Debates GV Saúde

volume 1

Alberto Hideki Kanamura
Alexis Vargas
Álvaro Escrivão Junior
Ana Maria Malik
Aparecida Yamada
Carlos Ari Sundfeld
Claudio Luiz Lottenberg
Deraldo Mesquita
Fernando Luiz Abrucio
Gonzalo Vecina Neto
Lenir Santos
Nacime Salomão Mansur
Olimpio Dal Magro
Olimpio Jose Nogueira Vianna Bittar
Paulo Eduardo M. Elias
Peter Kevin Spink
Vânia Barbosa do Nascimento

FGV
GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP

FGV
GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP

Coordenação
Ana Maria Malik
Álvaro Escrivão Junior

Equipe
Ana Claudia Diniz Takahashi
Denise Schout
Djair Picchiai
Fabio Patrus Mundim Pena
Fabio Ricardo Loureiro Sato
Julio Cesar Christofoli
Luiz Tadeu Arraes Lopes
Marcio Vicius Balzan
Wilson Rezende

Colaboradores
Alexis Vargas
Fernanda Campanatti Crema
Lucila Pedroso da Cruz

Apoio
Leila Dall´Acqua

Debates GV Saúde

Editor Executivo: Rubens Baptista Júnior
Coordenadora de Produção: Libânia Rangel de Alvarenga Paes
Preparação de textos: Bureau Cultural ▪ imprensa@rubens.med.br
Arte e Produção Gráfica: Woz Comunicação ▪ comunicacao@woz.com.br

Debates GV Saúde – volume 1 é uma publicação interna do *GVsaúde* da FGV-EAESP ▪ Avenida Nove de Julho, 2029 – 5º. Andar – CEP: 01313-902 – São Paulo – SP ▪ Redação: Rua Professor Picarolo, 163, Cj. 74-E - CEP: 01332-020 – São Paulo – SP ▪ Endereço eletrônico: imprensa@rubens.med.br ▪ Jornalista responsável: Rubens Baptista Júnior – MTb: 14 880 ▪ Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da revista. ▪ É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação, sem a autorização expressa do editor. ▪ Distribuição em circuito interno.

Ponto de Vista

Debates GV Saúde

Esta é a primeira publicação do GVsaúde. Esperamos que seja o início de uma série.

Apresentamos aqui o primeiro semestre temático do GVsaúde, realizado na segunda metade de 2005. Esta iniciativa se propõe a trazer, a cada período, quatro eventos realizados no período noturno, para debater assuntos de interesse para os gestores da Saúde. Os palestrantes, em geral, são pesquisadores ou executivos conhecidos no setor, com experiência e envolvimento no temário proposto. O que se apresenta aqui não são textos acabados. Pelo contrário, são transcrições das falas dos convidados durante o evento, corrigidas por eles, num momento posterior e, então, editadas. Ou seja, não se trata de artigos preparados enquanto tal. Como tudo, este formato tem vantagens e desvantagens. A vantagem é a linguagem coloquial, que torna o material fácil de ler e de apreender o conteúdo da discussão. A desvantagem é que não se trata de uma publicação acadêmica ortodoxa.

O primeiro tema que o GVsaúde escolheu para debater foi quais são as diferentes alternativas de gestão pública, assunto sempre polêmico, a respeito do qual muito se fala, sem conhecimento real a respeito do que é a Administração Pública brasileira e, com freqüência, sobre opiniões e impressões, mais do que sobre avaliação. Para isso, apresentamos desde falas de juristas, com maior ou menor envolvimento com a área da Saúde, até as de gestores públicos conhecidos, alguns deles formuladores de propostas atualmente em vigor. Tivemos apresentações teóricas sobre os modelos, desde a Administração Direta, autarquias, fundações de apoio, agências, Organizações Sociais de Saúde, OSCIPS e até de uma filantrópica, discutimos a viabilidade e o modelo de parceria público privada e sua aplicação à área da Saúde e, finalmente, analisamos como se faz a avaliação da atuação desses diferentes serviços, à luz dos diferentes níveis de governo.

Acreditamos que se trata de uma contribuição para aqueles que estão na área e para aqueles que pretendem entrar nela. É uma bibliografia "de serviço", própria para quem quer conhecer a realidade mais de perto. Também é uma forma de aumentar o acesso aos debates realizados aqui na FGV-EAESP, trazendo para mais perto os interessados em melhorar a gestão da Saúde em nosso país.

Boa leitura.

Ana Maria Malik

Processo de Reorganização da Santa Casa

Olímpio Dalmagro

O propósito deste trabalho é apresentar as vivências e experiências que fizeram parte do processo de reorganização e reconstrução dos hospitais da Santa Casa no Rio Grande do Sul. Em primeiro lugar, o texto enfoca, de forma sucinta, alguns elementos da história da instituição e das diferentes fases que a trouxeram até os dias de hoje. Em seguida, serão abordados os aspectos referentes à metodologia que está sendo empregada na construção do futuro da organização.

A Santa Casa, considerada como uma Organização Não Governamental, é a mais antiga instituição desse tipo em funcionamento no Rio Grande do Sul. Sua fundação data de 19 de outubro de 1803, quando aquela região era denominada capitania de São Pedro do Rio Grande do Sul, sendo constituída por duas vilas e dezessete freguesias, uma delas a Vila de Porto Alegre, que contava com 32 anos de existência e 3 927 habitantes.

Nessa época, a população decidiu construir extra-muros, no alto de uma colina, aquela instituição, que tinha como propósito a realização de ações sociais. Foram necessários 23 anos para a edificação dos primeiros prédios e a Santa Casa entrou em funcionamento no dia 1º de janeiro de 1826. Sua missão era prover o abrigo e a assistência médica aos menores, aos adultos abandonados e aos dementes porque estes eram segregados pela sociedade. E assim permaneceu até o final daquele Século, quando em 25 de julho de 1898, a partir dos cursos de partos e farmácia, o corpo clínico se organizou e criou a terceira faculdade de Medicina do Brasil, hoje Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (URGS).

Na virada daquele Século o Estado contava com 1.150.000 habitantes, Porto Alegre tinha 73.000, com 39 médicos diplomados e a expectativa de vida tangenciava os 40 anos. A partir daquele marco, lentamente as ações sociais começaram a encaminhar-se para os assuntos da assistência médica propriamente dita. A história da Santa Casa registra que de 1930 a 1965 a instituição viveu um período áureo. Nesse intervalo houve grande expansão e a estruturação de praticamente todos os seus hospitais.

Entre 1965 e 1983 houve uma crise sem precedentes, causada pela falta de visão institucional, encaminhando a organização para uma linha de esvaziamento. Nessa época, a Casa sucumbiu à perda do crédito e da credibilidade.

Foi naquele cenário que iniciamos o processo de reorganização e reconstrução da entidade e isto se deu essencialmente pela liderança do seu provedor, Cardeal Dom Vicente Scherer, que transferiu a sua credibilidade pessoal às propostas de mudanças. Estas foram calcadas em dois propósitos: primeiro, dar um basta á idéia de uma medicina pobre aos pobres; e segundo, dotar a Santa Casa de um sistema de gestão para lhe assegurar a sobrevivência. Esta era a imagem da Santa Casa, ainda uma fotografia de 1986 que perdurou até o final do ano de 1990, visão esta cristalizada pela própria comunidade.

O primeiro ciclo de transformação deu-se de 1983 a 1987, quando nós tínhamos como objetivo o saneamento operacional, econômico e financeiro da Santa Casa. Para isso, adotamos uma série de políticas e algumas estratégias. A primeira grande política foi a de não adotar a terceirização, ou seja, entramos na contramão do modismo que imperava no meio da Saúde. Outra política foi a de evitar a "meia-solução". Qualquer movimentação física na Santa Casa era calcada numa visão de futuro e a solução tinha que ser definitiva. Trabalhamos no sentido de supri-la das suas necessidades básicas, o que inclui comida, roupa, remédio, limpeza e, na área assistencial, de serviço de diagnóstico em análises clínicas e tratamentos em Hematologia.

O segundo ciclo, de 1988 a 1992, assistiu, pela primeira vez, a utilização do conhecimento e do planejamento estratégico, para balizar um plano de investimentos. Na análise do ambiente externo, encontramos a condição do posicionamento dos hospitais da Santa Casa, frente à imagem que se apresentava extremamente desgastada perante a comunidade. Os hospitais buscavam a evidência, essencialmente pelos aspectos de diferenciação nos quesitos de hotelaria e hospedagem e a Casa procurou um caminho, em função da sua história, de buscar um diferencial, em longo prazo, com base nos aspectos técnicos e científicos. Nesse período, definimos o modelo funcional que vigora até o presente momento.

As tarefas mais comuns e os serviços de apoio foram unificados e centralizados em atividades-fim; foi definido que deveríamos ter hospitais gerais para adultos e crianças e, outros, especializados. Estes deveriam estar alinhados para enfrentar as principais causas de morbi-mortalidade da população gaúcha. Cabe salientar que, quando nós iniciamos em 1983, contávamos com quatro hospitais. Já neste ciclo, chegamos a cinco, porque em 1989, com a falência do Hospital Santa Rita, voltado para o câncer, a Casa resolveu incorporá-lo, a pedido do governo do Estado. Nos resultados desse período, a Casa cresceu enormemente, em função dos investimentos ali realizados e, em 1993, já com o conhecimento mais aprofundado em termos de planejamento estratégico, olhando o ambiente externo nós identificamos que, aquilo que preconizava a Constituição de 1988, que saúde era um direito de todos e um dever do Estado, era impossível de ser sustentado.

Nessa época a Santa Casa estava submetida a um alto grau de dependência econômica por parte do governo. Necessitávamos de 95% dos recursos dessa fonte, em função do fato de que prestávamos 98% da assistência. Configurava-se, assim, uma situação de extremo risco. Na busca de soluções, alternativa era a diversificação. Como a Casa não tinha a cultura da assistência ao cliente diferenciado, foi nesse particular que nós encontramos a resposta no conhecimento da filosofia e da metodologia da qualidade total.

O ciclo de 1993 a 1996, foi o de maior importância para a Santa Casa, pois foi nele, que houve a mudança no foco das ações. Até então o núcleo da instituição era o investimento em ambientes físicos e em tecnologias. Na fase anterior, a aplicação direcionou-se a centros cirúrgicos, UTIs, áreas de diagnósticos.

Durante quatro anos consecutivos houve investimentos na incorporação do conhecimento necessário à empreitada. Foi no âmbito externo que as gerências e a própria direção da entidade procuraram esse conhecimento. Internamente, investimos na montagem de um curso de 40 horas, adotando como tática, que a melhor forma de aprender é ensinando. Aos gerentes foi dada a oportunidade para o aprofundamento do conhecimento desse método, incluindo as de ensino. Nesse período formaram-se 480 multiplicadores, todos eles com formação universitária. E durante todo o período, esse conhecimento foi aplicado paralelamente à gestão, por objetivos que a Casa adotava, em áreas cujos resultados gerassem benefícios para os próprios profissionais, como fator motivacional. Áreas como refeitório, estacionamento, serviço médico, de pessoal, vestiários e coisas afins foram envolvidas nos trabalhos. No final daquele ciclo, em 1996, por iniciativa própria, várias áreas da instituição já aplicavam esse método nas suas atividades do dia-a-dia.

No quarto ciclo, entre 1997 e 2000, a Casa adotou – de forma determinada e compulsória – a metodologia e a filosofia da qualidade total como sistema de gestão. Para isso, a Casa teve todo o seu contexto funcional definido, o estabelecimento da sua razão de ser, da sua missão, da visão, a definição dos princípios, dos valores. A Casa foi mapeada em 162 unidades gerenciais básicas, cabendo também à equipe, por meio do seu líder, definir o contexto de cada área, que a seguir eu posso fazer referências. Como forma definitiva de posicionamento dos hospitais da Santa Casa, nós definimos, para este período e o período seguinte, um plano de desenvolvimento institucional representado por cinco mega-projetos.

Foi estabelecido que, a partir do ano 2000, em cada um dos três anos seguintes, seria entregue um novo hospital para a comunidade. Em 2000, entrou em operação o Hospital do Câncer, ampliado em 70% e totalmente renovado. Em 2001, um hospital voltado para transplantes e, em 2002 um hospital pediátrico. O quarto projeto é denominado como hospital virtual, que consiste, por meio do emprego das tecnologias de informação e automação colocar à disposição do usuário, em tempo real, imagens e sinais, para que se possa responder aos atributos que os nossos clientes mais valorizam: resolução e confiabilidade. E o quinto projeto tinha como objetivo preparar a Santa Casa para as festividades do seu bicentenário.

O quinto ciclo foi, na prática, a continuidade do anterior e também a avaliação anual da aplicação da metodologia. Visando atingir novos patamares, foi decidido também submeter a organização à avaliação externa do Programa Regional da Qualidade. A partir de 1998, ano a ano, pelas evidências das conquistas, se pode verificar a aplicação de uma forma mais aprofundada deste método como um todo.

A Santa Casa, na atualidade, está situada no centro de Porto Alegre, não mais extra-muros, mas ocupando uma área de 60 mil metros no seu terreno com 124 mil metros de área construída. Integram a instituição o Hospital Geral de Adultos, o Pediátrico, e os hospitais especializados, voltados para a primeira causa de mortalidade que são as doenças cardiovasculares, para a segunda no Estado que é o câncer e para a terceira que é o trauma. Temos um hospital de neurocirurgia que dá suporte aos traumatismos crânio-encefálicos. Como quarta causa figuram as doenças crônico-degenarativas. A Casa possui uma série de serviços, com destaque o serviço de Pneumologia, através do Pavilhão Pereira Filho e, por fim, o hospital voltado para os transplantes.

Para o cumprimento da sua missão, a santa Casa conta com a estrutura assistencial dos sete hospitais, e com o quantitativo de leitos, consultórios, salas e de intensivismo, dos quais, 60% são voltados para o atendimento do SUS. Cabe salientar que a Santa Casa é a maior prestadora de serviços ao SUS no Estado. Pelo indicativo econômico, no ano passado nós geramos 89 milhões de receita ao SUS, que nos custou 119 milhões, em função do alto grau de subsídios. Em valores absolutos, são 29 milhões e 614 mil reais, cuja estratégia de solução a Casa tem, na assistência a particulares e convênios, a busca desses resultados para a preservação do equilíbrio. Em 30 de junho de 2005, a instituição contava com um efetivo de 5 035 profissionais vinculados à Casa pelo regime CLT e 1 836 médicos integrantes do corpo clínico.

De uma forma direta ou indireta, todos os profissionais participam no planejamento, na execução e na avaliação dos seus serviços. Todos com o foco dirigido para os processos e, por meio da sua melhoria, buscam a satisfação dos clientes. Há que se entender o conceito de clientes como sendo todas as partes interessadas nos resultados da instituição. A sociedade, a própria organização Santa Casa, os seus pacientes, os acompanhantes, os familiares, os profissionais e os fornecedores. A estrutura do sistema de gestão está calcada dessa forma, e por meio do estabelecimento do negócio missão-valores e do compromisso nós temos a resposta de quem somos e o estabelecimento da visão para onde vamos. E as três ferramentas a seguir demonstram como estamos conduzindo para a construção e o alcance da visão.

No planejamento estratégico estabelecem-se as respostas para o longo prazo; para a Santa Casa daqui a 5 anos; para o gerenciamento das diretrizes, um ano; e para o gerenciamento da rotina em tempo real, a ação propriamente dita.

A estrutura orgânica da instituição é composta por três níveis. Na instância superior estão a Irmandade, a Mesa Administrativa, o Provedor, a quem cabem a preservação da filosofia, as definições das políticas, a aprovação dos planos e o recebimento e a aprovação das contas, que a cada semestre nós apresentamos confrontando o planejado com o que foi realizado. No segundo nível estão as lideranças da instituição; e no terceiro, os operadores. Este é o modelo definido no período entre 1988 e 1992, que está atualmente em vigor.

Para o período de 2005 a 2010, a instituição busca, pela primeira vez uma assessoria externa. A estratégia tem por objetivo evitar os erros na condução do gerenciamento da Santa Casa, até mesmo porque o que é fácil foi feito e tudo o que foi feito era visível. Na análise do ambiente externo, com apoio das organizações mencionadas, nós fizemos estudos nos âmbitos local, regional, nacional e internacional, visando à identificação das ameaças e das oportunidades. Isso se deu através da análise dos fatores econômicos para o período mencionado, em termos de tendências e de comportamentos, da inflação, da variação cambial porque isso diz respeito aos nossos custos e aos nossos projetos de investimentos. Adicionalmente, foram levados em conta fatores relativos às questões políticas e legais, aos fatores sócio-culturais e ambientais, mercado, compradores de serviços e de concorrência.

Com a análise do ambiente interno, com base em sua história, nas condições do presente e nas tendências dos fatores econômicos, foi possível fazer as correspondentes projeções econômicas e financeiras. Pela análise dos nossos produtos e serviços, identificamos os pontos fortes como fatores de diferenciação e os pontos fracos como condição de ações para neutralizá-los. E este trabalho como um todo, teve como objetivo montar um cenário e nele identificar como a Santa Casa situar-se-á em 2010 e identificar as estratégias, como iremos conduzir neste processo todo.

Sob o aspecto cultural, é possível considerar que a Santa Casa constitui-se no mais importante patrimônio vivo da história do nosso Estado. Em função disso, está sendo edificado um centro histórico e cultural, com 3 200 metros de área, voltado para as pessoas, além da função salvaguardar seu o acervo. Nesse particular, ganha relevância a necessidade de educar os profissionais para que conheçam a história da Santa Casa, que a respeitem e a preservem porque nós somos os legatários de um patrimônio de várias gerações. É preciso gerar uma consciência interna e externa de preservação desse patrimônio como uma riqueza que vai além da sua própria materialidade.

No que concerne à gestão, existem mais de dois mil itens de verificação, diferentes entre si. Partimos do pressuposto de que aquilo que não é medido não pode ser avaliado. A Casa também faz uso de uma série de indicadores de avaliação, em diversas freqüências e ali mencionados. Considera-se a transparência como sendo o maior bem da Santa Casa. Para reforçar este valor, a instituição utiliza o sistema de gestão à vista. Cada unidade mencionada tem em quadro mural o seu contexto funcional definido, os indicadores tanto econômicos, quantitativos, qualitativos que ela gera e no âmbito corporativo está nos murais da instituição, no seu núcleo central. Indicadores nestes campos e tudo isso têm como objetivo construir e alcançar essa visão. A intenção é a de que, no final de 2010, a Santa Casa não seja mais uma Organização Hospitalar, mas sim uma instituição no sentido da solidez, da perenidade. De referência em saúde, nas dimensões mencionadas, no âmbito nacional e integrada à Sociedade, trabalhando com e pela Sociedade, por meio da política de responsabilidade social. Também identificamos que muitas organizações têm um interesse nesse sentido, mas não têm como corporificá-lo. A Santa Casa constitui-se num instrumento dessas organizações.

No presente momento, por exemplo, existem 210 voluntários trabalhando na Santa Casa. Somente no Hospital Pediátrico, são 92 em uma série de projetos. Nenhuma criança, enquanto é tratada tem prejuízo por ausência na sua escola. Voluntários da área da Educação dão continuidade a esse processo. Existe o projeto Maternagem, no qual nenhuma criança fica sozinha, distante de sua mãe, que necessita voltar a casa em função dos outros filhos. E nenhuma criança dorme sem colo: é o Projeto Ninar. O planejamento para o período 2005 a 2010 foi aprovado no dia 22 de março de 2005 e, dessa data em diante, até meados de maio eu mesmo proferi 27 apresentações internas atingindo cerca de 3 400 profissionais que, espontaneamente, vieram tomar conhecimento da forma que se pretende conduzir a Santa Casa, e a todos eles é dito que não basta ter conhecimento dos valores, a todos dizemos que devemos praticá-la.

Tudo isso será possível se, no desenvolvimento das nossas ações, nós respeitarmos aquilo o que a Sociedade, a comunidade, entende como algo natural e normal, reafirme a Ética. A questão da credibilidade tem, para nós, o significado do cumprimento das promessas. A história, aqui já mencionada, a eqüidade, o senso de justiça, a questão do humanismo, o respeito à dignidade das pessoas, não só do paciente, mas também do visitante e dos próprios profissionais. E os outros dois valores são o pioneirismo e tecnologia.

O pioneirismo é o resultado das iniciativas e da criatividade dos profissionais em termos de propostas inovadoras. A tecnologia é a aplicação desse conhecimento. E todo esse processo, todo esse planejamento está estruturado nos fundamentos das organizações que têm como método do trabalho o reconhecimento num grau de excelência. Para qualquer processo, o pré-requisito é a liderança. Pode ser o menor dos processos, lá na ponta, ele é orientado na instituição que se alavanque o processo. Mas não basta ter o líder, há que se ter persistência. Somos afetos ao imediatismo, somos muito pouco adeptos do planejar, somos afetos ao fazer. Há que se ter constância de propósito, a persistência. Mas isso não basta, é preciso ter foco. São necessárias, também, medidas de avaliação para ver se estamos estáveis, evoluindo ou decrescendo. E, por fim, a visão de futuro, mesmo que não se chegue lá, pelo menos o que se realiza está no encaminhamento.

Algumas lições que nos dá a Santa Casa: o trabalho alicerçado pela visão de futuro oferece menores riscos e menos prejuízos pelas eventuais crises. Assim, é desta forma que estamos conduzindo a instituição. Alguns indicadores do último quadriênio merecem atenção. Em evolução dos resultados operacionais, tivemos uma diversidade em 2003 por um fator externo, conjugou-se SUS com o IPE no Estado, quase nos fez sucumbir. O IPE é a estrutura assistencial dos funcionários públicos do Estado, vinculado ao resultado operacional. As receitas extraordinárias da Casa não são utilizadas para o custeio. Com uma certa ponta até mesmo de orgulho, é possível dizer que para o custeio nós não precisamos de apoio, com trabalho nós mesmos poderemos resolver.

Contudo, no que diz respeito ao investimento, o apoio é necessário, pois uma grande parcela do nosso esforço é neutralizada para o subsídio do sistema público. O grau de endividamento é o quanto se trabalha com capital de

terceiros. Ele não é estável por acaso. O crescimento do patrimônio líquido da Santa Casa é o resultado desse processo. O volume de horas de treinamento em 2005 está em 24, mas haverá um grande implemento nesse semestre. Esse é o quantitativo de funcionários que tem o conhecimento do sistema de gestão, estabelecemos como meta de que todos eles terão a partir desse ano. A satisfação dos funcionários em 2003 foi influenciada por problemas externos.

Finalmente, gostaria de mencionar que, com a conquista do Prêmio Nacional da Qualidade, nós podemos atestar publicamente que um dos propósitos assumidos em 2003 foi conquistado pela instituição, que era dotá-la de um sistema de gestão. O objetivo, na ocasião, foi conseguir sua sobrevivência. Hoje, a sua sustentação e seu o crescimento.

Figuras Jurídicas da Administração Pública

Lenir Santos

finalidade deste trabalho é fazer uma sucinta explanação sobre as figuras jurídicas da Administração Pública direta e indireta. Durante este Seminário, outros expositores, antes de mim, já tocaram no tema, como é o caso de Gonzalo Vecina Neto, de maneira mais livre. Na minha exposição vou me ater mais aos aspectos jurídicos e administrativos.

O Poder Público, ao desenvolver suas atividades, o faz de acordo com as competências que lhe são atribuidas pela Constituição Federal. Ele não escolhe o que deseja fazer; atua segundo os ditames da legislação. As atividades do Poder Público podem ser desenvolvidas de forma direta ou indireta, mediante pessoas jurídicas de direito público ou privada, criadas ou autorizadas por lei.

A Administração centralizada é o próprio órgão público atuando diretamente no exercício de suas competencias. O Poder Público pode, no entanto, desenvolver suas competências por intermédio de outras figuras jurídicas. Estas podem ganhar variadas formas: autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, agências executivas, agências reguladoras e outras entidades, como o Serviço Social Autônomo. É possível ainda, mediante contrato de concessão ou permissão, delegar a terceiros a execução de atividades de natureza pública. Neste texto, a atenção estará centrada em três dessas modalidades: a autarquia, a fundação e a empresa pública.

As autarquias

As autarquias são entes com capacidade exclusivamente administrativa. Possuem a titularidade para a realização de atividades públicas e suas atividades são aquelas típicas da Administração Pública. As suas características e o grau de sua autonomia são as que a lei lhes confere. São entidades que gozam de autonomia patrimonial, financeira, orçamentária e imunidade tributária; seus bens são indisponíveis; seus prazos processuais e foro são privilegiados.

As agências reguladoras

As agências reguladoras são entes jurídicos públicos, organizados sob a forma de autarquias e, por essa razão, estão sendo citadas na seqüência da apresentação da autarquia. A maioria delas são autarquias de regime especial. As agências reguladoras têm a finalidade de regular, sob o ponto de vista técnico, atividades ou setores da Administração Pública que estão sendo executados sob a forma de concessão ou permissão, pelo setor privado. Muito se discute sobre a possibilidade e a amplitude dessa regulação, mas esse não é o tema nem o objeto desta nossa discussão.

O que significa o regime especial de uma autarquia? Criadas inicialmente para cuidar do ensino e pesquisa, muitas universidades públicas foram instituídas sob esse modelo jurídico. O caso da Universidade de São Paulo (USP), aqui abordado pelo Dr. Gonzalo, dá ensejo a um comentário específico sobre a autonomia da Universidade.

Não há uma lei geral dispondo sobre a especialidade das autarquias de regime especial. O Decreto-lei 200 introduziu essa figura na administração pública, sem dizer quais seriam essas especialidades. Na maioria das vezes, as autarquias são criadas como sendo de regime especial ou sob regime especial, sem que a lei que a criou disponha sobre essas especialidades.

No tocante à autonomia da USP, referida pelo Gonzalo, a sua garantia não está no modelo jurídico autárquico especial. Nesse caso, bem como no da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e da Universidade Estadual Paulista (UNESP), somente após a autonomia universitária ter sede constitucional, e por um ato do Governo do Estado de São Paulo que, editou um decreto garantindo a essas universidades um percentual sobre as receitas estaduais e reconhecendo a sua autonomia para dispor sobre plano de carreira, salários, reajustes etc que as universidades puderem gozar de uma maior autonomia administrativa.

Desde o seu nascimento, a USP e a UNICAMP foram autarquias de regime especial. E durante muito tempo foram pautadas pelos planos de cargos e salários da Administração Direta e pelos reajustes concedidos pelo Governo Estadual, conforme ocorre até hoje com as universidades federais. Anteriormente a esse decreto, os salários do agente administrativo, do motorista, da secretária, do técnico administrativo da universidade autarquica eram os mesmos da dministração centralizada.

