e municipais. Era a Inampização da saúde".

Assim, entre avanços, como as resoluções da VIII CNS e retrocessos, como o resultado dos trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que, segundo Cordeiro, (idem:94) produziram "recomendações mais tímidas do que aquelas propostas pela VIII CNS", estabeleceu-se, na Constituição de 1988, a criação do tão almejado Sistema Único de Saúde. Posteriormente, com o advento das leis 8.080 e 8.142, de 1990, conhecidas como leis orgânicas da saúde, o SUS teve sua implementação regulamentada.

Subseqüentemente, foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), de 1991, 1993 e 1996, que trataram de definir as orientações tático/operacionais para o funcionamento do SUS, incentivando a municipalização dos serviços e criando modalidades de gestão de acordo com a capacidade destes de gerir recursos próprios. O processo de fortalecimento das atribuições locais teve seu marco histórico na promulgação da Constituição de 1988, tanto no seu aspecto político-institucional, ao definir o município como ente federativo independente, quanto no administrativo-financeiro, ao aumentar o percentual de repasses da União, propiciando significativo aumento na autonomia administrativa destes entes.

O fortalecimento dos níveis locais de governo é um fenômeno mundial e representa um dos desdobramentos mais marcantes da crise do Estado, tema que será desenvolvido a partir do próximo capítulo.

2. A Reforma do Estado no século XX

2.1. O contexto da crise fiscal

O mundo observou, no período pós-II Guerra, à hegemonia de uma teoria do desenvolvimento que conferia ao Estado um papel de destaque na aceleração industrial, na modernização da produção agrícola e no fornecimento da infra-estrutura necessária ao processo de urbanização. A crescente intervenção governamental foi marco dos anos 50-60, legitimada por um ciclo de prosperidade e aumento dos padrões de vida que ajudou a realizar transformações estruturais e consolidou a rede de seguridade social nos países desenvolvidos, o Estado de Bem-Estar Social - *Welfare State*.

Contudo, a partir dos anos 70, principalmente após o primeiro choque do petróleo, grave crise econômica se abateu sobre os países desenvolvidos, que passaram a acumular taxas crescentes de inflação, desemprego e diminuição do crescimento econômico, determinando o aprofundamento das discussões sobre a redefinição do "papel do Estado" na nova ordem mundial. Em face do desequilíbrio fiscal e constatada a impossibilidade de definição imediata de novos mecanismos de financiamento, acirrou-se o questionamento do modelo vigente desde a Segunda Guerra Mundial.

Pode-se identificar esta crise como tridimensional, pois estabeleceu-se um questionamento quanto aos aspectos econômico, social e administrativo do

aparelho estatal, todos interligados. No aspecto econômico, entrou em cheque o modelo keynesiano, marcado pela intervenção do Estado na economia, que procurava garantir o pleno emprego e atuar em setores de infra-estrutura. Na dimensão administrativa, a rigidez do modelo burocrático foi atacada e apontada como responsável pelo imobilismo e má qualidade dos serviços públicos prestados. O *Welfare State* correspondia ao terceiro aspecto, o econômico, por canalizar um grande volume de recursos para a manutenção desta rede de seguridade social. O setor privado acusou o "estrangulamento" da capacidade produtiva, em benefício da manutenção de um Estado que, em sua visão, teria atingido o máximo de seu anacronismo. As correntes liberais trataram então de formular a prescrição ortodoxa, que sinalizava na direção de reformas voltadas para a delimitação do "Estado mínimo", conferindo ao mercado um espaço privilegiado de atuação.

A ascensão ao poder de governos conservadores na Inglaterra, com Margaret Thatcher (1979) e nos Estados Unidos, com Ronald Reagan (1981), marcou este primeiro período de predomínio da corrente neoliberal. Seguiram-se, em ambos os casos, medidas voltadas para a desregulamentação da atividade econômica, com a "flexibilização" do mercado de trabalho e a remoção de "entraves" à iniciativa privada, além de uma privatização sem precedentes de empresas e serviços estatais. Gonçalves (1994:21) lembra que, na Europa, em função da associação entre intervenção estatal e imobilismo, instalou-se a sensação de "euroesclerose". A desregulamentação seria a melhor resposta, gerando novas oportunidades de investimento em setores como transporte aéreo, telecomunicações e

finanças, em paralelo a um amplo programa de privatizações. O colapso dos regimes comunistas do leste europeu encerrou a guerra-fria, mas deu munção ao discurso anti-governo, colaborando para a intensificação do processo de esvaziamento das atribuições do Estado. Concomitantemente, a crescente globalização dos mercados favoreceu a dinamização do setores privados, que passaram a ter um papel hegemônico na função de acumulação e na geração de novas tecnologias em setores diversos.

Contudo, os efeitos sociais excludentes decorrentes da deificação do mercado demonstraram os exageros e as limitações do diagnóstico da corrente neoliberal para o enfrentamento da crise. Embora tenham permanecido no poder durante toda a década de 80, Reagan e Thatcher fazem com que Estados Unidos e Inglaterra acumulem os maiores problemas econômicos e sociais, entre os países desenvolvidos no início dos anos 90 (Gonçalves, 94). O enfoque liberal da crise do Estado levou à adoção de políticas contracionistas, desconsiderando os aspectos mais complexos do relacionamento do Estado com a economia e a sociedade. Prevaleceu a lógica da redução de custos pela revogação de direitos sociais e enxugamento (*downsizing*) do aparelho estatal. Ignorou-se que, se a crise passava pelo papel do Estado, estava implícita sua função de coordenador das atividades econômicas e promotor da equidade e do desenvolvimento social. Ao invés de neutralizar sua participação, o desafio seria redefinir suas novas funções à luz das importantes transformações que se sucedem no contexto da nova ordem. Evans (1993:109) atesta que o "Estado permanece central no processo de mudança estrutural, mesmo quando se trata de uma

mudança estrutural. O reconhecimento da centralidade do Estado inevitavelmente remete de novo a questões sobre a capacidade de ação do Estado". E afirma ainda que "a resposta não está no desmantelamento do Estado, mas sim na sua reconstrução."

Farta literatura internacional de todas as matizes ideológicas foi produzida com o intuito de discutir condicionantes e determinantes desta crise, com a sinalização de caminhos possíveis para sua superação. Variando mais ou menos na extensão e profundidade de seu alcance, a maioria dos países hoje discute a implementação de reformas diversas, no âmbito trabalhista, previdenciário, de saúde, em busca da sustentabilidade do desenvolvimento. A escassez de recursos é solo fértil para inovações, sejam elas de cunho liberal ou mais heterodoxas, como a recente experiência francesa de combate ao desemprego via redução da jornada de trabalho. Mesmo os países escandinavos vêm introduzindo mudanças marginais em seus tradicionais sistemas de seguridade em busca do equilíbrio fiscal, com a expansão de programas de reciclagem profissional e capacitação, visando o estímulo ao emprego e ativação do mercado de trabalho (Esping-Andersen, 1994).

Não é objetivo deste trabalho aprofundar-se no tema, mas sim localizar o fenômeno sob uma ótica ampla, rejeitando uma abordagem simplista e reducionista. A partir desta premissa, o mercado não é ignorado como alocador eficiente de recursos, mas sua infalibilidade é questionada. O Estado tem uma importante papel na coordenação e transferência de

recursos para os setores nos quais a atuação do mercado é insuficiente, com vistas a garantir os princípios de justiça social e eqüidade. Não fugir a esta responsabilidade é um pressuposto básico que deve estar considerado no cerne de qualquer reforma pretendida. Será analisada, a seguir, a experiência brasileira em curso.

2.2. A proposta brasileira – O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

Logo ao iniciar seu primeiro mandato, em 1995, o governo de Fernando Henrique Cardoso começou a colocar em prática as propostas de seu governo para o enfrentamento da crise do Estado brasileiro. Na visão do então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luis Carlos Bresser Pereira (1997), quatro problemas interdependentes deveriam ser abordados distintamente: (i) um econômico-político, referente à delimitação do tamanho ideal do Estado; (ii) outro também econômico-político, mas de tratamento especial, a definição do papel regulador do Estado; (iii) um econômico-administrativo, a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e, (iv) um político, o aumento da governabilidade, entendida como a capacidade política do governo de intermediar interesses, garantindo a legitimidade para governar.

Ao assumir o recém-criado Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), em 1995, Bresser Pereira determinou a elaboração do Plano

Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), a fim de consolidar as diretrizes e objetivos da proposta de reforma da administração pública brasileira. O PDRAE situou o diagnóstico governamental sobre as causas determinantes da crise do Estado em seu aspecto administrativo e propôs um novo modelo de gestão para fazer frente às crescentes demandas sociais por melhorias na qualidade dos serviços públicos prestados pelo Estado brasileiro.

A base conceitual das mudanças propostas pelo PDRAE procurou criar condições para a transição do modelo atual, que privilegiaria a burocracia, para um mais moderno e adequado às condições contemporâneas, definido como "gerencialista". Não há no PDRAE condenação absoluta ao modelo burocrático em si, mas a consideração sobre a necessidade de superá-lo historicamente, em virtude do novo cenário internacional que se apresenta. Em sua revisão histórica sobre as formas de administração pública, o PDRAE vê a forma burocrática como uma evolução natural, gerada como forma de reação ao antigo modelo patrimonialista em que o aparelho do Estado encontrava-se capturado pelos interesses particulares dos soberanos e da nobreza real, quando a *res publica* não era diferenciada da *res principis*. A burocracia surge como consequência do fortalecimento do capitalismo moderno e da democracia e tem como proposta profissionalizar a administração pública, estabelecendo regras baseadas na transparência e no universalismo de procedimentos.

O movimento de fortalecimento da burocracia profissional brasileira, a partir dos anos 30 (não por acaso época de acelerado crescimento industrial), tem como marco a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), em 1936, no governo do presidente Getúlio Vargas. Embora resultasse em avanço frente à realidade de então, não faltaram iniciativas, ao longo dos anos seguintes, de superar sua rigidez, através da extinção e criação de órgãos, ou da constituição de estruturas paralelas, como as adotadas no governo do presidente Juscelino Kubitschek⁵. Também o regime militar (1964-1985), por meio do Decreto-Lei nº 200, de 1967, adotou iniciativas com este objetivo, ao consolidar a administração indireta (empresas públicas, autarquias, fundações e empresas de economia mista) como forma de descentralizar e flexibilizar atividades desempenhadas por organizações públicas, em iniciativa considerada pelo PDRAE (p. 26) como “um primeiro momento da administração gerencial no Brasil”.

Na seqüência de sua análise histórica sobre a evolução (e involução) da administração pública brasileira ao longo do século, o PDRAE identifica um sério retrocesso a partir das inovações introduzidas pela Constituição de 1988, como a extensão de normas e regras operacionais da administração direta para a administração indireta e a instituição do Regime Jurídico Único (RJU) para todo o funcionalismo público federal, estadual e municipal.

⁵ São exemplos desta política a criação da Comissão Especial de Estudos e Projetos Administrativos e a Comissão de Simplificação Burocrática.

No sentido oposto a este engessamento detectado, o PDRAE elencou suas prioridades rumo à adoção do novo modelo gerencialista, que seria baseado nas mais modernas tendências internacionais do campo da Administração, tendo como objetivos a produtividade e o foco nos resultados, em substituição a uma cultura administrativa identificada como processualista, por estar excessivamente centrada no formalismo, em detrimento da eficiência, da eficácia e da efetividade. Para a consecução das metas propostas, o PDRAE enfatizou a necessidade premente de revisão da política de recursos humanos no governo federal, com vistas a estimular o espírito empreendedor e aumentar o grau de comprometimento do funcionalismo público. São propostas mudanças de caráter político-legal e administrativo, como a introdução de novos regimes de contratação (além do Regime Jurídico Único), fim da estabilidade e da isonomia salarial, reestruturação de cargos e salários, além de novas políticas de capacitação e avaliação de desempenho.

Em um artigo publicado na Revista de Administração Pública (RAP) de julho/agosto de 2000, o ex-ministro Bresser Pereira faz um balanço sobre os resultados de fato obtidos desde a divulgação do PDRAE, em 1995. Considera Bresser que a primeira fase do projeto de reforma do aparelho do Estado foi bem sucedida, dada a transformação em leis da maior parte das propostas governamentais, tais como: a flexibilização do regime de estabilidade no serviço público e o fim do regime jurídico único; o fim de privilégios dos servidores públicos; a criação do regime de emprego público como alternativa do cargo público, desde que não abrangendo atividades das

carreiras típicas de Estado; a criação e regulamentação das primeiras Organizações Sociais e Agências Reguladoras, com autonomia administrativa nos moldes propostos pelo PDRAE; a formalização dos contratos de gestão, com definição de indicadores de desempenho. Bresser Pereira ressalta ainda que, dos três planos da reforma, o institucional, o cultural e o da gestão, resta implementar definitivamente o terceiro, cujo *status* ainda é embrionário.

A despeito das críticas que recebeu, existe no PDRAE a manifesta intenção de não incorrer em erros cometidos em experiências passadas no cenário internacional; experiências estas que resultaram no enxugamento indiscriminado da máquina pública (*downsizing*), no caminho do Estado mínimo. Reformas anteriores, de objetivos similares, como a inglesa e a americana, demonstram que o risco é real. Vale lembrar, como já mencionado anteriormente, que a orientação destes governos no período inicial de implementação era nitidamente neoliberal. Na Inglaterra, o plano de reformas começou de fato a ser colocado em prática com a ascensão do Partido Conservador, no primeiro governo da primeiro-ministro Margaret Thatcher (1979). Legitimado por um clima de descontentamento generalizado da população ante a burocracia inglesa (*Whitehall*), baseou-se, num primeiro momento, pela busca da eficiência, como forma de reação ao "engessamento" da máquina pública e ao seu distanciamento da realidade de escassez orçamentária. Seria preciso "fazer mais com menos". A reforma inglesa propunha: i) a definição clara das responsabilidades de cada funcionário dentro das agências governamentais; ii) o estabelecimento de

objetivos organizacionais, voltados para resultados; iii) aumento da consciência, por parte da burocracia, do "valor dos recursos" (*value money*), incorporando o valor da eficiência na lógica de funcionamento da burocracia (Abrúcio, 1997). Muito embora não se possa negar a pertinência e tempestividade da introdução destes conceitos na administração pública, a ênfase apenas no conceito de produtividade provocou distorções que forçaram a revisão do modelo inglês de reformas. Após esta fase inicial voltada para o aspecto gerencial puro (*managerialism*), caracterizada pela preocupação com redução de custos, a reforma inglesa evolui no sentido de absorver dimensões perdidas, como a valorização da transparência e da cidadania, numa clara prevalência da efetividade das políticas públicas sobre a eficiência pura e simples da máquina administrativa. Tratava-se de uma nova resposta, mais consistente, à crise do modelo burocrático inglês: o *Public Service Orientation* (Abrúcio, 1997). Isto demonstra que, embora o gerencialismo seja uma tendência inexorável nas reformas da administração pública em todo o mundo e não só nos governos liberais, a adoção indiscriminada de fórmulas oriundas da iniciativa privada sem a devida contextualização para o setor público corre o risco de ignorar conceitos como cidadania e equidade, tal qual observado na experiência inglesa.