Outra questão relevante, no caso das universidades, é a questão das fundações de apoio, que no momento, está em ampla discussão na USP.

Nesse particular, a UNICAMP apresenta uma situação muito diferenciada, uma vez que instituiu, antes da Constituição de 1988, junto com outras pessoas, uma fundação de direito privado. A UNICAMP é instituidora dessa fundação, o que não aconteceu com a USP; ali são os professores que as instituíram e não a universidade. A temática relativa às fundações de apoio é muito complexa, uma vez se trata de pessoas que as instituem e, em seguida, a fundação faz convênio com a universidade e, por um passe de mágica, a gestão daquela unidade universitária "apoiada" pela Fundação segue o regime do direito privado. Mas esse não é o tema de nossa discussão.

Agências Executivas

As agências executivas expressam na Lei n. 9649 de 1998, podem ser definidas como uma qualificação de órgãos públicos, autarquias e fundações. Decreto Presidencial qualificaria essas entidades como agencias executivas — por possuírem um plano estratégico de reestruturação do desenvolvimento institucional e celebrarem contrato de gestão com o Ministério ao qual esteja subordinado — garantindo-lhes maior autonomia. Contudo, como o Decreto não pode ampliar a sua autonomia fora dos limites da lei instituidora da entidade, essa figura jurídica não logrou efeito na Administração Pública até o presente momento.

Essa é uma lei federal. Por isso, somente aplicável à Administração Pública federal. O Presidente da República é quem qualifica a entidade por decreto. No entanto, o presidente não pode conceder nenhuma autonomia que contrarie a lei que criou a autarquia ou a fundação.

As fundações governamentais

Sempre existiu um caloroso debate no âmbito jurídico sobre o regime das fundações: seriam elas de direito público ou privado? Alguns entendiam e entendem que todas as fundações instituídas pelo Poder Público deveriam ser de direito privado; outros, que devem ser de direito publico.

A Fiocruz e a Fundação das Pioneiras Sociais foram fundações instituídas pelo Executivo federal sob o regime do Direito Privado; com a criação do regime jurídico único, pela Constituição de 1988, entendeu-se que todas elas deveriam ser alteradas e reger-se pelas regras do Direito Publico. Esse foi o motivo que fez com que a Fundação das Pioneiras Sociais fosse transformada em Serviço Social Autônomo.

Mas, essa questão continua a apresentar divergências doutrinárias. Pessoalmente, comungo da idéia de que o Poder Público pode instituir fundações regidas pelo Direito Privado. Criada sob a forma do regime privado, será pautada pelas regras do Código Civil, mas também deverá observar as regras da lei que autorizar a sua instituição, além das previstas na Constituição, como concurso público, a licitação derrogadoras do regime privatista. O seu pessoal poderá ser contratado sob o regime da CLT e obrigatoriamente vinculará a um órgão, que será o supervisor de suas atividade.

A empresa pública

A empresa pública é pessoa jurídica de direito privado, integrante da

administração pública indireta, criada pelo Poder Executivo, mediante autorização legislativa. Seu capital é formado, unicamente, com recursos públicos e sua atividade será a exploração de atividade econômica ou a prestação de serviço público, geralmente o tarifado.

Entendo que um hospital público, mesmo que suas atividades não sejam tarifadas, poderia ter o formato da empresa pública; como prestador de serviço público – e não explorador de atividade econômica –, poderia, ainda, desfrutar de favores fiscais concedidos pela lei instituidora, diferentemente do que ocorre com as empresas publicas exploradoras de atividade econômica.

Há muito tempo defende-se que a empresa pública, prestadora de serviços públicos, deverá gozar de imunidade tributária, uma vez que serviço público não pode gerar impostos. O Judiciário já decidiu em favor dessa tese por diversas vezes. Penso ser um modelo que caberia bem em um hospital; este poderia ser uma empresa pública e gozar de imunidade tributária, desde que lei autorizadora assim o determinar.

Contrato de Gestão

No que diz respeito ao contrato de gestão, ele está disposto na Constituição, no Artigo 37, parágrafo 8º. Lei específica deverá regulá-lo, na forma do que reza a Constituição. Até o presente momento não temos essa lei. Alias, entendo que o § 8º do art. 37 trata, na realidade, do contrato de autonomia. Reza esse dispositivo que a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato a ser firmado entre seus administradores e o poder público. No direito português existe a figura do contrato de autonomia e entendo que esta regra refere-se a um contrato que garantirá maior autonomia ao órgão ou ente público, desde que ele cumpra determinadas metas, daí, sim, que poderá ser objeto de um termo de compromisso de metas de desempenho.

As organizações sociais

As Organizações Sociais federais foram criadas pela Lei 9637 de 1998.

Essas entidades, que nascem no setor privado, têm o formato de uma associação civil sem fins lucrativos. Elas, a seu pedido, serão qualificadas livremente pelo Ministro – é um poder discricionário, diferente das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), que é ato vinculado –, que poderá decidir, ao mesmo tempo que qualifica a OS extinguir determinado serviço público, transferindo-o para aquela Organização Social (OS).

Esse modelo é passível de críticas e existem duas ações diretas de inconstitucionalidade no STF, que ainda não foram julgadas, argüindo a inconstitucionalidade desta lei. As suas áreas de atuação são: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde.

A organização da sociedade civil de interesse público

A organização da sociedade civil de interesse público nasceu com a Lei 9790 de 1999.

São entidades privadas, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas de assistência social, da promoção gratuita da saúde e do meio ambiente.

As áreas de atuação estão detalhadas na Lei. Organizada a entidade, requer-se o seu reconhecimento ou qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público ao Ministério da Justiça. Como o ato é vinculado e não discricionário, desde que a entidade tenha atendido aos requisitos da lei, ela obterá o reconhecimento.

Qualificada como OSCIP, ela está apta a firmar termo de parceria com o poder público; o poder público pode manter contrato com essa entidade sem a necessidade de fazer licitação – embora isso seja assunto polêmico – e o setor privado pode aplicar 1% do seu lucro líquido, abatendo esse valor do imposto de renda.

A sociedade de economia mista

A sociedade de economia mista, autorizada por lei a sua criação, é entidade regida pelo direito privado, constituída de capital público e privado, sendo do poder público a maioria das ações com direito a voto. Atua com exclusividade na área econômica. É uma exploradora da atividade econômica, quando o Poder Público por relevante interesse nacional, entender necessário atuar naquele setor econômico. Se pauta pelas regras do direito privado, com algumas derrogações impostas pela Constituição.

Conclusão

Finalmente, no tocante ao papel da descentralização da atividade do Poder Público, é preciso reconhecer que, de modo geral, a Administração Pública é emperrada, pouco ágil e amarrada a uma infinidade de normas. Contudo, isso não pode servir de fundamento para se permitir que se transgridam as regras do direito público.

É claro que a Administração Pública precisa ser mais ágil, menos burocrática, mais eficiente, com mais responsabilidades efetivas e menos controles burocráticos.

Na área da saúde, devemos pensar legitimamente em conferir aos hospitais públicos maior agilidade administrativa, sob pena de perdermos a eficiência e como conseqüência, recursos humanos capacitado e qualificado e credibilidade perante a população. Mas precisamos fazer isso dentro do princípio da legalidade e não por caminhos transversos, como tem sido o caso das fundações de apoio, ainda que saibamos que a sua motivação primeira foi tentar melhor o próprio serviço público.

As OSs paulistas são diferentes das OSs federais. Nas Organizações Sociais paulistas, os serviços de saúde têm que ser gratuitos; na federal não há essa previsão expressa na lei. As OSs paulistas são entidades que gerenciam serviços "novos" de saúde. O Estado entrega, em concessão de uso, o prédio e os equipamentos. A entidade os administra e contrata pessoal, criando uma estrutura organizacional e de pessoal, até então inexistentes.

A grande questão é que o Governo, nesse campo, tem sido bastante contraditório; ao mesmo tempo em que defende a criação de entidades que possam ser mais ágeis, menos controladas e amarradas, determina, como o fez recentemente, através de um Decreto 5.504, de agosto deste ano, que as entidades privadas que receberem recursos públicos conveniais, de subvenção etc. estão obrigadas a realizar licitação nos moldes do previsto na Lei 8.666.

Não se pode conviver com duas linguagens, uma diferente da outra. Houve uma reforma administrativa parcial, que pode ter cometido os seus excessos, mas tentou vislumbrar novas formas de gestão, avaliação e controle do dinheiro público. Agora parece que temos a contra-reforma, ainda que haja, dentro do próprio governo, ações apontando para o controle burocrático excessivo e outro, para novas aberturas e controles mais inteligentes.

Parcerias na Saúde

Claudio Luiz Lottenberg

ostaria de fazer algumas considerações sobre a parceria entre a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein e o sistema público de Saúde no Brasil. Antes, porém, julgo necessário discutir alguns conceitos fundamentais para o gerenciamento da Saúde.

Examinemos, em primeiro lugar, o da alta complexidade. É costume vermos este conceito associado ao do custo do procedimento. Não concordo com o estabelecimento dessa relação. A alta complexidade é, isto sim, uma somatória de insumos e processos, que devem atuar de modo sinérgico, contribuindo para a solução dos problemas que – de início – se nos afiguram como complexos. Isto não deve significar que tais processos ou insumos sejam, em si mesmos, caracterizados por um maior ou menor custo. Além disso, o próprio desenvolvimento da Medicina faz com que aquilo que hoje é considerado complexo, futuramente não mais o seja. A identificação simplória da alta complexidade com custos elevados resulta em uma séria distorção, pois repousa em uma análise de caráter financeiro, em detrimento do aspecto processual.

Em segundo lugar, destaca-se a questão do desenvolvimento tecnológico. Sabemos que da criação da fotografia até a invenção da televisão, passaram-se cerca de oitenta anos. Na atualidade, um computador de última geração torna-se desatualizado em um período de quatro a cinco semanas. Essa incorporação tecnológica – que ocorre de modo acelerado e cujo modelo é o norte-americano – é um elemento que precisa ser detidamente considerado. Nos EUA a inflação no segmento médico é cinco vezes maior do que a verificada no conjunto da economia. Desse modo, para cada 2% de inflação registrados nesse país, são verificados 10% de elevação nos preços dos insumos utlizados em Medicina. E Isso não se converte, necessariamente, em qualidade na prática assistencial prestada.

Observamos, em terceiro lugar, que são muito raras as instituições da atualidade que

sobrevivem estritamente como hospitais. O que está em andamento, no fundo, é a criação de verdadeiros sistemas de Saúde, com a integração entre os processos ambulatorial e hospitalar. A sobrevivência de todo o sistema depende dessa integração, que assegura um ganho de qualidade e uma utilização mais racional dos recursos, proporcionando a ele maior sustentabilidade. Decorrem daí várias implicações práticas, o que inclui o financiamento das instituições filantrópicas, uma vez que o critério de alocação dos recursos do SUS – de modo a assegurar gratuidade de 60% – torna-se altamente impreciso, prendendo-se aos aspectos numéricos e não àquilo que é melhor para os interesses e necessidades do paciente.

Em quarto lugar, coloca-se a questão da qualidade. Esse conceito, com o qual trabalhamos hoje, foi estabelecido pelo Institute of Medicine e é muito exigente, englobando desde parâmetros como segurança do paciente até a assistência focada no paciente e no tempo adequado, passando por itens como eqüidade no atendimento e eficiência e efetividade dos serviços a ele prestados. Por essas razões, afirmo que não se pode promover o simples corte de custos sem que se proceda a uma avaliação dos processos. Somente após o procedimento de uma avaliação desse tipo é que se pode – e se deve – cortar o que se configure como desperdício. E isto é mandatório.

Uma última consideração diz respeito à governança corporativa, que nada mais é do que uma profissionalização sofisticada, na qual o gerenciamento se dá em plano distinto do da estratégia. A governança corporativa se aplica principalmente às companhias de capital aberto e imprime nelas uma divisão de atribuições que tem como uma de suas conseqüências o conflito de interesses. Procuramos implantar esse modelo em nosso hospital e, comentando os resultados em uma conversa informal com o Professor Esper Cavalheiro, ele me disse: "Quando se adota um método científico, esse método é válido se você tem uma questão na área do atendimento que pode ser respondida pelo método". Ou seja, não estamos aqui para consagrar este ou aquele método, mas para atender às necessidades dos usuários.

Mas, qual é o propósito de todas estas considerações? É para que se possa perquirir as razões pelas quais o Hospital Israelita Albert Einstein transformou-se em parceiro do Sistema Público de Saúde. É este o tema deste trabalho.

O Einstein, cujo foco é a área de Saúde, sempre teve como um de seus valores fundamentais o princípio judaico de Tsedaká, que significa justiça social. A organização desenvolve um trabalho exemplar na favela de Paraisópolis, na cidade de São Paulo, oferecendo assistência integral gratuita em saúde para 10 mil crianças carentes e uma série de outros benefícios para toda a comunidade local. Mas, como resultado da freqüência às reuniões do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), a organização chegou à conclusão de que era possível fazer ainda mais.

Embora digno de mérito, o papel de uma instituição sem fins lucrativos não se restringe à filantropia, mesmo porque este conceito está significativamente desgastado em nosso meio. O compromisso com a responsabilidade social, que está na raiz do hospital, não precisa limitar-se à assistência social. Ele pode agregar outras possibilidades, evoluir, quebrar paradigmas. Para tanto, era preciso buscar um diálogo e uma sinergia com o Poder Público, no intuito de atender às necessidades dos cidadãos. Pois, nada melhor do que o Poder Público para sinalizar essas demandas. Era preciso também vencer a resistência de uma instituição extremamente refratária a qualquer parceria com o setor governamental.

Essas tarefas foram muito facilitadas pela credibilidade pessoal dos atores que estavam em cena naquele momento. Refiro-me a Alberto Kanamura; Gonzalo Vecina Neto; e Eduardo Jorge. Superamos o desafio e eu não me arrependo de ter entrado no processo. O Einstein deixou de se ocupar apenas da Favela de Paraisópolis e ingressou na área de transplantes, apresentou progressos no Programa Saúde da Família, avanços na capacitação de servidores públicos, promoveu a instalação de consultórios oftalmológicos, criou sete centros de ultra-sonografia e o Banco Público de Cordão.

Hoje uma análise mais consistente nos permite aferir o grau de contribuição de nossa Sociedade à comunidade brasileira, considerando-se a saúde como um direito social. O Einstein faz a diferença, quebrando paradigmas.

Se assim é, qual é a grande dúvida, então? Ela está em saber se permanecemos nesse patamar ou ampliaremos ainda mais a nossa frente de atuação. O desejo, evidentemente, é o de ampliar. Mas é preciso ter uma base legal consistente, que crie condições para que façamos ainda mais. Porque existe o risco de, com esse incremento no fazer, isso não ser percebido pelo poder governamental.

Os critérios apresentados ao Conselho Nacional de Assistência Social são passíveis de discussão, dependendo de como a Comissão de Normas os analise. Há como desclassificar instituições, mas quem sairá perdendo, de fato, é o cidadão.

É fundamental o estabelecimento de parcerias. Tive a oportunidade de vivenciar o outro lado da equação, à frente da Secretaria Municipal de Saúde durante alguns meses. E lamentei profundamente não dispor de um espaço para aprofundar a discussão acerca do papel dos parceiros. Acho que a amplitude e a agilidade com as quais conseguiríamos implantar uma série de ações teriam sido absolutamente diferentes, se pudéssemos contar com parceiros na forma de instituições filantrópicas ou de organizações sociais.

Só quem acompanhou de perto nossa gestão sabe o quanto foi difícil decidir sobre questões, às vezes minúsculas, como a implantação de um sistema de informática que dependia fundamentalmente da contratação de estagiários. Não era só a falta de verba, mas principalmente a falta de mecanismos legais que nos permitissem realizar o trabalho. Penso na dificuldade que tivemos para expandir o próprio Programa de Saúde da Família; nos questionamentos que os Conselhos faziam. Gonzalo Vecina Neto certa vez afirmou: "O Cláudio está acostumado ao controle por parte da Sociedade". É verdade. Mas o controle feito pelo Conselho Municipal extrapola qualquer tipo de ação desse tipo, pois se baseia no trabalho de pessoas que possuam as melhores intenções, mas estão absolutamente desinstrumentalizadas para participar de forma madura desses processos, agregando valor às discussões, ao invés de se ater à defesa de posturas classistas ou até mesmo partidárias.

Coloco-me contra esse estado de coisas. Foi possível compreender que, à frente da Secretaria, não poderíamos tomar nenhum tipo de atitude radical em relação ao afastamento de pessoas. Nunca pedi certificado de filiação ou desfiliação partidária para ninguém. Penso que Saúde é uma questão altamente técnica. O que o cidadão precisa e quer é eficiência, efetividade, maior pontualidade no cumprimento dos prazos e menor desperdício. Foi por perceber que o critério político estava se impondo em relação ao critério técnico que abri mão do cargo. E não me arrependo do que fiz.

A Constituição Federal, ao afirmar que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, não estabelece que, necessariamente os serviços devam ser prestados pelo próprio governo. O que esta determinação estabelece, acima de tudo, é um compromisso com o cidadão. E, para atender a esse compromisso, o papel do parceiro privado é fundamental. Na Secretaria de Saúde, Luiz Maria Ramos Filho e eu fizemos da busca de parceiros a nossa luta diária. Este foi o nosso esforço para modernizar a gestão e, mais do que isso, levar saúde ao cidadão.

A parceria é a maneira de proporcionar respostas mais eficientes e assegurar, inclusive, o princípio da eqüidade. Tenho a impressão que esta opção independe de uma visão momentânea e adquire um caráter universal. Ele traz uma agilidade de ação que o Sistema Público por si mesmo não consegue proporcionar. Dessa forma, o grande prejudicado é o cidadão, que fica à mercê de uma burocracia, importante do ponto de vista da transparência, mas ineficiente na prática do atendimento.

Se observarmos o que ocorre hoje nos Estados Unidos, veremos que as instituições privadas lutam para atender pacientes cujo tratamento é sustentado por fontes governamentais. Em nosso meio, a alta complexidade, já há muito tempo, não existe no sistema privado. E este é um dos fatores que me fizeram acreditar nas parcerias. O Einstein, em particular, pode abrir mão de uma série de coisas, mas não abre mão de seu compromisso social. Nós queremos fazer cada vez mais. E tudo que pedimos ao poder público é a segurança de saber que as regras são claras e perenes. Com isto temos como nos organizar e fazer ainda mais.

Gestão de Serviços Públicos de Saúde

Gonzalo Vecina Neto

tema da gestão de serviços públicos de saúde, no Brasil, é uma discussão fundamental, em que a academia tem uma dívida com a Sociedade brasileira, principalmente no que diz respeito à criação de alternativas para esse desafio. São essas alternativas – quer do ponto de vista jurídico, quer sob o ângulo administrativo – que este trabalho procura explorar, incluindo-se aí um panorama das idas e vindas do Direito Administrativo brasileiro, principalmente a partir da constituição de 1988.

Estamos atrasados nesse particular e – se bem existam algumas iniciativas no governo federal, como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) – acredito que, por conta da crise pela qual estamos passando, estas não redundarão em nenhum resultado

pratico, mas penso que temos que garantir que, pelo menos o acúmulo aconteça. Como conseqüência, estou convencido de que o PROAHSA – com a sua reconhecida capacidade de oxigenar o campo da gestão em saúde – seja a instituição na qual isso deva estar agora sendo discutido. É importante que este debate aconteça, apesar de apresentar, à esta altura, um caráter em alguma medida extemporâneo.

Uma segunda questão é a da diferença existente entre o *o que* e o *como*. O fato de estarmos tão tardiamente fazendo essa discussão diz respeito ao fato de que aquilo que estamos a discutir é o *como* e não o *o que*; e é óbvio que existe um predomínio, uma antecessão do *o que* sobre o *como*. Sem um bom *o que* não adianta ter *como* de jeito nenhum. Assim, o fato de que temos tido grandes dificuldades pra definir o sistema de saúde, o fato de não termos ainda conseguido resolver de maneira adequada a questão do financiamento, ou seja, sem um adequado financiamento, sobre que *o que* estamos falando? Se ainda enfrentamos a luta pela sobrevivência, quer dizer, quando comparamos os gastos com saúde do Brasil com qualquer outro pais semelhante ao nosso, verificamos que temos dispêndios muito inferiores – aos da Argentina, Chile eUruguai, por exemplo –, ou seja, temos um *o que* ainda em construção. É óbvio que existem questões de eficiência, mas antes até destas questões, o fato é que temos uma alocação muito baixa de recursos e há um razoável consenso sobre isso. Desse modo, é patente que essa questão das soluções jurídico-administrativas, de como gerenciar as atividades na área da saúde, acabam sendo postergadas. Em outras palavras: antes o mais substantivo e depois o resto. Neste trabalho, estaremos discutindo uma parte do resto. Assumidamente.

Não há dúvida, mesmo sendo repetitivo, que nada substitui a decisão de fazer. É ela que preside a ação e esta decisão é dada pelo fato de que o SUS é uma realidade que tem 15 anos. A estrutura jurídica do SUS é de 1990. A Lei 8080 é de 1990 e tem aspectos importantes que ainda não foram adequadamente definidos como, por exemplo, o Artigo 35, que é aquele que se refere à questão dos repasses para as outras esferas de governo. Desse modo, não devemos ficar tão *empaspalhados* com o fato de que nossa discussão se atrasa. Mas é importante anotar e realçar que a vontade política continua presidindo esta discussão e que não estamos, de minha parte, ao menos, vislumbrando nenhuma solução, nenhuma luz no fim do túnel a partir da discussão da forma de organização para a gestão. É mais um elemento, sem dúvida importante, provavelmente é uma condição absolutamente necessária, mas longe de ser suficiente. Não entro na armadilha de que ter uma organização mais isto, ou menos aquilo, seja a solução para o SUS. Esta continua sendo dependente da vontade soberana da sociedade brasileira de dizer o que quer que o Estado faça do ponto de vista da prestação de serviços de saúde e com que modelo de financiamento se vai caminhar. A estrutura jurídico-administrativa pode aportar eficiência ao modelo. E uma das nossas lutas é a busca pela eficiência e esta, em momento algum, significa uma renuncia a eficácia ou a efetividade, mas sim que deve fazer parte da equação.

O terceiro ponto, e aí sim entramos em nosso tema de modo específico. Do ponto de vista do gestor, que vantagens existem entre a Administração Direta e a Indireta e as diversas formas de manifestação da Administração Indireta, como é o caso da autarquia, da fundação, da empresa, da sociedade de economia mista, das organizações sociais, do serviço social autônomo, que nem sempre é lembrado. Em primeiro lugar, a grande diferença reside na Lei que criou o tal ente, porque você pode ter autarquias tão semelhantes à administração direta como as que o município de São Paulo criou para gerir a área hospitalar. São autarquias quase iguais à administração direta. Existem algumas diferenças e elas tem sua importância, mas são quase iguais. Elas têm um orçamento próprio – esse orçamento é a grande diferença da autarquia em relação administração direta – ou seja, o isolamento da quantidade de recursos que aquela entidade, que aquela unidade administrativa representada com essa figura jurídica tem. Ela tem um destaque dentro da peça orçamentária, apresenta, também, um quadro de pessoal próprio e poderá, dependendo do que a Lei definir, usar como forma de contratação a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Do outro lado, existe uma autarquia como a Universidade de São Paulo, que é uma autarquia especial, constituída de forma muito especial e que, no entanto, não tem celetistas.

A autarquia da USP tem estatutários e tem uma imensa autonomia. A USP tem uma das mais queridas autonomias, que é a autonomia política. Quer dizer, a autonomia política é o supra-sumo das autonomias, coisa que usualmente não é concedida para as autarquias ordinárias, apenas para as autarquias, que como esta, a USP, está dito na Lei que é uma autarquia em regime especial e que foi constituída de uma forma que tem essa autonomia política, então conta com autonomia para determinar o seu quadro de pessoal dentro do seu orçamento, possui uma política salarial própria. Isto não faz com que a USP, apesar de toda essa diferença de uma autarquia como as autarquias hospitalares do município de São Paulo, deixasse de querer ter estes penduricalhos para lá e para cá, que são as unidades de terceiro tipo, como eventualmente tem sido chamadas, nem públicas, nem privadas, as Fundações Zerbini e as fundações FIPE, entre outras. Que são fundações privadas, não são fundações de origem pública.

A Fundação Zerbini e a Fundação Faculdade de Medicina são entidades privadas que, por meio de um mecanismo de convênio, se associam à Universidade com o objetivo que é colocado dentro desse acordo e que é conseqüente ao objetivo declarado no ato de criação dessas fundações ditas de apoio e servem para dar um dinamismo à universidade. Além disso, existe muita discussão sobre isso, principalmente do ponto de vista da transparência destes órgãos perante a Sociedade. Esta é a grande discussão: se não existe beneficio para pessoas o que não é demonstrável para toda a Sociedade. O fato é que é possível a existência de uma autarquia com grande autonomia, como é o caso da USP, mas que, ainda assim, não a torna ágil ao ponto de não se buscar outros pontos de apoio. No passado, o grande problema foi a questão das licitações, mas hoje o pregão eletrônico trouxe uma condição muito boa para elas. A USP quer ter as fundações de apoio hoje, principalmente devido à necessidade de ter fontes alternativas de financiamento e de pagamento suplementar de pessoal.

O problema mais grave das organizações públicas, continua sendo a questão do concurso público e a forma de se relacionar com o pessoal, que é muito demorado, mas no caso da universidade isto é secundário. Para ela é até bom que seja demorada essa contratação de docentes, em particular, por causa do processo de escolha que tem que ser realmente muito rigoroso.

Mas o fato é que a personalidade jurídica acaba não sendo decisiva para definir por que uma organização que tem esta ou aquela personalidade jurídica é boa ou ruim. Dependendo do tipo de organização onde ela está imersa, como era o caso das autarquias municipais, que estavam dentro da administração da Secretaria Municipal de Saúde e esta sim, muito amarrada, muito pesada e com muito poucos graus de liberdade em relação à Secretaria de Administração e a Secretaria de Finanças do município. Ou seja, um amarramento contínuo, inclusive do ponto de vista de liberação de recursos. Isto acabou fazendo com que as autarquias hospitalares não funcionassem de maneira adequada, pois elas nunca receberam em toda a sua história, até agora pelo menos, o orçamento que foi aprovado na Câmara. Desse modo, a própria autonomia que lhe daria a peça orçamentária foi ficção nestes anos em que, até agora, essas autarquias funcionaram. Portanto, em resumo, não é necessariamente a figura jurídica a solução. Aqui o problema era a excessiva centralização dos sistemas meio. Alias, uma doença muito freqüente da gestão publica.

Algumas outras autarquias de regime especial foram criadas, como as *agências regulatórias* e as *agências executivas*. As agências regulatórias são autarquias de regime especial porque a Lei assim as criou. Do memo modo como a USP é uma autarquia especial, as autarquias chamadas agências regulatórias são também autarquias de regime especial e a sua lei de criação determina: a estabilidade do quadro dirigente, orçamento próprio, possibilidade de ter receita própria, regras especiais para a licitação, entre outras características. Agora elas cumprem um determinado papel, que é recente em termos de discussão, da ação do Estado sobre a Sociedade. Essas agências estão voltadas para a regulação, que é a nova área de atuação do estado. Nova, em termos, pois na verdade é mais uma mudança no modelo de ação e na quantidade da nova ação, que tem sido bastante extensiva. Exemplos destas áreas são a água, a eletricidade, o transporte, as comunicações, os planos de saúde, o risco sanitário de produzir e consumir, entre muitos outros. Na verdade, estas novas modalidades de apresentação do Estado não são mais ágeis. O que se buscou foi dotar o poder de policia administrativa do estado de uma feição mais adequada e com condição melhor de resistir ao poder de captura dos setores econômicos regulados.

E as agências executivas, que são também autarquias, formam um capítulo que não foi escrito. A lei foi criada e apenas o INMETRO virou agência executiva, o que foi desastroso para esse importante e pouco compreendido órgão do Estado brasileiro. Não existe nenhuma diferença entre uma agência executiva e uma autarquia. Foi proposto, por exemplo, para a Fundação Oswaldo Cruz se transformar em agência executiva e eles acharam muita graça e fizeram um

colossal movimento contra e ganharam – ou seja, continuaram como uma fundação *autarquizada*, pois é melhor o certo do que o incerto. E resolveram não ir para frente nessa aventura. Alguns estados embarcaram nessa onda e criaram também algumas agencias executivas. Eu não sei como estão indo essas experiências. No entanto, a proposta parece ser inútil. Criou-se algo que, alem de ser ruim já existia. No caso das ações regulatórias, foi admitido, ao menos, que as autarquias, com algumas melhorias, tivessem um desempenho superior ao da Administração Direta, coisa que, aliás, tem sido demonstrada na pratica.

As fundações são uma outra forma possível de personalidade jurídica. Contudo, do ponto de vista do gestor, a partir de 1988 ser autarquia ou ser fundação não muda nada, pois fundações e autarquias são a mesma coisa. Existem desvantagens na organização em forma de fundação, devido a alguns detalhes jurídicos favoráveis às autarquias, como os prazos que contam em dobro e foro privilegiado, entre outros. Portanto, não existem mais fundações instituídas pelo Poder Publico de Direito Privado. São todas regidas pelo direito publico e é isso que as torna autarquia na pratica.

As outras personalidades jurídicas foram muito pouco utilizadas no setor saúde, mas vamos a elas.

A empresa e a sociedade de economia mista apareceram na saúde mais como acidentes de percurso. Desse modo, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi criado como empresa pública. É bom, acho que ele funciona muito bem, teve a sorte de ter bons dirigentes quase sempre utilizou, de maneira adequada, essa característica, mas foi um casuísmo criá-lo como empresa pública no governo Médici. E a única sociedade de economia mista que temos na saúde é o grupo hospitalar Conceição, também em Porto Alegre. A sociedade de economia mista com 1800 leitos, que é um complexo hospitalar, foi fruto de uma desapropriação por conta de dívidas do INPS na época e pelas quais posteriormente o Estado está devendo um monte de precatórios, porque perdeu muitas ações. Mas, de qualquer sorte é uma sociedade de economia mista que, sem querer, veio parar na mão do Estado. E funciona bem. O governo Lula teve a intenção de transformá-la em autarquia, ou coisa assim, para livrar-se do arresto de seus bens nas múltiplas ações movidas contra a entidade. Eu acho que é uma bobagem, mas parece que voltaram atrás nessa idéia. E, de qualquer forma, é uma experiência inédita.

Outro tipo é a personalidade jurídica que o Dr. Campos da Paz propôs para a Rede Sarah de Hospitais. Essa figura é a do Serviço Social Autônomo, que é muito pouco explorada na Administração Pública brasileira e que foi utilizada na década de 50 para suportar o chamado sistema "S", SESI, SENAI, SESC, SENAC e SEBRAE. O hospital dirigido por Campos da Paz era estruturado em forma de fundação, a *Fundação das Pioneiras Sociais*. Em 1988, com a autarquização das Fundações, Campos da Paz usou o seu imenso prestígio junto ao governo e criou a nova *Pioneiras Sociais* utilizando essa personalidade jurídica. Fale-se o que quiser desse administrador – que é um sujeito autoritário, autocrático, ditatorial –, mas é um grande gestor de hospitais deste país e fez a rede Sarah – que hoje tem unidades em Belo Horizonte, Salvador, no Rio de Janeiro, se não me engano, em Fortaleza – funcionar de maneira bastante razoável, para dizer o mínimo. O que é que ele queria como gestor? Objetiva gerenciar pessoal, ele não dava bola para ter que fazer uma licitação que demorasse um ano. Ele desejava um fluxo de recursos consistente, que é conseguido por meio do contrato com o Ministério. No mais, ele queria que a mão-de-obra fosse celetista, demissível e que ele pudesse fazer um plano de cargos para essa força de trabalho. E quando você vê o documento jurídico que ele tem à disposição hoje para gerir aquilo, é basicamente isso mesmo o que ele tem. A capacidade de gerenciar o fator humano é vital para que as organizações andem. Ainda mais as da saúde. E aí essa questão de como põem para dentro, de como põem para fora e de como gerencia a força de trabalho do ponto de vista do trabalho é a questão angular, mais que qualquer uma das outras, garantida a questão do financiamento.

Em meio a essa barafunda apareceu, mais recentemente, a idéia das Organizações Sociais. Menciono aqui as Organizações Sociais surgidas no Estado de São Paulo, a partir de um conjunto de regras jurídicas específicas, lembrando que na esfera federal essa personalidade não foi utilizada para hospitais. A experiência das OSs em São Paulo, vista por qualquer ângulo, é uma experiência muito positiva. Quer dizer, são instituições que quando se consegue parametrizar e comparar com os gastos de hospitais da administração direta do Estado, elas gastam menos e são mais eficientes, produzem mais por unidade de produção e sem perder a eficácia e a efetividade. Verdade é que as Oss tem dados e os dados das unidades da administração direta são mais difíceis de obter o que torna a analise mais frágil.

Outras discussões têm sido propostas. Por exemplo, o pessoal do ABC se queixa de que a OS tem porta fechada. Este não é um problema da gestão, este é um problema da regulação, que é um outro capítulo importante e que é um capítulo recente, quer dizer, a regulação agora no sentido do controle do fluxo de pacientes dentro de um determinado território. Desse modo, quando aquele hospital, o Hospital Mário Covas, não recebe pacientes diretamente da comunidade, mas o faz através de um sistema regulatório, isto se deveu a uma pactuação local. Se ela não foi boa, ou o estado fez os municípios a engolirem são outros quinhentos. Não é a OS que é ruim e sim a pactuação. Logo, há que se fazer essa diferenciação. Mas de qualquer forma acho que as OSs têm problemas também. Basicamente são questões relativas a discricionariedade do gestor na escolha da entidade gestora e de transparência. Não disse que se deve acabar, por exemplo, com a discricionariedade e sim que este é um problema com o qual se deve trabalhar.

Finalmente, desejo mencionar alguns problemas que teremos que enfrentar nessa esteira de construir os *comos*. Em se falando de problemas importantes da gestão publica, penso que um que se poderia chamar de *a mãe dos problemas da administração pública brasileira* é a questão de a gestão pública se dirigir por uma série de princípios que são muito importantes e que devem ser respeitados: economicidade e transparência, entre outros. Entre estes está o principio da isonomia. Este é um princípio da gestão das coisas públicas no país que estabelece: *ninguém pode se beneficiar em prejuízo dos outros*. Ou seja, todos têm que ter igual oportunidade de se beneficiar dos atos da administração. Desse modo, sempre que existe uma compra, uma contratação, todos têm que ter a mesma condição de concorrer aos resultados daquela ação do Estado, seja uma contratação, seja uma compra. A expressão contratação tem, aqui, o sentido de *recrutar pessoas*. O que ocorre sempre é que a isonomia, por ser um princípio, prevalece sobre as outras ações. Ou seja, quando em um concurso de mil médicos, um candidato entra com um recurso, ele paralisa o concurso. Quando se está fazendo uma licitação e um dos dez licitantes se sente prejudicado, ele entra com um recurso e, o efeito pode ou não ser suspensivo, mas geralmente o é, e aí a licitação não se faz. O que acontece quando o concurso pára, a licitação não ocorre? O serviço público fica prejudicado de alguma maneira porque o bem deixará de ser comprado ou a pessoa deixará de ser contratada e aquele serviço que deveria ocorrer na presença daquele bem ou daquela pessoa deixará de ocorrer. O principio foi respeitado, porem o serviço publico deixou de ser prestado e o prejuízo da população jamais será computado. Se o serviço existe para alguma finalidade, esta deveria presidir a ação. Por isso que hoje se discute o uso de paradigmas da gestão privada.

Alguma coisa precisa ser proposta para dar solução a esse problema. O princípio da isonomia é importantíssimo para a democracia e para o uso dos recursos públicos mas, por outro lado, temos que pensar nos objetivos maiores da Administração Pública, ou seja a busca do bem comum. E isso sem submeter essa questão específica à falta de transparência. Mas, então, estas hipóteses aqui, essas diferentes personalidades jurídicas têm que ser vistas do ponto de vista dos objetivos, da finalidade, daquilo que a sociedade está procurando obter a partir da ação do Estado.

Qual é o problema da gestão de serviços de saúde? É a sua dinâmica. Dentre as atividades que o homem realiza, não tenho a menor dúvida, que a dinâmica de um hospital é absolutamente distinta de qualquer outro tipo de organização que o homem criou. E essa dinâmica exige uma capacidade também de reposição de mão-de-obra, de materiais, de outras coisas, que as figuras usuais da gestão da administração pública, seja ela direta, autárquica, fundação, tem dificuldade pra garantir. Porém, é possível? Claro que é possível. Existem muitos hospitais e clínicas que funcionam até hoje assim, alguns, inclusive, muito bem. Nos tempos de trabalho na Prefeitura de São Paulo, convivi com o Hospital e Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha, por exemplo, que era da Administração Direta. Foi o único hospital que não foi autarquizado e, no entanto, era uma organização que tinha bons resultados apesar de ser da Administração Direta. Como é que isso é possível? Com muito suor, sangue e lágrimas. E é possível ter muitos Vila Nova Cachoeirinha? Depende da sua capacidade de reproduzir essas condições que o Vila Nova Cachoeirinha tinha, que era um hospital-escola, que tem uma grande história, que resistiu inclusive ao desmonte realizado na administração municipal de São Paulo pelo PAS, foi o único hospital que não foi desmobilizado, então são condições muito especiais.

Desse Modo, o que temos que construir? Temos que construir

personalidades jurídicas que garantam a busca da eficiência. Isso significa que a gestão dos recursos, a gestão de pessoas tem que ser uma gestão mais eficiente e isso significa ter maior velocidade, compromisso com resultados, capacidade de avaliação, entre outras características. Nesse sentido, buscar figuras como as figuras que estão dentro da iniciativa privada prestando serviço através das OSs, por exemplo, é uma alternativa importante para ser discutida hoje em dia. Naturalmente, devem ser tomados alguns cuidados.

A questão das receitas, por exemplo. Discute-se muito a questão do hospital com dupla porta, particularmente falando dos hospitais instituídos pelo poder público, como é o caso do Hospital das Clínicas, do Instituto do Coração e de vários outros hospitais. Acho que é uma discussão que nós temos que travar com a sociedade. Até que ponto a sociedade pode aceitar que hospitais com o nível de diferenciação do INCOR tenham uma dupla porta, que os seus médicos atendam pacientes privados? O financiamento dos serviços de saúde tem que ser público e não vejo que o problema do INCOR – e de hospitais assemelhados – seja necessariamente de financiamento: é de outra classe. É de relacionamento com seu corpo clínico, como fazer o médico viver do hospital, para viver no hospital. Porém este aspecto não será possível ser explorado aqui, apesar de fundamental.

A outra questão é a dos corpos dirigentes. A experiência vivida na agência foi muito interessante. É preciso pensar num sistema capaz de estabilizar os corpos dirigentes, sempre submetidos à questão da eficiência, por meio de contratos de gestão. É certo que necessário aprender a gerenciar, porque ainda não sabemos gerenciar contratos de gestão, mas estamos aprendendo. Um dos aprendizados tem sido com as Organizações Sociais. E este é um caminho positivo o da busca da estabilidade.

A estabilidade deve chegar ao nível político da organização? Penso que não. Nas agências regulatórias a estabilidade estava justamente no nível político das organizações. Mas, no caso das agências regulatórias, temos uma situação diferente das organizações que prestam serviço, como seria o caso dos hospitais. Ali o que se buscava era uma função de Estado e não uma função de governo. Temos que criar alguma estabilidade para os corpos gerenciais, com certeza para tentar garantir que essas turbulências que acontecem no Executivo não destruam a capacidade de gerenciamento das unidades.

Uma outra questão vital é a da regulação sanitária, ou seja, os hospitais não podem fazer o que desejem simplesmente, mas eles têm que fazer o que lhes é dado cumprir. Não podem internar quem quiserem internar, têm que estar subordinados a centrais de regulação. Isso é um desafio para o SUS, que não temos enfrentado de maneira adequada em nenhum lugar do país. Mas é um desafio que no município de São Paulo está sendo enfrentado a partir da criação das centrais de regulação e da informatização, porque sem a informatização não se conseguiria jamais criar um sistema regulatório. Curitiba e Belo Horizonte estão nesse caminho, neste momento: criar uma capacidade, de regular o fluxo de pacientes dentro da cidade. E aí tem o desafio de fazê-lo regionalmente, porque este é um outro problema mal enfrentado por nós, o das manchas populacionais metropolitanas. No município de São Paulo, 15% das internações são de fora da cidade. Não é possível colocar um "mata burro" no município dizendo: *quem não é daqui eu não interno*, porque tem que internar, é natural que isso aconteça pela capacidade de atração da rede hospitalar dessa cidade. Em algumas APACs (autorização de procedimento de alta complexidade), cerca de 60% da demanda é externa, como é o caso da quimioterapia, então essa capacidade regulatória é do município e do Estado no que diz respeito à gestão regional.

A outra exigência para pensar essas idéias é a questão do controle. Como é que o controle será feito quando se aumentam os graus de liberdade que uma organização pública, por excelência, gerida ou não pelo Estado? Como se faz para garantir que os controles existam? Em primeiro lugar, não acredito que o controle em si seja a solução. Assim como este trabalho teve seu início abordando o *o quê* e o *como* são coisas distintas, o controle de resultados também o é e temos escassa capacidade de controlar resultados. A Administração Pública brasileira realiza controles não por meio dos resultados e sim pelo controle da utilização dos meios. O Tribunal de Contas verifica se os dinheiros foram gastos e como foram gastos, não o que resultou do uso dos dinheiros. Interessa saber se as licitações foram cumpridas de maneira adequada, mas não se o resultado das licitações redundou em bem estar social. Recentemente, um artigo publicado na imprensa, de um popular bastante bem informado, propunha, por exemplo, que os órgãos do setor público tivessem comissões de recebimento de compras com participantes da sociedade privada. Se vai receber uma caixa de vassouras, você chama o sindicado dos limpadores para estar presente na comissão de recebimento das vassouras. O que é um despautério, porque significa expropriar o gestor da questão da gestão e torná-lo mais irresponsável do que ele já é. Porem, é essa a regra do funcionamento de nossas entidades estatais – como são mal geridas e como não se confia em seus gestores, a solução não é corrigir e sim amarrá-las. Na verdade, se age como se elas fossem um fim em si mesmas.

O que temos é que substantivar o controle. Não resta dúvida de que uma parte do substantivar o controle significa ligá-lo ao resultado e uma parte disso significa mudar a forma de funcionamento dos Tribunais de Contas, mudar a forma de funcionamento das auditorias internas. E a questão do controle social é vital. É uma experimentação na qual também estamos caminhando. Quer dizer a experiência com o controle social é muito positiva. Ela trouxe uma mudança para gestão na área da saúde importante, uma mudança qualitativa muito positiva, mas é óbvio que ainda existe uma confusão entre o que é execução e o que é controle, e os Conselhos volta e meia se metem nesta discussão.

Outro problema do funcionamento dos Conselhos são os desvios corporativistas. Ou seja, os Conselhos acabam aprovando tudo que vem de determinados setores que compõem as partes. Tudo o que vier solicitado pelos representantes dos trabalhadores é votado sim, tudo o que vier pelos representantes dos portadores de deficiência é votado sim, mas isto é sem discussão como se fosse antiético ou feio ou qualquer coisa assim, discutir estas coisas. E aí surge uma série de decisões que são inexeqüíveis e isto compromete a capacidade do Conselho de se posicionar perante a Administração e sua própria credibilidade. Recentemente, uma discussão que tem levado os Conselhos a brigar muito, é a exigência de que as instituições filantrópicas tenham Conselhos de acordo com a Lei 8142. Ou seja, as instituições filantrópicas, que são instituições privadas, têm que entregar 50% das vagas do seu Conselho Deliberativo aos usuários, 25% aos trabalhadores e os representantes dos donos da instituição que terão que pagar os prejuízos que eventualmente a instituição venha a ter, os outros 25%. É óbvio que isso é inegociável com as filantrópicas. Elas não aceitam isso de jeito nenhum. Os Conselhos, alguns mais aguerridos, estão caminhando no sentido do descredenciamento, que é óbvio que não vai poder acontecer.

Dessa forma, temos que aprender a combater esses vieses e, no limite, conviver com eles. Penso ser esse um desafio fundamental. Se pudesse dizer que existe um problema mais importante na gestão pública brasileira do que a questão da efetividade, ou seja, do compromisso com o resultado, este problema, sem a menor dúvida, é o problema da transparência. Quer dizer, a crise republicana que nós estamos vivendo é um exemplo disso. O fato é que a falta de transparência na utilização dos recursos para campanhas políticas, entre muitos outros fatores, redundou nessa crise institucional que sabe Deus aonde vai nos levar. Espero que leve a um Brasil melhor, há possibilidade.

Gestão Pública e Cidadania

Peter Spink

programa *Gestão Pública e Cidadania*, da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (FGV-EAESP), tem por finalidade a identificação e a disseminação de experiências de governos subnacionais – como os estaduais, municipais e os dos povos indígenas –, que não apenas trazem inovações no campo da prestação de serviços, como também geram impactos na construção da cidadania. O programa, do qual faço parte, tem por bandeira a preocupação não apenas com a eficiência dos serviços públicos, mas também com o seu impacto na cidadania. Nos dez anos de existência desse programa, cujo funcionamento inclui um ciclo de premiação anual, já recebemos mais de oito mil inscrições. Desse total, é grande o destaque da área da saúde, que alcança 9% de todas as inscrições, colocando-se em terceiro lugar, atrás apenas das áreas de educação, com 13% e da criança e adolescente, com 11%.

A saúde é um campo com muita presença no âmbito local, tanto em termos de produção teórica, quanto no aspecto das experiências, que são, por seu turno, bastante inovadoras. Um estudo concluído recentemente, sob a liderança da professora Ana Maria Malik, busca categorizar a variedade dessas diferentes experiências. Os resultados demonstram que, se podemos fortalecer

uma cultura inter-institucional que apóia o diálogo, os gestores da saúde teriam muito a aprender um do outro.

Há lugares no Brasil nos quais ninguém sequer se lembra da última criança que morreu por motivos não eventuais, porque todas elas estão cobertas, vigiadas e apoiadas. Há localidades em que 98% da população é coberta pelo Programa de Saúde da Família. Estes locais não estão situados no Sul do País, mas no Nordeste. Nesses lugares existe a possibilidade de se criar um diálogo quase horizontal entre saberes tradicionais, saberes práticos, saberes científicos e produzir sistemas de múltipla entrada na resolução de questões de saúde pública. Desse modo, fica explicitado claramente que as quase 800 experiências de que dispomos parecem dizer de modo coletivo: a saúde pública é possível, a Constituição não é um sonho!

A temática que pretendo abordar está baseada em três eixos: a questão do desenho de instituições, a questão organizacional da estrutura e cultura de pessoas agregadas e a questão gerencial da capacidade da pessoas de liderar, no dia a dia, as ações coletivas.

Muito se fala em Gestão da saúde, mas o que significa esta expressão? É a dimensão institucional, a criação de novos tipos de organizações como os OSCIPS? É a dimensão organizacional, da reforma de estruturas e procedimentos eficazes? Ou é uma questão da capacidade de pessoas de agir no dia a dia? Aqui reside a grande dúvida: qual é o balanço entre os três? O que gera o impacto? É uma questão do tipo da do ovo ou a galinha, ou será que tudo é frango? Como devemos entender estas questões?

Como exemplo, o acompanhamento da história institucional da administração do Estado de São Paulo, mostra claramente o momento em que houve a decisão da criação das autarquias, na década de 30 e 40. Avançando-se um pouco, chega-se à criação das fundações. Qual a razão do surgimento do modelo fundacional? A resposta é a mesma que recebe igual indagação em relação ao modelo autárquico: trata-se de um mecanismo de administração mais flexível e ágil. Ao avançarmos, encontraremos as empresas públicas – pela mesma razão – e também as concessionárias e depois as Organizações Sociais. O argumento é sempre o mesmo: agilidade e flexibilidade. A questão, portanto, é a seguinte: é necessário criar uma nova forma institucional de organização pública para ter agilidade e para poder produzir resultados? A dúvida repousa sobre uma questão *institucional*? Ou será que é somente necessário reformar as organizações que já temos, suas estruturas e procedimentos? Ou será, de modo mais simples ainda, que se trata de uma questão gerencial, de capacidade de liderança, de orçamento, resultados, de mobilização de equipes e do envolvimento das pessoas no seu trabalho? Qual a contribuição de cada um?

Durante muito tempo, trabalhei com a temática da reforma do estado na América Latina e tive a oportunidade de fazer um estudo sobre os últimos 70 anos. É interessante notar que há países que fizeram expressivas reformas administrativas, enquanto outros promoveram apenas modestas transformações nesse campo. Por outro lado, há países com um IDH alto e outros com um IDH baixo. Mas a relação entre as duas dimensões é nula. Existem países com altos graus de reforma administrativa que estão mal posicionados em relação ao índice e outros que não fizeram reforma administrativa e estão bem situados. Além disso, existem aqueles com alto nível de IDH e portentosas reformas na administração, enquanto outros apresentam baixos índices, tanto de reformas administrativas, como de IDH.

Interessante é o exemplo da Costa Rica, que é um país com IDH relativamente alto, a única democracia estável da América Latina e que nunca fez reforma até muito recentemente. É um país que, em 1951, promoveu a extinção do seu exército. Depois de uma revolução e um golpe, o novo parlamento chegou a se reunir e em poucos minutos seu primeiro ato foi de extinguir as Forças Armadas. A Costa Rica não tem Forças Armadas e vive tranqüila até hoje. Entretanto, ninguém vai dizer que o segredo do desenvolvimento é de não ter uma força armada – cada caso é um caso.

Outro exemplo – muito falado – é o caso da Inglaterra. Seria necessário dizer que boa parte das reformas que o governo de Margareth Thatcher buscou introduzir não vingou. Virou moda no Brasil falar sobre o desmonte do estado de bem estar social, da crise desse modelo nos países do Norte da Europa, entretanto estes continuam indo muito bem. Sem dúvida, o Estado de bem estar social perdeu um pouco de controle, mas ele está lá e continua muito presente. O mais interessante das reformas inglesas – e o que teve maior impacto – foi uma reforma muito simples introduzida pelo sucessor de Thatcher, John Major, que era o chamado, em inglês, de *Citizen s Charter* (Carta do Cidadão). É uma lei que obriga toda e qualquer organização pública a deixar claro, de maneira impressa, seus critérios de atendimento. É um documento público e para uso público; você pode ter o documento de uma agência, por exemplo, dos correios ou de um centro de saúde, em fita de áudio para os que não sabem ler, em letras grandes para quem não enxerga muito bem, em braile, para quem necessita ou em várias línguas. O documento estabelece a política de atendimento, os tempos de espera, a maneira em que você será tratado. Trabalho similar foi feito pela gestão do Governador Mário Covas na *Carta de Saúde* de São Paulo, que também teve um impacto positivo. O quê ela fez? Deixou clara a relação entre o cidadão e o fornecedor do serviço público, o que ele poderia esperar de um e do outro. Uma ação simples, com um efeito que é, sem dúvida, *institucional*, mas que depende para sua eficácia na adoção *organizacional* e na ação *gerencial*. Os três exemplos, de Costa Rica, Inglaterra e São Paulo, são suficientes para demonstrar que na área da eficácia da ação pública, não há uma cadeia causal simples.

Saúde é um processo social, constantemente construído no dia a dia. Nas ações no posto de saúde, no consultório médico, na campanha publicitária da saúde pública e no hospital. Saúde é o resultado de todos estes eventos e mais ainda, portanto ao usar um exemplo hospitalar para aprofundar a discussão sobre a importância das diferentes dimensões, não pretendo reduzir saúde ao hospital; é somente um de muitos exemplos.

Quando jovem, vivi na Inglaterra e, como qualquer jovem – e para o desespero das suas mães –, acabei pelo menos uma vez no hospital por causa de um acidente. O hospital típico daquela época era aquele desenhado pela madrinha da Enfermagem, Florence Nightingale, a partir da sua experiência na Guerra de Criméia.

O desenho hospitalar e a prática militar de Florence Nightingale são parte do desenho base da saúde moderna e quem passa o tempo numa das suas camas, tem um convívio perfeito com o seu modelo e suas implicações. Espaços amplos, tudo de enfermaria. Quarto individual havia poucos. Espaços amplos, fáceis pra limpar, segregação de sexo, que facilita toda a questão de vestiário, vinte a trinta camas numa enfermaria, fáceis de controlar, com o posto de atendimento no meio onde ficava a mesa da enfermeira chefe, vigiando todo mundo. Essa lógica, essa rigidez que parece burocracia, é uma maneira de lidar com a complexidade do hospital; uma entre diversas maneiras. Visitantes, somente duas vezes por dia, duas pessoas por vez e vinte minutos no total.

E quanto aos pacientes? Às 9h30 da manhã já estávamos todos lavados, alinhados, alimentados etc, nas nossas camas, com os lençóis corretamente dobrados, aguardando a visita diária do médico especialista e seus assistentes residentes. Aqui no Brasil perguntamos: será que o médico vem? Quando que ele vem? Lá, se sabia e as 9h30 da manhã estava todo mundo pronto porque viria o médico e também se o medico atrasava, levaria uma olhada nada amistosa da enfermeira chefe. Depois da inspeção, "bom dia e como estamos hoje, senhor" – olhar rápido na prancheta pendurada no pé da cama - "Spink?", era nosso tempo da liberdade vigiada. Podemos sair da cama, conversar, tentar animar os colegas em situações difíceis, discutir os assuntos dos jornais etc.