Nos Estados Unidos, a discussão sobre a reforma do Estado tomou novo impulso no primeiro governo do presidente Ronald Reagan, a partir de 1980. Embora o tema não representasse uma novidade, a administração pública norte-americana sempre procurou dotar a burocracia de uma certa autonomia e distanciamento, a fim de evitar a interferência da classe política. Este

histórico colaborou para a adoção do modelo weberiano de burocracia pública, que, se por um lado a manteve independente, também redundou em isolamento, rigidez e perda de efetividade, segundo os diagnósticos correntes. A imagem do governo chegou a um de seus piores níveis da história, que foi traduzido por uma reportagem de capa da revista *Time* no final dos anos 80, que indagava: "O governo está morto?". Christopher Pollitt ressalta que, muito embora o governo Reagan não tenha conseguido cortar efetivamente os gastos governamentais (até cresceram em relação ao PIB), diminuiu consideravelmente os repasses para os estados e governos locais, obrigando-os a adotarem práticas inovadoras de gestão (Abrúcio, 1994).

O caso americano é bastante peculiar, justamente por serem os Estados Unidos um país de forte tradição federativa e consequentemente descentralizado administrativamente. Esta descentralização impediu a adoção do gerencialismo homogêneo, dadas as condições políticas que inviabilizaram receitas prescritivas do nível federal aos estados e municípios. As grandes inovações gerenciais no setor público americano foram implementadas em nível local, distanciando-se do modelo inglês, mais focado em ações do governo central. Configurou-se assim o insucesso do gerencialismo puro, com foco apenas na eficiência, também nos Estados Unidos. Ao contrário, o "governo empreendedor" ganhou força, principalmente após a publicação do livro *Reinventando o Governo* (Osborne & Gaebler, 1994), relatando uma série de iniciativas locais bem-sucedidas em dotar o poder público de visão e ação pró-ativas. Na palavra dos autores, "Não precisamos neste país de uma nova *New Deal*, ou de outra revolução









de Reagan. Precisamos sim de uma *perestroika*." Essencialmente, o novo paradigma proposto pelos autores centrava-se nos seguintes princípios: 1. O governo é catalisador, capaz de redefinir seu tamanho e escopo de atuação; 2. O governo é da comunidade e deve envolver e responsabilizar o cidadão, ao invés de apenas servi-lo; 3. O governo deve ser submetido à competição, como forma de estímulo a melhorias contínuas; 4. O governo deve se orientar por missões, não por processos; 5. O governo deve apresentar resultados tangíveis para fazer jus aos recursos que demanda; 6. O governo deve estar orientado para seu clientes externos (contribuintes) e não à sua própria estrutura; 7. O governo deve ser empreendedor, gerando receitas sempre que possível; 8. O governo deve ser pró-ativo, não reativo (prevenção ao invés da cura); 9. O governo deve ser descentralizado e ágil, superando a hierarquização excessiva; 10. O governo deve ser orientado para o mercado, aproveitando o maior potencial deste na alocação de recursos produtivos.

De volta ao caso brasileiro, observamos que a lição foi aprendida, pelo menos no discurso governamental, expressado nas palavras de Bresser Pereira (1997:7): "...nos anos 90, se verificou a inviabilidade da proposta conservadora de Estado mínimo."

2.3. Perspectivas para o setor saúde

Os impactos da proposta de reforma do aparelho do Estado brasileiro no setor saúde podem ser melhor entendidos a partir da ilustração seguinte:

Quadro 1: Modelo Esquemático do PDRAE

| | Forma de propriedade | | | Forma de administração | |
|--|---|---|--|---|---|
| | Estatal | Pública não-estatal | Privada | Buro-crática | Gerencial |
| NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público |  | | |  | |
| ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica |  | | | |  |
| SERVIÇOS NÃO EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus | Publicização → |  | | |  |
| PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais | | Privatização → |  | |  |

Fonte: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995:59)

Pelo modelo proposto no PDRAE, observa-se uma desconcentração e delegação das atividades hoje desenvolvidas pelo Estado para o setor público não-estatal e para o setor privado, ao menos no que concerne às

atividades definidas como "não típicas de Estado". Caberia assim ao setor estatal apenas a formulação de leis e políticas públicas - Núcleo Estratégico - e o controle de atividades em que esteja envolvido o poder intrínseco ao Estado, de regulamentar, fiscalizar e fomentar - Atividades Exclusivas.

Observa-se também, a introdução do conceito de "serviços não-exclusivos do Estado", que deveriam ser publicizados e consequentemente assumidos por entidades não-estatais, as Organizações Sociais (OSs). Estas OSs seriam constituídas segundo modelo de parceria entre Estado e sociedade, em que o primeiro repassaria recursos e exerceria o controle estratégico sobre a atuação destas, por meio de um instrumento chamado Contrato de Gestão, que definiria metas e indicadores de avaliação de desempenho institucional (Organizações Sociais, 1998). O modelo organizacional das OSs pretende propiciar a flexibilidade de gestão, não submetendo-as aos critérios mais rígidos das leis que regulamentam as áreas de pessoal, compras e gestão orçamentária e financeira na administração pública.

A proposta governamental de reconhecimento e fortalecimento do "terceiro setor", assim designado por não tratar-se de ente totalmente privado, nem totalmente público, não representa em si novidade no Brasil. Prova disso foi a experiência administrativa do governo do Partido dos Trabalhadores em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, de 1992 a 1996. Nas palavras do ex-prefeito Antônio Palocci (1998:63): "O terceiro setor passou a ser, nos últimos tempos, um fator estratégico da administração pública. A parceria entre o

setor público e o privado visando ao benefício do setor social passou a ser encarado diferentemente e com coragem"

A participação do setor não-estatal na execução de políticas públicas representa uma tendência mundial, principalmente se observarmos o fortalecimento da atuação de diversas Organizações Não-Governamentais (ONGs). Várias delas encontram-se hoje participando ativamente na formulação, implantação e avaliação de políticas públicas na área social com resultados muitas vezes promissores. O que particulariza e distingue a proposta governamental são os critérios para o repasse de recursos públicos e o desenho institucional das OSs, além, obviamente, da natureza política da decisão que classifica uma atividade como sendo ou não exclusiva de Estado, tornando-a passível de ser desempenhada por instituições deste tipo. Há que se lembrar também que, pela proposta brasileira, as Organizações Sociais são estimuladas a gerar receitas próprias, o que torna mais problemática esta questão, pois a possibilidade de cobrança dos serviços pode gerar exclusão e iniquidade no acesso a estes serviços publicizados. Pela proposta do PDRAE, as unidades hospitalares estariam destinadas a adotar este modelo de gestão, sendo candidatas naturais a transformarem-se em OS. Considerando que os hospitais são a sede do maior nível de complexidade do subsistema de saúde, estas propostas de alteração em sua forma de gestão assumem grande relevância. Podemos situar esta discussão entre dois pólos: a autonomização e a flexibilização, sendo o primeiro pólo voltado para a reatribuição do papel do Estado no setor saúde (em consonância com os princípios do PDRAE) e o segundo identificado com

reformas das práticas administrativas e procedimentos legais, sem a alteração de sua figura jurídica, pública e estatal (Quinhões, 1997).

Como desdobramento da reforma do Estado em sentido amplo, as discussões sobre reformas no setor saúde já se encontram em curso em escala mundial. O quadro geral que estimula este reexame do setor pode ser resumido em quatro problemas-chave: i) uma pronunciada ineficiência, caracterizada pela má gestão dos recursos e pelo desperdício; ii) a ineficácia, constatada pelos gastos crescentes, embora com pouco impacto sobre a sanidade da população; iii) a iniquidade, expressada no menor acesso dos que mais necessitam; e, iv) uma generalizada insatisfação dos cidadãos com a qualidade dos serviços de saúde oferecidos⁶.

Dois exemplos de sistemas de saúde universalistas de reconhecida qualidade e que vêm implementando reformas graduais são o canadense e o inglês. Em ambas as experiências não estão sendo alterados seus aspectos mais significativos, como a universalidade, a integralidade e a equidade. Busca-se, tal qual veremos no caso brasileiro, aperfeiçoar os mecanismos de planejamento, regulação, prestação e financiamento, com a valorização da atenção básica. Nos dois casos, a introdução de inovações é alvo de fervorosos debates, gerando análises favoráveis e contrárias, o que demonstra que, embora o consenso sobre a necessidade de reformas seja

⁶ Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado. In: Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado – Relatório Final. Ministério da Saúde, Universidade de Brasília e Organização Pan Americana de Saúde. Brasília, 1998.

praticamente geral, os caminhos escolhidos necessitam de forte pactuação social para serem viabilizados.

No Canadá, a atenção à saúde é atribuição direta das províncias e territórios, sendo, porém, co-financiada pelo nível central, responsável pelo macroplanejamento das ações de saúde. Este sistema provê um atendimento universalizado e equânime, está baseado no seguro de saúde público e na prestação de serviços através da rede privada, composta, porém, basicamente por hospitais comunitários sem fins lucrativos e instituições filantrópicas e religiosas. As mudanças recentes modificaram o sistema apenas em seus aspectos secundários. Em linhas gerais, aprofundaram a regionalização, a descentralização da gestão e o planejamento rumo ao nível local, ampliando a participação do usuários em seu controle e incorporando alterações nos mecanismos de financiamento por parte da esfera governamental (Quinhões, 1997b).

Na Inglaterra, exemplo representativo de Estado de Bem-Estar Social e de um modelo governamental de prestação de serviços públicos, a reforma seguiu o caminho da ampliação da participação do segmento privado, além do estímulo à competição entre os provedores, principalmente os da esfera pública, pelo recebimento de recursos estatais. Apesar de também manter seus aspectos mais relevantes, como a universalidade, a atenção integral e o financiamento público, o sistema inglês vêm construindo novas formas de garantir os princípios baseados na competição entre os prestadores (Lobato, 1997).

Na proposta de reforma do setor saúde brasileiro apresentada pelo governo, estão presentes as mesmas preocupações com a eficiência e a qualidade dos serviços prestados à população que nortearam a criação do PDRAE, com o agravante de ser a saúde um dos setores que mais demandam recursos públicos de todos os níveis de governo. O orçamento do Ministério da Saúde nos últimos seis anos pode ser visualizado pela tabela seguinte:

Tabela 1

Evolução Orçamentária do Ministério da Saúde (1995 a 2000)

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Total Executado (Global) | 14.892 | 14.377 | 18.804 | 19.324 | 20.334 | 22.699 |

Fonte: Ministério da Saúde

Podemos, para efeito de análise, compreender no PDRAE uma proposta de reforma que apontaria para a distinção bem clara entre as responsabilidades de financiamento/regulação em relação à prestação direta dos serviços de saúde, que seriam assumidas pelas OSs.

Há, contudo, muitas críticas a esta separação de atribuições, principalmente quando analisadas as OSs como mecanismo de "privatização" da prestação dos serviços de saúde. A tabela utilizada pelo Ministério da Saúde para a remuneração dos serviços ambulatoriais e hospitalares apresenta distorções em seus valores, com defasagem nos procedimentos de baixa complexidade. Tal situação poderia comprometer o princípio da integralidade e

universalidade, ao estimular a realização de determinados procedimentos em detrimento de outros menos lucrativos ao prestador. Também a própria concepção das OS levanta dúvidas quanto à sua efetividade organizacional, sendo estas, para muitos, apenas uma nova roupagem para os antigos modelos fundacionais e autárquicos, que não atingiram seus objetivos de autonomia gerencial e isenção frente ao poder político⁷.

Outro aspecto polêmico diz respeito à real capacidade regulatória do poder público enquanto órgão concedente. A experiência de regulação brasileira é muito recente, não apresentando resultados passíveis de serem avaliados de imediato quanto à efetividade destes serviços quando terceirizados. Dado o caráter absolutamente essencial do acesso aos serviços de saúde pela população, notadamente a mais carente, também poderiam, neste caso, ficar comprometidos os princípios que nortearam a implantação do SUS no país.

Apesar da importância inequívoca da unidade hospitalar dentro do sistema de saúde, a reforma do setor não se atém apenas às unidades hospitalares e sua forma de administração. As condicionantes e determinantes da gestão hospitalar serão discutidas num capítulo à parte deste trabalho. Para um entendimento mais completo acerca das mudanças e inovações em andamento no sistema de saúde brasileiro é preciso observar atentamente algumas das medidas que vêm sendo implementadas nos últimos anos. Pode-se constatar que estas ações apontam para o fortalecimento da

⁷ Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado. In: Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado – Relatório Final. Ministério da Saúde, Universidade de Brasília e Organização Pan Americana de Saúde. Brasília, 1998.

atenção básica e o desestímulo à hospitalização, o que sinaliza uma sintonia com as práticas internacionais mais efetivas no campo da saúde pública.

Análise-se, por exemplo, a Norma Operacional Básica (NOB) publicada em 1996 e que busca aperfeiçoar a gestão do SUS, ao redefinir: i) os papéis de cada esfera de governo e em especial, no tocante à direção única; ii) os instrumentos gerenciais para que os municípios e estados passem de prestadores de serviços a gestores efetivos do sistema; iii) os mecanismos e fluxos de financiamento, privilegiando as transferências globais (fundo a fundo), em detrimento da remuneração pela produção de serviços; iv) a prática do acompanhamento e do controle, valorizando os resultados baseados na programação com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; v) os vínculos dos serviços com os seus usuários, a fim de estimular o controle social. A NOB 96 instituiu duas novas modalidades de gestão para estados e municípios, em substituição às anteriores, definidas pela NOB 93. Para os municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Para os estados, outras duas modalidades: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Basicamente, pode-se perceber que, com a introdução destas classificações quanto à autonomia de gestão de estados e municípios, a NOB pretendeu consolidar o papel destes níveis na atenção à saúde, com responsabilidades claras, requisitos para o enquadramento e prerrogativas decorrentes. A partir do atendimento destes requisitos, faz-se jus ao recebimento dos repasses fundo a fundo, tendo como critério o número de habitantes atendidos. Dentre as vantagens desta mecânica de financiamento em relação ao método de

pagamentos por procedimentos, pode-se citar: i) melhor ajuste entre oferta e demanda de serviços de saúde, estimulando as medidas preventivas, já que não há mais o receio por parte do gestor local de perda de recursos federais; ii) fim do subsídio à oferta, pois os municípios que possuem estruturas físicas para prestação de serviços foram historicamente privilegiados com os repasses por procedimento, gerando iniquidade flagrantes; iii) possível estímulo à maior competição dos prestadores, estimulando o aumento da qualidade do atendimento.