Agora vamos mudar de país e entrar num hospital de primeira divisão de São Paulo, não é do grupo especial que vai disputar a Taça Libertadores, mas também não vai ser rebaixado, é um hospital normal e bom. Uma outra pessoa hospitalizada. Alerta-se a família e os amigos, se pegam os celulares e os recarregadores, escolhem-se entre esta rede extensa quais os melhores ou as *melhoras* negociadoras (normalmente as *melhoras*) e todos se deslocam territorialmente para dentro do hospital. Facilitado pelo celular, encampa-se num quarto privado, organizando a ronda diurna e noturna, discutindo os mínimos detalhes com os médicos. Uma cultura bem diferente. Bom, após 2 dias ou 3 dias neste hospital em São Paulo, gradativamente se descobre, no meio das múltiplas negociações e tentativas de fazer valer um mínimo daqueles direitos da Carta paulista de saúde, que a enfermeira chefe é chave e lá vai o aviso pelo celular: *Não brigue com ela*. Não é isso? Não brigue com ela. Tem que falar de modo delicado.

Este exemplo é nada mais do aquilo que o sociólogo Anselm Strauss (1) descreveu no seu texto clássico sobre o hospital como ordem negociada. O que ele queria dizer com isso? Por *ordem negociada* ele quis representar a maneira em que os diferentes grupos de atores, os profissionais, os para-profissionais, cada um com suas hierarquias, os leigos, os pacientes, os administradores e os parentes, os porteiros, os seguranças, estão constantemente negociando possibilidades umas com as outras. O processo se desenrola em qualquer organização, mas Organizações de Saúde são as que mais se destacam nessa complexidade negociada, porque na saúde não há de fato uma hierarquia clara; há hierarquias paralelas. A hierarquia da família e do paciente, a hierarquia administrativa do hospital; a hierarquia da enfermagem; a hierarquia das diferentes especialidades médicas, dos médicos do hospital e dos particulares; a hierarquia dos convênios de saúde, dos auxiliares de limpeza, refeições, entre outras.

Esse tipo de mutirão familiar de doença não muda muito se o hospital é privado, ou se é público. A família ainda se desloca de diferentes maneiras. No nosso caso recente, foi uma senhora de idade avançada e a negociação se deu de maneira sutil em volta da questão da morte, entre uma morte intubada e uma morte menos medicalizada, em casa. Dentro de uma lógica científica, seria um médico especialista quem mais saberia o que fazer, mas dentro de uma lógica de cuidados integrais, talvez seria a enfermeira que mais saberia o que fazer. E dentro da lógica familiar, são outras pessoas que saberiam quando é o momento de dizer suficiente. E atrás da lógica familiar haverá também outros médicos familiares, e atrás da lógica da enfermeira haverá outras enfermeiras com outras lógicas, pessoas que trabalham com dor, e assim sucessivamente.

Na experiência inglesa também não está claro qual é a linha de comando. Lá, como no Brasil, o hospital funciona porque pessoas negociam. Os residentes aprendem quando devem escutar o médico especialista e quando devem escutar a enfermeira chefe. Até nós, os pacientes enfileirados, com vinte centímetros de lenços arrumados em cima do cobertor, também negociávamos os nossos espaços. Afinal, se fôssemos aceitar e ser perfeitamente bem comportado na ronda do especialista e não reclamar, à tarde poderíamos assistir ao jogo de futebol e jogar cartas. Cada um tem as suas pequenas vitórias.

Saúde, em outras palavras, é um fenômeno social complexo, talvez a noção social mais intrincada que a humanidade conseguiu construir. Eu poderia ter usado igualmente exemplos de consultórios médicos, de postos de saúde, do Programa de Saúde da Família onde veremos os mesmos processos, do Programa das Parteiras Tradicionais do Amapá, os diversos programas de horizontalização de saberes entre médicos, enfermeiros e benzedeiros como, por exemplo, no Ceará. Haja negociação para isso: funciona, e crianças não morrem! Todas as pessoas participantes, os vários gestores destes programas, estão convencidas de seus conhecimentos, de seus saberes, das bases de seus saberes. Para que funcione, todas deverão conversar umas com as outras. A possibilidade de que isso possa ser reduzido a uma hierarquia de conhecimentos desaparece no momento em que se acompanha a Pastoral da Criança no dia-a-dia de suas atividades, ou se acompanha os e as Agentes Comunitárias de Saúde do PSF em cidades como Londrina, Camaragibe, ou Sobral. São sistemas de saúde no sentido básico de articulação entre partes; na prática, vale o senso comum, não como inferior, mas com a capacidade de articular os diferentes saberes disponíveis e optar por uma estratégia mais apropriada porque, afinal, saúde não é a propriedade da ciência e profissões, saúde é a propriedade de nós que a construímos enquanto conceito e prática social. A rede de atores públicos faz parte, mas é somente parte.

Então, com estes exemplos como pano de fundo, gostaria de retomar as questões iniciais. Pode-se descrever a organização da saúde em termos burocráticos? Penso que não. Desse modo, toda a discussão sobre a necessidade de mudar o modelo de saúde por causa dos males da administração pública e da burocracia não serão válidas. Não é a administração pública, ou a burocracia, que são responsáveis pela a situação da saúde pública. Muito se fala nos benefícios da privatização, mas uma das grandes lições do processo de privatização inglesa foi resumida num evento internacional com a seguinte frase: "é melhor um monopólio público do que um privado – pelo menos o primeiro é transparente e há possibilidades de controle direto". No Brasil, para controlar o que são em certas áreas virtualmente monopólios privados, tivemos que construir agências reguladoras. Portanto qual o balanço entre os aspectos institucionais, organizacionais e gerenciais? É necessário mudar o modelo institucional? Devemos investir em práticas organizativas e procedimentos mais adequados? Ou trata-se do desenvolvimento de competências práticas de gestão, de habilidades e negociação, de compreensão – afinal, de gestão? Pergunta-se, qual é o papel que assuntos de organização e gestão exercem no currículo médico? Em geral, infelizmente, a resposta é "muito pouco" o modelo dominante continua sendo construído a partir da noção do profissional liberal e da relação física-fisiológica do médico e paciente; se ignora totalmente o lugar onde esta interação se dará.

A questão que talvez precise entrar em foco é a da governança, e por isto não quero fazer referência a governo, mas sim a um espaço mais amplo, dos mecanismos de orientação, de direção e de controle que as nossas sociedades modernas têm elaborado. Para retornar às palavras de Giambattista Vico (1668-1744), "o mundo da sociedade civil foi certamente feito pelo homem"; somos nós que construímos os nossos modelos. Desse modo, se retomarmos os exemplos do início – e os muitos outros exemplos possíveis –, o quê estamos ouvindo? Somos nós que construímos a noção de saúde e somos nós que a negociamos. O fato que as pessoas, os pacientes, se sentem com vontade de negociar, é porque se sentem partes da questão da saúde; se sentem com todo o direito de opinar, discordar e – se necessário – dizer *basta*. Quando se trata do motor de nossos carros, poucos nos sentimos capazes de discutir com o mecânico; entretanto em questões de saúde, todos nós estamos capacitados ao debate. Qualquer modelo organizacional que não levar isso em consideração estará fadado ao desastre. Quanto mais aceitamos que saúde é uma noção coletiva, quanto mais eficaz seremos. Quanto mais insistirmos numa solução técnica, numa hierarquia de saberes, quanto menos contributivos seremos.

Na tentativa de fechar um pouco mais esta linha de argumentação, quero ser claro que não considero a questão sobre a contribuição relativa dos novos modelos de gestão seja a de dizer sim ou não. Sim, as experiências da UNIFESP e outras organizações profissionais avançadas na gestão de hospitais, centros de saúde e atividades do Programa de Saúde da Família são altamente positivas. Entretanto, temos que lembrar que esta competência vem de longa data. Nenhum morador na grande Zona Sul de São Paulo falaria mal do *Hospital São Paulo*. Portanto, ao assumir hospitais dentro do modelo de OS, a UNIFESP é capaz de mobilizar uma competência acumulada em gestão da saúde. É claro, e disso não tenho dúvida, que o modelo de OS ajudou em diversos aspectos, mas o modelo em si não é uma garantia de uma competência de gestão. É este o ponto que queiro enfatizar; o modelo abriu possibilidades que uma equipe muito competente sabia utilizar. Penso que é muito importante não perder de vista esta interpretação e a inevitável pergunta que a acompanha: qual o balanço relativo das diferentes dimensões; é a equipe ou é o modelo? É a instituição nova, a organização ou a gestão?

A mesma pergunta precisa ser feita em relação ao ambiente externo. A saúde está melhorando, mas isso se deve ao modelo ou é por causa da democracia? Melhorou por causa de nossa competência técnica ou porque – em termos de governança – pessoas estão dizendo, "O SUS é da gente, temos direito a um atendimento digno", como também estão dizendo "por que devo pagar um plano de saúde quando o SUS é público?", ou "se esta lei é para todos, as pessoas devem respeitá-la". Cada vez mais, lentamente ainda, mas já de maneira significativa, as eleições municipais são influenciadas pelos acontecimentos, os resultados e os planos concretos. Cada vez mais o orçamento municipal está sujeito a acompanhamento e fiscalização e os conselhos estatutários pouco a pouco estão virando espaços de diálogo.

Nossa incumbência foi a de refletir sobre três palavras: governança, descentralização e transparência. Em termos da descentralização, avançamos até certo ponto. Temos, de fato, um modelo descentralizado, mas ainda sem ganhar os benefícios que uma maior territorialidade poderia trazer. Avançamos na área de consórcios intermunicipais, mas a governança continua sendo deixado para trás. Aceitamos o princípio da negociação nos pequenos espaços da saúde, mas ainda não aceitamos nos espaços maiores. Em termos de governança, há experiências também de outros países que podem ser interessantes. No âmbito dos governos locais em certas partes dos Estados Unidos, os distritos escolares independentes (ISD) oferecem uma possibilidade de governo – monotemático – que devemos estudar mais. São governos porque são eleitos, territorialmente e tudo mundo no território específico precisa pagar impostos educacionais, com ou sem crianças.

Entretanto, se fôssemos fixar nosso foco em um assunto somente, este seria o do terreno da transparência e da responsabilização. Aumenta, gradativamente no país, o desejo de responsabilizar as pessoas por aquilo o que está sendo feito. Desse modo, talvez devêssemos nos juntar a este fluxo; sem tentar antecipá-lo e não tentar ir contra ele, mas caminhar junto dele e tentar aumentá-lo e dar apoio e energia a todos os processos que estão buscando aumentar a transparência, aumentar a cobrança.

De certa maneira, a boa gestão em saúde é uma mescla de trabalho nos dois lados, externos e internos; das pressões externas, da cobrança e da transparência e, internas, da compreensão da complexidade do fenômeno da saúde. Arriscando, diria que se as pessoas se sentem melhor neste ou naquele modelo organizacional, de prestar lealdade a este ou aquele modelo institucional, quem sou eu pra dizer que não. Porque em última análise, eu prefiro que alguém se sinta bem e esteja disposta a tentar trabalhar bem, utilizando suas competências técnicas e suas habilidades de gestão para o benefício de todos em vez de se sentir mal. Se os profissionais da saúde se sentem mais confortáveis no modelo do OS, ou no modelo estatal, é uma questão para eles debater desde que não esquecem que a saúde é de todos e que, seja estatal ou OS, a saúde é e sempre será um fenômeno público. Que cada um se sinta confortável e capaz de contribuir talvez seja um bom primeiro passo para uma construção cada vez mais digna e coletiva da saúde.

(1) *The Hospital and Its Negotiated Order. In E. Friedson (ed) The Hospital in Modern Society. New York: Free Press of Glenroe*,1963.

Gestão das Organizações Sociais

Nacime Salomão Mansur

Este trabalho tem por finalidade apresentar uma contribuição para o exame das Organizações Sociais (OS), a partir de uma experiência na montagem e gerenciamento, nos últimos oito anos, dos Hospitais de Pirajussara, Estadual de Diadema e, recentemente, no *Luzia de Pinho Melo*, em Mogi das Cruzes. As OSS são uma alternativa importante para a administração da saúde no Brasil,pois possibilitam a melhoria da gerência e da gestão no âmbito do sistema público.

O Pirajussara é um hospital bastante complexo, com cinco áreas de alta complexidade: cirurgia cardíaca; neurocirurgia; oftalmologia; ortopedia e gravidez de alto risco, além de um diversificado e resolutivo Ambulatório de Especialidades e parque diagnóstico. Diadema tem praticamente o mesmo perfil, configurando-se em referência para toda região do ABCD.

Em Mogi, há cerca de um mês, tivemos a felicidade de realizar o primeiro transplante renal e as primeiras cirurgias cardíacas do Alto Tietê, evidenciando a profunda reestruturação que o hospital vem sofrendo, com mudanças significativas na assistência. Isto se deu, não porque quiséssemos, mas por força de uma solicitação da Secretaria Estadual de Saúde para que desenvolvêssemos os serviços.

Os hospitais sob contrato de gestão no programa das Organizações Sociais do Estado de São Paulo são em número de 18, basicamente localizados na cidade de São Paulo e região metropolitanos, além de Sumaré e Bauru.

Estas instituições faziam parte do Plano Metropolitano de Saúde elaborado pelo secretário João Yunes, com suas obras iniciadas no Governo Quércia e logo interrompidas. Os esqueletos ficaram assombrando por cerca de dez anos, mesmo com a mobilização popular que se criou em relação ao problema. O Governo Covas, após o ajuste fiscal e administrativo, com coragem, resolveu terminar estas construções.

Como resultado da pressão exercida pela Lei Camata, que à época limitava os gastos com pessoal na Administração Direta e pela necessidade de buscar um outro modelo alternativo de gestão, o Poder Público se definiu pelo desenvolvimento do programa das Organizações Sociais.

É importante ressaltar os hospitais envolvidos estão localizados nas regiões mais periféricas e mais pobres da Metrópole e, à época, mais carentes da presença do Estado, seja na saúde ou em qualquer outra área. Estas instituições têm ao seu redor, infelizmente, imensas favelas, criando um contraste bastante interessante e positivo, com instituições de muito boa qualidade colocadas onde existe mais carência e necessidade.

A observação das entidades que receberam do Estado a delegação para gerência destes hospitais identifica um dos três pilares responsáveis pelo sucesso do programa em São Paulo: os parceiros. Os outros dois aspectos fundamentais são o contrato de gestão e a capacitação do Estado na função de regulação.

Este é um ponto critico na história das Organizações Sociais: Quem são os parceiros? Estes são representados por organizações de reconhecida seriedade, como a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a Santa Casa de São Paulo, a organização Santa Marcelina, a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), o Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci), e a Congregação Santa Catarina. Isso faz a diferença, pois estas são entidades que, em primeiro lugar, têm larga tradição de gerência, com compromisso e inserção no sistema público, além do padrão de qualidade na assistência; e, em segundo lugar, não entrarão em nenhuma aventura irresponsável.

Um ponto importante a ser ressaltado é a escolha do parceiro e nisso a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo acertou. Não posso concordar com a critica de que a escolha deveria ser feita pelo procedimento de licitação. Como licitar? Pelo menor preço? É possível, talvez, em uma convocação pública, optar pelo melhor projeto, com critérios estabelecidos pelo gestor estatal. Deve-se preservar, em algumas situações, a localização geográfica, a área de influência do parceiro. Por exemplo, na Zona Leste da cidade, uma nova parceira não deve levar em conta a localização, a capacidade instalada do Santa Marcelina? Com uma única entidade, talvez se minimizasse alguns problemas de gestão no sistema, além de se proporcionar oportunidades de diminuição de custos.

A definição de Organização Social inclui um modelo de organização pública não estatal, destinada a absorver atividades publicizáveis, que é a produção não-lucrativa de bens e serviços não exclusivos do Estado, mediante a uma qualificação específica.

Nas décadas de 1970 e 1980 a crise do Estado torna-se um fenômeno mundial, lastreada no seu aspecto fiscal, de perda do financiamento, na exaustão da estratégia estatizante na economia ou no aspecto burocrático, pela gerência ineficaz do Estado, que gera um aparelho arcaico e ineficiente. O Estado entra em estado falimentar e, no Brasil, com graves repercussões, também, a partir de então.

Como decorrência desse cenário, surge a necessidade da reforma do aparelho estatal, para torná-lo mais eficiente, mais voltado para o cidadão, no bojo da redefinição do papel do Estado, pois ele passa a ser mais provedor e regulador do que executor. O Estado não precisa mais fazer aquilo que não é exclusivo dele, mas é fundamental que ele desenvolva bem a função de provedor, faça com responsabilidade, com estabilidade de financiamento. Mas é importante, também, que ele faça a regulação de uma maneira muito forte.

Durante esses oito anos, ouvimos, com cansativa insistência, que estas soluções, as Organizações Sociais, seriam uma forma de privatização, no caminho do Estado mínimo, uma política de feição neoliberal. A realidade, porém, é que neste período nunca a presença do Estado foi tão próxima, pois ele teve que avançar fortemente no aspecto da regulação. O aparelho estatal capacitou-se, aprendeu e criou mecanismos regulatórios bastante eficientes. Em

conseqüência, o Estado melhorou muito a sua ação, ganhou maior capacidade de governança e, ao contrário do que alguns afirmam, nada tem a ver com Estado mínimo.

No Brasil, um marco conceitual dessa realidade é o Plano Diretor da Reforma do Estado, de 1995, no MARE, capitaneado pelo Prof. Luiz Carlos Bresser Pereira, que define quatro setores no Estado: o núcleo estratégico; as atividades exclusivas, como guarda de fronteiras, imposto de renda e policia, entre outras; os serviços não exclusivos, como educação, cultura, pesquisa, saúde e meio ambiente; e a produção de bens e serviços para o mercado, como os executados pela Petrobrás.

Assim, na área das atividades não exclusivas do Estado existe uma aliança estratégica com o Terceiro Setor, não lucrativo, público e não estatal. Esta questão é de essencial importância no desenvolvimento social, sendo o aparecimento, crescimento e fortalecimento do terceiro setor uma das maiores inovações sociais do Século XX. A publicização, produção não lucrativa de bens e serviços, tem como pressuposto a maior qualidade; utilização melhor dos recursos; a orientação para o cliente-cidadão, mediante controle social e quero ressaltar um aspecto primordial que é a ênfase nos resultados.

No Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, temos observado um esforço permanente na busca do resultado e no aprimoramento da aferição destes resultados.

Este é aspecto central na evolução deste modelo: quanto melhor se fizer a aferição do resultado, melhor será o controle social.

A Secretaria Estadual de Saúde, *grosso modo*, não quer saber como esses hospitais são gerenciados, não quer saber que mecanismos gerenciais os parceiros utilizam, nunca interferiu na forma de fazer dos parceiros, mas imprime a lógica da busca permanente do resultado, da produtividade, da eficácia. Desta forma, a mesma lógica se impõe às entidades gerenciadoras na

condução do hospital, na superação das metas, no aprimoramento da qualidade, enfim na busca do resultado, seja qualitativo ou quantitativo.

As Organizações Sociais têm uma autonomia muito grande: de compra, de contratação, entre outras. Publica-se um regulamento de compras e procedesse como na iniciativa privada, com solicitação de no mínimo três orçamentos. Hoje no complexo da UNIFESP trabalhamos com compra conjunta, de todos os hospitais, via portal eletrônico.

Da mesma maneira, na contratação de pessoal, utiliza-se dos mecanismos gerenciais de seleção e recrutamento do mundo privado. A instituição tem liberdade para estabelecer a forma de contratação. Nós da SPDM/UNIFESP optamos por não terceirizarmos praticamente nada, a contratação de pessoal é quase 100% via CLT, exceto em algumas situações especificas em que esse modelo não agrada ao contratado e nem ao contratante, por exemplo, com o anestesista. Mas procuramos não fragilizar a relação de trabalho.

A liberdade gerencial, porém, esta condicionada também a uma maior responsabilização dos dirigentes. A responsabilidade não é só UNIFESP, mas do Corpo Diretivo daquela instituição. Um grande problema da Administração Pública Direta é a não responsabilização do dirigente em relação ao resultado, apenas se controlam os aspectos formais, legais, as regras de licitação, por exemplo. E nem poderia ser diferente, tendo em vista que estes dirigentes não têm controle sobre o pessoal ou ferramenta gerencial adequada para trabalhar com suprimentos. Desse modo, como cobrar resultados?

Nas OSS, a direção está ligada e comprometida com todo resultado da instituição, no sentido mais amplo e este é auditado pelo Tribunal de Contas, que evoluiu nestes anos, de uma auditoria contábil-financeira, para auditoria do cumprimento do contrato de gestão, ou seja, do resultado.

Ainda dentro dos aspectos conceituais, os objetivos destes modelos alternativos de gestão são econômicos, sociais, políticos e gerenciais. No objetivo econômico tem-se a perspectiva de diminuir os déficits, aumentar a capacidade financeira; no social, o que se busca é desenvolver a eficiência dos serviços sociais, aumentar o capital social; as questões da participação e da cidadania encontram-se nos objetivos políticos; além da necessidade de se aumentar a eficácia e efetividade do Estado.

A relação que se estabelece entre o provedor – o Estado – e o parceiro, cria a necessidade de se superar alguns desafios. Em primeiro lugar, o Estado tem que conseguir alocar melhor os seus recursos. Para isso ele tem que conhecer melhor aquela região, ele tem que conhecer melhor as necessidades daquela população, ele tem que ter um conhecimento epidemiológico melhor para poder fazer com que haja uma distribuição mais eqüitativa de recursos. Em segundo lugar, é importante que ele conheça os procedimentos a serem contratados, a serem contratualizados. Não dá, com tanta carência, para você querer contratualizar ou deixar que o parceiro faça um procedimento pouco eficiente. Ele tem que entender, e tem que ter mecanismos também para incentivar aquilo que interessa ao Estado que seja produzido, e não permitir que fique a cargo do parceiro e ocorram possibilidades de serem criados serviços que não interessam ao Estado, mas de interesse do administrador, um serviço menos caro, um serviço que exija menos competência técnica, etc. E isso o Estado vem cumprindo de uma forma bastante bem feita. E, além disso, é fundamental que ele tenha um Sistema de Informação que tenha comportamento, que tenha fluxo de paciente, que tenha custo. Nós vamos ver um pouco de custo, é impressionante o que o Estado tem hoje, a base de dados de custo hospitalar.

E, além disso, é necessário separar-se muito bem as funções. A grande virada das organizações foi no período entre 2000 e 2001, quando o governo do Estado montou na Secretaria um grupo de pessoas, liderados pelo Dr. Márcio Cidade e aí existe a clarividência do Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, que, para fazer isso, criou a Coordenadoria de Contratação de Serviço, com a função e missão de se dedicar ao estudo e ao acompanhamento das Organizações Sociais.

Isso mudou completamente o panorama. O programa anterior vinha com uma série de dificuldades, seja no seu financiamento muito confuso, seja na forma de se prestar contas, seja na maneira de se aferir o resultado. E a partir de 2001 o Programa toma um outro rumo, mudando completamente o contrato de gestão. Mas por quê? Porque se formou dentro da Secretaria um grupo de pessoas afeitas a isso, que romperam com a burocracia e com a visão estatal na rigidez dos processos, e passaram a ter uma visão muito mais avançada do ponto de vista da contratualização, do ponto de vista da aferição do resultado, do olhar para a sociedade. Então esse é um ponto que acho importante ressaltarmos, que também faz parte do tripé de sustentação das OSS, o parceiro, o desenvolvimento da função de regulação pelo Estado e o contrato de gestão.

Em relação aos prestadores, ocorre também uma grande mudança. Com origem em uma instituição de porte, o Hospital São Paulo, em que se trabalha, sem nenhuma estabilidade de financiamento; e este tem base em múltiplas fontes, existem *n* formas de financiamento, desde o recurso que vem como emenda parlamentar, o Sistema Único, até a Medicina Supletiva; é uma dinâmica muito diferente.

Foi preciso aprender a trabalhar, primeiro com um orçamento definido, segundo com custos. Se existe um orçamento definido, é necessário trabalhar com custo, com a finalidade de buscar sempre a melhoria na performance, na equação custo e qualidade. Desse modo, foi necessário mudar. Não é mais possível raciocinar com a Tabela SUS ou aquilo o que dá mais dinheiro no Sistema Único. *"Ah, eu vou fazer prótese ortopédica porque rende um tanto, eu vou fazer alta complexidade porque dá menos prejuízo".* Essa lógica acaba.

E a segunda lógica que também deixa de existir é a de que você não é dono do hospital. Foi realizado um transplante renal em Mogi, não porque o Nacime, o Dr. Medina, o Dr. Ulisses, ou o Reitor resolveu fazer; aquilo foi uma tarefa dada pela Secretaria, ela comprou aquele serviço, ela fez com que deslocássemos uma série de competências para que o transplante fosse realizado no Alto Tietê.

Na perspectiva de uma política pública na qual a Secretaria definiu as prioridades, ela quer um Hospital de alta complexidade naquela região. Não foi a UNIFESP que quis cirurgia cardíaca no Pirajussara; a Direção Regional demonstrou que 900 pacientes vinham para o Município de São Paulo, com impacto nos hospitais, no Dante Pazzanese, no HC. E isso fez com que desenvolvêssemos, a mando da Secretaria, esse Programa.

Isso é outro aspecto fundamental, porque estávamos acostumados, os administradores e a academia, a desenvolver o que achávamos melhor para o sistema. Durante algum tempo andava com o contrato de gestão debaixo do braço pelos corredores da UNIFESP, justamente para dizer quando o professor me encontrasse: "Professor, eu tenho que cumprir o contrato". Isso foi um mecanismo para que a universidade entendesse um pouco do que estava acontecendo e qual que era nova lógica do sistema. Portanto, quem define perfil e o modelo assistencial, é o gestor estatal, que assim assume o controle da oferta.

O modelo de gestão, com a liberdade administrativa que lhe é inerente e a lógica do controle pelo resultado promove a necessidade de se buscar continuamente o aperfeiçoamento dos mecanismos gerenciais. Não terceirizamos praticamente nada. Assim, todos os serviços – como lavanderia, cozinha ou limpeza – foram desenvolvidos e tivemos que aprender a manejar aquilo. Porque terceirizar, para o administrador, é mais fácil, se faz um contrato e, com muita dificuldade no setor público, se controla a qualidade. Mas optamos por serviço próprio e isso exige toda uma série de competências que tivemos que buscar, desenvolver, que a universidade não tinha, e o Hospital São Paulo não poderia servir como modelo, até porque, ele estava distante dessa realidade, seja a realidade daquela população em questão, seja a realidade nova desse modelo de gestão. Então, além de treinar e capacitar as pessoas tivemos que todo um investimento, no aprendizado e manejo de várias áreas.

A incorporação destes conhecimentos gerenciais, a utilização de ferramentas administrativas mais modernas no SUS, configuram-se em uma enorme contribuição do modelo das OSS para o setor público. E isto ocorreu em todas as unidades com as especificidades de cada parceiro.

Investimos hoje cerca de 0,5% a 0,75%, do nosso orçamento mensal em capacitação dos nossos colaboradores. Criamos um programa de bolsa de estudos, controlado por uma comissão interna, não temos nenhum gerente que não esteja terminando o nível superior ou fazendo MBA, ou especialização, porque precisamos disso e acreditamos muito nesta força propulsora.

Quanto ao modelo de gestão, a regulamentação estadual ocorreu com a Lei 846/98, baseada na Lei Federal 9790/97. A lei determina que a gerência seja de entidades filantrópicas, é limitada a hospitais novos. Com o sucesso das OSS e calcada nas novas experiências de gestão, a norma deve ser estendida a qualquer equipamento de saúde.

Um segundo aspecto importante foi a questão do SUS. Esses hospitais são 100% SUS, não podem ter nenhuma outra fonte de recurso, não podem ter nenhuma outra fonte de receita. A receita é pactuada com a Secretaria de Estado. O faturamento SUS continua sendo feito, mas serve só para informação e é feito no CGC da Secretaria. Não se permite convênio médico, doente particular, convênio com o prefeito para atender o funcionário dele; nada. É só o orçamento. Isso também foi um grande ganho para o sistema.

Considero abominável a chamada dupla porta. Não creio que, sem distorções, seja possível conviver dentro de um hospital, a medicina supletiva com o Sistema Único. Penso que a exclusividade ao SUS foi também um aspecto fundamental para que desse certo o Programa. Qualquer confusão nesse sentido traria muita dificuldade no momento ainda de maturação desse novo modelo.

A lei fala, ainda, em financiamento baseado na produtividade e já define algumas coisas do controle social, que tentaremos detalhar adiante.

Para qualificação de uma Organização Social a Lei 846 define uma série de requisitos, e quem aprova é o Secretário da Saúde é um ato discricionário dele. Aspecto relevante é a exigência na Lei paulista de que a entidade tenha cinco anos de experiência na prestação de serviço na assistência à saúde. Não é a "mãe", a entidade mantenedora que se transforma numa Organização Social, é o filho para aquele local que se transforma numa Organização Social; a SPDM, ou o Santa Marcelina, a Santa Casa, elas continuam existindo como

Santa Casa, como Santa Marcelina. A OS se fará quando se tiver uma unidade para administrar, o Itaim, o Itaqua, o Pirajussara, ali é uma Organização Social, não é a mãe que se transforma, até porque, as mantenedoras, teriam muita dificuldade para adaptação. O que se entende é que, por exemplo, no nosso caso a SPDM para gerenciar o Pirajussara, crie uma filial, a SPDM-OSS/Hospital Geral de Pirajussara.

Um aspecto de suma importância é a contrato de gestão e nisso também a Secretaria tem tido muita felicidade na condução, no desenvolvimento do contrato de gestão, que ano a ano vem melhorando, incorporando novas exigências, acrescentando novos mecanismos de aferição. É um instrumento de operacionalização do dia a dia, na avaliação e controle, além de permitir uma melhor definição de políticas públicas. O gestor do SUS assume o controle da oferta. É aquilo o que disse, não é o Pirajussara que vai definir o que ele precisa; se quiser abrir um serviço de Dermatologia, por exemplo; é feito um pedido para a Secretaria, é preciso justificar e esta verifica a necessidade e dentro de critérios epidemiológicos, autoriza ou não. É isso é crucial, porque era o gestor local que determinava qual seria a oferta; resolvia-se abrir um serviço, e da oferta, se criava toda uma demanda, que o Estado tinha que pagar. Neste modelo quem determina é o Estado, ele quem faz a "encomenda".

Se, é instrumento de operacionalização também é de gestão estratégica, pois define qual é o foco da entidade, direciona a ação organizacional. Por exemplo, quantos exames vão fazer, quais exames vão oferecer, qual complexidade, o que vai oferecer em termos de média complexidade. Isso tudo está claramente definido. Pelo contrato pode-se buscar um desempenho maior, pode-se comparar o resultado de várias entidades, e serve como mecanismo de controle social.

No nosso caso, a entidade filantrópica que é habilitada como Organização Social, é a SPDM, mantenedora do Hospital São Paulo, fundada em 1957. O Reitor é o Presidente da SPDM e o corpo diretivo, são os professores da UNIFESP. Então ocorre uma perfeita harmonia entre UNIFESP e SPDM. No contrato de gestão existe o plano operacional, a prestação de serviços, consta a definição do que é atenção hospitalar, o que é atenção ambulatorial, quantos exames, quantas saídas, quantos eletrocardiogramas, quantos hemogramas. São definidas as metas qualitativas e quantitativas. Há uma série de detalhamentos da prestação de serviço, e mais, existe uma cláusula que limita o gasto de pessoal das instituições em 70% do recurso de seu custeio. O contrato normatiza as vantagens e a remuneração; obriga, anualmente, a fazer se uma pesquisa salarial com vinte entidades públicas do mesmo porte para ser entregue ao Tribunal, para que se tenha comparação do quadro de cargos e salários entre diversas instituições.

Vários outros aspectos são tratados pelo contrato, como os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais todos de responsabilidade da contratada; além da relação com a central de vagas, os direitos do cidadão, as visitas médicas, assistência religiosa, resumo de alta, Código de Defesa do Consumidor e o Serviço de Atendimento ao Cliente.

A contratante obriga-se a fornecer os recursos e a Secretaria tem, nesses oito anos, mantido a pontualidade no pagamento dos contratos.

A avaliação da OSS é feita pela Coordenadoria de Contratação de Serviços e por uma Comissão de Avaliação, com componentes da SES, Conselho Estadual de Saúde e Assembléia Legislativa, além do Tribunal de Contas do Estado.

O mecanismo de financiamento atual é pelo orçamento, um valor fixo mensalmente. Antes, no inicio do Programa, era o faturamento SUS mais 50%, mais uma cláusula de ressarcimento do déficit econômico-financeiro, que poderia gerar distorções e não atendia o que a Secretaria necessitava. Era bom para o administrador, pois se tinha segurança em relação a qualquer déficit, e a Secretaria era obrigada a pagar. Isso mudou. A partir de 2001, é orçamento, tem definido os percentuais que se modificaram com a introdução do sistema de custos por cada tipo de atendimento: hospitalar, ambulatorial e urgência. O orçamento é composto da seguinte maneira: 90% é fixo, se recebe esses 90% caso se cumpra o contrato, e 10% é variável, baseado em metas de qualidade.

A parte variável possui vários indicadores que mudam ano a ano, seja a qualidade da informação, média de permanência depurada, funcionamento das Comissões, taxa de infecção: gasto com Farmácia e outros itens. É necessário comprovar, registrar as atas. Existe uma sistemática de avaliação.

Neste ano de 2006 é taxa de cesárea em primípara, controle de infecção hospitalar, mortalidade operatória, controle de origem de paciente, entre outros. Só que o que foi exigido no ano passado passa a ser um pressuposto nesse ano, ele está incorporado nesse ano. Dá continuidade àquilo que foi feito no ano passado e se incorpora. Criou-se, assim, um ciclo vicioso virtuoso em relação ao Tribunal de Contas. Não pensem que a Secretaria "dá um jeitinho" na situação. Nós mesmos já fomos punidos, no quesito da qualidade da informação. Havia a necessidade, por exemplo, do CEP concordar com o código do IBGE; se ultrapassasse 2% a dissonância, haveria punição. Nessa época, fazíamos o faturamento no Hospital São Paulo, e em determinado trimestre ocorreu um maior percentual de incongruência e fomos punidos. A Secretaria poderia relevar? Não, até porque se ela o fizesse, o TCE poderia representar contra a SES por prevaricação, por não fazer cumprir o contrato.

O contrato de gestão mudou. Antes eram dois convênios: o Sistema Único e o contrato de gestão. Agora, passou a ser só o contrato de gestão; as duas fontes de receita: o faturamento SUS e o repasse da Secretaria se consolidaram no orçamento pré-fixado. Outras modificações que foram implantadas: a forma de pagamento, o faturamento SUS com fonte de informações; a sistematização do envio das informações mensais à SES.

Um aspecto que foi introduzido há alguns anos, é a questão do custo hospitalar. Hoje, a Secretaria de Estado tem o maior banco de dados de custo hospitalar do Brasil e um dos maiores do Mundo.

Fomos o primeiro hospital das OSS a implantar um sistema de custos que posteriormente foi obrigatório para todos. O interessante neste trabalho é que o sistema é o mesmo para todos os hospitais e com a mesma uniformidade e metodologia de coleta de dados. A mesma conceituação permite comparação e confrontação de dados. São gerados relatórios gerencias para os hospitais e para a SES. Tem-se composição e evolução dos custos; custos por ordem de relevância; por serviço; por especialidade, etc. A introdução do sistema de custos trouxe relevantes informações e conhecimentos, que ajudam o controle e avaliação das OSS, bem como, a todo SUS.

A possibilidade de se comparar os hospitais, nos diversos aspectos de custos, seja, por exemplo, nas diárias, UTIs, procedimentos cirúrgicos é bastante rica para elucidar eventuais especificidades, melhorar performances e consolidar informações que possam efetivamente mudar o sistema de financiamento do sistema.

A metodologia técnica correta e a fidedignidade dos dados trouxeram benefícios adicionais à gestão do SUS, quando instrumentaliza o gestor estatal para consecução de projetos, planejamento de serviços e definição de políticas.

Com o sistema de custo se pode identificar melhor o custo dos hospitais com ou sem ambulatório de demanda espontânea ou referenciada. Hoje se tem com muita precisão a diferença de custo entre hospitais de porta "aberta" ou de porta "fechada", e não são tão diferentes assim. Com a demanda referenciada o hospital tende a ser mais complexo e resolutivo e a ordenar melhor o sistema, melhorando a hierarquização. Portanto, a critica à OSS por algumas Unidades se organizarem como hospital de demanda referenciada e assim terem algum privilégio é bisonha.

Se, confunde modelo de gestão (OSS) com modelo assistencial (demanda espontânea/referenciada). A definição do modelo assistencial quem faz é o gestor estatal, em função das necessidades epidemiológicos da região.

A SES tem o conhecimento dos custos e pode, evidentemente, delinear o financiamento de acordo com o perfil assistencial de cada hospital.

O controle é extremamente bem feito. Primeiro é controlado pela Secretaria de Estado. Nós, gerentes das OSs, somos obrigados a, mensalmente, mandar o extrato bancário original para a Secretaria e a conta bancária é específica; somos obrigados a mandar toda a nossa produção, deve-se mandar o faturamento e toda a movimentação financeira. A Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde faz a compilação dos dados que devem ser enviados até determinado dia sob pena de não ocorrer a liberação do recurso orçamentário.

Existe a questão da DIR que, nesses últimos anos vem ganhando um papel mais relevante no processo. No inicio das OSS, a referência era primordialmente central, na SES; e ao longo do tempo, a DIR tem recuperado sua função fiscalizadora e coordenadora regional, além de planejadora de novos serviços.

Outro mecanismo de controle, o Tribunal de Contas, tem evoluído na sua função. Inicialmente procedia à auditoria tradicional, mas migrou para a autoria dos resultados. Ao longo do tempo ele passou a auditar o contrato, e o contrato significa auditar as suas metas de qualidade e suas metas de quantidade. Assim, um dos questionamentos que tive de responder ao Tribunal foi porque no contrato está estipulado o limite de 30% de taxa de cesárea. Em determinados meses, em função da carência sócio-econômica da população e a alta incidência de alto riso, tivemos 37% e 38% de taxa cesárea. E o Tribunal mandou para mim, pessoa física, aquele aspecto da responsabilização individual, para que eu respondesse por que é que aquele hospital teve 37% de taxa de cesárea. Mas não é fantástico você ter um Tribunal de Contas que está preocupado com a taxa de cesárea do hospital lá

da periferia? Mas eles aprenderam a fazer isso também. E hoje, quando vão ao hospital, pedem não só o balanço, mas querem ver a nossa produção, querem ver se o SAC está funcionando, vão ao SAC e conferem. Hoje o TCE não quer saber apenas se as ampolas estão no estoque ou fazer a auditoria contábil e financeira; evoluiu para auditar o resultado e responsabilizar quem deve dar esse resultado, que eu acho um avanço extremamente importante.

Tem-se a Comissão de Avaliação da Assembléia, com os chamados "Notáveis". Além disso, existe a participação de alguns outros elementos de controle social. Nós participamos dos Conselhos Municipais de Saúde e outros instâncias deliberativas do SUS. Acredito que no controle social é possível se avançar, principalmente havendo maior qualificação deste controle. Entendo que apesar de algumas teses e trabalhos já escritos e publicados, a Universidade tem papel relevante na validação deste modelo.

A observação dos resultados seja em relação aos custos, produtividade, prêmios de qualidade, Certificados de Acreditação e a incorporação de conhecimentos e práticas, mostra de maneira muito promissora, um caminho na gestão médico-hospitalar.

Em um estudo de 2003, patrocinado pelo Banco Mundial, realizado por Costa e Ribeiro, da Fiocruz, que comparou 12 hospitais de OSS e 10 hospitais da Administração direta da SES, pode-se observar maior eficiência relativa da OSS, por exemplo: 35% maior na relação alta /leito total; 64,4% maior na relação alta/leito cirúrgico; 62,3% maior na relação alta/leito Clinica Médica.

Na chamada eficiência alocativa (intervalo de substituição; índice de giro geral; taxa de ocupação; intervalo de substituição cirúrgica; tempo médio de permanência) a performance das OSS foi significativamente superior ao da Administração direta.

Dados da SES relativos a 2004 e 2005 mostram que as OSS com um orçamento pouco maior que os hospitais da Administração Direta, 5,1% e 8% respectivamente, produziram 43,2%/42,8% mais em número de saídas; com taxa de ocupação média de 42,1% maior; com número de saídas por leito 42% e 31% maior, com um custo médio por saída de 16,7% e 24,3% menores, respectivamente nestes anos.

Os membros são bastante contundentes, não deixam margem para dúvidas quanto à maior eficiência das OSS.

E isto ainda porque os números são frios, não se acrescentou qualquer estudo de complexidade mais preciso, pois certamente teríamos resultados mais significativos.

Uma medida mais grosseira de complexidade, como valor médio de AIH é também maior nas OSS.

A observação da população usuária das OSS é praticamente igual à dos hospitais da Administração Direta, quando se projeta a distribuição por faixa etária ou na distribuição de parto normal e cesárea, demonstrando, cabalmente, que não existe diferença de clientela.

Ainda em relação aos resultados, na OSS você tem dois prêmios de qualidade do Ministério da Saúde, Diadema e Sumaré. Se tem dois prêmios Galba Araújo, do Hospital de Itapecirica da Serra, que faz um trabalho belíssimo na área de maternidade e tem-se seis hospitais acreditados pela ONA sendo quatro no nível 2, Sumaré, Pirajussara, Diadema e Pedreira e dois no nível 1. Isso é um fantástico exemplo de resultado positivo. Imaginar que num curto espaço de tempo, dos 18 hospitais você já tem 6,30 % já acreditados, é um resultado brilhante.

No processo de aprendizado gerencial tivemos que evoluir na gestão de suprimentos; no trabalho de compras; de estoque.

Atualmente, no Pirajussara e em Diadema, o giro de estoque em geral é de 30 dias e particularmente, em materiais da Curva A é de 15 a 20 dias, o que melhora o fluxo de caixa e evita desperdícios.

E é óbvio que quanto mais hospitais existem, mais se manifesta o efeito de escala, como compras conjuntas, mecanismos conjuntos de manutenção, de contrato, entre outros, propiciando significativa economia.

A farmácia do Pirajussara é nível 3 da ONA, com dose unitária endovenosa, com rastreabilidade, com código de barra, quer dizer, farmácia que já foi visitada por vários hospitais privados e públicos, mas privados de alto porte, o que nos honra muito. Mas o que chamo a atenção é que se trouxe pra dentro do sistema público competências que não se tinha, que a ferramenta trouxe, que estão aí a serviço do Sistema Único e que podem ser, obviamente vão sendo difundidas, vão caminhando para as outras unidades.

A aceitabilidade é 95, 98, 99%. O índice de aceitabilidade dos hospitais é imenso. O modelo permite ainda se ter uma interação muito forte com a população.

O trabalho social realizado com a comunidade local, além de vocação, de obrigação social é um mecanismo de proteção ao hospital e às pessoas. São valores da Instituição, de pensamento e construção coletiva, expressos na missão da organização.

Por uma questão estratégica, priorizamos a contratação de pessoal da região, principalmente na área mais operacional.

No seio daquela população desprovida, ocorre uma grande mudança quando se conquista um salário, carteira assinada ou uma cesta básica. O relacionamento muda, supera-se o paternalismo, existe um compromisso do individuo com a instituição; cria-se uma relação mais calcada na cidadania.

No Pirajussara há mais de cem crianças fazendo reforço escolar, aulas de informática, capoeira, além de outras atividades.

Os determinantes sociais de saúde não podem ser esquecidos, em 2003, nós tivemos 6% de aumento de milionários no país e, em contrapartida tivemos de 16 para 19% de aumento de pobreza na região metropolitana. Assim, a pobreza, mãe de todas as moléstias, continua em nosso meio e, pelo jeito, vai ser difícil mudar a feição de um país socialmente injusto, com escandalosa desigualdade na distribuição de renda e com graves impactos no sistema de saúde.

É fundamental que se busque a melhoria dessa aferição dos resultados, de indicadores de gestão, indicadores de performance para hospitais e desta forma compará-los, buscando produtividade, qualidade e controle social. A questão dos investimentos não está clara ainda; em nossos hospitais temos investido quase 3% do orçamento em equipamentos, mas isso não está explicitado no contrato. E agora os hospitais estão ficando mais velhos, e esse fato começa a causar impacto no custeio, na manutenção predial e de equipamentos. Precisamos ter essa questão mais bem explicitada. Para difusão do modelo com relação as prefeituras e outras áreas, é fundamental que se acabe com a insegurança jurídica dos contratos. Houve duas experiências em municípios do interior do Estado nas quais o prefeito deixou de honrar o contrato. Existe um hospital da prefeitura de São Paulo que o governo anterior deixou de pagar por cinco meses. Dois que eram devidos pela administração Pitta e agora recentemente, outubro, novembro e dezembro, que não foi repassado um centavo; só houve repasses nesse ano. Enquanto não houver estabilidade no financiamento, segurança no cumprimento dos contratos, não haverá nenhum modelo de gestão que dê resposta à sociedade.

Neste quesito, ressalto, a SES tem tido um comportamento exemplar.

Mas o desafio maior é vencer essa questão da cultura do serviço público, na superação de hábitos arraigados; na não valorização dos resultados, da cultura clientelista e do corporativismo.

Fundamental se investir nas pessoas, com a incorporação de novas técnicas de trabalho e gestão de pessoas. Serviço público pode e deve ter qualidade e compromisso social e para tanto é necessário que incorporemos práticas de motivação, de remuneração por desempenho, de qualidade de vida no trabalho, de saúde ocupacional, enfim das melhores políticas de gestão de pessoas.

Em síntese, os elementos chaves que sustentam o programa das OSS e o fazem, a meu ver, a melhor alternativa para o gerenciamento médico-hospitalar são a vinculação do sistema de pagamento com o desempenho; a responsabilização decorrente da contratualização; o sistema de acompanhamento, o controle e a avaliação no cumprimento do contrato de gestão; a autonomia e autoridade delegada aos gestores hospitalares; o sistema de informação e as ferramentas de informática muito consistentes, além da cultura de contínuo aprimoramento e aprendizado, baseado na busca permanente pelo resultado.

Este modelo está em aperfeiçoamento, tanto do ponto de vista dos mecanismos de avaliação, como do controle social e dos aspectos gerenciais de cada instituição. Não é a Panacéia universal, mas é um modelo que tem que ser visto com muito bons olhos. É importante que se ampliem os estudos acadêmicos; hoje se tem certa consolidação de conhecimento sobre o modelo, com algumas teses e trabalhos científicos. A Secretaria tem expandido a experiência para alguns ambulatórios, para uma unidade de idoso e a tendência é que esta alternativa de gestão se expanda rapidamente.

Acredito que é fundamental que a sociedade brasileira melhore o financiamento para a saúde, mas também é importante e imprescindível que, nós, profissionais de saúde pública encontremos soluções de gestão que permitam superar a crise no sistema de saúde, nas suas dimensões de iniqüidade, ineficiência, ineficácia e insatisfação dos cidadãos.

Enfim, o modelo das OSS é uma ferramenta importante para que a Sociedade possa buscar maior inclusão social e uma efetiva implantação do Sistema Único de Saúde.

Novas Ferramentas de Gestão Pública em Saúde

Vânia Barbosa do Nascimento

O debate sobre novos modelos institucionais para a gestão pública da saúde pública não é recente, mas acredito que precisamos retomá-lo com mais fôlego. Neste trabalho, espero contribuir com a minha visão de gestor municipal, permeada pela minha experiência à frente de algumas organizações público-privadas, como a Fundação de Assistência à Infância de Santo André e a Fundação do ABC, esta última uma fundação universitária.

Além dessas experiências institucionais, nas quais tive a oportunidade de refletir cotidianamente sobre uma prática concreta de distintas modalidades de gestão, participei como pesquisadora junto ao Cedec – Centro de Estudos de Cultura Contemporânea – em pesquisa realizada sobre o PAS, sob a coordenação de Amélia Cohn e Paulo Elias, cujo objetivo era analisar o modelo de gestão da saúde implantado pela Prefeitura do Município de São Paulo, no governo de 1993 a 1996. Destaco também a minha passagem pelo Ministério da Saúde, recentemente. Após ter vivido tantas experiências, como gestora pública e pesquisadora, e num curto espaço de tempo, de certa forma, dificultou um pouco o trabalho de síntese para essa apresentação. Todavia, tentarei ressaltar os aspectos positivos e negativos que permeiam as novas ferramentas de gestão utilizadas pela saúde pública, bem como alguns desafios a serem enfrentados.

Inicialmente, é preciso introduzir o objeto desse debate no contexto do projeto político delineado para a saúde do nosso país. E, foi na minha experiência como gestora municipal e fazendo parte da gestão federal que percebi a complexidade do que significa fazer saúde no Brasil, a partir de um modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde. Estamos construindo um projeto de gestão pública da saúde para um sistema gigantesco, complexo, de abrangência universal num país continental como o nosso e com diversidades territoriais de toda ordem. O Sistema Único de Saúde precisa ser entendido também como um sistema, que é composto por vários subsistemas articulados tanto do ponto de vista da gestão, como da assistência e do cuidado, da atenção individual e da ação coletiva.

E essa complexidade se torna ainda maior quando pensamos que os custos estão cada vez mais elevados, quando novas tecnologias são incorporadas todos os dias. Na passagem pelo governo federal, na Coordenação Geral de Alta Complexidade, vivenciei muito isso. A título de exemplo: mal tinha sido colocado o *stent* (tela de aço inoxidável) na tabela de procedimentos do SUS já surgia o *stent* com rapamissina, custando cinco vezes mais. Agora não é mais nem *stent* com rapamissina, me parece que já há outro tipo de *stent*. A cada três meses novas tecnologias são incorporadas, não só em termos de equipamentos, mas também em modelos técnico assistenciais, que requerem profissionais especializados, formação específica, entre outros. Deixo aqui outro exemplo relacionado a essa última situação: hoje, na Secretaria de Saúde de Santo André, realizamos uma discussão sobre Terapia Comunitária, que se constitui numa técnica em que qualquer profissional de saúde pode reunir pessoas da população para discutir os problemas relacionados ao cotidiano desses indivíduos e maneiras de lidar com os problemas. É uma proposta muito interessante, mas que é necessário capacitar profissionais, promover treinamentos, acompanhamento das equipes, além de muitas outras providências.

Apontamos também outro aspecto que configura um grande desafio ao operar o sistema de saúde brasileiro, face ao importante processo de descentralização política, administrativa e fiscal, recente no país. O Brasil mudou a sua organização política. Somos um país federativo com autonomia de três entes e temos ainda dentro do sistema um conflito de competências muito grande, acentuado pela condição de grande parte dos 5 600 municípios serem dependentes das esferas estadual e federal, na maioria deles, com pouca capacidade técnica e financeira para operar ações complexas na área da saúde. As desigualdades dentro do território nacional são imensas, inclusive desigualdades existentes dentro de uma cidade.

Dessa forma, acredito que a diversidade de modelos que estão sendo gestados, criados e operados buscam soluções para se lidar com a complexidade de se fazer saúde no país. Do ponto de vista institucional, se lida com muitas culturas envolvidas, entre elas a do usuário, do trabalhador, do prestador. Esses sujeitos, ao longo do processo de implantação do SUS, carregam modos de organização, de práticas, que tensionam o sistema, muitas vezes difíceis de mediação. Temos resquícios dos velhos modelos de atenção e a introdução de novos que geram uma pressão muito grande para a gestão da saúde.

Identifico outro aspecto relacionado ao tipo de demanda e ao modo de utilização dos serviços públicos de saúde. Não sei se é pelo fato de atuar como gestora numa região onde há uma presença marcante do setor privado de saúde. Estamos observando uma migração significativa dos usuários do setor privado para o público, muito em razão da perda de poder aquisitivo da população e ao fato de as empresas estarem negociando a redução de benefícios, como ocorreu com o Instituto do Servidor de Santo André. Os dependentes de até 21 anos tinham direito de utilizar o serviço contratado pelo Instituto e essa faixa etária foi reduzida para os 18 anos. Recebemos novos usuários no Sistema Único de Saúde todos os dias, muitos ex-usuários de planos de saúde, que chegam com uma postura diferenciada, de consumo, como aquela quando pagava o seu plano de saúde particular e, era conduzido a consumir o que pagava ou o que era descontado do seu salário.

Além disso, temos aqueles usuários que não chegam para fazer parte do sistema público, mas sim para usar os seus serviços. Ele realiza a consulta médica pelo plano de saúde, na empresa médica, e vem realizar o procedimento mais sofisticado no Sistema Único de Saúde, entre eles hemodiálise, quimioterapia, cirurgias, densitometria, entre outros. Trata-se de uma demanda sofisticada, principalmente nas regiões urbanas que atravessam uma mudança no seu perfil econômico, saindo de um modelo de produção de bens para o de prestação de serviços e conseqüente redução dos salários da população inserida no novo mercado de trabalho. Os planos privados, por sua vez, para sobreviverem, reduzem o valor do pagamento mensal reduzindo também a sua oferta de serviços de custos mais elevados.