A NOB pretendeu também fortalecer a tendência de municipalização dos serviços básicos de saúde, deixando para o nível estadual as ações de média e alta complexidade que não pudessem ser absorvidas pelos municípios, além de fortalecer o papel integrador dos estados no planejamento e na programação das ações de saúde. Em consonância com o objetivo de fortalecer a atenção básica, além do Piso de Atenção Básica (PAB) a que farão jus os municípios habilitados na gestão plena deste tipo de atenção, foram introduzidos recursos adicionais para os municípios que implantarem ações prioritárias do Ministério, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Até dezembro de 2000, era este o quadro de municípios e estados habilitados segundo as modalidades previstas na NOB 96:

Tabela 2

Municípios e Estados Habilitados por Modalidades de Gestão

| <i>Tipos de Gestão</i> | Nº de Municípios | Nº de Estados |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Plena da Atenção Básica | 4.927 | |
| Plena do Sistema Municipal | 523 | |
| Avançada do Sistema Estadual | | 4 (SP, MG, BA, RS) |
| Plena do Sistema Estadual | | 6 (CE, GO, SC, PR, AL, DF) |
| Nenhuma das modalidades | 472 | 17 |

Fonte: Secretaria de Políticas de Saúde/MS

Ao nível federal, fica reservada a macrogestão do SUS, a partir de uma sólida base de dados construída em nível local e compartilhada em rede, de forma a propiciar informações fidedignas para tomada de decisão, possibilitar auditoria permanente e a avaliação da qualidade dos serviços. O repasse de recursos está vinculado ao fornecimento das informações que municiam alguns destes sistemas nacionais, tais como: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); além dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH) exigidos para habilitação.

3. Desafios gerenciais para a consolidação do SUS

3.1. A gestão do sistema

O processo de descentralização de recursos e atribuições para estados e municípios é inexorável e constitui avanço inegável, tanto em termos de democratização quanto de maior racionalidade no gasto público, que se dá, principalmente, pela maior proximidade entre as demandas da população e o gestor, influenciando positivamente no processo de formulação /execução/ avaliação das políticas públicas. A efetividade destas políticas aumenta à medida que os cidadãos beneficiados tomam parte como atores relevantes deste processo.

No caso da saúde, como já visto, os últimos vinte anos vêm assistindo a um aprofundamento desta tendência, principalmente a partir da criação do Sistema Único de Saúde. A publicação das NOBs evidenciam este fato. Cabe, contudo, discutir os desafios gerenciais advindos deste processo, tanto no âmbito do sistema como um todo quanto nas unidades prestadoras de serviços, notadamente, as unidades hospitalares.

Ao dar posse ao então novo Ministro da Saúde, Carlos César Albuquerque, o Presidente Fernando Henrique Cardoso declarou que esperava que 1997 fosse o "ano da saúde". A nomeação de um profissional com uma trajetória considerada exitosa na área de administração hospitalar, a frente do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, demonstrava uma preocupação que se tornou

crescente nos últimos anos: a qualidade da gestão dos gastos em saúde no Brasil. Para muitos, determinante para o sucesso do SUS em seus objetivos de equidade e universalização.

Embora os esforços de descentralização sejam louváveis pelo seu caráter democratizante e estejam em consonância com a redefinição do pacto federativo estabelecido pela Constituição de 1988, há alguns aspectos que merecem atenção e reflexão. A maioria dos municípios brasileiros possui estruturas administrativas bastante frágeis, somadas a uma baixa qualificação dos seus quadros. Sua viabilidade financeira é em grande parte decorrente de repasses federais, sendo bastante limitada a capacidade de gerar recursos próprios. Além disto, observou-se nos últimos anos a criação de inúmeros novos municípios, a maioria sem critérios racionais, estando a mercê de arranjos político-partidários. A transferência de responsabilidades a estes novos entes potencializa algumas situações insustentáveis, aumentando os riscos de que suas populações sejam penalizadas em função da incapacidade de seus governantes em atingi-las satisfatoriamente com programas sociais efetivos. No campo da saúde, o financiamento ainda está, predominantemente, a cargo do nível federal, que responde por mais da metade dos investimentos no setor.

Do ponto de vista da ordenação na oferta de serviços, a adequação entre demanda e capacidade real instalada nos municípios muitas vezes apresenta distorções, com sobre-oferta em alguns casos e carência em outros. A falta de critérios na incorporação tecnológica leva a situações de ociosidade de equipamentos e instalações de alta complexidade, gerando desperdícios e

perdas de escala em algumas localidades, enquanto outras possuem enorme demanda reprimida.

Como resposta a parte destas constatações, o Ministério da Saúde publicou, em anexo à Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Em sua introdução, a NOAS reconhece que *"a experiência acumulada, à medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde/SUS..... Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais. Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes,*

iníquos e não resolutivos...deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais..."

A Norma tem como principais objetivos orientar e regulamentar o processo de ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica; definir o processo de regionalização da assistência; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde; e, proceder à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Ao enfatizar a regionalização, fica clara a tendência ao fortalecimento de um modelo de organização do sistema de saúde já bastante conhecido: os Distritos Sanitários.

Os Distritos Sanitários correspondem no Brasil ao que, internacionalmente, como consequência da XXXIII Reunião do Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), denominou-se Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Os Distritos podem ser menores, iguais ou maiores que a área geográfica dos municípios, estando sua delimitação a cargo da instituição que estabelece sua criação (geralmente as Secretarias Municipal ou Estadual de saúde). Porém, Mendes (1994:162) ressalta que "o Distrito Sanitário, mais que um ente político-jurídico, constitui um processo social que, mesmo incidindo no âmbito distrital, deve determinar mudanças, para cima e para baixo, seja nas estruturas das Secretarias de Saúde, seja nas práticas sanitárias desenvolvidas ao nível do Distrito, de modo a adequá-las aos novos objetos colocados pelo Sistema Único de Saúde."

Uma questão de extrema importância para o pleno sucesso da estratégia de descentralização, diz respeito à qualidade das informações geradas, processadas e compartilhadas pelos órgãos gestores das três esferas de governo. A gestão local e sua integração com os níveis superiores torna primordial o desenvolvimento de canais consistentes para o fluxo de informações intra e interorganizacionais. Abordando os aspectos da gestão da informação no âmbito dos Distritos Sanitários, Tasca (1993) enfatiza que o processo decisório deve levar em conta os dados demográficos, socio-econômicos e ambientais, como forma de garantir que as intervenções intersetoriais possam ser melhor programadas e mais efetivas ao nível local. Atesta ainda que a informatização é uma escolha praticamente obrigatória, dada a garantia de precisão e agilidade, mas ressalta, contudo, que a opção tecnológica deve ser orientada por critérios que levem em conta os aspectos de custo, disponibilidade de pessoal treinado, manutenção, flexibilidade operativa e compatibilidade com os sistemas usados nos níveis centrais .

Dado o caráter estratégico da confiabilidade dos sistemas de informação para o pleno sucesso da descentralização, o Ministério da Saúde (MS) vem fortalecendo sua empresa de informática – DATASUS – por meio de uma reestruturação interna, consequência da redefinição dos seus objetivos de atuação no âmbito das políticas de saúde do MS. Está em curso uma iniciativa de estabelecer parcerias com empresas públicas e privadas, que possibilitam a terceirização de atividades operacionais de implantação e suporte de *softwares* diversos de propriedade do MS, além da capacitação de pessoal na gestão desses sistemas. Espera-se, assim, alavancar a atuação

do DATASUS, conferindo-lhe maior capilaridade e conseqüente eficácia no papel de difusor de novas tecnologias de informação e gestão para as instituições integrantes do SUS em todo o país.

Alguns projetos de grande magnitude destinados a melhorar o fluxo de informações no SUS encontram-se em fase de execução pelo MS. Dentre eles podemos citar o Cartão Nacional de Saúde e a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS). O Cartão permitirá o cadastramento da população, gerando um número único de identificação dos usuários. A partir da criação de controles mais eficazes sobre a utilização dos serviços da rede de saúde, espera-se o melhor gerenciamento dos recursos, que deverá se refletir na melhoria do atendimento, na redução das fraudes e no aperfeiçoamento do planejamento das ações. Já o projeto RNIS consiste na criação de uma rede integrada, ligando municípios, estados e União, por onde transitarão, via Internet, dados locais e nacionais de saúde. Desta forma, serão disponibilizadas informações não apenas aos gestores, mas aos usuários e a toda a sociedade, permitindo transparência e democratização no acesso às informações de saúde em todo o Brasil. Como bem nos lembra Moraes (98: 258), "o debate democrático sobre a produção, disseminação e uso das tecnologias de informação em saúde é fundamental para a longa luta emancipatória dos cidadãos. Passa pela construção social de uma "inteligência sanitária e informacional" apropriada pela população e não apenas por uma elite, na construção de um projeto político para as informações em saúde no Brasil. Implica uma laicização da ciência e da técnica, enquanto um processo sociotécnico, que deve permanecer sempre aberto à crítica e à intervenção."

3.2. A necessidade de uma moderna administração hospitalar

No que diz respeito ao papel das unidades que viabilizam a prestação dos serviços à população, um amplo quadro de deficiências também carece de firme enfrentamento. Os sistemas de saúde abrigam estabelecimentos assistenciais de funções diversas e diferentes níveis de especialização, sendo que os hospitais ocupam papel de destaque, o que os torna o principal pólo de concentração de tecnologias, recursos humanos e econômicos e lhes confere uma complexidade que nenhum outro estabelecimento de saúde possui. Decorre daí a importância do aprofundamento de estudos destinados a otimizar sua atuação, como forma de viabilizar o bom funcionamento de qualquer sistema em que ele tome parte. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Informe Técnico nº 122 de 1957, definiu que: "o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas bio-sociais". Afirma ainda o Informe Técnico que as funções do hospital são: i) prevenir a doença; ii) restaurar a saúde; iii) exercer funções educativas; e, iv) promover a pesquisa.

O processo histórico que resultou na consolidação do papel do hospital como instituição social remonta à antigüidade. Ele surge como parte do processo de socialização humana e evolui em resposta à necessidade de se estabelecer ações destinadas à manutenção da saúde da coletividade,

função que só incorpora definitivamente no século XX. Na Índia e Egito antigos, já haviam registros de instalações hospitalares, ainda que precárias. Nos impérios grego e romano, os templos eram usados como hospitais, numa época em que ainda havia grande mistura entre medicina, misticismo e religião. Inscrições encontradas nas colunas dos templos com o nome dos doentes, breve históricos de cada caso e as causas de cura ou não, podem ser consideradas como os primeiros prontuários médicos (Cherubin e Santos, 1997).

Na era cristã dá-se uma nova visão ao tratamento dos doentes, que passam a ser o foco das atenções das ordens religiosas, fruto das pregações evangélicas. O advento do cristianismo fortalece a caridade como valor e propicia a transformação do hospital numa casa comunal de doentes, principalmente para os abandonados e mais pobres, portadores de moléstias infecto-contagiosas. Contudo, a visão eclesiástica prevalecia sobre os métodos científicos, sendo o ser humano proibido de sofrer "violações" por certos métodos de cura. As cirurgias são proibidas, bem como a pesquisa por dissecação de cadáveres. As terapias são baseadas no uso de flores e ervas, além de preces para os diversos santos.

Na Idade Média, os hospitais adquirem maior importância, principalmente em virtude das ondas migratórias, das guerras e das epidemias. Passam a ser entidades regulares e não mais apêndices de outras instituições civis, militares e religiosas. Começam a surgir hospitais erguidos pelo poder público, como na Inglaterra, onde surgem estabelecimentos de saúde municipais. Seus objetivos não se limitavam apenas a atender doentes, mas

também a segregar indigentes, crianças abandonadas, prostitutas e pobres não doentes. Alguns hospitais passam a se tornar "casas de educação vigiada". A influência religiosa permanece, contudo, dominante. A caridade era utilizada pelas classes favorecidas como instrumento da própria "salvação espiritual". As solicitações de internação, em sua maioria, não eram feitas por ordem médica, mas por confessores. A fundação das primeiras Universidades e o advento de invenções, como o microscópio, colaboraram para um maior desenvolvimento da medicina e da assistência hospitalar. Em Bolonha, por volta do ano de 1300, é fundada uma faculdade de medicina, que passa a atrair candidatos de todo o mundo. É lá também que começa a fabricação de medicamentos em escala industrial, como a Teríaca, à época considerada "boa para todos os males" (Cherubin e Santos, 1997).

O período compreendido entre a Renascença e os dias atuais marca a valorização do hospital como bem comunitário indispensável e serviço público por excelência. O estudo da anatomia passa a ser matéria regular nas faculdades de medicina. Novas drogas são descobertas e a livre atuação dos médicos cirurgiões resulta em avanços no campo da anatomia e da fisiologia humanas. A evolução científica se estende à medicina, distanciando-a dos dogmas e do controle religioso. A própria concepção arquitetônica dos hospitais sofre alterações, como fruto deste processo. O desenvolvimento da Medicina Classificatória marca o surgimento da medicina moderna, estabelecendo uma nova relação entre o visível e o invisível, embasando o saber concreto (Foucault, 1994). A formação de uma medicina hospitalar efetiva ocorre, segundo Foucault (1979), por dois motivos: a transformação do saber e das práticas médicas e a disciplinarização do espaço hospitalar,

agora não mais sob responsabilidade de entidades religiosas, mas sim do profissional médico que nele atua. O surgimento das especialidades médicas, com as diversas clínicas (oftalmologia, cardiologia, ortopedia, etc.), aumentou em muito a resolubilidade da assistência médico-hospitalar. Nos procedimentos de diagnose também se deu notável avanço, principalmente a partir do século XX. Os serviços hospitalares fortaleceram-se e evoluíram, abrangendo, além dos aspectos médicos, os de enfermagem, de serviços de apoio e administrativos.

No Brasil, as primeiras atividades hospitalares iniciaram-se logo após o descobrimento, nos moldes das Santas Casas de Misericórdia de Portugal. Surgidas na Europa durante a Idade Média como forma de enfrentar a ocorrência freqüente de pestes, eram ligadas à Igreja Católica e agregavam também serviços de assistência social e funerária. A primeira Santa Casa de Misericórdia brasileira foi a de Santos, seguida pelas da Bahia (1549), e a de Pernambuco (1560), entre diversas outras. A partir do século XVIII, começam a surgir no Brasil as Reais e Beneméritas Sociedades Portuguesas de Beneficência, uma iniciativa da colônia portuguesa que se espalhou pelo país e que tinha como objetivo atender aos membros que aderissem. Outras colônias de imigrantes fundaram suas próprias instituições hospitalares, como os italianos, os sírio-libaneses, os israelitas, etc. Os hospitais com fim lucrativo surgem no Brasil mais recentemente, com os médicos-empresários. As tabelas seguintes ilustram o perfil da composição da rede conveniada ao SUS, com dados de dezembro de 2000.

Tabela 3: Composição dos Hospitais da Rede Conveniada ao SUS

| Regime | Quantidade | % |
|--|-------------------|------------|
| Hospitais Públicos | 2.267 | 35 |
| Hospitais Privados | 4.072 | 63 |
| Hospitais Universitários (públicos e privados) | 154 | 2 |
| Total | 6.493 | 100 |

Fonte: DATASUS/MS

E quanto ao total de leitos disponibilizados ao sistema:

Tabela 4: Composição dos Leitos da Rede Conveniada ao SUS

| Regime | Quantidade | % |
|--|-------------------|------------|
| Hospitais Públicos | 119.851 | 25 |
| Hospitais Privados | 321.064 | 66 |
| Hospitais Universitários (públicos e privados) | 46.143 | 9 |
| Total | 487.058 | 100 |

Fonte: DATASUS/MS

Pelo quadro acima, percebe-se que a construção de uma rede pública estatal nunca foi prioridade de nenhum dos níveis de governo, prevalecendo um predomínio das unidades de natureza privada. Como já visto, a assistência médica baseada na atividade privada com fins lucrativos, focada na prática médico-curativa, gerou um aumento desenfreado dos custos, com conseqüentes crises de financiamento do setor, que se agudizaram a partir da década de 70. O abandono e sucateamento que caracterizam a maior parte das unidades de saúde vinculadas ao SUS nos dias de hoje, sejam elas públicas ou privadas, é uma decorrência do quadro permanente de escassez de recursos, situação que só se agrava pelas disfunções na atuação das

unidades hospitalares. O movimento em curso de descentralização da prestação de serviços públicos de saúde insere na agenda de discussões a necessidade de uma abordagem mais firme da questão gerencial. A delegação de poderes aos níveis locais e a desconcentração dos serviços tornam imperiosa a tarefa de melhorar a atuação dos hospitais brasileiros do sistema público de saúde. A característica centralista do sistema retirou a autonomia das unidades, dificultando a criação de uma cultura de gerência hospitalar moderna, inclusive pelo desestímulo ao aprimoramento dos seus profissionais.

O modelo hospitalocêntrico impactou, inclusive, o papel das unidades hospitalares, que se transformaram, indevidamente, na porta de entrada do sistema de saúde para a maioria da população. Grabois e Sandoval (1994) observam que, num sistema universalizado e integrado como o SUS, deve haver uma adequação da oferta de serviços ao perfil demográfico e epidemiológico da população atendida, sendo esta adequação pensada tanto em termos quantitativos quanto qualitativos. Segundo estes autores, uma modificação favorável do perfil sanitário implica no equacionamento do subsistema hospitalar no âmbito do SUS (estatal e contratado), redefinindo o papel do hospital na assistência à saúde e suas relações com a rede de cuidados básicos, a fim de propiciar a introdução de conceitos de organização interna e de gestão, capazes de melhorar a própria qualidade do gasto em saúde. Observa-se assim, o potencial de atuação das unidades básicas de saúde, que, uma vez dotadas dos recursos necessários, possam tornar-se mais resolutivas, permitindo aos hospitais concentrarem-se num outro perfil de atuação, mais condizente com sua complexidade. Ficaria

assim reservada às unidades hospitalares a prestação de assistência a casos mais graves, em que os riscos à saúde sejam mais significativos e que haja necessidade de acompanhamento do quadro clínico. A efetiva complementariedade entre instituições hospitalares é também um fator primordial para a organização dos serviços de maior complexidade, com inegáveis ganhos de escala decorrentes da formação de centros especializados regionais. Uma melhor definição de papéis entre os níveis de maior e menor complexidade, concretizada por um sólido sistema de referência e contra-referência, tornaria possível consolidar os princípios de hierarquização e regionalização, presentes na concepção do SUS. A redefinição do papel do hospital no sistema de saúde é o primeiro desafio a ser enfrentado rumo à profissionalização e modernização da administração hospitalar. Pode-se afirmar que estas têm sido diretrizes das reformas que vêm sendo levadas a cabo no sistema de saúde brasileiro.

Para um melhor estudo da crise que se abate sobre o sistema hospitalar público, principalmente na atenção médico-hospitalar, Barbosa (1996) cita a análise elaborada por Vecina Neto e Malik, que localiza o fenômeno sob três dimensões: i) a estrutural, associada à importância política conferida ao setor pelas autoridades públicas, que é baixa. Isso é constatável pelo volume de recursos alocados no setor saúde, pelos baixos salários dos profissionais, pela qualidade dos serviços prestados, pelo reduzido controle social, pelo clientelismo na indicação dos quadros gerenciais, dentre outros fatores; ii) a organizacional, condicionada pela dimensão estrutural e que se manifesta pela inexistência de objetivos claramente definidos, no descompromisso com a profissionalização, na escassez de recursos financeiros e na limitada

utilização de modernas ferramentas gerenciais (planejamento, orçamento, gestão de custos, etc.), além da ausência de padrões de trabalho, fator limitante da eficiência e eficácia organizacionais; e, finalmente iii) nas causas de caráter individual, como a limitação profissional dos gerentes, que se ressentem de melhor capacitação e tornam-se inseguros no desempenho de suas funções. O clima entre os demais funcionários é quase sempre de desmotivação e descompromisso com suas tarefas e com a própria organização, vítimas de um quadro de descontinuidade e de incapacidade gerencial em oferecer objetivos claros que redirecionem sua atuação e estimulem a proatividade. Considerando as habilidades descritas por Motta (1997:42) como necessárias à prática gerencial contemporânea, que remetem a um dirigente capaz de atuar como um “desbravador de caminhos, encontrando soluções e tomando decisões com base em informações incompletas, coletadas esparsamente em meio a um processo gerencial fragmentado e descontínuo”, constatamos o quão distante nossa realidade se encontra de uma situação minimamente satisfatória, em termos de capacidade dos quadros gerenciais em assumir este padrão de atuação.

Dentre o leque de dificuldades a serem enfrentadas para a reversão deste quadro, é preciso reconhecer outro aspecto muito importante, que diz respeito à especificidade das atividades hospitalares e sua intrínseca complexidade. O hospital é uma organização cujas funções produtivas (médicas), de natureza superespecializada, possuem acentuada independência em relação ao todo organizacional. Em suas análises sobre diferenciações organizacionais, Mintzberg (1989), localiza os hospitais como organizações profissionais, nas quais o centro operacional, altamente

especializado, tende a ser a parte mais desenvolvida e forte na organização. O trabalho finalístico, próprio de seu centro operacional, exige qualificações elevadas, sendo pouco passível de formalização e normatização. O fato de que as habilidades são adquiridas, construídas e legitimadas independentemente, tende a enfraquecer os vínculos do indivíduo com a organização, mantendo-os fora de seu controle. O papel desta passa a ser o de apenas prover os meios e recursos para o exercício de suas funções. A perícia do profissional é fonte de poder, enfatizando sua autoridade. Dussault (1992) afirma que estes profissionais tendem a tentar controlar a organização, com a finalidade de manter e até mesmo reforçar seu poder sobre as decisões que influenciem seu trabalho, buscando ocupar, inclusive, o centro decisório, tornando-se dirigentes. Coloca-se assim, um enorme desafio para organizações deste tipo: manter a unidade de atuação, dada a tendência deste modelo em gerar a segmentação em grupos com interesses divergentes, comprometendo assim os resultados finais da organização. No caso das organizações hospitalares públicas, somam-se a este quadro geral algumas condicionantes que agravam em muito suas limitações quanto a uma atuação gerencial mais eficiente e eficaz. Motta (1989) salienta que há incongruências e ambigüidades presentes à administração pública, decorrentes em grande medida da multiplicidade de interesses que a permeiam. A conciliação entre expectativas e objetivos de atores diversos (burocracia interna e externa, classe política, fornecedores privados, usuários) não raro desvirtuam a atuação das unidades, afastando-a dos seus reais objetivos com reflexos no padrão dos resultados alcançados. De fato, as organizações hospitalares públicas submetem-se à uma função social externamente determinada e à qual sua gestão obrigatoriamente deve estar

inserida. São mais suscetíveis ao ambiente sócio-político do que qualquer estabelecimento de saúde privado. Estão sempre vinculadas à autoridade externa e, geralmente, o planejamento que norteia sua atuação independe de seus próprios quadros dirigentes. Administrativamente, a maioria dos hospitais públicos é dependente de um orçamento sobre o qual não tem ingerência direta. Funções de compras, gestão de recursos humanos e aquisição de equipamentos, além de fortemente reguladas por legislação específica, estão centralizadas nas secretarias municipais e estaduais. É comum observar Secretários municipais de saúde acumulando a função de dirigente hospitalar. Motta (1985) nos dá uma possível explicação para o fenômeno ao citar a dificuldade, por parte dos gerentes, em assumir objetivos definidos nos níveis centrais, provavelmente em virtude do fato que estes são formulados sem considerações quanto às especificidades locais e sob uma lógica predominantemente burocrática. Quanto à cultura organizacional, Motta (1989) considera que o “conjunto de crenças, hábitos, valores, relacionamentos, poder, (...) atitudes e comportamento” não se encontram, necessariamente, em “harmonia ou concordância com os valores da comunidade ou do sistema que a cerca”.

De fato, quanto às condições gerenciais nas unidades hospitalares do sistema público, o estado da arte não é animador. De modo geral, a baixa eficiência/eficácia se reflete na deterioração da rede ambulatorial/hospitalar e na má qualidade dos serviços prestados. O desperdício e as fraudes são amplamente verificáveis, como noticia a imprensa quase diariamente. O quadro de dirigentes dessas organizações é formado, majoritariamente, por profissionais que contam apenas com a experiência prática, geralmente

oriundos da área médica. O novo perfil de atuação que se cobra das unidades, à medida que amplia-se a importância da coordenação entre os diversos níveis de governo na integração dos serviços e ações de saúde, só será possível com a reversão desta situação, uma vez que a escassez de recursos vem acompanhada de um quadro de turbulência, incertezas e mudanças aceleradas. Os hospitais, enquanto organizações dotadas de alta complexidade, encontram-se no centro das transformações com que se depara a saúde. Pólos de recursos tecnológicos, de pesquisas e novos conhecimentos, é deles cobrada uma maior diversidade de ações, fruto da crescente complexificação das demandas a que estão submetidos. Essa preocupação está presente no escopo de atuação do projeto REFORSUS, que, como será visto a seguir, procurou integrar os investimentos nas áreas de obras e aquisição de equipamentos clínicos com projetos de melhoria gerencial, destinados a garantir a sustentabilidade financeira e administrativa das unidades de saúde beneficiárias.

Como não poderia ser de outra forma, a profissionalização da administração hospitalar é hoje uma questão central em todo o mundo. Muitos países têm investido na capacitação de dirigentes hospitalares como parte da estratégia de enfrentamento da crise de financiamento do setor saúde. Cherubin e Santos (1997) relatam que a Administração Hospitalar profissional, enquanto campo específico da Administração Geral, surge nos Estados Unidos no ano de 1915, no Colégio Americano de Cirurgiões. Datam desta época as iniciativas para a obrigatoriedade da adoção dos prontuários médicos e a implantação de programas de acreditação hospitalar. Em 1934 foi criado, na Universidade de Chicago, o primeiro curso de administração hospitalar, com

duração de dois anos e em 1935 é publicado o livro *Hospital Organisation and Management*, contendo princípios de organização e administração de unidades hospitalares. Há, nos dias de hoje, mais de uma centena de faculdades de administração hospitalar em funcionamento nos Estados Unidos, sendo que 83% dos administradores hospitalares americanos possuem mestrado ou doutorado na área.

Na França, os hospitais públicos possuem uma clara distinção entre as funções médicas e de gerência. A nomeação do dirigente hospitalar é atribuição do Ministro de Estado da Saúde, após indicação pelo Conselho de Administração do hospital. Qualquer cidadão que possua os atributos mínimos definidos em estatuto, pode candidatar-se a dirigir um hospital público. A formação do dirigente hospitalar é tratada como prioridade nacional. Há uma Escola Nacional de Saúde Pública, em Rennes, responsável pela formação inicial do profissional candidato a dirigente hospitalar. O curso tem duração de 27 meses, divididos entre teoria e prática, após o qual, de acordo com lista classificatória baseada no desempenho dos alunos, os futuros dirigentes escolhem os postos que desejam ocupar nas unidades hospitalares disponíveis (Barbosa e Lamy, 1994).

No Brasil, o ensino de administração hospitalar é mais recente. O primeiro curso surge em 1946, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Tinha a duração de dez meses e permaneceu em funcionamento por aproximadamente quinze anos. A criação do currículo mínimo para curso de nível superior em administração hospitalar só foi oficializada pelo Ministério da Educação e Cultura no parecer nº 788 de

1973. Até 1997, estimava-se que existiam cerca de vinte cursos deste tipo em funcionamento no país, sem apresentar ainda resultados relevantes na melhoria do padrão gerencial das unidades hospitalares brasileiras (Cherubin e Santos, 1997).

4. O projeto REFORSUS

4.1. O REFORSUS no contexto das reformas do governo brasileiro.

O Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), foi resultado de uma iniciativa do governo brasileiro, ainda na gestão do ex-ministro da Saúde Adib Jatene, destinada a obter financiamento internacional para viabilizar as reformas que estavam sendo introduzidas no SUS. Submetido à apreciação dos bancos financiadores, Banco Mundial (BIRD) e Banco Interamericano (BID), foi avaliado por uma missão conjunta destes bancos, que resultou, em maio de 1996, no Relatório de Avaliação do Projeto de Reforma do SUS. O relatório descrevia o setor saúde no país, analisando os seus principais problemas e apresentava a estratégia governamental para enfrentá-los. Chamava a atenção para as desigualdades sociais, principalmente interregionais, localizando incoerências e incongruências em relação aos princípios que nortearam a própria criação de nosso sistema único. Os principais pontos/conclusões deste relatório, extraídos de documentos do projeto REFORSUS, eram os seguintes:

1. Quanto ao Perfil de Morbi-Mortalidade

Apesar das precárias condições de vida enfrentadas por boa parte da população, o Brasil vem apresentando melhoras em alguns indicadores sociais. De 1970 a 1993 houve um aumento na expectativa de vida (de 61

para 67 anos) e queda nos índices de mortalidade infantil (de 95/1.000 nascimentos para 42/1.000).

O aumento na expectativa de vida, aliado à queda das taxas de natalidade vem criando um novo perfil de demandas para a saúde, principalmente a partir do envelhecimento da população. As doenças crônico-degenerativas assumem a liderança nas causas de morbidade e mortalidade, muito embora as doenças infecciosas e parasitárias continuem com alta incidência nos bolsões de pobreza.

2. Quanto à Cobertura do SUS

Apresenta grandes áreas com deficiência de cobertura, principalmente na região norte e nas periferias das áreas urbanas, com estimativa de que 10 milhões de pessoas não sejam supridas pela rede. O número total de leitos e médicos é satisfatório, havendo contudo uma concentração nas regiões mais desenvolvidas. Há carência de profissionais de enfermagem.

3. Quanto aos Benefícios (serviços de saúde oferecidos à população)

O nível de gastos de saúde pública (US\$ 93 per capita e 3% do PIB em 1994) é insuficiente para pagar um pacote de benefícios moderadamente abrangente, mesmo considerando-se apenas os indivíduos que dependem unicamente do SUS.

4. Quanto ao Financiamento

Não há fontes consistentes e constantes para o financiamento da saúde. Os recursos originam-se de uma mistura de contribuições sociais e receitas do tesouro.

5. Quanto ao Setor de Seguro Privado

Desempenha papel significativo, complementar ao setor público. Em 1994, 38 milhões de pessoas recorreram a algum tipo de assistência médica oriunda deste setor. A falta de regulamentação cria a possibilidade de seleção adversa e de desligamento seletivo de pacientes. Há injustiça decorrente do uso de serviços terciários do SUS, mais onerosos, por parte da população coberta por estes planos privados.

6. Quanto à Alocação de Recursos

A alocação de orçamentos ordinários e de capital é feita de forma pouco transparente. Têm-se privilegiado, na maioria das vezes, acordos individuais entre o Ministério e os governos estaduais e municipais.