Acrescentamos também a especialização das profissões que faz com que novos tipos de profissionais sejam incorporados à rede pública, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, especialistas em homeopatia, acupuntura, que para introduzi-los no sistema é necessário uma experiência da administração pública para seleção, capacitação e supervisão do trabalho das equipes.

Portanto, a discussão da reforma de saúde no Brasil e as suas estratégias de implementação precisam também ser vistas a partir do contexto que permeia a gestão pública. Além de todas as questões que deverão ser analisadas pelos especialistas, destaco um aspecto que presencio de modo muito acentuado: o grande interesse do Poder Executivo de buscar novas formas jurídicas e institucionais para poder dar cabo das demandas urgentes, colocadas pela sociedade. Por que isso? Porque envolve uma questão de governabilidade. Por um lado, a população está cada vez mais exigente, por outro a rigidez burocrática, o clientelismo e corporativismo presentes na máquina pública acabam, muitas vezes, dificultando o Estado de atender os interesses públicos. E, para garantir o mínimo de governabilidade diante das pressões, busca-se alternativas para prover os serviços públicos de modo mais rápido e autônomo.

A rigidez administrativa, a cultura cartorial, a estrutura burocrática excessiva, a incapacidade financeira e operacional vêm permeando as saídas para um novo tipo de organização, cuja idéia não é recente. Se buscarmos na história, desde a década de 1970 novas formas e alternativas de gestão foram idealizadas e implementadas, como por exemplo a criação das fundações e das empresas públicas.

Não sei se todos conhecem o município de Santo André, mas acredito ser um exemplo importante para nossa reflexão. Santo André tem cerca de 700 mil habitantes, fica na região metropolitana e é uma cidade bastante antiga, com quase 500 anos. O estatuto do funcionalismo público vigente é da década de 1960 e, com base nele, administramos os recursos humanos. Temos em Santo André uma rede importante de serviços públicos, nas áreas de saneamento, habitação, transporte, educação, saúde, entre outros. Para gerir tais serviços utilizamos várias modalidades de gestão.

No que se refere especificamente ao setor saúde do município de Santo André, encontramos hoje uma rede de atenção à saúde com uma oferta de serviços bastante diversificada e complexa. Essa rede foi construída durante a década de 1990. A mudança na organização da atenção à saúde no município foi surpreendente. Anteriormente havia uma presença muito pouco expressiva dos governos estadual e municipal, e marcada pela atuação do governo federal através do INAMPS e de uma Fundação, a FAISA (Fundação de Assistência à

Infância). Essa entidade foi criada através de um grupo de profissionais vinculados à Faculdade de Medicina, liderado pela Dra. Maria Aparecida Zachi, com idéias bastante avançadas. O projeto delineado por esse grupo, durante a década de 1960, constituía em atender o universo das crianças de Santo André através de uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados. Como suporte ao desenvolvimento desse projeto se constituiu uma fundação, privada e sem fins lucrativos, financiada pela Prefeitura Municipal de Santo André. No início da implantação do Sistema Único de Saúde tive a oportunidade de presidi-la.

Começa aí toda a história de repensar esses modelos alternativos de gestão na área da saúde com muita intensidade no município. Era preciso repensar o modelo institucional da FAISA para incorporá-la de fato ao SUS, já que era uma fundação privada, controlada por 50% de seus curadores representantes do governo municipal e do legislativo e 50% pelo Lions Clube de Santo André. Tratava-se de uma organização fechada e voltada para objetivos muito claros, envolvendo praticamente quase todos equipamentos de saúde do município para o atendimento apenas das crianças da cidade. Existia também uma outra fundação, a Fundação Universitária do ABC, cuja vocação destinava-se a formação de profissionais médicos e forte vínculo com as três prefeituras do ABC (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul).

Foi-me oferecida à oportunidade de presidir essas duas fundações, ambas com características e finalidades distintas. Todavia, traziam algo em comum: a concepção pública de gestão. Não me refiro aos procedimentos administrativos, mas a gestão era pública: de acesso universal, não obtenção de lucro, forte vínculo com os poderes públicos, conselhos deliberativos, fiscalizadores, representativos, com o envolvimento da sociedade local, dirigentes eleitos, publicização da prestação de contas e submetidas à fiscalização do Tribunal de Contas e Ministério Público.

No início da década de 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde, desencadeamos um grande debate na região acerca da natureza jurídica da FAISA e Fundação do ABC dada à importância de ambas as instituições para a saúde do município e região. Quanto à FAISA a dúvida consistia em mantê-la privada ou torná-la uma instituição pública, entendida como estatal, fazendo parte da administração indireta da Prefeitura de Santo André.

A segunda opção acabou sendo implementada. Por que isso? Na decisão influenciou a pressão exercida pelos órgãos fiscalizadores - Tribunal de Contas e Ministério Público. O Tribunal de Contas entendia aquela instituição como pública, tendo que proceder todos os processos administrativos de forma pública. O Ministério Público não: achava que ela era uma organização privada. A opção, naquele momento, foi transformá-la em uma organização pública, principalmente mediante os conflitos jurídicos que estavam acontecendo. Mesmo que fosse considerada uma instituição privada, era necessário que ela obedecesse aos procedimentos legais da administração pública. Sendo pública e parte da administração municipal, ela também deveria fazer isto, e agora com um compromisso muito maior do gestor municipal em mantê-la, bem como a possibilidade de o poder público influenciar no modelo de assistência adotado desde a sua criação, ou seja, de atendimento apenas a população infantil da cidade. Naquele momento era necessário o controle dos seus equipamentos para a extensão do atendimento a toda a população, nas diversas faixas etárias. Todavia, não considero que a decisão de transformá-la em órgão da administração indireta da PMSA tenha dificultado o desenvolvimento das suas funções, na medida em que havia uma maior autonomia em relação à administração direta, além de aproximar a gestão da instituição ao seu objeto de execução. Os planejamentos eram mais realistas, flexíveis e orientados para a execução das prioridades, muitas vezes mutáveis no cotidiano. Era possível uma maior transparência através de prestação de contas mais detalhadas, rotineiras, atualizadas e divulgação dos atos praticados.

Já na Fundação do ABC optamos por aumentar o grau de participação e diversificação nas instâncias de controle da própria instituição. A sua finalidade era o ensino universitário, não constituindo uma competência municipal obrigatória. Por isso, acredito que a discussão em torno da definição jurídica da instituição ficou restrita ao seu ambiente interno – Conselho de Curadores - face às pressões exercidas pelo Tribunal de Contas e Ministério Público. Penso até que no caso dessa instituição caberia uma nova figura jurídica, uma "fundação consorcial", uma vez que ela foi instituída por três municípios, cujos dirigentes indicados por cada município se revesam no comando da instituição.

Considero esses exemplos importantes para enfatizar que o debate acerca das ferramentas de gestão na saúde não é recente. Primeiro, porque durante os anos 1980 e 1990 existiam resquícios de instituições de distintos formatos anteriormente à implantação do SUS que precisavam ser incorporadas ao sistema. Segundo, as administrações municipais não estavam preparadas para enfrentar a complexidade do "fazer" saúde e o grau de especialização que ela requer. E, ainda, há que considerar a conjuntura econômica durante a década de 90, quanto ao impacto do ajuste fiscal. O momento era de enxugar a máquina pública, diminuir os gastos, reduzir a contratação de pessoal, de não reajustar os salários, não criar cargos. Quem estava dentro das administrações públicas sentiu isso muito de perto. Não construir alternativas para essa situação significaria estancar a implantação do Sistema Único de Saúde, que estava em pleno processo de organização.

Nós, gestores da saúde, estávamos, naquele momento, totalmente num movimento contrário a toda a conjuntura econômica. Durante os anos 1990, surgiram novas modalidades de gestão, e acredito que não só para flexibilizar a máquina pública, mas também para driblar a contenção de gastos, através do controle rigoroso do orçamento público. A delegação pela execução de ações e serviços de natureza estatal para organizações não governamentais pode se constituir em alternativa mais flexível para executar os orçamentos, comprometendo parte dos recursos com organizações que têm uma flexibilidade maior de manejar os recursos orçamentados. O mesmo ocorre com os recursos humanos. A criação de novos cargos pelos governos indica não atender à orientação de contenção de despesas. Como expandir um sistema de saúde sem ampliar o número de trabalhadores? As novas estratégias de gestão não estatal também tem sido um modo de driblar o desgaste político dos governos em torno do embate acerca da criação de cargos *versus* aumento das despesas com a máquina governamental.

Infelizmente, no âmbito nacional, as questões relacionadas às estratégias para viabilizar o projeto de reforma para o setor saúde, a partir dos dilemas gerenciais enfrentados pelos seus gestores, pouco foram debatidas nos fóruns apropriados para isso (tripartite – Conselho Nacional de Saúde). No entanto, o próprio Ministério da Saúde vem se esforçando para garantir uma maior autonomia e flexibilidade na contratação de especialistas para dar conta das grandes tarefas assumidas pelo gestor federal de elaboração e supervisão das estratégias políticas adotadas. Para isso, foram firmadas parcerias com instituições de renome nacional e internacional, a fim de dar cabo às ações definidas pelo Ministério da Saúde como estratégicas. Apesar das dificuldades também vivenciadas pela instância federal do SUS o debate não aconteceu.

Participei de um processo de discussão na Casa Civil acerca da regulamentação da Lei de que trata dos consórcios entre entes governamentais e que perpassa a questão federativa do país, entendendo a modalidade consorcial como um instrumento de gestão para imprimir políticas de abrangência regional e uma alternativa para operar o processo de regionalização na saúde. No Estado do Pernambuco, por exemplo, os municípios estão se consorciando para implantar políticas conjuntas na área de saúde.

Atualmente respondo pela Secretaria de Saúde de Santo André, onde encontrei um cenário que, a princípio, fiquei assustada pela diversidade de alternativas de gerenciamento. No município, trabalhamos com várias modalidades de gestão com o intuito de estabelecer parcerias junto ao governo municipal. Há a Fundação de Assistência à Infância (FAISA), que permanece como uma fundação autárquica, ou seja, integrante da administração indireta da prefeitura. Temos também a Fundação do ABC, que é uma organização universitária que presta serviços para o município. Contamos com uma Organização Não Governamental que hoje contrata pessoal para executar serviços de caráter extraordinário, entre eles o controle da dengue. Na época das chuvas é necessário reforçar o contingente de trabalhadores, contratando pessoas para executar um controle mais ostensivo e essa parceria é uma forma de agilizar o processo de admissão por tempo determinado. Temos também duas Organizações Sociais (O.S.), a *"De volta pra Casa"*, que é uma entidade constituída pela associação dos usuários de saúde mental e de seus parentes. E, ainda, a O. S. *"Saúde e Cidadania"*, voltada para o fortalecimento do

Programa de DST/Aids e redução de danos. Contamos ainda com terceirizações, que são contratos de serviço e ainda integramos o Consórcio Intermunicipal do ABC.

Dessa forma, em associação à administração direta municipal, da qual a Secretaria de Saúde faz parte e executa a maioria das suas atribuições registramos uma diversidade de modalidades para exercer a gestão da saúde no município de Santo André. No momento, estamos constituindo um grupo para discutir qual será a melhor forma para gerenciamento de um novo hospital, com 100 leitos, que será inaugurado em 2006. O grupo de trabalho está analisando as diversas formas de gestão existentes, para identificar aquela que se configura em melhor opção. Estamos estudando, ainda, a possibilidade de construir uma nova figura jurídica, que apresente melhores condições para um maior controle e vínculo com o poder público municipal, talvez no sentido de uma autarquia especial, na qual possa oferecer uma certa flexibilidade frente às exigências legais. Já constitui consenso no governo de que é fundamental inovarmos na administração pública, principalmente quando se trata do gerenciamento de hospitais. Apesar de a Prefeitura de Santo André ter desconcentrado a Copel (Comissão Permanente de Licitação) para a Secretaria de Saúde, o controle da mesma é centralizado, dificultando o andamento dos processos por falta de agilidade da controladoria. Por outro lado, temos a Fundação de Assistência à Infância de Santo André – FAISA, em que os processos licitatórios acontecem de modo muito mais ágil, mesmo obedecendo à toda legislação e ritos administrativos comuns aos da Prefeitura. Acreditamos que isso se deva à proximidade do procedimento administrativo aos tomadores de decisão.

Apesar do pouco tempo de atuação do grupo de trabalho já analisamos as modalidades de gestão existentes em Santo André no âmbito do SUS no que se refere à concepção das mesmas e os resultados obtidos por elas na implementação das ações consideradas estratégicas. Destaco que existe uma diferença entre realizar a gestão de um sistema aberto, em construção e a gestão de uma organização fechada, como a de um hospital ou projeto específico. É preciso entender que a gestão de um sistema aberto é muito complexa, pois envolve a dificuldade de planejamento e, portanto, a dificuldade de estabelecer metas e acompanhá-las. Nesta situação torna-se muito difícil exercer o controle, caso esse sistema seja operado por organizações paralelas ao poder público. Todas as organizações parceiras existentes em Santo André são consideradas fundamentais, pois viabilizam a execução de algumas ações e serviços. São importantes porque se especializaram em determinadas questões, como em saúde ambiental, redução de riscos, saúde mental, atenção médica especializada, etc. Além de todas atuarem a partir de um objeto específico, elas possuem uma vocação pública e de atuação comunitária. São instituições parceiras reconhecidas socialmente e por isso a credibilidade e sustentabilidade dos projetos assumidos por elas na área da saúde.

Entretanto, também temos problemas, de como lidar com culturas organizacionais diferentes, da ausência de uma lógica de atuação em rede, quando existe a necessidade de integração e matricialidade de projetos. Acredito que uma das dificuldades de integração seja a ameaça junto aos atores que participam tanto do lado governamental quanto do não governamental de terem as suas autonomias limitadas, o que de fato ocorre em processos onde existem parcerias.

Por isso, entendemos que assumir novas modalidades de gestão exigirá um esforço grande do gestor municipal em conceber estratégias que promovam a noção de rede, articulando e envolvendo os distintos atores e organizações no cotidiano da gestão da saúde, sob o risco da ruptura e fragmentação do sistema.

Precisamos, ainda, constituir mecanismos de controle dos serviços prestados e avaliação da eficácia das relações estabelecidas nas parcerias com outras organizações e instituições.

Entendemos também que é preciso introduzir a avaliação dos custos envolvidos para gerir a saúde. A realização de parcerias envolve custos adicionais, necessitando verificar se os custos adicionais são compensatórios à realização de determinados projetos por meio de novas modalidades de gestão. Em certas situações podemos aceitar que se pague um pouco mais do que é pago usualmente, todavia teremos também um produto realizado de forma mais ágil e com maior capacidade de respostas às demandas sociais.

Por fim, algumas perguntas precisam ser respondidas diante do quadro delineado, tendo aqui como exemplo o Município de Santo André e que certamente em outros municípios está ocorrendo a mesma busca por novas ferramentas de gestão para dar cabo às exigências do setor saúde: o que pretendemos exatamente com a adoção de novas modalidades de gestão: redução de custos? flexibilidade administrativa e gerencial? Maior poder de ação da saúde no interior da máquina administrativa centralizada dos governos? Qual formato deve ter as novas modalidades de gestão, para que seja sustentável e não provoque uma desestruturação do aparelho do estado, como o que ocorreu com o PAS? Como se dará o controle das ações e serviços praticados pelas organizações governamentais e não governamentais?

Finalizando, para darmos continuidade à prática de inovação na administração pública temos que propiciar a construção de um Estado fortalecido, capaz de imprimir uma lógica pública. E na saúde é preciso gestores capazes tecnicamente e legítimos politicamente para comandarem a busca de novas alternativas de superação das dificuldades que hoje se apresentam para a administração do sistema público de saúde brasileiro. O debate precisa ser aprofundado nessa nova década.

Organizações Sociais e Parcerias Público Privadas

Alberto Hideki Kanamura

Em minha trajetória profissional, tive a oportunidade de viver a experiências tanto na área pública, quanto no campo da iniciativa privada. Já na administração de um hospital vivi ambas as facetas num único emprego. Na Secretaria da Saúde desempenhei, um pouco, o papel de contratante na relação com as Organizações Sociais (OS). Passado algum tempo, fui assessorar uma instituição desse tipo. O objetivo desta narrativa é expor um pouco dessa vivência com as parcerias público privadas (PPP), na versão genérica e não da PPP propriamente dita.

Para que se tenha uma visão completa de uma coisa, é importante promover um resgate histórico de sua origem e desenvolvimento, para que se possa saber o que aconteceu no passado e se ali podemos encontrar explicações para essa coisa.

Como conseqüência, observei que primeira parceria público privada, de interesse para o Brasil, aconteceu em 1498. Nessa data, dois anos antes do Descobrimento, já havia uma lei que criava uma situação que se encaixava no conceito dessa parceria. Muito tempo depois, descobri que era algo peculiar ao Brasil, dentro das Américas. Aproveitando a ausência do irmão Rei, a Rainha Leonor, por decreto, instituiu a Santa Casa de Lisboa em 15 de agosto de 1498. Esse Decreto era um ato em que ela conclamava os cidadãos portugueses a contribuírem financeiramente para o sustento de uma obra social voltada para os pobres de então. O Brasil descoberto, já em 1543 Brás Cubas funda a primeira Santa Casa em terras de ultramar; hoje, parte importante da nossa rede chamada "pública", mas que nasceu privada. Acho que a primeira experiência de parceria, de sucesso, são as Santas Casas, quando por vontade de uma governante de plantão, criou-se uma rede de proteção social.

Nos anos 20, surgiam, como sociedades civis beneficentes, as caixas de aposentadorias e pensões. Para lembrar, essas Caixas nasceram a partir de empresas que estavam interessadas em dar um mínimo de proteção social aos seus empregados. Mas, muito rapidamente, elas são transformadas em autarquias, passando do *status* de instituição privada para instituição pública. Nos anos 60, sucederam-nas os IAPs, institutos de aposentadorias e pensões, que também eram sistemas de saúde fechados aos filiados. Cada categoria de empregados tinha o seu IAP, como o IAPC, IAPI, IAPB, IAPTEC e assim por diante. Formavam as primeiras células do embrião do nosso sistema de saúde. Com a unificação dos IAPs surge o que se pode chamar de sistema brasileiro de saúde. Mais robusto e mais lógico, o sistema tinha hospital, médico e assim por diante. E o financiamento era misto, com recursos do trabalhador e do Estado.

É dessa mesma época também a criação do chamado convênio-empresa. Era uma permissão para que empresas contratassem os seus próprios serviços

de saúde. Interessante observar que o nosso sistema de saúde nasce privado, vira público e volta a ser um pouco privado. O primeiro convênio-empresa foi assinado com a Volkswagem, que então contratou uma empresa de saúde para dar assistência médica aos seus funcionários e o Estado reembolsava parte das despesas. Nessa época, crescia a demanda por serviços de saúde, o que tinha a ver com o *boom* do crescimento econômico do país. Nos anos 70, o INAMPS, em vez de produzir os seus próprios serviços, opta por comprar serviços do setor privado. Aí nasce uma grande rede de provedores com o objetivo de fornecer serviços ao Estado. Trabalhei num hospital na periferia de São Paulo que era contratado pelo antigo INAMPS, que era um horror. Existe aí um lado da relação público privada na saúde, que acredito, foi um período negro.

É somente em 1976 que surge o primeiro convênio-universitário. Os hospitais universitários até então estavam fora do sistema INAMPS. A universidade resistia à idéia de ter que colocar nos seus leitos os doentes previdenciários. Só queriam doentes que fossem indigentes. Essa era a clientela preferencial dos hospitais universitários. Essa discussão aconteceu no Hospital das Clínicas quando eu ali passava pelo internato do curso de Medicina, ocasião em que assisti um debate no qual os professores se voltavam contra um convênio com a previdência social. O professor Zerbini, aproveitando uma visita do Ministro da Previdência, pede ao InCor um contrato exatamente igual ao que era feito com a rede privada. Só que o contrato não seria feito com o Hospital das Clínicas, mas através da Fundação Zerbini, que na época se chamava Fundação para o Desenvolvimento da Bioengenharia – FUNDEBE. Nascia aí a chamada *fundação de apoio* que é, na minha opinião, um modelo de parceria, até bem sucedido, com todas as críticas que existem por trás desta forma de modelagem.

Nos anos 1990, começa a se pensar, então, nas Organizações Sociais. Uma idéia elaborada no governo Fernando Henrique Cardoso, pelo Prof. Luiz Carlos Bresser Pereira. Sabendo disso, começamos a trabalhar a idéia dentro do governo do Estado de São Paulo, a que eu servia. Em 1998 é aprovada a Lei que cria as Organizações Sociais de Saúde, que possibilitou a existência dos 17 hospitais que, hoje, são administrados por meio desse modelo de gestão.

Essa introdução histórica teve a finalidade de tentar mostrar o vai-e-vem que aconteceu entre o público e o privado, até chegar à PPP, de 2004. Há momentos em que se percebe uma tendência do Estado dizer: *Deixa que eu dou conta de tudo*. E há momentos em que diz: *Olha, como não estou dando conta, vamos buscar uma forma que permita a participação privada.* Vivenciei os dois modelos de parceria mencionados. A gestão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, com as fundações de apoio e a gestão de hospitais do Estado com as OS.

A gestão do público por meio das fundações de apoio, segundo certas opiniões, é absolutamente ilegal, mas é uma ilegalidade que sobrevive, desde 1976. A parceria se dá através de um convênio entre um ente público e um privado. No caso o Hospital das Clínicas e a Fundação Zerbini. O convênio é uma permissão de uso de instalações e pessoal, para fins de produzir serviços para serem vendidos a quem queira. Hegemonicamente, em 1976, foi para o INAMPS. O normal seria um convênio entre as duas autarquias, INAMPS e Hospital das Clínicas. Entretanto, optou-se por ter um ente privado como intermediário. Com isso era possível privatizar a receita. Uma receita pública é transferida de um ente público para outro por meio de um intermediário que coloca um carimbo na receita como privada.

A fundação de apoio tem por função transformar uma receita pública em privada, para utilizá-la como tal. Quando estava na Superintendência do Hospital das Clínicas, era preciso ter uma visão e um comportamento esquizofrênico. Havia duas fontes de receita: uma delas, orçamentária do Estado, à qual estava preso a uma série de regras; e uma receita privada, em grande parte vindo do INAMPS, com normas diferentes para o seu uso. Isto porque, se você recebe esse recurso pela via pública, como acontece quando se faz um convênio entre duas autarquias, esse recurso é depositado no Tesouro do Estado. Embora esteja vinculada à receita da autarquia, este vínculo pode desaparecer pela vontade do Estado. Não é possível marcar esse dinheiro e dizer assim: *Olha, Secretário, esse dinheiro aqui é da autarquia.* O Secretário da Fazenda pode até te prometer: *Olha, o seu dinheirinho está guardado aqui.* Mas se no meio do ano, o nível do caixa do Estado baixar, ele utiliza esse recurso, sem qualquer cerimônia. Então esse arranjo foi feito para que a receita vinda da produção dos serviços pudesse permanecer na autarquia.

Esse é um arranjo público privado que, mesmo com todas as críticas, sobrevive há trinta anos. E tenho a convicção de que uma estrutura como a do Hospital das Clínicas, não sobreviveria bem sem este arranjo, que serviu para permitir uma gestão muito mais flexível dos recursos humanos, que é o ponto crucial dentro da Administração Pública. Isso permitiu também que se fizessem investimentos em equipamentos, que é sempre uma rubrica dentro do Estado muito pobre. Nunca há dinheiro para renovar o parque tecnológico. Você tem recurso para obra, mas não tem para trocar o raios-X, o tomógrafo, entre outros.

Penso que esses dois pontos são muito importantes. Defendo esse modelo porque, como gestor público, pude dispor de uma ferramenta que me permitiu conduzir a gestão com mais liberdade e eficiência. A receita orçamentária garante, em grande parte os gastos com recursos humanos; e a receita extraordinária serve para complementar, para ajustar, o salário ao mercado. Pelo Estado, existiam ainda recursos para obras, mas não para os equipamentos. O Prédio de Ambulatórios, quando foi inaugurado, era uma beleza de prédio, mas ficou durante muitos anos desocupado por falta de recursos para equipá-lo. E foi com recursos das fundações que foi possível, então, colocar esse prédio para funcionar.

Conclui-se, então, ser este um modelo que só apresenta vantagens? Não. Existem desvantagens também. O grande problema é que são destinados recursos públicos para um ente privado, que dispõe de autonomia. Qual é o poder de controle dessa instituição por parte do poder público? Muito pequeno. Assim, este é o risco: o gestor público não tem total controle sobre o dinheiro que foi depositado ou confiado à instituição. Como é natural, no Hospital das Clínicas existe um arranjo que busca esse controle: o Conselho Curador da fundação de apoio repete mais ou menos as pessoas que tem também o controle do Hospital. Refiro-me aos professores titulares. Mas há situações de conflito. O Superintendente, o responsável pela receita, pode ficar um pouco refém da Fundação. Há que haver uma harmonia entre as direções. Tentou-se até fazer com que o órgão deliberativo do Hospital fosse coincidente com o da Fundação, mas isso não vingou.

E as OS? Essa é uma parceria que está prevista em Lei que, basicamente interpreto como uma concessão muito próxima daquilo que se chama concessão administrativa. O poder público entrega um bem para ser gerido por um ente privado e diz: *Olha, através desse contrato de gestão você tem a obrigação de fazer isto, isto e isto, e no final do mês repasso uma determinada mesada.*

As OS vivem de uma mesada fixa ao longo do ano. Para o administrador isso é o melhor dos mundos, pois a receita está garantida, muito melhor do que a Administração Direta do Estado, uma vez que esta não tem a garantia que o recurso orçamentário chegará regularmente no dia cinco de cada mês, na quantidade previamente combinada. Naturalmente existem períodos de maior abundância e de mais restrições, mas a experiência dos últimos oito anos, é de uma regularidade que permite ao administrador cumprir o seu contrato com bastante tranqüilidade.