7. Quanto ao Fornecimento e Qualidade da Assistência à Saúde

A maioria dos serviços é fornecida por provedores privados filantrópicos ou sem fins lucrativos. Em 1994 o setor privado do SUS foi responsável por 79%

dos leitos hospitalares, 83% das admissões hospitalares financiadas com recursos públicos e 87% dos ressarcimentos a hospitais. O setor privado foi também responsável por 43% dos procedimentos ambulatoriais financiados por verba pública e por 73% dos ressarcimentos a ambulatorios.

Contudo, a qualidade da assistência é baixa, sendo os indicadores de mortalidade e morbidade materno-infantil muito ruins. Em 1989, embora 83% dos nascimentos tenham sido atendidos por profissionais qualificados, a mortalidade materna e perinatal foram 4,5% mais altas do esperado num país com a renda e educação brasileiras, o que sugere uma prática obstétrica pobre.

8. Quanto às Secretarias Estaduais de Saúde - SES

Têm se esvaziado no processo de descentralização. O fortalecimento das Secretarias Municipais tem deixado as SES com papéis relativamente pequenos e mal definidos⁸.

9. Quanto ao Reembolso aos Provedores

Os valores de reembolso atuais das tabelas SIA (procedimentos ambulatoriais) e SIH (procedimentos hospitalares) estão defasados em relação ao custo médio dos serviços, o que provoca deficiências na

⁸ O Componente II do REFORSUS contempla um projeto de fortalecimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde.

manutenção, corte nos investimentos e escassez de insumos essenciais, deteriorando a qualidade da assistência e estimulando fraudes. Entre 1991 e 1992 o preço médio do SIH caiu de US\$ 306 para US\$ 180. Além disto, a deterioração dos preços tem atingido mais fortemente os serviços básicos, estando os procedimentos de alta complexidade mais protegidos em seus valores.

Tabela 5

(em R\$)

| Reembolso por Procedimentos Seleccionados no SUS | | | |
|---|--------------|------------------|---------------------|
| Procedimento | Custo | Reembolso | Reemb./Custo |
| Consulta médica Geral | 10 | 2 | 21% |
| Apendicectomia | 833 | 191 | 23% |
| Parto normal | 235 | 114 | 48% |
| Crise asmática | 399 | 204 | 51% |
| Raio X simples | 7 | 4 | 57% |
| Tratamento de Prematuridade | 385 | 322 | 84% |

Fonte: Federação das Santas Casas de Misericórdia (janeiro de 1996)

Esta deterioração dos preços tem levado hospitais e outros fornecedores a adiar investimentos, cortar manutenção e até fechar unidades inteiras, agravando as dificuldades de acesso da população mais pobre.

10. Quanto à Regulamentação

O Ministério da Saúde não tem tido condições de regular adequadamente o sistema, ou seja, assegurar a qualidade dos serviços que adquire e controlar as fraudes. Embora o governo tenha um bom sistema de informações para detectar a fraude, ele tem dificuldades para tomar medidas repressivas, devido à impossibilidade de fechamento em massa de unidades prestadoras com ruptura dos serviços. O Ministério centraliza ainda programas que deveriam estar na alçada de estados e municípios, como as atribuições da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), da Central de Medicamentos (CEME) e do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)⁹.

11. Quanto aos Gastos com Saúde

Os gastos com saúde no Brasil (públicos e privados) atingiram, em 1994, US\$ 21,1 bilhões, o que corresponde a US\$ 136 per capita e a 4,4% do PIB. Outros países da América Latina (Argentina, Chile, Costa Rica, México, Uruguai e Venezuela) tiveram seu percentual dos investimento em saúde/PIB variando entre 1,96 e 7,5%. Entre os países citados, o Brasil ocupa a última posição quanto aos indicadores de expectativa de vida, mortalidade infantil, mortalidade materna, imunização e cobertura da assistência pré-natal.

⁹ A CEME e o INAN foram extintos pelo MS entre os anos de 1996/97. A FUNASA passa por um processo de redefinição de atribuições, tendo delegado parte de suas atividades operacionais a estados e municípios.

Em 1996 e 1997, o governo brasileiro assinou os acordos de empréstimo, respectivamente, com o Banco Mundial (BIRD) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), com os seguintes compromissos:

1. Promover a recuperação física e tecnológica da rede assistencial do Sistema Único de Saúde – SUS, beneficiando unidades de saúde estatais e filantrópicas. Chamado de Componente I.
2. Melhorar a capacidade pública de formular, implementar e avaliar políticas de saúde, lançando mão de projetos diversos com o objetivo de sanar algumas das maiores carências técnicas e operacionais do setor. Chamado de Componente II.

O montante total do investimento, incluída a contrapartida dos proponentes, é de US\$ 750 milhões, constituído da seguinte forma:

| <u>Origem dos recursos</u> | <u>Valor (US\$)</u> |
|----------------------------|---------------------|
| BID ----- | 350 MILHÕES |
| BIRD ----- | 300 MILHÕES |
| Contrapartida local ----- | 100 MILHÕES |
| Total Geral ----- | 750 MILHÕES |

O REFORSUS deve ser concluído até o ano de 2002 e pretende ser um importante alavancador da proposta brasileira de reforma do setor saúde, ora em curso. Foram estabelecidas quatro Áreas Programáticas (AP) de investimentos, a saber:

- AP I - Rede hospitalar e ambulatorial, com ênfase em parto/perinatologia e urgência/emergência;
- AP II - Programa Saúde da Família (PSF);
- AP III - Rede Hemoterápica e Hematológica (HEMORREDE);
- AP IV - Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN)

Em seu Componente I, o Projeto propiciou recursos para: i) conclusão, reforma e ampliação de instalações físicas das unidades de saúde; ii) aquisição de equipamentos clínicos; iii) aquisição de unidades móveis; e iv) modernização gerencial, sendo que, as unidades que pleitearam recursos para obras e/ou equipamentos tiveram de apresentar, obrigatoriamente, uma proposta para melhoria gerencial na unidade.

O REFORSUS foi concebido com algumas peculiaridades, expressas na sua mecânica de atuação. Embora a definição das áreas programáticas tenha ficado a cargo do Ministério da Saúde (MS), a escolha dos projetos prioritários que receberam recursos foi de responsabilidade local, acordada pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs), envolvendo estados e municípios. Ao invés dos tradicionais convênios, optou-se pelo repasse financeiro via contratos, nos quais o montante não é transferido antecipadamente, mas após a comprovação da execução dos serviços e/ou o fornecimento dos equipamentos¹⁰. A distribuição dos recursos por estado da

¹⁰ O REFORSUS tem como objetivo otimizar a capacidade já instalada da rede de serviços do SUS. Em virtude disto, não houve liberação de recursos para a construção de novas unidades de saúde.

federação foi baseada em critérios que buscavam garantir a equidade. Do total, 70% foram distribuídos proporcionalmente ao número de habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1995, sendo os 30% restantes alocados de forma inversamente proporcional ao gasto per capita de custeio do MS no pagamento de procedimentos ambulatoriais e de internações hospitalares, no mesmo período. O objetivo foi propiciar aos estados mais pobres um maior investimento por habitante.

Até novembro de 2000, era este o total de projetos aprovados no Componente I do Projeto por Área Programática.

Tabela 6: Projetos Aprovados por Área Programática

| Área Programática | Nº de Projetos | Valor do Investimento (em R\$ milhões) |
|--------------------------|-----------------------|---|
| I | 989 | 581,9 |
| II | 59 | 29,1 |
| III | 100 | 67,8 |
| IV | 27 | 41,6 |
| Total | 1.175 | 720,4 |

Fonte: *site* do projeto REFORSUS na Internet

A distribuição dos projetos aprovados por região e natureza do investimento, até novembro de 2000, pode ser visualizada pela próxima tabela.

Tabela 7: Distribuição de Projetos por Região e Natureza do Investimento

(em R\$ milhões)

| Região | Nº de propostas | Natureza do Investimento | | | | Valor total do Investimento |
|--------------|-----------------|--------------------------|------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|
| | | Obras | Equipamentos (1) | Unidades Móveis | Modernização Gerencial (2) | |
| N | 137 | 44.033 | 53.710 | 1.671 | 4.249 | 103.663 |
| NE | 362 | 95.089 | 145.764 | 4.943 | 16.682 | 262.478 |
| SE | 386 | 139.390 | 204.417 | 1.661 | 29.845 | 375.312 |
| S | 194 | 39.373 | 82.248 | 228 | 6.280 | 128.128 |
| CO | 112 | 21.263 | 54.719 | 708 | 6.488 | 83.178 |
| Total | 1191 | 339.148 | 540.858 | 9.211 | 63.544 | 952.759 |

Fonte: *site* do projeto REFORSUS na Internet

(1) Inclui equipamentos sob controle do MS e material permanente.

(2) Inclui equipamentos de informática.

Além destes recursos, executados de forma descentralizada, foram destinados R\$ 157,2 milhões para projetos considerados estratégicos pelo MS, os quais estão sendo licitados centralizadamente, de acordo com a tabela seguinte:

Tabela 8: Projetos Licitados Centralizadamente**(em R\$ Milhões)**

| Projeto | Valor do Investimento |
|--|------------------------------|
| Aquisição de equipamentos para atendimentos de urgência/emergência | 31,1 |
| Aquisição de equipamentos para atendimentos à gestante de alto risco | 32,8 |
| Aquisição de equipamentos de apoio ao diagnóstico para as equipes do PSF | 7,0 |
| Aquisição de equipamentos de informática, audiovisual e mobiliário para informação e educação a distância do PSF | 45,6 |
| Curso de especialização presencial em saúde da família | 7,1 |
| Residência em saúde da família | 33,6 |
| Total | 157,2 |

Fonte: *site* do projeto REFORSUS na Internet

Para o Componente II do Projeto estão alocados, aproximadamente, R\$ 149 milhões. Trata-se de um variado leque de estudos e ações destinados a fortalecer a atuação dos órgãos gestores da saúde no Brasil e aumentar o controle social do SUS. Já foram aprovados 33 projetos, sendo que alguns destes são considerados prioritários em função do impacto esperado sobre a estrutura, a qualidade e a efetividade da rede assistencial. Incluem-se neste seleto grupo iniciativas como a implantação da RNIS, do Cartão Nacional de Saúde, do fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde, dos Projetos-Piloto de modernização gerencial em grandes unidades de saúde, do

Fomento a Projetos Locais de Gestão Inovadora, de Programas de Capacitação para Dirigentes Hospitalares. Alguns já se encontram em fase de implantação ou de licitação, como é o caso dos Projeto-Pilotos, cujo conteúdo será abordado com mais detalhes no próximo capítulo deste trabalho.

Tal qual sua dinâmica de financiamento, a estrutura administrativa do Projeto REFORSUS é descentralizada, sendo constituída por: uma Unidade de Gerência do Projeto (UGP) sediada em Brasília e composta pela Coordenação-Geral do Projeto, pela Unidade de Modernização Gerencial (UMG), pela Unidade Administrativo-Financeira (UAF), pela Unidade de Engenharia Clínica (UEC), pela Unidade de Engenharia e Arquitetura (UEA), pela Unidade de Acompanhamento e Avaliação (UAA), pela Unidade de Informática (UI) e pelo Apoio Administrativo. Cada estado possui uma Gerência Estadual (GE) e há três Unidades de Apoio Técnico Regional (UATRs), sendo a UATR 1 responsável pela coordenação entre as GEs das regiões Norte e Centro-Oeste; a UATR 2 responsável pelas GEs da região Nordeste e a UATR 3 responsável pelas GEs das regiões Sul e Sudeste.

Quanto a avaliação do impacto¹¹ gerado pelos projetos financiados, a equipe técnica do Projeto REFORSUS desenvolveu um sistema específico, destinado a mensurar o impacto dos investimentos realizados nas diversas áreas programáticas. Esta avaliação foi concebida como um instrumento de

¹¹ Informações extraídas do Sistema de Avaliação - Metodologia de Avaliação dos Subprojetos do Componente I do Projeto REFORSUS, Volume I.

gestão, tanto para a coordenação do Projeto quanto para as unidades beneficiárias, tornando possível não apenas o acompanhamento das ações executadas, mas também a intervenção dos gestores sempre que for detectada a necessidade de ações corretivas, destinadas a garantir o alcance das metas propostas. Para isso, baseia-se na coleta sistemática de dados e informações, pretendendo-se integrada ao cotidiano da gestão das unidades avaliadas. A estratégia utilizada para a construção do sistema de avaliação foi baseada na participação ativa das unidades beneficiárias e das instâncias regionais do Projeto (GEs e UATRs), na construção dos indicadores, em parceria com a UGP central.

O sistema de avaliação tem uma concepção integrada também quanto às diversas linhas de investimento do Projeto, como propostas assistenciais, modernização gerencial, impacto ambiental e incorporação tecnológica. Sua estratégia baseia-se tanto na análise de indicadores gerais, que retratam a situação global da unidade de saúde, independente dos setores/serviços que receberam aporte de recursos, quanto na análise particularizada, baseada em indicadores específicos de áreas que efetivamente receberam investimentos destinados a melhoria de seu desempenho. O referencial teórico-metodológico do sistema de avaliação do REFORSUS baseia-se em Donabedian (1980) quanto à abordagem e em Patton (1990) quanto à finalidade, propondo o seguinte enfoque para a avaliação dos investimentos:

1. Avaliação de Estrutura - compreendendo as condições de estrutura física, recursos tecnológicos e organizacionais dos serviços. Esta avaliação é direcionada à análise do aumento esperado na capacidade física (nº de salas

de cirurgia, leitos de UTI, leitos de maternidade, número de consultórios, etc.), da incorporação de tecnologias (nº de equipamentos, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica) e de modernização gerencial (novos procedimentos administrativos e/ou controle de insumos, tais como medicamentos). As informações permitirão relacionar a estrutura às atividades realizadas.

2. Avaliação de Processo - compreendendo as atividades realizadas para os clientes e as relações entre elas e a qualidade dos serviços prestados. Refere-se à análise da quantidade e o tipo de atividade realizada com a estrutura implementada, possibilitando observar possíveis modificações no modelo de atenção. É realizada, primordialmente, de forma quantitativa e complementada, quando possível, pela análise qualitativa dos procedimentos executados.

2.1. Análise quantitativa do processo - compreendendo o acompanhamento de indicadores de produção e de produtividade dos serviços de saúde. Entenda-se, como produção, o conjunto de operações bem definidas por meio das quais certos bens são transformados em outros bens úteis, ou seja, bens ou produtos que satisfazem necessidades humanas. Pressupõe o trabalho humano e os meios de produção, incluindo o objeto de trabalho e os instrumentos de trabalho. Os indicadores expressam o volume de produção em termos absolutos (nº de vacinas aplicadas, de altas, de sessões de hemodiálise, etc.). Por produtividade, entenda-se a utilização dos recursos produzidos para obter a máxima quantidade de bens e serviços em relação ao insumo disponibilizado. Mede, em essência, o quanto a produção está

próxima da capacidade instalada, considerando equipamentos e recursos humanos, dependendo de fatores ambientais (condições de trabalho), humanos (qualificação) e tecnológicos (inovações). Seus indicadores são expressos em unidades de produção por unidades de insumo (nº de consultas médicas/médico/hora, número de exames de ultrassonografia/equipamento, etc.)