Qual é o grande problema da OS? É o fato de ter a receita para fazer, mas não controlar a despesa, porque a demanda na sua porta é infinita. Então todo o seu esforço é no sentido de ajustar a demanda. Todo mundo querendo ser internado, querendo ser atendido, mas há uma quantidade finita de recurso disponível. Fazer esse ajuste tem sido o exercício das Organizações Sociais de Saúde e que não tem sido um exercício muito fácil. E aí não se pode raciocinar como empresa privada, que normalmente pode dizer: *Que venha a demanda, porque com ela a receita cresce, se faltar o leite compro, se faltar pessoal contrato.* Nas OS não é possível pensar assim e isso tem sido um problema que de alguma forma, ao longo do processo de aperfeiçoamento do contrato de gestão, o Estado tem conseguido colocar algumas cláusulas que permitam alguma flexibilidade, *Olha, eu tinha previsto no meu orçamento 4 000 atendimentos/mês, mas só que mês a mês isso vem crescendo"* e, depois de seis meses, um hospital pode estar produzindo no pronto-socorro 14 000 atendimentos. Não há receita fixa que agüente essa diferença entre 4000 e 14 000. Alguma coisa precisa ser feita. E, é lógico, o Estado também não pode dizer: *Atenda os 14 000 que eu pago.* Pois isso seria permitir a volta para o modelo anterior do pagamento por serviço.

Hoje há um mecanismo de flexibilização e um valor adicional é pago, dentro de determinados limites. Até 20% é possível ser compensado.

Essas são duas experiências de parceria existentes na saúde. Na experiência do Hospital das Clínicas a administração é mista, esquizofrênica, mas permite maior flexibilização da gestão da coisa pública. Já a OS é uma forma de terceirização da gestão, mais próxima da PPP propriamente dita, e a gestão se dá inteiramente pela regra do sistema privado. Só na hora de montar o orçamento é preciso pensar de forma pública.

O quê é melhor? *O quê que você prefere? Fundação de Apoio ou OS?* Ambas as formas são melhores do que dirigir uma autarquia ou de Administração Direta, de forma tradicional. A resposta melhor é: *depende*. Para o administrador que gosta de um pouco mais de emoção, talvez a fundação de apoio seja um modelo mais emocionante. Ela permite criar mais porque você tem que jogar com duas bolas, uma redonda e outra meio quadrada e é possível fazer gol com ambas as bolas. Ele permite arredondar aquela que é um pouco quadrada.

A OS, na minha visão, é um modelo de gestão, mais tranqüila. É redonda, tem pouca aresta, mas com menos adrenalina. Permite criar para melhorar o desempenho. Ela permite você pensar em modelos que racionalizem processos. No contrato de gestão as metas tem algumas amarras, mas não é algo que tenha que ser executado de forma mecânica, pode ser modelado, colocar mais esforço em atender determinada demanda e menos em outra, fazer diferentes projeções de gastos.

Por sua vez, a PPP é algo completamente novo. Em uma leitura muito rápida, a impressão que a se tem é a de que há um campo totalmente virgem, aberto para qualquer aplicação. A lei parece permitir, dando asas à imaginação, montar várias coisas, vários produtos na área de saúde. Penso que o modelo OS, uma concessão do tipo administrativa, mas que pode também ser um modelo de concessão do tipo patrocinada porque eu poderia assumir a receita SUS como tarifa e pedir para o Estado complementar. Na PPP, posso usar a remuneração SUS como tarifa, e enquanto gestor do sistema modular a oferta de serviços, incentivando o parceiro a atender mais determinadas coisas. Da forma como está hoje a tarifa SUS, há uma tendência do parceiro escolher só aquilo que é bom para ele, e não aquilo que é bom para o usuário. No modelo OS, o contrato tem metas, como dizendo: *Olha, você vai fazer isto, dando ou não dando lucro. Você vai fazer 2.500 partos.* Como concessão do tipo patrocinada, talvez dê para modular, e o gestor pode dizer: *Olha, para tais e quais pago mais um tanto além da tabela SUS.* Incentivar a produtividade no interesse do gestor.

A fundação de apoio se esgotou como modelo, não acredito que surjam outras novas. O Estado não permitiria um convênio na forma como está desenhado hoje. Terá que ser feito de outra forma. A OS está sendo exportada. Municípios com alguma freqüência consultam, tanto o Estado como o Tribunal de Contas, para saber como fazer. A resposta do Tribunal de Contas orienta para criação de uma lei municipal, porque entendem que a lei federal e a lei estadual não dão respaldo para o município. Já a PPP parece ser aplicável nos três níveis de gestão. Tem-se uma questão legal e política, pois se o prefeito tiver uma oposição na câmara de vereadores, não conseguirá votar uma lei de OS.

Além de lei o modelo OS precisa de parceiros. Meu temor é que esse modelo talvez tenha dado certo em São Paulo porque existiam parceiros que entenderam a missão da OS. Não sei se isso daria certo em outros locais onde o grau de amadurecimento dessas organizações ainda não é suficiente, se comparada com as chamadas filantrópicas desse Estado. Há sinais de que as PPPs estão sendo pensadas em alguns municípios. Já ouvi sobre propostas do tipo: *Olha entidade, você constrói, você administra que eu pago por mês.* Uma entidade investe, administra, e o município se compromete a comprar serviços.

No município de São Paulo houve alguns arranjos de parcerias mal delineadas que imitam o modelo das OS. Há um empenho em transferir algumas Unidades Básicas de Saúde para que sejam administradas pelas OS. Entendo que as parcerias no setor saúde não têm volta. Embora a história tenha mostrado que existe um certo movimento pendular, não acredito que a completa re-estatização do setor seja o melhor caminho. Até diplomas legais, como a Lei Camata, que impede que o Estado gaste com pessoal mais que um limite, apontam para essa direção. Feitas as contas, os 17 hospitais do Estado – hoje no modelo OS – se fossem contratar pessoal pelo modelo tradicional, alguma coisa em torno de 25 000 funcionários estariam engordando folha de pagamentos do Estado.

Parcerias Público Privadas
História e Estruturação

Deraldo Mesquita

O objetivo deste trabalho é apresentar uma introdução sucinta ao Programa Estadual de Parcerias Público Privadas (PPP), com objetivo de proporcionar uma visão, em linhas gerais, do histórico desse Programa e de sua estruturação atual, para permitir a discussão das parcerias em saúde.

Uma visão geral desse Programa e o conhecimento do seu atual estado de desenvolvimento é fundamental para entender as razões que levaram o Governo do Estado de São Paulo a promover essa discussão sobre *PPP* em outras áreas, sobretudo nas áreas sociais como saúde, educação e dos presídios, entre outras.

A discussão sobre *PPP*, no Governo do Estado, começou de forma mais firme no ano de 2003, durante a elaboração do Plano Plurianual (PPA). Este tem hoje três peças orçamentárias básicas de planejamento dentro do setor público – e O *PPA* é a peça mais longa, abrangendo todas as ações, metas e projetos do governo por um período de quatro anos. Ele começa a ser elaborado no primeiro ano de cada gestão e tem sua validade até o primeiro ano da gestão seguinte. Foi uma fórmula minimamente inteligente que se conseguiu, para pelo menos dar continuidade em certos programas de governo, já que nós tínhamos o péssimo hábito de, em cada gestão, ignorar ou destruir completamente o que vinha sendo feito e começar sempre tudo do zero. Desse modo, a segunda peça orçamentária, talvez a de maior relevância, é a LDO, Lei de Diretrizes Orçamentárias. Esta pode ser interpretada como sendo um corte anual das prioridades dentro do *PPA*, para promover a orientação do orçamento, a elaboração da terceira peça, que seria a Lei Orçamentária Anual, o Orçamento do Estado.

Desse modo, a discussão sobre *PPP* começou, de modo mais consistente, em 2003, no contexto de uma reflexão do governo na qual todas as secretarias e órgãos passam as suas cartas de intenções pros próximos quatro anos, colocando todas as suas demandas, suas intenções e teve uma reflexão muito rica sobre o momento.

Em primeiro lugar, constatou-se uma demanda crescente sobre todos os serviços de utilidade pública ou então de infra-estrutura. Todas as demandas sociais são, na verdade, além de crescentes, cada vez mais complexas. É onde o Estado tem cada vez menos recursos e condições para dar respostas adequadas e de forma isolada. Mas ao mesmo tempo, era possível ver que há um ambiente certamente mais favorável para uma participação maior da iniciativa privada para a ampliação da oferta e melhoria da qualidade dos serviços de utilidade pública.

A aprovação das legislações estaduais e federal sobre a *PPP* refletiu não só uma certa maturidade institucional, mas ofereceu também um ambiente mais propício para essa articulação entre setores público e privado, estabelecendo também uma percepção mais clara acerca das mudanças do papel do Estado.

A privatização do início dos anos 1990 foi realizada em um clima em boa parte passional, no qual os participantes, às vezes, eram recebidas com ovos e pedras na Bolsa de Valores. E hoje a discussão sobre a participação da iniciativa privada está incorporada no cotidiano das pessoas em geral.

A *PPP* vem de um processo de mudança do papel do Estado, em que de produtor direto e centralizador, ele passa cada vez mais a ser articulador dos interesses públicos. E, inicialmente, começou no Brasil com o processo de privatização, depois passou para as concessões e os programas desestatização em estados e alguns municípios, e agora passa a discussão para *PPP*. Este é o diagnóstico relativo à discussão sobre o *PPA*: trata-se realmente de uma sociedade muito mais complexa em que o Estado não é capaz isoladamente de fornecer repostas minimamente adequadas.

As demandas relativas à educação e saúde não são mais de caráter predominantemente quantitativo. Esse aspecto é importante. Porém, ganha relevância a discussão relativa à qualidade. Quando se fala, por exemplo, em inclusão digital de comunidades carentes, esse foi o diagnóstico. Além de tudo, temos alguns aspectos estruturais, gargalos de infra-estrutura para a competitividade da economia também, nos quais a questão dos recursos

financeiros do Estado, a insuficiência de recursos aparecia com mais força, e, a partir daí, vimos a necessidade mesmo de implantar um programa e desenvolver um marco regulatório específico.

Nós vimos que a *PPP*, antes de ser uma panacéia, aparecia como uma alternativa inovadora para ampliação, não só de infra-estrutura, como de serviços públicos em geral. Ela representa um avanço em relação ao sistema de concessões, basicamente por permitir a inclusão de projetos e de ações que não são viáveis economicamente apenas com base na cobrança de tarifa.

Assim, a *PPP* seria o instrumento que legaliza e dá um canal adequado para o subsídio do Estado em projetos que ele considera mais relevantes. Além disso, a *PPP* apresenta um grande potencial para promover mudanças na gestão pública.

No que diz respeito à evolução do tipo de contratação, eu diria que a Lei 8.666, apesar de todos os problemas relativos aos engessamentos, apresentou já um avanço para disciplinar a contratação pública.

As concessões representam um outro avanço em que a gestão e a prestação do serviço, em longo prazo, passa a ser articulada pela iniciativa privada. A *PPP* viria a ser um complemento desse processo.

Além disso, surgem novos parâmetros de qualidade e de performance de referência para a gestão pública. Isso é um aprendizado, na medida em que existireem, em setores semelhantes, diferentes modalidades de contratação. Como exemplo, no sistema de transportes é possível a existência de rodovias semelhantes, que foram contratadas pela Lei de Licitações, e de outras que estão operando pelas concessões comuns, que foram concessões onerosas e mesmo algumas rodovias também que operem em *PPP*. Desse modo, existe um leque de comparação, para ver a qualidade do serviço público e também da gestão. Um leque comparativo e um instrumental muito mais diversificado.

Quanto à Lei Federal de PPP, desde 2003 onde a discussão sobre PPP no País se tornou assim cotidiana, o Governo Federal sinalizava que a sua legislação iria fornecer mais as diretrizes gerais para que os entes federados pudessem adaptar os Programas de PPPs de acordo com suas necessidades e características.

A Lei Federal, de certo modo, disciplinou dois tipos de *PPP*: a concessão patrocinada, que é aquela na qual existe cobrança de tarifa e algum tipo subsídio; e a concessão administrativa, na qual a Administração Pública passa a ser a referência como usuária mais direta e, no caso, e não há cobrança de tarifa.

Além disso, a Lei Federal colocou alguns limites e alguns contornos que precisam ser obedecidos. É possível elencar: o prazo dos contratos que tem que ficar restrito entre um mínimo de cinco e um máximo de 35 anos. Ela vetou a execução isolada de obra pública. Quer dizer, uma *PPP,* mesmo que tenha investimentos, sempre está ligada a uma prestação de serviços. Existe um limite anual da soma dos gastos com contratos de *PPP* a 1% da receita corrente líquida pra cada ente federado. No Estado de São Paulo, hoje, isso daria um limite anual de cerca de 490 milhões de reais por ano. O limite do subsídio nas concessões patrocinadas, o que o governo pode complementar além da tarifa, é de 70% do total e o limite de financiamento público, por exemplo, do BNDES, Caixa Econômica, Banco do Brasil e outras instituições financeiras públicas, é de 70% nos casos mais gerais e 80% em algumas regiões do País.

A PPP coloca alguns desafios comuns para todos os estados. Um exame das legislações estaduais permite notar várias semelhanças entre elas, justamente porque houve na elaboração das leis uma conversa em todas as áreas responsáveis pela elaboração das mesmas. Os Estados conversaram muito, nos seguintes termos: *Olha, nós estamos pensando em fazer garantia pelo Fundo.* A resposta era: *Nós estamos pensando em fazer por empresa.* Dessa forma, ao contrário do sistema na chamada guerra fiscal, tivemos um sistema muito mais cooperativo entre os entes federados na constituição de *PPPs*. Porque um dos desafios, em primeiro lugar, é firmar a *PPP*, é convencer que *PPP* pode ser um instrumento de política pública, muito mais do que só o financiamento de infra-estrutura. O sucesso ou fracasso de um programa num estado tem repercussões sobre todo o sistema.

Neste ponto, a PPP coloca uma condição clara para atingir o sucesso. Depende da confiabilidade dos contratos, são contratos longos. As condições de risco do país impuseram aos programas que partissem com algum sistema de garantia.

A questão da confiabilidade dos contratos, em longo prazo, se *PPP* for um sucesso, deve reduzir a importância dos sistemas de garantias. Para que elas sejam um sucesso, devem se consolidar como ferramenta de apoio ao ajuste fiscal, na questão de reduzir custos, ampliar oferta e qualidade dos serviços públicos, dando mais qualidade com custos menores.

Em relação ao exame da estrutura do Programa Estadual de *PPP*, a Lei Estadual de PPP, que foi aprovada sobre a forma de um programa, é possível dizer que está organizado em três peças fundamentais. Primeiro, o Conselho Gestor, que é um órgão de coordenação e fiscalização. É formado por secretários de Estado mais o Procurador Geral do Estado, mais um representante do setor privado e ele é presidido pelo Vice-governador do Estado e é ligado diretamente ao Gabinete do Governador. Assim, pode-se dizer que é uma instância colegiada do governo, que trata de toda a coordenação e fiscalização do Programa, com a tarefa de garantir que os projetos de *PPP* estejam em conformidade com as prioridades estabelecidas de governo. O segundo pilar é a Companhia Paulista de Parcerias, a *CPP*, que foi a forma encontrada para a montagem do sistema de garantias do Programa Estadual.

É consenso que um sistema de garantias é tanto melhor quanto mais sólido, para permitir a viabilidade e a atratividade dos projetos de *PPP* porque, enfim, são contratos de longo prazo em que há o compromisso de pagamentos por parte do setor público e há sempre um risco de rupturas de contrato, um risco de inadimplência. Assim, os sistemas de garantia são considerados fundamentais, pelo menos no caso brasileiro. Optamos aqui pela constituição de uma empresa em relação a um fundo tradicional por entender que teria uma capacidade operacional maior, quer dizer, a *CPP* está autorizada, desde contratar estudos, prestar garantias, contrair empréstimos, emitir títulos. Ela tem um capital hoje, a parte líquida do capital, para fornecer garantias ele foi originado em ações da SABESP e hoje está todo capitalizado em torno de 720 milhões de reais. E tem uma outra parte de ativos que são dois anexos de imóveis que também podem compor o capital da *CPP*.

É importante, também, examinar o processo de tramitação de projetos, dentro do Programa Estadual. Porque, a partir do momento em que a legislação de *PPP* foi aprovada, criou-se uma expectativa de que *aprovada a lei, basta assinar contratos de vários projetos de PPP e sair celebrando por aí.* E a coisa é bem diferente disso pois, em primeiro lugar, é importante garantir que os projetos estejam em conformidade com as prioridades assumidas. É importante que o Conselho Gestor consiga avaliar todos os projetos e modelagem.

Quando se fala em projetos de *PPP*, faz-se referência a coisas muito distintas. Às vezes existem projetos que já são muito bem acabados e estruturados e, às vezes tudo o que se tem são idéias. E algumas são mais, outras são menos felizes. Assim, para permitir uma uniformidade, deixam-se abertas várias portas de entrada para um projeto no Programa de *PPP*. Ele pode entrar pela Unidade de *PPP* na Secretaria de Economia e Planejamento, pode entrar pelo Conselho Gestor, por meio de seu Secretário Executivo, pela *CPP*, pelas Secretarias, empresas e órgãos do Estado.

Cada projeto passa, no mínimo, duas vezes pelo Conselho Gestor. A primeira avaliação que o Conselho Gestor faz é a da proposta preliminar. Em seguida, o Conselho Gestor examina se o projeto está dentro das prioridades de governo, se ele tem algum potencial para *PPP*, se a articulação com a parceria privada é viável, se pelo menos o prospecto de custos parece alguma coisa factível para o Programa. E, a partir daí, se o Conselho Gestor autorizar, são contratados estudos muito mais aprofundados de modelagem, viabilidade, às vezes até estudos ambientais, que quando estão prontos eles passam pela Unidade de *PPP* e pelo corpo técnico da *CPP* e, com o parecer deles, os projetos passam novamente pelo Conselho Gestor. A aprovação nessa segunda instância, da modelagem para o Conselho Gestor, significa que há autorização para o início do processo de licitação, que, no Estado de São Paulo, começa agora sempre com audiência pública, consulta pública, e depois o processo licitatório propriamente dito, para depois ter a assinatura do contrato. Assim, a tramitação de um projeto de *PPP* é algo extremamente denso, não é uma coisa simples.

Alguns exemplos, de ordem geral, permitirão o balizamento da questão, para que, em seguida, examinemos o que está reservado especificamente para a área da saúde.

Um bom exemplo inicial é o da Linha 4 do metrô, pois esta foi a primeira modelagem aprovada. Desse modo, dentro daquele processo de tramitação, a Linha 4 do Metrô ela teve sua modelagem aprovada em instância final, assim ela já inicia agora o seu processo de licitação. É um projeto, vamos dizer, gigantesco, se for considerada toda a procedência de investimentos do Estado, estamos falando de investimentos da ordem de 3,2 bilhões de reais. A modelagem aprovada foi de uma concessão patrocinada, na qual foi pensada a mitigação de alguns riscos, num modelo que seria inviável na concessão comum. Assim, há mecanismos de mitigação de riscos de demanda, de risco de construção há uma *clearing house*, que também compõe o sistema de garantias e existe um cuidado para também garantir que as gratuidades hoje observadas no sistema metro-ferroviário sejam mantidas e continuem sendo ressarcidas normalmente pelo Estado.

Outro exemplo são os projetos cuja proposta preliminar já foi aprovada pelo Conselho Gestor e que estão agora na fase de aprofundamento de estudos.

Existe o Corredor de Exportação Campinas - Vale do Paraíba - do Porto de São Sebastião, um projeto que integra várias modalidades de contratação, com algumas concessões em rodovias e um projeto de *PPP* para contornos viários e para duplicação da Rodovia dos Tamoios no trecho serra, que é a parte mais complicada e que os estudos preliminares mostram que a cobrança de tarifas não se mostra suficiente pra remunerar o projeto como um todo. E tem também a ampliação do Porto de São Sebastião que está inserida numa discussão se tem que ser por arrendamento, se pode ser concessão ou se pode ser *PPP*. Assim, todos esses estudos estão em andamento e logo mais devem voltar para nova apreciação do Conselho Gestor.

Dos investimentos, os principais são a duplicação da Rodovia dos Tamoios e a duplicação do Porto de São Sebastião. O investimento total do projeto pensado ultrapassa a casa de um bilhão de reais.

Outro projeto é o Corredor Noroeste de Campinas, que também já teve a sua proposta preliminar aprovada no Conselho Gestor. A idéia é fazer com que o fluxo de ligação entre sete municípios da Região Metropolitana de Campinas, que hoje disputa o sistema Anhangüera-Bandeirantes, passe para um corredor exclusivo, com ganhos de conforto, rapidez e segurança. A modelagem está sendo avaliada, não se sabe ainda se será uma concessão comum, se o nível de tarifa vai ser suficiente, ou então partir para uma *PPP* com subsídio do Estado.

Outro exemplo é a Estação de Tratamento de Água *Taiaçupeba*, que é um sistema de concessão administrativa porque é um sistema de apoio ao tratamento de água da SABESP, muito mais para dar confiabilidade e segurança no sistema atual. Os estudos de modelagem e viabilidade estão em curso.

E outra possibilidade é do conjunto desportivo *Constâncio Vaz Guimarães*, é o conjunto poli desportivo do Ibirapuera, que também teve a sua proposta preliminar aprovada, mas que vai depender ainda dos estudos, do projeto arquitetônico e do Plano de Negócios,a possibilidade de concessão, de permissão de uso, ou de *PPP*. Os estudos é que vão indicar a modelagem mais adequada.

Nós estamos fazendo uma seleção de várias idéias e projetos e algumas áreas aqui estão se mostrando assim mais factíveis. Um deles é um projeto em que a parte de engenharia já é até bem estruturada, mas tem várias questões ainda pra responder e a sua proposta preliminar ainda não passou pelo Conselho Gestor, que é o Expresso Aeroporto e Trem de Guarulhos. Trata-se de um projeto integrado com uma mesma faixa de domínio da CPTM atendendo a dois tipos de demanda pública. Primeiro, uma ligação entre uma área central de São Paulo com o com o Aeroporto Internacional de Guarulhos e outra é providenciar uma ligação entre a segunda maior cidade do Estado, Guarulhos, com São Paulo, que é uma demanda precariamente atendida hoje. Os estudos preliminares dão conta de um investimento total de 1,7 bilhão. Então, o projeto deve ser brevemente encaminhado para primeira avaliação preliminar do Conselho Gestor.

Algumas possibilidades em governo eletrônico, trazem dois projetos na área de infra-estrutura: a INTRAGOV, que faz a ligação de toda a comunicação de dados no Estado; e um projeto chamado DATACENTER, que também faria a armazenagem inteligente de todos esses dados. Mas por enquanto também são projetos que não passaram ainda nem pela aprovação preliminar do Conselho Gestor.

Na área de saúde, propriamente, em primeiro lugar, a nossa percepção é que houve um avanço muito grande na gestão de hospitais por Organizações Sociais. Esse avanço também de certa forma se deu também na parte de presídios, embora não de uma forma contundente. Se nós observarmos o contrato de gestão nós temos duas coisas: tem a desoneração do Estado e nós temos metas de qualidade de serviço. Desse modo, quando se fala, por exemplo, em estruturação de *PPP*, em que também a remuneração do parceiro privado depende do cumprimento de metas, da qualidade do serviço, nós estamos falando de coisas muito semelhantes. Esse aprendizado e o sucesso dessa experiência ele dá um ambiente mais favorável.

Até agora, a experiência da participação da iniciativa privada teve muito mais voltada à participação das entidades sem fins lucrativos. Dois fenômenos ganham relevância: primeiro, que a demanda de saúde é muito grande. Em segundo lugar, que a iniciativa privada, vamos dizer, com fins lucrativos, se mostra interessada em participação nesse setor, inclusive na área de serviços públicos de saúde.

Até agora, os desafios existentes para a *PPP* situam-se em campos o do valor mínimo contratual de vint milhões, numa discussão se esse valor mínimo é de contrato, ou é de investimentos, muitas vezes pra casos de municípios de menor porte já barraria alguns projetos. Ademais, *PPP* não pode ser caracterizado, isso por lei, como uma mera terceirização do serviço. Assim, existe a questão dos investimentos. E há uma relação contratual imbricada entre o SUS, para entrar com contrato de *PPP*, que resulta em um certo grau de complexidade. Isso não se dá devido a um defeito de leis em geral, mas à própria cultura da gestão da saúde, que não sabe bem ainda como lidar com contratos como os de *PPP*. Não é por má vontade, mas é por, inclusive falta de uma reflexão de onde se pode chegar em curto prazo. O que se vê é que alguns gestores de saúde, no moment,o estão tentando aprender, ver, comparar as legislações pra ver aonde podem atuar.

O setor privado tem feito algumas propostas, mas estas são muito genéricas ainda. Por exemplo, na área de Análises Clínicas, existem propostas em que se monta um laboratório ainda com um padrão de referência de pagamentos SUS, em que se mostraria viável a partir de um determinado número de atendimentos. Mas aí é uma proposta ainda muito genérica. Existe uma necessidade, por exemplo, de um sistema de análises Clínicas no Hospital do Servidor Público. Aí começa a dar mais uma formatação de projeto do que uma idéia genérica. E também se vê alguma proposta para os Centros de Recuperação e *Fitness,* na área de recuperação cardiológica, mas que também ficou num plano ainda mais geral e sem chegar a um nível de início de detalhamento do projeto. A *PPP* não veio pra destruir o que deu certo, então não há porque se pensar que, agora, porque existe a PPP, uma vez que há uma legislação específica para elas, vai se jogar tudo fora e se vai começar tudo a ser feito por esse mecanismo. Não é nada disso. Em primeiro lugar, onde se mostra viável, deve ser aprofundada; a experiência das Organizações Sociais deveria ser ampliada. Agora, nos casos específicos onde a iniciativa privada, com fins lucrativos mesmo, que tem capital, tem experiências lá fora, queira atuar, aabrirá um campo muito fértil no futuro.

Finalmente, é preciso reconhecer que estamos, ainda, dando um primeiro passo em relação a uma coisa complexa, em termos de gestão pública, de contratação e de articulação com a iniciativa privada. A ênfase na infra-estrutura existe em função do fato de que as áreas de planejamento de transporte e transporte metropolitano já vinham com uma experiência muito mais densa na questão da concessão, mas é questão de tempo para que se chegue a áreas sociais e, quem sabe um dia, se faça, por exemplo, um sistema como a FEBEM e evoluir pra uma coisa muito melhor do que isso.

Debates Jurídicos das Parcerias Público Privadas

Carlos Ari Sundfeld

Este trabalho tem por foco o exame do conceito de Parceria Público Privada (PPP). Esta tarefa exige, necessariamente, que se focalize, com algum grau de detalhamento, o debate jurídico que envolve a questão. O que aconteceu com a idéia, veiculada, no Brasil, pela expressão, foi que, em primeiro lugar, ela serviu para designar a tendência de modificação das relações da Administração Pública com os particulares, sobretudo a partir da década de 90.