2.2. Análise Qualitativa de Processos - compreende a avaliação das características específicas do processo, a fim de verificar se os serviços prestados estão próximos do conhecimento científico disponível ou de acordo com a norma técnica de sua utilização (taxa de falso negativo em exames laboratoriais, taxa de cesárias, tempo gasto na dispensação de medicamentos, etc.)

3. Avaliação de Resultado/Impacto - compreendendo o que é finalizado para os clientes e seus efeitos na saúde da clientela e no funcionamento do sistema de saúde. A avaliação do Resultado/Impacto deve permitir a análise do alcance das ações implementadas, bem como as alterações nas condições de saúde da população em virtude dos investimentos realizados.

3.1. Avaliação do Resultado/Impacto na Clientela - dado o escopo limitado de atuação do REFORSUS (tanto em termos de unidades beneficiárias quanto de serviços oferecidos à população), não serão utilizados indicadores epidemiológicos clássicos (incidência, prevalência e coeficiente de morbimortalidade). Ao invés disso, serão eleitos indicadores sensíveis às condições de saúde da clientela dos serviços contemplados pelo Projeto.

3.2. Avaliação do Resultado/Impacto no Sistema Local/Regional de Saúde - espera-se que, ao implementar novas tecnologias e propiciar aumento na oferta quantitativa de serviços, haja uma alteração na dinâmica destes serviços que compõem os sistemas local/regional de saúde. Esta melhoria esperada deve impulsionar a estrutura da oferta de serviços rumo aos princípios constitucionais de universalização e equidade.

Os resultados do sistema de avaliação já estão sendo tabulados e analisados, mas somente estarão disponíveis de forma global quando os projetos aprovados vierem a ser executados e concluídos em sua íntegra.

4.2. A Modernização gerencial no REFORSUS

A preocupação com as deficiências administrativas observadas no cotidiano das unidades de saúde integrantes do SUS motivou a criação de uma linha de investimentos exclusivamente voltada para apoiar ações de melhoria gerencial capazes de transformar esta realidade. Todas as unidades que pleitearam recursos para recuperação física e tecnológica de suas instalações tiveram que apresentar, obrigatoriamente, um projeto de modernização gerencial voltado a garantir a sustentabilidade do investimento total. O objetivo desta exigência é criar condições para a introdução de uma cultura administrativa moderna nestas unidades, valorizando as funções gerenciais, geralmente vistas com desprezo e pouca relevância em relação às atividades assistenciais finalísticas.

Para co-formular e executar a política de investimentos em gestão no âmbito do REFORSUS foi criada, em 1997, a Assessoria de Modernização Gerencial, posteriormente renomeada Unidade de Modernização Gerencial (UMG). A UMG integra a UGP, sendo ligada diretamente à Coordenação-Geral do Projeto, como órgão assessor, com atribuições diversas. No Componente II, a UMG atua como instância coordenadora das discussões entre as Secretarias do MS e os bancos financiadores quanto à definição do conteúdo técnico, escopo e processos licitatórios, que seguem os padrões internacionais dos bancos financiadores. No Componente I, responde pela análise dos projetos de modernização gerencial submetidos ao REFORSUS, além de propor ações destinadas a melhorar o conteúdo técnico destas propostas. Dada a carência técnica da maioria das unidades contempladas pelo REFORSUS, coube à UMG definir um pacote básico de ações para orientar os investimentos de modernização. Em virtude das limitações técnicas e de recursos por parte da maioria destas unidades beneficiárias, estas ações não tiveram a ambição de proporcionar novos modelos de gestão, como tenciona, por exemplo, o Projeto-Pilotos para grandes estabelecimentos de saúde. Ao invés disso, procurou estimular o desenvolvimento de projetos e programas modernizadores das práticas gerenciais, voltados à capacitação de funcionários da área administrativa, implantação de programas de qualidade, aquisição de equipamentos e sistemas de informática, entre outros. Como estratégia complementar, foi firmada uma parceria com o DATASUS, destinada a oferecer a implantação de *softwares* de gestão desenvolvidos pelo MS, para Hemocentros (Sistema HEMOVIDA), LACEN (Sistema SILAB, em desenvolvimento) e o Hospitais (Sistema HOSPUB).

A seguir, serão analisadas três experiências financiadas pelo REFORSUS destinadas a modernizar as práticas de gestão no Sistema Único de Saúde, sendo duas delas voltadas para unidades - HOSPUB e Projeto-Pilotos - e outra para o gerenciamento de serviços da rede assistencial - Rede de Centrais de Regulação do Rio de Janeiro.

4.2.1. O Sistema HOSPUB

O sistema HOSPUB para gerenciamento informatizado de ambiente hospitalar foi desenvolvido pelo DATASUS/MS há cerca de dez anos. Concebido como um sistema multiusuário para funcionamento em tempo real, é composto por 7 módulos independentes que funcionam de forma integrada e propiciam a informatização dos seguintes ambientes: arquivo médico e estatística, internação, emergência, diagnose e terapia, ambulatório especializado, perinatologia e centro cirúrgico, estando em fase de desenvolvimento módulos voltados para as áreas-meio hospitalares, como almoxarifado, farmácia, custos, compras e recursos humanos.

Aproximadamente trinta unidades hospitalares beneficiadas com recursos do REFORSUS solicitaram a implantação do sistema HOSPUB como proposta original de modernização gerencial. Contudo, a Coordenação-Geral do Projeto decidiu estender a outros cento e sessenta pequenos e médios hospitais a possibilidade de implantação do sistema. Esta iniciativa teve como objetivo combater as deficiências técnicas constatadas nos projetos originais de investimento em melhoria gerencial destas unidades.

Tais deficiências abarcavam: i) dificuldades por parte dos beneficiários em estabelecer diagnósticos claros quanto aos problemas gerenciais a serem enfrentados; ii) falta de clareza quanto aos objetivos almejados; iii) impertinência entre diagnóstico e proposta de ação; iv) inconsistência metodológica nas ações propostas; v) insuficiência de recursos. Após estudos conjuntos realizados pela UMG e pelo DATASUS, optou-se pela oferta de 4 dos módulos do HOSPUB; SAME (arquivo médico e estatística), SIGHO (internação), SIGAE (ambulatório especializado) e SIGUE (emergência). Tais módulos foram escolhidos por atenderem mais especificamente às necessidades de unidades de urgência/emergência e internação, que correspondem ao perfil dos investimentos da Área Programática I do Componente I. Futuramente, as unidades poderão expandir esta implantação, incorporando gradativamente os demais módulos, a fim de obter a informatização completa de seu fluxo de atividades.

A escolha do HOSPUB como alternativa apropriada para gerar resultados satisfatórios na melhoria do padrão gerencial foi precedida de diversas análises sobre custo/benefício, em comparação com outros *softwares* similares disponíveis no mercado. Entre 27 e 30 de outubro de 1998, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) organizou, em conjunto com o REFORSUS, uma oficina de trabalho que teve como um dos seus objetivos avaliar o HOSPUB como ferramenta de gestão. Esse encontro reuniu onze especialistas na área de sistemas de informação em saúde e as recomendações do documento final sugeriram a imediata implementação do sistema nas unidades participantes do Projeto, além de aconselhar o estabelecimento de acordos de cooperação técnica entre

REFORSUS/OPAS/DATASUS para apoiar o aprimoramento do *software* e tornar sua plataforma aberta, a fim de que possa ser estendido a toda a América Latina. Esta iniciativa já se encontra em curso, devendo o sistema estar brevemente disponível em nova versão, gráfica e mais moderna.

O HOSPUB foi concebido para integrar todos os setores de uma unidade hospitalar, com proposta de funcionamento em tempo real. A partir de um prontuário médico único e centralizado, todo o atendimento prestado nos diversos setores é registrado, possibilitando a administração do fluxo do paciente na unidade. Os encaminhamentos internos entre os setores são realizados de forma automatizada, minimizando os erros, eliminando duplicidades de controles e perda de informações. O melhor gerenciamento dos diversos setores tem impacto decisivo na eliminação de filas, possibilitando até o pré-agendamento de atendimentos. A disponibilização de informações atualizadas sobre a ocupação de leitos permite um melhor gerenciamento das atividades do setor de internação, permitindo admissões, transferências e saídas de modo ágil e eficaz.

A implantação do HOSPUB é precedida por uma avaliação técnica da estrutura e dos procedimentos administrativos e assistenciais da unidade beneficiária. A informatização dos processos e rotinas de trabalho tem como premissa a racionalização do fluxo operacional, propiciando assim, embutida na implantação do sistema, melhorias voltadas à organização, métodos e qualidade. O HOSPUB torna possível a implementação de um sistema integrado de custos, a partir de um melhor controle dos insumos, dos recursos humanos e estruturais utilizados nas atividades hospitalares. Do

ponto de vista assistencial, torna-se possível a elaboração de estudos estatísticos confiáveis sobre o atendimento, com dados fidedignos sobre os aspectos epidemiológicos e demográficos da clientela, municiando o gestor com informações relevantes e colaborando decisivamente para um sólido planejamento dos serviços de saúde na unidade. Por ser um *software* destinado aos hospitais da rede pública de saúde, o HOSPUB atende aos princípios e diretrizes do SUS, sendo compatível e integrável aos projetos ora em curso no Ministério da Saúde, como o Cartão Nacional de Saúde e a RNIS.

Em virtude do processo de credenciamento de serviços, implantado pelo DATASUS desde 1999, as atividades de implantação passaram a ser desempenhadas por empresas públicas e privadas especializadas na área de informática, que obrigatoriamente deverão ter certificado de credenciamento junto ao DATASUS. A estimativa de custos para a implantação do HOSPUB nas unidades beneficiárias do REFORSUS é de R\$ 25 milhões, distribuídos na aquisição de *hardware* e contratação de serviços destas empresas credenciadas. A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro solicitou ao REFORSUS verba adicional para implantar o HOSPUB em onze hospitais próprios, de médio e grande porte. Aprovado em fins do ano 2000, estão previstos para esta iniciativa recursos da ordem de R\$ 3,5 milhões.

Embora o processo de implantação já contemple uma carga horária destinada ao treinamento (operacional e gerencial) dos usuários, o REFORSUS providenciará um módulo de capacitação à parte, destinado especificamente a fortalecer os conceitos de gestão informatizada,

possibilitada pelo HOSPUB. O objetivo é trabalhar aspectos não abordados no treinamento tradicional, tais como: sistemas de informação em saúde; envolvimento do corpo clínico; impacto na resolubilidade da unidade; entre outros. Este treinamento estará inserido no conteúdo programático de um projeto de treinamento a distância em administração hospitalar para pequenas e médias unidades de saúde, previsto no Componente II do Projeto. A preocupação com o aspecto cultural é relevante para o pleno sucesso desta iniciativa, uma vez que, não raro, projetos similares redundaram em fracasso ao despertarem comportamentos reativos às transformações nas rotinas e processos de trabalho já consolidados no interior da unidade.

O modelo de sucesso a ser utilizado como referência para avaliação do impacto gerado pela implantação do sistema HOSPUB será o Hospital Municipal Salgado Filho, no Rio de Janeiro. Nesta unidade, um Hospital Geral de 280 leitos, o processo de informatização iniciou-se em 1994 e ocorreu de forma gradativa, inserido num programa de desenvolvimento institucional levado a cabo durante a gestão de Flávio Adolpho Silveira e que teve como objetivo transformá-lo num modelo de gestão pública de sucesso. Um dos pilares das mudanças gerenciais introduzidas neste período foi o estímulo ao maior envolvimento do corpo funcional com a organização, sua missão e objetivos. No caso específico do HOSPUB, foi designada uma profissional da área de enfermagem, com a responsabilidade de gerir o sistema no hospital. Desta forma, os aspectos humanos, operacionais e gerenciais do processo de informatização passaram a receber estreito acompanhamento, fato determinante para o sucesso da estratégia de informatização adotada. Desde

1998 estão em funcionamento na unidade todos os módulos do sistema HOSPUB disponíveis, com resultados promissores. A tabela seguinte nos mostra um comparativo entre os anos de 1996 e 1999 e ilustra o impacto positivo, refletido nos indicadores de produção, do processo de transformações gerenciais adotado.

Tabela 9: Comparativo da Produção Média Mensal

| | 1996 | 1999 | Variação (%) |
|----------------------------|-------------|-------------|---------------------|
| Consultas Ambulatoriais | 3.500 | 11.000 | 314 |
| Atendimentos de Emergência | 14.584 | 17.148 | 18 |
| Internações | 417 | 859 | 106 |
| Cirurgias | 260 | 450 | 73 |
| Tempo Médio de Permanência | 14 | 8 | (43) |
| Taxa de Ocupação | 80% | 90% | 12,5 |

Fonte: Direção do HMSF

A taxa de mortalidade apresentou também uma acentuada queda, passando de 6,3 para 4,1. A expectativa com relação às unidades que implantarão o HOSPUB com recursos do REFORSUS é que tais resultados possam ser repetidos, ao menos parcialmente.

Os processos licitatórios referentes ao HOSPUB são descentralizados, e encontram-se em fase de execução desde fevereiro de 2001. O objetivo do MS com este mega-projeto de informatização hospitalar é criar um efeito-

demonstração capaz de estimular iniciativas similares por todo o país, fazendo da gestão informatizada uma realidade consolidada no setor saúde.

4.2.2. As Centrais de Regulação do Rio de Janeiro

Projeto co-financiado pelo REFORSUS, a Rede de Centrais de Regulação do Rio de Janeiro (RCR/RJ) é baseada num *software* modularizado de visual gráfico, também desenvolvido pelo DATASUS - o Sistema de Centrais de Regulação (SISREG). Assim como o HOSPUB, sua aquisição é gratuita, destinando-se às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Os recursos já aprovados pelo REFORSUS direcionam-se à aquisição de equipamentos de informática e são da ordem de R\$ 1,3 milhões. Os demais recursos (infra-estrutura, pessoal, custeio, etc.) serão de responsabilidade do governo do estado do Rio de Janeiro, autor do projeto.

O SISREG possui três módulos: controle de leitos, controle de exames de alto custo e marcação de consultas. O sistema foi desenvolvido para administrar o fluxo de pacientes na rede de unidades de saúde e fornecer ao gestor local informações detalhadas sobre internações, exames de alta e média complexidade e consultas especializadas. Torna possível assim, a melhor administração do fluxo de pacientes da rede de serviços do SUS, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Entre seus principais benefícios, destacam-se: i) o agendamento de consultas e exames com hora marcada a partir de uma unidade básica para qualquer outra unidade de saúde no âmbito de abrangência da central; ii) a localização de leitos para internação de emergência, inclusive UTI e remoções pelos serviços de

atendimento volante; iii) o controle da distribuição de cotas por município/região; iv) a avaliação de internações a partir de parâmetros definidos pelas normas de gerenciamento da central, no ato de solicitação de leito (teto financeiro, cota de atendimento, procedimentos de alto custo); v) a identificação de pacientes inscritos em convênios particulares; vi) a disponibilização de dados estatísticos referentes à taxa de realização de consultas e das ofertas e demandas por solicitante; vii) o tratamento das exceções diretamente pelo administrador central.

A implantação da RCR/RJ foi a alternativa adotada pela SES/RJ para reorganização da prestação de serviços de saúde à população no curto/médio prazos, dentro de uma estratégia maior de melhorar a articulação entre os três níveis de governo. O projeto apresentado e aprovado pelo REFORSUS prevê uma Rede de Centrais composta por nove municípios pólo, identificados a partir de estudos detalhados sobre o fluxo de suas demandas atuais e de suas possibilidades de atendimento. O mapa da página seguinte ilustra a distribuição dos pólos que irão compor a rede no estado.

Figura 1: Polos da Central de Regulação

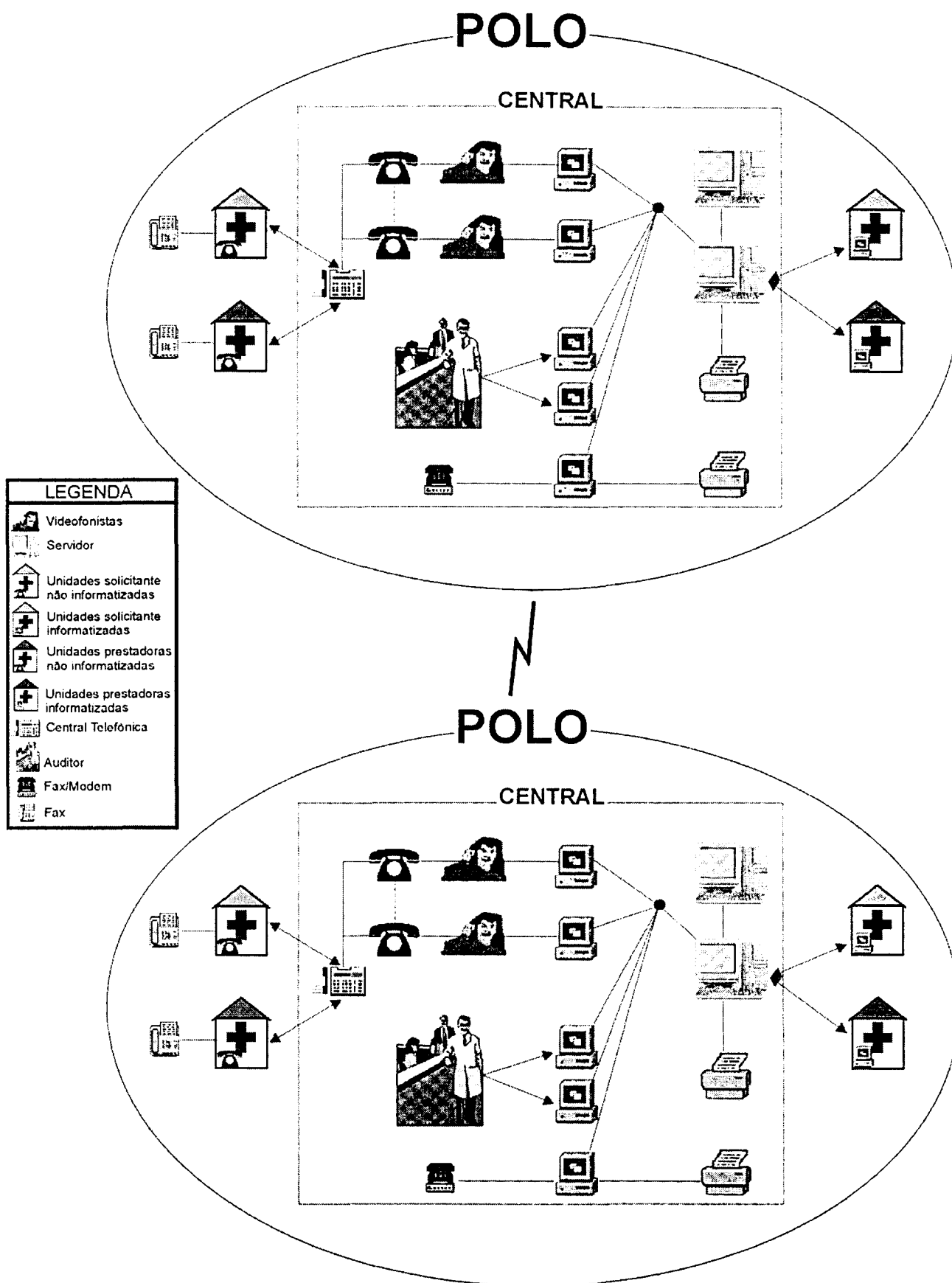


Fonte: Secretaria Estadual de Saúde/RJ

Até março de 2001, já se encontravam em funcionamento os pólos de Teresópolis, Campos, Itaperuna e Volta Redonda. Os demais deverão ser inaugurados de acordo com um cronograma flexível e gradual, iniciando-se pela regulação de procedimentos de alta/média complexidade e custo.

A concepção da Rede está baseada na identificação dos pontos de estrangulamento que obstruem a equidade do sistema, possibilitando aos órgãos gestores decisões eficazes com vistas a adequar o perfil assistencial às particularidades regionais. Desta forma, subsidia a formulação de políticas de saúde em termos macro-regionais e intersetoriais, de acordo com os preceitos de descentralização, regionalização e hierarquização. Os critérios que irão orientar a regulação das ações e serviços serão definidos pelo poder público, com a participação ativa das três esferas de governo no desenvolvimento, implantação e implementação deste instrumento que se propõe de gestão integrada. Serão estabelecidos protocolos de regulação da oferta de serviços, criados a partir de estudos destinados a otimizar a relação custo-benefício e preservar a qualidade das ações de atenção à saúde. As Centrais serão interligadas via Internet, possibilitando a transparência no processo de distribuição de recursos e no fluxo de pacientes no estado. Os municípios que compõem a área de abrangência da Central poderão ter acesso a relatórios gerenciais, também via Internet, informando sobre a movimentação de pacientes, marcação de exames, etc. Estas informações serão de fundamental importância, não somente aos gestores, mas também à comunidade, que poderá exercer o controle social sobre a qualidade dos serviços prestados. A figura seguinte ilustra o fluxo de funcionamento das centrais.

Figura 2: Modelo de Funcionamento da Central de Regulação



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde/RJ

A metodologia de avaliação do projeto de Centrais de Regulação encontra-se em fase de elaboração, não tendo sido ainda definidos os indicadores que possibilitarão a análise de impacto gerado pela sua implantação, estando esta tarefa está a cargo da SES/RJ.

4.2.3. O Projeto-Pilotos

Possivelmente o mais relevante investimento realizado pelo REFORSUS na área de gestão hospitalar, o Projeto-Pilotos para grandes estabelecimentos de saúde impressiona não apenas pelos recursos a serem alocados na sua execução, mas também pela ambição de modificar radicalmente as condições gerenciais dos estabelecimentos vinculados aos SUS em todas as unidades da federação. Estão destinados a este subprojeto aproximadamente R\$ 35 milhões, voltados para a contratação de consultoria especializada destinada a imprimir um novo modelo de gestão nas unidades de saúde contempladas. Participarão desta iniciativa vinte e oito¹² hospitais de referência, escolhidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de acordo com critérios técnicos pactuados com a Secretaria de Assistência à Saúde/MS e com o REFORSUS. Os recursos serão distribuídos eqüitativamente entre as unidades participantes.

Além do quadro geral bastante negativo, já enfatizado ao longo deste trabalho quanto ao panorama gerencial das unidades que prestam serviços

¹² Cada SES indicou uma unidade, com exceção do estado do MS, contemplado em duas.

ao SUS, este subprojeto tem como objetivos próprios combater: i) a carência de quadros de profissionais devidamente treinados para desempenharem a tarefa de gerentes; ii) a inexistência de planejamento nas ações de gestão; iii) a ausência de contabilidade gerencial e financeira; iv) a inexistência de relatórios gerenciais sobre os aspectos relativos a indicadores econômico-financeiros, qualitativos, quantitativos e sociais; v) a baixa integração entre setores da unidade; e vi) o desconhecimento interno e externo sobre os objetivos da instituição e a ausência de direcionamento para atendimento das demandas da população.

A metodologia do trabalho¹³ a ser executado pelas empresas consultoras escolhidas prevê duas fases principais: a primeira voltada para a elaboração de um diagnóstico organizacional sobre o *status* atual da unidade e a segunda destinada à proposição e implantação de um novo modelo de gestão, previamente aprovado pela respectiva SES e pelo REFORSUS. Espera-se, a partir da efetivação do novo modelo proposto, que estas unidades sirvam de referência no âmbito estadual como paradigma gerencial, a ser estendido aos demais estabelecimentos no que couber. A prática do *benchmarking* será um instrumento alavancador do investimento realizado nestas unidades-piloto, replicando os aspectos positivos da experiência a todas as unidades em que se verificar esta possibilidade, total ou parcialmente e de acordo com suas características de especialização e complexidade no sistema de saúde local.

¹³ Informações extraídas do Termo de Referência para execução do projeto.

O referencial prático do Projeto-Pilotos é baseado na experiência argentina de implantação do modelo dos *Hospitais de autogestão*. Tal como no Brasil, a crise do setor público neste país vizinho estimulou iniciativas no sentido de dotar as unidades públicas hospitalares de novos paradigmas gerenciais, mantidas suas características de estabelecimentos públicos de saúde. Através do decreto 578 de 01/04/93, que significou o marco legal da experiência, o novo modelo foi instituído pelo Ministério da Saúde e Ação Social.

A primeira etapa de atividades será a de levantamento de informações para a elaboração do diagnóstico organizacional, tendo como objetivo global compreender a situação das áreas de recursos humanos e econômico-financeiros da instituição escolhida, identificando sua estrutura produtivo-organizacional. Através das informações apuradas, serão analisados também os indicadores hospitalares e a opinião dos usuários dos serviços, a partir do conceito destes com relação à qualidade da assistência prestada pela unidade. O envolvimento do quadro de dirigentes da instituição é uma condição básica para a consecução desta etapa. A inserção da unidade no sistema de saúde, considerando sua função na programação pactuada e integrada, também será parte obrigatória desta análise.

Considerado satisfatório o diagnóstico apresentado e obtida a aprovação dos órgão contratantes responsáveis, será iniciada a fase de implementação do novo modelo de gestão, que será calcado na intervenção em cinco áreas temáticas pré-definidas:

1. Planejamento Estratégico, cujo objetivo será implementar as metodologias e processos necessários ao planejamento estratégico das atividades de forma articulada com os gestores estaduais de saúde e totalmente inserido na rede de serviços, de modo que as ações programadas pela instituição respondam às necessidades de saúde da população atendida de acordo com a sua capacidade orçamentária e sejam voltadas à maximização de seus resultados e a melhoria constante da qualidade dos serviços prestados.

2. Qualidade, cujo objetivo será implantar um programa de Gestão da Qualidade Total articulado com o planejamento estratégico estabelecido, a fim de que os processos de trabalho atinjam um nível de excelência capaz de propiciar à instituição o cumprimento de sua missão, dentro das políticas e diretrizes preestabelecidas.

3. Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos, cujo objetivo será desenvolver e implementar na instituição políticas claras de recrutamento, seleção, capacitação e motivação de recursos humanos, com vistas a adotar o *empowerment* como linha mestra. A área de comunicação social deverá aprimorar os meios de integração com a população assistida pela Instituição.

4. Redefinição Organizacional, cujo objetivo será desenvolver e prestar assistência técnica, de forma articulada com as autoridades sanitárias competentes, na definição da estrutura organizacional (organograma funcional, hierárquico e fluxograma de atividades) da instituição, permitindo

ao administrador da Instituição planejar, acompanhar e avaliar todas as atividades voltadas à atenção à saúde com eficiência e efetividade.

5. Administração Econômico-Financeira, cujo objetivo será desenvolver e implementar metodologias e processos necessários a uma boa gestão econômico-financeira hospitalar, compatível com o modelo de gestão proposto e que permita contrair e cumprir as obrigações de forma planejada e dentro dos prazos pactuados, tornando assim o fluxo de receitas e despesas mais transparente. As metodologias e os processos definidos devem garantir o controle permanente do orçamento proposto e executado. Os setores básicos a serem enfocados abrangerão insumos, produção, faturamento, custos e orçamento.

Observa-se, pelo escopo de trabalho traduzido nas áreas temáticas acima descritas, a intenção de se confrontar algumas das mais marcantes carências técnicas na área da administração hospitalar, principalmente na realidade brasileira. A má gestão de estoques é comprovadamente uma das maiores fontes de ineficiência e desperdício, refletidos na falta de insumos (medicamentos e materiais) que periodicamente assola as unidades. A implantação de um banco de preços atualizado pode colaborar decisivamente na otimização dos recursos destinados à reposição, disponibilizando informações importantes para parametrização dos custos de aquisição. A introdução de sistemas confiáveis de contabilização de custos diretos e indiretos possibilitará aos quadros gerenciais um processo decisório mais racional, propiciando, inclusive, a responsabilização das chefias dos diversos setores da unidade com uma cultura que premie a eficiência, desde que sem

prejuízo da qualidade das atividades assistenciais. Todas as melhorias propostas, por sua vez, passam pela premissa da qualificação das pessoas, com programas de educação continuada capazes de construir um novo perfil de atuação, delegando responsabilidades e cobrando o envolvimento de todos com a missão da organização e seus objetivos. O corpo médico, em particular, representa um ponto-chave nesta estratégia. Por razões já abordadas neste trabalho quanto à especificidade do processo produtivo hospitalar, o custo da não adesão dos profissionais da área finalística da organização pode inviabilizar qualquer melhoria desejada.

Para o alcance de cada um dos objetivos foram listadas atividades mínimas, produtos intermediários e finais, de acordo com o Termo de Referência básico. O escopo do trabalho prevê que, para cada uma das áreas temáticas, deverão ser definidos indicadores capazes de subsidiar o processo de avaliação quanto aos resultados decorrentes da implantação do novo modelo de gestão.

A existência de experiências consideradas exitosas quanto à melhoria da gestão pública hospitalar brasileira, como nos casos do Hospital Geral de Fortaleza e do Hospital Municipal Salgado Filho (RJ), nos permitem expectativas otimistas quanto aos resultados possíveis com o Projeto-Pilotos. O espaço para inovações capazes de otimizar os recursos alocados na saúde é considerável e o momento bastante oportuno.

Um exemplo bastante interessante de racionalização de práticas administrativas com impacto direto na redução dos custos operacionais pode

ser constatado na experiência dos hospitais federais do Rio de Janeiro. Em 1998, a Coordenação-Geral dos hospitais federais/RJ iniciou um processo de revisão dos contratos de terceirização em setores diversos, com base em estudos realizados no ano de 1995 que constatarem desperdícios em praticamente todas as áreas avaliadas. Com a criação da Comissão de Apoio Operacional (CAO), composta por funcionários da própria Coordenação (atualmente Gerência de Contratos) e consultores de outras instituições, iniciou-se um processo de reestruturação destes contratos de terceirização, com resultados notáveis traduzidos em economias significativas nas despesas de custeio, responsáveis por mais de 70% dos gastos destas unidades. A revisão dos contratos de serviços em áreas diversas, propiciou reduções significativas no valor destes contratos, expressos pela tabela seguinte (Pessoa, no prelo):

Tabela 10: Valor dos Contratos de Terceirização (Em R\$)

| Serviço | Valor mensal geral anterior | Valor mensal geral posterior | Redução percentual |
|--------------------------|--|---|-------------------------------|
| Vigilância | 836.531,44 | 443.131,61 | 47,03 |
| Limpeza e conservação | 1.281.998,96 | 712.978,25 | 44,39 |
| Lavagem de roupa | 805.201,62 | 677.390,00 | 15,87 |
| Alimentação | 1.758.326,69 | 1.500.043,38 | 14,69 |
| Manutenção predial | 1.199.875,00 | 892.825,92 | 25,59 |
| Total | 5.881.933,71 | 4.226.369,16 | 28,15 |

A explicação para a redução nos valores contratados baseia-se na inversão dos critérios técnicos presentes nos editais de licitação. No modelo anterior havia um quantitativo fixo de profissionais terceirizados, que, mesmo ociosos, seriam remunerados. Na nova mecânica, a remuneração passa a ser atrelada a indicadores, voltados à produção gerada no setor específico. Como se vê, medidas simples, mas que exigem dos gestores seriedade e competência no trato com recursos públicos.

Conclusão

O fato marcante concomitante à reconstrução do pacto federativo brasileiro pela Constituição de 1988 é que a criação de nossa estrutura de seguridade social, na qual o SUS representa a saúde, ocorreu num momento em que o mundo desenvolvido debatia-se na crise de financiamento de seus sistemas de proteção social, há décadas consolidados e atuantes. Ao contrário dos países centrais do sistema capitalista, o Brasil não instituiu sua rede de seguridade num momento de abundância de recursos e de estabilidade fiscal. O *Welfare State* brasileiro chega, de fato, no anticlímax, quando os valores de justiça social que propiciaram seu surgimento e fortalecimento já não são consensuais. Ao contrário, são apontados como vilões, sob a mira de novos arranjos destinados a reviver o liberalismo como doutrina mestra da dinâmica sócio-econômica mundial. O desafio da consolidação do nosso Estado de Bem-Estar Social e dos princípios do SUS em particular, torna-se assim, ainda maior. O receituário internacional pela austeridade fiscal pressiona os governos nacionais a restringir investimentos, com impactos óbvios na área social.

Particularmente, os gastos em saúde estão entre os que mais cresceram nas economias ocidentais nas três últimas décadas. Nos Estados Unidos, por exemplo, entre 1970 e 1993, os gastos com serviços médicos foram multiplicados, saltando de US\$ 13,6 bilhões para US\$ 171 bilhões (Quinhões, 1997a). Esta espiral de custos é decorrente de uma série de fatores socio-econômicos, que envolvem tanto as alterações no perfil demográfico e

epidemiológico da população quanto a introdução de novas tecnologias, mais sofisticadas e conseqüentemente mais onerosas. A queda na taxa de natalidade, aliada ao progressivo envelhecimento da população, geram, como conseqüência, mudança no perfil de morbi-mortalidade, com forte impacto no modelo da assistência à saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um idoso utilize cinco vezes mais os cuidados de saúde que um adulto jovem.

Este cenário desfavorável, contudo, não pode nem deve servir como justificativa para retrocessos na busca pelo ideal da equidade e da universalidade do nosso sistema de seguridade social. As experiências internacionais devem ser objeto de análises comparativas devidamente contextualizadas, a fim de que se busque alternativas políticas e gerenciais capazes de viabilizar o modelo brasileiro. O Estado deve ser capaz de responder positivamente aos desafios que lhe são impostos pela sociedade, que, favorecida por num cenário de democracia e liberdade raramente observados em nossa trajetória política, aperfeiçoa seus mecanismos de participação na construção da agenda de governo e fortalece o controle sobre suas ações.

A modesta contribuição pretendida por este trabalho está centrada no esforço de propiciar condições para a melhor governança do setor público, seja ela voltada para atividades de prestação, regulação ou financiamento dos serviços de saúde que atendem a toda a população brasileira. Se em tese o SUS simboliza uma vitória na luta por melhores condições de vida para todos os brasileiros, a realidade aponta para um sistema que acumula graves

deficiências, marcado por um padrão de baixa qualidade que funciona como elemento de exclusão das camadas de renda média, refugiadas no sistema privado de saúde complementar. Já os setores de baixa renda resignam-se à própria sorte e sofrem na carne as mazelas geradas pelo baixo volume de investimentos no setor e pela inaptidão gerencial de profissionais mal preparados e desmotivados. O puro e simples aporte de recursos adicionais não é solução para este quadro. O firme enfrentamento dos problemas referentes à situação da saúde nos dias de hoje deve combinar novos investimentos com um amplo programa de melhorias gerenciais, abrangendo estruturas, processos, pessoas, tecnologias, com ênfase em resultados. A melhor gestão de recursos públicos é uma das mais efetivas providências para o combate à exclusão social.

Muito embora o REFORSUS tenha concentrado a maior parte de seus investimentos na recuperação física da rede de estabelecimentos e na aquisição de equipamentos clínicos, foi dada especial atenção ao aspecto gerencial. Um montante significativo do investimento total foi direcionado a subprojetos capazes de aumentar a eficiência e resolubilidade da rede, principalmente pela valorização da informação como elemento indispensável ao planejamento das ações em saúde. Os três casos abordados com maior nível de detalhamento neste trabalho sintetizam alguns dos aspectos-chave desta questão, como a informatização, a capacitação dos profissionais, o estímulo ao planejamento e a integração entre unidades e sistema. Se ainda é prematuro avaliar todos os resultados práticos destas experiências, já que se encontram ainda em fase de implantação, pode-se, ao menos, reconhecer a pertinência e importância de seus objetivos.

Deste modo, respondendo à questão básica na qual se concentra este trabalho, pode-se afirmar que o REFORSUS leva em conta os principais eixos de discussão do movimento internacional de reformas no campo da saúde. Suas linhas principais de investimento correspondem às principais carências do setor e procuram difundir iniciativas pautadas em conceitos modernos no campo da gestão. Não obstante, o seu sistema de avaliação de impacto pode e deve servir como referência para a discussão do próprio conteúdo programático adotado, com o conseqüente aperfeiçoamento das ações implementadas, motivando um processo contínuo de aprimoramento dos mecanismos de gestão e controle social, capazes de manter a qualidade da saúde como prioridade da agenda política de nosso país.

Bibliografia

ABRÚCIO, Fernando Luiz. **O impacto do modelo gerencial na Administração Pública**. Cadernos ENAP, nº10, 1997.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **O processo de desenvolvimento de sistemas de gestão em organizações hospitalares e a importância da profissionalização de seus dirigentes: considerações a partir de um processo de consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, EBAP/FGV, 1996. 163 p.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Gestão de hospitais públicos: caminhos possíveis para elevar a autonomia gerencial e a performance organizacional - os contratos de gestão como alternativa para a Administração Pública**. Trabalho apresentado para a disciplina de Políticas Públicas II, EBAP/FGV, 1995.

BARBOSA, Pedro Ribeiro e LAMY, Yves. **O Hospital no Brasil**. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (org). **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. França, ENSP Éditeur, 1993.

BORBA, Valdir Ribeiro. **Planejamento empresarial hospitalar**. São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento da Administração da Saúde - CEDAS, 1989.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Cadernos MARE da reforma do Estado, nº 1. 1997.

CAMPOS, Ana Maria. **Accountability: Quando poderemos traduzí-la para o português ?** Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, FGV, n. 20 (3), Jul/Set, 1990.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. **A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde**. ENSP, 1990, mimeo.

CARVALHAL, Maria Regina D. F. **Formação de Administradores de Saúde**. Rio de Janeiro, Revista de Administração Pública, FGV, n.15 (1), p. 57-103, Jan/Mar, 1981.

CARVALHO, Guido Ivan de. SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde, comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1992.

CASTELAR, Rosa Maria. **O Hospital no Brasil**. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (org). **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. França, ENSP Éditeur, 1993.

CHERUBIN, Niversindo Antônio. SANTOS, Naírio Augusto. **Administração Hospitalar – Fundamentos**. São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde (CEDAS), 1997.

CORDEIRO, Hésio. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, Ayuri Editorial, 1991.

DONABEDIAN. A. ***The Definition of Quality and Approaches to its Assessment***. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1980.

DUSSAULT, Gilles. **A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências**. Rio de Janeiro, Revista de Administração Pública, FGV, n. 26 (2), 1992.

DUTRA, Vanderli de Oliveira. **Recursos Humanos**. In: GONÇALVES, Ernesto Lima. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo, Edit. Pioneira, 1983.

EASTAUGH, Steven R.. ***Health Economics: efficiency, quality and equity***. Westport, London: Auburn House, 1992.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. ***After the Golden Age: The Future of the Welfare State in the New Global Order***. Genebra, UNRISD (United Nations Research Institute for Social Developmente), 1994.

EVANS, Peter. **O Estado como problema e solução**. Lua Nova, São Paulo, n. 28/29, 1993.

FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do Poder**. 11 ed. Rio de Janeiro, edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 4 ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994.

GERSCHMAN, Sílvia. **A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990**. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, FGV, n. 34 (4), Jul/Ago 2000.

GILMORE Carol M. e NOVAES, Humberto de Moraes. **Manual de gerência da qualidade**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde – OPAS, 1997.

GIOVANELLA, Ligia. **Racionalização dos gastos em saúde**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, Conjuntura e Saúde n. 18, Ago/94.

GONÇALVES, Reinaldo. **Ô Abre-Alas: a nova inserção do Brasil na economia mundial**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

GRABOIS, Victor e SANDOVAL, Paulo. **O Hospital no Brasil**. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor (org). **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. França, ENSP Éditeur, 1993.

JOHNSON, Alton C.. SCHULTZ, Rockwell. **Administração de Hospitais**. Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1979.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **"Reforma do Estado no setor de saúde no Reino Unido e nos Estados Unidos**. In: Reforma do Estado no setor saúde. Cadernos ENAP, nº13, 1997.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **"Reforma Sanitária e Reorganização do Sistema de Serviços de Saúde: Efeitos sobre a Cobertura de Serviços"**. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, ENSP/FIOCRUZ, 2000. 227 p.

MACHLINE, Claude. BATES, Alícia Garcia. SILVA, Luis F. V. da. **Uma Nova Forma de Organização Hospitalar**. Revista de Administração de Empresas, v.1, maio/ago, 1961.

MALIK, Ana Maria. **Processo decisório em instituições de saúde: estudo de algumas variáveis em hospitais complexos no Município de São Paulo**. São Paulo. Dissertação de Mestrado, EAESP/FGV, 1983.

MEDICI, André Cezar e CZAPSKI, Cláudio André. **Evolução e perspectivas dos gastos públicos com saúde no Brasil (*Public health expenditure review*)**. Trabalho encomendado pelo Banco Mundial para efeito de avaliação do empréstimo de viabilização do REFORSUS. Brasília, 1995.

MEDICI, André Cezar. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo, Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública, 1994.

MELLO, Joamel Bruno de. CAMARGO, Marlene Ortega. **Qualidade na Saúde: práticas e conceitos. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**. São Paulo, Ed. Best Seller, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: Mendes, Eugênio Vilaça (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde brasileiro. São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1993.

MEZOMO, João Catarin. **O papel do administrador na gerência hospitalar**. Revista Hosp. Adm. Saúde. n.15(4):150-5. Jul/Ago 1991.

MINTZBERG, Henry. ***Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations***. New York: The Free Press. 1989.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de. **Informações em saúde: Para Andarilhos e Argonautas de uma Tecnodemocracia Emancipadora**. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, ENSP/FIOCRUZ, 1998. 285 p.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de ser Dirigente**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1997 (8ª edição).

MOTTA, Paulo Roberto. **Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde**. Trabalho apresentado no Seminário: Novas concepções em administração e Desafios do SUS - Em busca de estratégias para o desenvolvimento gerencial. ENSP/FIOCRUZ - FUNDAP/SP, mimeo, 1990.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão Governamental: a busca de uma unidade de análise**. Síntese da palestra realizada na Fundap, São Paulo, mimeo, 1989.

MOTTA, Paulo Roberto. **Capacitacion y Desarrollo Gerencial para el Sector Salud**. Documento apresentado na reunião "Nuevos Enfoques en la Enseñanza de la Administracion de la Salud", mimeo, Rio de Janeiro, 1985.

NAKAGAWA, Masayuki. **ABC, Custeio Baseado em Atividades**. São Paulo, Ed. Atlas, 1994.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

OLIVEIRA, J. A. e TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis, Ed. Vozes, 1986.

Organizações Sociais. Cadernos MARE, nº2. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

OSBORNE, David e GAEBLER, Ted. **Reinventando o governo - como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. Brasília, Editora MH Comunicação, 1994 (2ª edição).

PALOCCI F., Antônio. **A reforma do Estado e os municípios - A experiência de Ribeirão Preto**. São Paulo, Makron Books editora, 1998.

PATERNO, Dario. **A Administração de Materiais no Hospital – Compras, Almoxarifado e Farmácia**. São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento da Administração da Saúde - CEDAS, 1987.

PATTON, M.Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. Sage Publications, London, 1990.

PESSÔA, Luisa Regina. **"Terceirização nos hospitais públicos: mais um problema ou uma possível solução ?"** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1996.

PESSÔA, Luisa Regina. **Hospitais federais no Rio de Janeiro e a terceirização das atividades meio: em busca de qualidade, flexibilidade e ganhos econômicos.** Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, FGV, no prelo.

Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, 1995.

QUINHÕES, Trajano Augustus Tavares. **"Uma experiência inovadora na gestão pública, o caso do Hospital Geral de Fortaleza"**. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, EBAP/FGV, 1997. 164 p.

QUINHÕES, Trajano Augustus Tavares. **"Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense"**. In: Reforma do Estado no setor saúde. Cadernos ENAP, nº13, 1997.

Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. Cadernos MARE, nº 13. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998.

Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de Brasília e Organização Pan Americana de Saúde, 1998.

Sistema de Informações Gerenciais dos Hospitais Universitários. Relatório final apresentado pelo grupo de trabalho constituído pela portaria nº 33-SESu de 05/02/1988. Brasília: Ministério da Educação, 1988.

Sistemas de Información y Tecnología de Información en Salud. Washington, Organização Panamericana da Saúde – OPAS, 1998.

SOBRINHO, José de A. **Organização e Administração de Hospitais.** Rio de Janeiro: Imprensa Técnica da D.M. 1951.

Staff Appraisal Report. Brazil Health Sector Reform Project – REFORSUS. *Document of the World Bank*, Brasil, 1996.

STIGLITZ, Joseph E. **Economic of the Public Sector.** New York, W.W. Northon & Company, 1988.

TASCA, Renato; Grego Cláudio; Di Villarosa, Francesco Notarbartolo.

Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: Mendes, Eugênio Vilaça (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde brasileiro. São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1993.

TEIXEIRA, José M. de C.. **Sistemas Médicos, Técnicos e Administrativos do Hospital Moderno: sua ordenação.** In: GONÇALVES, Ernesto Lima (org). O Hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo, Pioneira, 1983.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo, Cortez, 1989.