Essa mesma tendência poderia ser abrangida numa larga expressão, que é a *privatização***.** Por esta, entende-se a transferência, por diferentes mecanismos, de atividades típicas do Estado para as organizações particulares, sem que o Estado perca o controle ou a regulação do setor. O que houve foi uma modificação das estruturas de prestação dos serviços ou de desenvolvimento das atividades, que nós podemos *grosso modo* chamar de *privatização*.

Desse modo, a expressão *PPP* faz referência uma série de experiências ligadas ao amplo programa de privatização. Elas envolvem novos vínculos do Estado com o Terceiro Setor, em termos de parcerias e contratos de gestão das Organizações Sociais e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS) e também delegações de serviços públicos econômicos, por meio de contratos de concessão de serviço público mediante cobrança de tarifa, que se desenvolveram ou se intensificaram no Brasil, a partir de 1995, quando foi aprovada uma Lei de Concessão – Lei Federal n.º 8.987; ou ainda instrumentos de outorga específicos de cada setor, como o portuário e o elétrico. A expressão *parceria público privada* acabou se transformando em um gênero, abrangendo uma série de variantes nem sempre sob regime jurídico comum e nem sempre ligadas a um mesmo tipo de experiência de gestão. Mas, nos últimos anos, a expressão acabou colorindo um debate que, se de alguma maneira deriva do anterior, tem também algo de novo.

A partir de 2002, no último ano do governo Fernando Henrique Cardoso, o Ministério do Planejamento começou a elaborar estudos a respeito da necessidade de complementação do sistema legal brasileiro, para introduzir aqui experiências que, com esta denominação, *PPP*, estariam sendo realizadas com sucesso em muitos lugares: na Inglaterra, em Portugal, e Chile, entre outros. Não é pacífico que Portugal represente um exemplo de muito sucesso, mas de qualquer maneira, experiências dessa natureza, estavam sendo realizadas por todos lados. Desse modo, chegou-se à conclusão de que havia necessidade de alguma forma de modificação legal. Não exatamente para introduzir a idéia de PPP no Brasil, pois ela já estava entre nós, embora não com esse nome, mas por meio de leis como a de Concessão, a das Organizações Sociais, ou a das OSCIPs. Enfim, havia uma série de desenvolvimentos recentes, tanto de normas jurídicas como de experiências concretas, que correspondiam àquilo que internacionalmente se vinha reunindo sob essa expressão PPP e que têm alguma coisa em comum.

Concluiu-se naquele momento, em 2002, que era necessário fazer alguma modificação legislativa para complementar a legislação brasileira; para resolver algumas lacunas e criar alguns conceitos novos, permitindo a celebração de alguns contratos que até então não eram viáveis. Foi a partir de então que se desenvolveu uma tendência: em primeiro lugar o governo federal, estudando internamente o tema, logo a seguir os Estados, mandando projetos de lei para as Assembléias Legislativas e aprovando-os. O primeiro projeto de lei aprovado foi o do Estado de Minas Gerais. A mais relevante das leis de *PPP* é evidentemente a federal, a Lei 11.079, de 2004.

A Lei Federal de PPP reduziu a expressão *parceria público privada* a um sentido bem específico. Não se trata de uma lei geral de parcerias entre a Administração Pública e particulares, mas de uma lei sobre duas espécies de parcerias especialmente criadas: a *concessão administrativa* e a *concessão patrocinada*.

A *concessão patrocinada* é a velha concessão de serviço público com cobrança de tarifa, mas com a possibilidade de o Poder Público subsidiar a tarifa, isto é, fazer um patrocínio, pagar ao concessionário um adicional de tarifa.

A *concessão administrativa* é um novo tipo de contrato, até então inexistente, para que a Administração Pública contrate serviços, que lhe serão prestados pelo concessionário direta ou indiretamente. O peculiar dessa concessão é que a remuneração do particular será integralmente paga pela Administração Pública e não pelos eventuais usuários. Essa modalidade de concessão tem vocação para ser aplicada aos serviços sociais, pois neles não há possibilidade de cobrança de tarifa. São serviços que, conquanto públicos, não são serviços econômicos, não são mantidos por meio de tarifas, mas sim por receita tributária *lato sensu.* Assim, a Administração Pública pode celebrar tais contratos com a empresa que se disponha a manter – ou até a construir – um hospital, um presídio, ou uma escola, caso em que caberá à Administração, arcar com a integralidade do preço dos serviços. Essa é, portanto, a inovação da Lei Federal de *PPP*.

Há também leis estaduais sobre o assunto. Em muitos estados, como em São Paulo, em Minas Gerais e em vários outros, já foram postos em consulta pública os primeiros editais de licitação de *PPP*.

Todavia, para fins do debate de hoje – que é relativo aos serviços de saúde – nossa perspectiva não é a das *PPP* em sentido estrito, isto é, não se trata apenas de avaliar a Lei 11.079, ou suas correspondentes nos Estados. Trata-se, isto sim, de fazer uma análise mais abrangente do fenômeno que cabe nesse conceito, o de parceria. Portanto, teremos de falar das relações contratuais do Estado com o Terceiro Setor, por meio de contratos de gestão e termos de parceria, e de outros mecanismos desenvolvidos ao longo do tempo, como as fundações de apoio.

Neste ponto, é conveniente voltarmos o nosso foco para algumas questões envolvendo o aspecto jurídico da questão, ou seja, examinar alguns problemas jurídicos da discussão sobre a contratualização no setor de saúde, que envolve tanto a utilização das Organizações Sociais quanto dos contratos de prestação de serviços tradicionais da Lei 8.666/95 e mesmo das mais recentes parcerias público privadas. A questão relevante para esta discussão é o envolvimento do Direito Administrativo.

A construção do Direito Administrativo foi um desafio extremamente importante enfrentado pelo Brasil. O País precisava dele, que é fundamental a qualquer Estado civilizado. E essa construção deu muito trabalho. No Brasil, ele começa efetivamente a ser construído na Década de 1930, quando se passou a fazer um grande esforço para identificar as regras jurídicas fundamentais para regular a Administração Pública, eliminando as práticas patrimonialistas.

Um grande exemplo disso foi a construção da legislação sobre os *Servidores Públicos,* que começa nesse período e vai paulatinamente se desenvolvendo de modo a racionalizar o seu regime, inclusive pela universalização da idéia de concurso público. E isso depois foi tomando as várias áreas, como a da *programação financeira* – que foi objeto de uma regulamentação jurídica, que pouco a pouco tornou cada vez mais consistente o controle dos gastos públicos – e a das *licitações e contratos administrativos*, entre outras.

É a essa construção que denominamos Direito Administrativo. É um conjunto de princípios e de regras que tenta organizar a Administração Pública, permitindo que esta funcione de maneira impessoal, que haja controle externo, que haja controle interno, que o sistema seja meritocrático. Essa foi a construção do Direito Administrativo, da qual nós, os administrativistas, somos os guardiões. Acontece que a tendência dominante foi a de o regime jurídico-administrativo ir se enrijecendo mais e mais. Imaginou-se, inclusive, ser fundamental uniformizar o núcleo do Direito Administrativo nacionalmente, pelos riscos que decorreriam da existência de Direitos diversos em cada município, em cada Estado e em cada órgão público da União. Desse modo, foi editada uma lei básica de licitação nacional, um regime para os funcionários públicos previsto na própria Constituição da República.

Essa uniformização, que por um lado teve qualidades inegáveis, de outro prejudicou a eficiência da Administração, que se viu engessada. A reação natural a isso foi a tentativa, que se manifestou por muitas formas, de a Administração Pública fugir do Direito Administrativo. A primeira manifestação importante desse fenômeno – que se tornou fortíssimo durante o regime militar, na Década de 1970 – foi a criação dos novos entes da Administração Pública Indireta sob a forma de empresas estatais e de fundações, submetidas ao Direito Privado e não ao Direito Público. Era uma maneira de fugir do Direito Administrativo, mas sem promover a desestatização, sem eliminar o vínculo orgânico, pois as empresas estatais ficavam sob o controle do Estado, por meio da supervisão ministerial, embora não se submetessem aos procedimentos trabalhosos do Direito Administrativo, como a licitação, o concurso público e outros institutos. Em verdade, esse modelo tinha algumas das características do sistema das fundações de apoio.

Era, pois, uma fuga do Direito Público, embora ainda sem a desestatização. Era uma maneira de flexibilizar a gestão. Tinha lá o seu valor, mas também os seus perigos. Era uma solução construída pelos gestores, que reclamavam liberdade de meios para atingir os resultados que lhes eram cobrados. A esta solução, por óbvio, iriam se opor os velhos professores, os juristas, guardiões das tradições e dos valores incorporados pelo Direito Público. Sendo realista, é preciso reconhecer que a estrutura de empresas estatais e das fundações funcionou bem, do ponto de vista da capacidade de obter resultados. Por meio delas, o Brasil investiu dinheiro e progrediu muito. Mas havia problemas sérios quanto aos meios: o sistema não era republicano, havia espaço para o personalismo e a corrupção.

E a *vingança* dos juristas não tardou. Os administrativistas travaram uma longa luta contra esse sistema e o foram pouco a pouco encurralando, sobretudo a partir da redemocratização do país, em 1985. Um dos capítulos dessa luta foi o decreto-lei 2.300, de 1986, que criou o Estatuto Nacional das Licitações e Contratos Administrativos e acabou por sujeitar as empresas estatais e as fundações ao dever de licitar e a todas as regras contratuais típicas da Administração Pública. E, em 1988, por meio da nova Constituição da República, isso foi constitucionalizado e se enquadrou integralmente a Administração Indireta – inclusive as empresas estatais e as fundações – no regime do Direito Administrativo, para impedir sua fuga para as formas mais flexíveis do Direito Privado.

Submeter ao regime do Direito Administrativo significa, essencialmente, que todas as empresas estatais têm que fazer concursos públicos para admitir empregados; instaurar licitação para celebrar contratos em geral; obedecer à lei orçamentária anual quanto a seus planos de investimento; e sujeitar-se à fiscalização do Tribunal de Contas. O regime geral da Administração Pública Direta, que são órgãos do Poder Executivo; e Indireta, as autarquias, empresas estatais e fundações, foi se uniformizando, com um alto grau de enrijecimento da gestão. Esse foi o efeito da Constituição de 1988 e das leis e decisões judiciais que a ela se seguiram.

Mas logo a seguir, na Década de 1990, veio a desestatização, que em certa medida serviu como caminho de saída dos efeitos desse enrijecimento. Houve também, a partir daí – sobretudo no período em que o Prof. Luis Carlos Bresser Pereira era Ministro da Administração, durante o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso – uma tentativa de rediscutir o regime de Direito Administrativo. Por exemplo, a idéia, por ela adotada, de criar *agências executivas* partia da hipótese de que era possível ter vários regimes de Direito Administrativo, alguns mais flexíveis do que outros; então, desde que uma entidade, um órgão estatal, uma empresa estatal ou uma fundação estatal se comprometesse com resultados, poderia ter mais flexibilidade quanto ao

regime de pessoal, ao regime orçamentário, à licitação, entre outros. Essa era a idéia. Não funcionou, absolutamente não funcionou. E isso porque contrariava a tendência da Constituição e porque levantava uma séria desconfiança entre os juristas: *Olha lá a fuga do Direito Administrativo de novo.*

Durante esse governo, várias tentativas de reformar a Lei de Licitações também fracassaram. E, curiosamente, o que acabou acontecendo naquele período foi um solapamento por baixo; embora a Lei de Licitações continuasse com procedimentos e exigências rígidas, por meio de medidas provisórias inúmeras hipóteses legais de dispensa de licitação foram sendo previstas, em favor de órgãos, entidades ou projetos com maior capacidade de fazer *lobby* legislativo. Um exemplo é o artigo 24 da Lei 8.666, de 1993, com suas alterações posteriores. Quem quer que, dentro da Administração, tinha alguma organização e influência conseguiu inscrever ali uma hipótese de dispensa de licitação. E por que esse tipo de saída pela lateral? Porque não se conseguia rediscutir o regime da licitação em si, então quem pôde tratou de fugir dela, pura e simplesmente.

A grande reforma do sistema de licitações e contratações da Administração Pública ocorreu quase por acaso. A reforma das licitações no Brasil começou a se viabilizar com a criação, em 1997, de uma nova modalidade, o Pregão. Isso ocorreu quando da criação da ANATEL, a agência reguladora das telecomunicações, em virtude de um compromisso meu – estava encarregado pelo Governo Federal de conceber juridicamente o Direito das telecomunicações e a agência reguladora – com o então Ministro das Comunicações, Sérgio Motta. Ele dizia o seguinte: *Se a Anatel for obrigada a licitar não vai funcionar e a regulação não vai funcionar no Brasil. Então coloca aí que a ANATEL não é obrigada a licitar.* Eu dizia: *Ministro, eu sou professor de Direito Administrativo! Não posso fazer isso. Quer que me matem?* Aí fizemos um pacto e eu disse, meio a sério meio na ironia: *Eu vou lhe criar uma coisa nova e o senhor vai passar para a história como quem reformou as licitações no Brasil.* Ele achou graça e, na verdade, vaidoso que era, encantou-se com essa perspectiva. A história posterior todos conhecem: realmente funcionou assim, a coisa se desenvolveu; a partir de 2000 o Pregão passou a servir a toda a União e, a partir de 2002, a toda a Administração Pública brasileira.

O que isso nos mostra de interessante? É a dificuldade existente na Administração Pública para rediscutir uma coisa tão simples, que é o regime das licitações. Quer dizer, grande parte da fuga para o Direito Privado decorre da má qualidade do regime das licitações, da má qualidade do regime dos funcionários públicos, da má qualidade do sistema normativo previdenciário público, entre outros fatores. A qualidade é má na despreocupação quanto aos efeitos das normas na ação do gestor. A legislação é inspirada em grandes ideais republicanos e se deixa fascinar por eles, esquecendo-se que a aplicação das normas tem custos.

Mais ou menos na Década de 1990 surgiu a tendência de privatização e de desestatização e a criação de formas contratuais novas para permitir que a Administração Pública delegasse às entidades particulares atividades que então fazia por si mesma. Isso surgiu de uma maneira acanhada. O caso da Fundação de Apoio é um exemplo da incapacidade total de discutir abertamente um modelo. O que foi feito? Obteve-se a aprovação, aproveitando o prestígio pessoal de quem fez, o respeito que se tinha por quem fez e conseguiu-se passar por debaixo do pano um regime que foi acusado de ilegal, mas que se impôs, baseado no prestígio de quem tem. E o Tribunal de Contas de São Paulo não reagiu, talvez porque, dizem os críticos, também os conselheiros do Tribunal de Contas se internam no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas.

Desse modo, houve uma grande dificuldade de discutir o modelo. Essa dificuldade foi vencida em parte no caso das Organizações Sociais (OS). Isso explica um pouco o seu sucesso, principalmente em São Paulo. As Organizações Sociais foram discutidas na Assembléia Legislativa, houve um acordo, segundo o qual só seriam transferidos para a gestão por OS os hospitais novos, não os antigos. Isso diminuiu a resistência ao modelo. Quer dizer, houve uma discussão. Pode não ter sido fantástica, maravilhosa, mas houve. E aí se criou um regime jurídico que tem certa clareza. É evidente, contudo, que a contratação de serviços de saúde com o Terceiro Setor é também um meio de a Administração fugir do Direito Administrativo. Por quanto tempo irá funcionar?

Recentemente, o governo federal editou um Decreto, o de n.º 5.504, de 5 de agosto de 2005, para obrigar as Organizações Sociais e as OSCIPS, que com ele contratam, a fazer licitação para aplicar os recursos públicos que recebem. Começa o ocorrer, assim, o mesmo fenômeno que assistimos em relação às empresas estatais: o Direito Administrativo tenta recapturar os seus fugitivos.

A sorte é que agora nós temos um modelo de licitação muito melhor – eu ao menos assim o considero – e ele é o Pregão. Mas o Decreto n.º 5.504, de 2005 foi só o primeiro *round*. O controle das OS e OSCIPS pelo Tribunal de Contas já existe e é possível que ele as vá, pouco a pouco, submetendo mais e mais ao Direito Administrativo.

Portanto, há esse risco de que as parcerias, pelo modelo das Organizações Sociais, acabem sendo frustradas, pela desconfiança de que elas sejam apenas um meio de fuga do Direito Administrativo. Então é preciso que alguns pontos essenciais sejam rediscutidos, para que se possa convencer a sociedade, os órgãos de controle e os administrativistas de que se trata de uma alternativa honesta, que também se submete a regras e controles. O conceito de ente público não-estatal, que se aplicaria a OS e OSCIPs, ainda está por ser bem construído.

Com relação à *PPP*, com a aprovação da Lei 11.079 ela acabou se transformando em algo muito limitado no Direito brasileiro, de difícil aplicação ao menos em um primeiro momento na área da saúde. É que o contrato de concessão administrativa está pensado mais para aqueles casos em que há investimento na constituição de infra-estrutura, e não é isso exatamente o que se está pensando em matéria de saúde. O que mais se busca desenvolver são os contratos que permitam passar para o particular a gestão de infra-estrutura já existente, que será construída pelo próprio Estado. Nesse sentido é que seria importante reformar o regime das contratações públicas da Lei 8.666, de 1993, para viabilizar, por exemplo, contratos de prestação de serviços que durem mais de cinco anos. Hoje, os contratos que não envolvem investimentos, que são os de serviços da Lei 8.666, duram no máximo cinco anos. Se envolver investimentos de vinte milhões de reais pode durar mais de cinco anos e aí cai no regime da Lei *PPP*.

Finalmente, há um risco de que todas essas novas figuras – as parcerias em sentido amplo e em sentido restrito – acabem por se descaracterizar pouco a pouco. Há ainda um grande esforço a ser feito na elaboração e consolidação de regras que as legitimem ao máximo, evitando que elas sirvam para o gasto descontrolado de recursos públicos. Em suma, o regime jurídico da entidade pública não-estatal ainda está por ser desenhado por completo. Sua ampla aplicação no setor de saúde depende disso.

Contratualização e Organizações Sociais:

Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional

Fernando Abrucio

Para entender o conceito de Organizações Sociais e seu uso mais específico na área de Saúde, é fundamental discutir o tema da contratualização na administração pública, mecanismo impulsionado pelas reformas da Nova Gestão Pública, iniciadas em meados dos anos 1980.

A origem do conceito de contratualização é relativamente recente, embora registros de experiências de parcerias entre os campos público e privado mostrem que elas sejam bem antigas na provisão de bens públicos. Tal provisão ocorria mais ao estilo da filantropia quando o Estado não era organizado ainda como um prestador de serviços. E, mesmo quando se constituíram os *Welfare States*, provisões mistas público-privado continuaram a existir em vários países. Porém, há novidades hoje na proposição de novas formas de gestão dos bens públicos, vinculadas à chamada Nova Gestão Pública (NGP).

O conceito de Nova Gestão Pública abarca uma série de objetivos e formas administrativas que foram colocadas em prática a partir dos anos 1980. Seus primeiros passos foram dados pelo governo Thatcher, na Inglaterra. Contudo, ao longo dos últimos vinte e cinco anos houve muitas revisões dos propósitos originais, mais relacionados à idéia de Estado mínimo. Hoje, países com grande quantidade de gastos públicos em relação ao PIB ou com forte intervenção estatal, como as nações escandinavas, utilizam-se das idéias da NGP, sem nenhuma ligação com o ideário neoliberal.

Cabe frisar que a idéia de um modelo único de Nova Gestão Pública não é verdadeira. O que há são certos princípios vinculados a duas questões. A primeira diz respeito às críticas ao desenvolvimento da administração burocrática tradicional, argumentos que têm sido arrolados desde as décadas de 1940 e 1950, pelo menos. São autores, como Merton e Crouzier, que argumentam contra o excesso de padronização presente nas burocracias, produtora de um mundo procedimental que ganha autonomia sobre os objetivos da organização.

O fato é que a evolução das organizações burocráticas redundou num conjunto de buropatologias, para usar um termo do Gerald Caiden, que levaram a menor eficiência, agilidade e transparência da Administração Pública. Isso é um fenômeno internacional, ainda que ganhe características vinculadas à história de cada país. A esta crítica à burocracia clássica, somou-se a mudança do ambiente no qual os Estados nacionais atuam. Acima de tudo, os governos hoje têm menos recursos em comparação às demandas que têm de responder. Não são apenas restrições fiscais, mas o crescimento e a complexificação dos grupos capazes de pressionar por políticas públicas. Ademais, há inovações tecnológicas e de gestão que devem ser levadas em conta.

Portanto, a Nova Gestão Pública nasce num contexto de críticas às buropatologias, de um lado, e de novos desafios econômicos, políticos e sociais colocados ao Estado, de outro. O centro de suas soluções baseia-se na proposta de uma gestão pública orientada por resultados. Sua operacionalização dar-se-ia pela produção de metas e indicadores que possam ser técnica e politicamente construídos e avaliados. Suas características principais seriam a flexibilização da gestão, uma organização menos hierarquizada e compartimentalizada, o aumento da transparência das atividades governamentais, e a criação de um novo modelo de relacionamento entre o Estado, o mercado e a sociedade, vinculado às parcerias e à ação em rede, e não mais ao monopólio estatal da provisão. Ressalte-se que o Estado permanece o responsável último pelas políticas públicas, cabendo-lhe o papel de dar as condições de financiamento, indução e regulação para que os serviços sejam adequadamente prestados.

É dessa nova forma de gestão que nasce o tema da contratualização, ponto central dessa exposição. A Administração Pública se torna uma coleção de contratos, voltados para o ambiente interno e o externo. No primeiro caso, são firmados contratos de gestão entre órgãos centrais e unidades desconcentradas, baseados em metas e indicadores previamente definidos. No segundo aspecto, trata-se de compartilhar ou repassar a provisão direta dos serviços a entes não-estatais, que podem ser agentes privados que buscam lucro ou organizações sociais originadas de entidades do Terceiro Setor, de Universidades, da comunidade ou mesmo do mercado, que, neste caso, mudam sua orientação vinculada predominantemente ao lucro.

O importante na contratualização externa à Administração Pública é garantir a construção daquilo que Bresser Pereira chama de espaço público não-estatal, onde a provisão não é feita pelo Estado, mas este deve deter os instrumentos para garantir a qualidade dos serviços e se responsabilizar perante os cidadãos. Concessões, PPPs, Organizações Sociais, todas são formas que podem entrar neste perfil, dependendo dos objetivos públicos que se colocam em cada situação.

Ademais, é possível pensar em formas de concessão ou, para usar o tema mais utilizado nos dias de hoje, em *PPPs*. Sempre digo que, na atualidade, devemos fugir das discussões nomológicas, pois, às vezes, a nomologia não ajuda a vida humana. Ficar em busca de um nome, quando o mais importante é saber a lógica de funcionamento das coisas. O fato é que o importante é pensar que tipo de contratualização vem sendo utilizada nesse sentido ao qual podemos dar a idéia de PPPs ou coisa que o valha. Que são na verdade contratos em que o Estado repassa ao mercado as entidades sociais - aí o Prof. Bresser tem um termo que é bastante feliz, a idéia de um espaço público não estatal e que vão exercer a provisão de bens públicos, embora o responsável último continue sendo o Estado.

A contratualização enfrenta hoje dois grandes mitos. O primeiro deles relaciona contratualização ao neoliberalismo. Esta última palavra normalmente é usada como um xingamento e é pouco definida no debate. A despeito disso, uma visão neoliberal seria aquela que defende a menor intervenção do Estado, com impactos, sobretudo, na redução do gasto público, tema central dessa linha de pensamento. Seguindo esta argumentação, constata-se que as formas de contratualização não têm nenhuma relação intrínseca com o neoliberalismo, uma vez que países que utilizaram tal instrumento, como Nova Zelândia e a Suécia (país com maior participação dos gastos estatais em relação ao PIB na OCDE), não diminuíram significativamente as despesas públicas.

O segundo mito é aquele que se baseia na idéia de que contratualização é mais fácil de controlar. Não é mais fácil; é diferente. Trata-se de um modelo mais simples do que a lógica procedimental da burocracia clássica, que procurava controlar passo a passo todas as ações administrativas. Em vez disso, busca-se o controle de metas por indicadores bem definidos. Os resultados levam mais em conta os objetivos da organização e são mais fáceis de modificar conforme o desempenho atingido. A população também é beneficiada, uma vez que pode fiscalizar melhor as políticas. Só que a montagem da contratualização depende de um forte aparato regulatório, com instituições e pessoal adequados, tarefa que exige um Estado mais forte, inteligente, eficiente e ágil. Se a contratualização favorece a produção de melhores resultados, por um lado, ela exige uma ampla mudança institucional e de cultura política, por outro – nada fácil, ressalte-se.

Para que a contratualização seja bem realizada, há algumas condições básicas. A primeira delas diz respeito à necessidade de forte regulação estatal. É interessante notar que os lugares onde houve maior sucesso das reformas da Nova Gestão Pública foram aqueles em que a burocracia meritocrática era forte, e não fraca. O *National Health Service* (NHS) inglês é constituído por excelentes funcionários públicos. É o mesmo caso da Suécia, país que sofreu várias reformas nesta linha. Lembrando que o caracteriza a qualidade da burocracia não é o seu tamanho.

A segunda condição para o sucesso da contratualização é adotar uma gestão por resultados. A lógica desse modelo exige um alto grau de flexibilidade da Administração Pública. Isso não significa a equiparação com a administração privada. Como bem notou Adam Przeworski, a diferença entre a gestão privada e a pública é que a primeira pode se orientar por um poucos objetivos, todos atinentes com a sobrevivência da própria empresa, ao passo que o Estado tem de dar conta de múltiplos objetivos, alguns deles conflitantes entre si. Por esta razão, a contratualização orientada por resultados da Nova Gestão Publica supõe um cuidado maior na confecção e controle dos contratos.

A terceira condição diz respeito à qualidade dos contratos. Isto é, a segurança jurídica do país, a forma de escolha dos prestadores de serviços, o modelo de avaliação, a definição e a qualificação dos avaliadores e, com destaque, a existência de mais de órgão com capacidade de controlar ou fiscalizar a contratualização.

O bom entrosamento entre as instituições responsáveis pelo monitoramento dos contratos constitui uma quarta condição. Não se pode ter um modelo de contratualização em que os Poderes e órgãos de controle tenham concepção contrária a este processo – algo que ocorreu com as OSCIPS, como ainda há com as OS e, com certeza, haverá com as PPPs. No caso brasileiro, os Tribunais de contas são o maior obstáculo à adoção de instrumentos da Nova gestão Pública, fruto da visão retrógrada e burocrática que ainda predomina na maioria deles.

Como quinto aspecto, a pluralidade institucional e de provedores é uma das condições mais importantes ao êxito da contratualização. Ou seja, ela terá mais sucesso quanto mais formas e agentes contratuais houver. Tal multiplicidade favorece o controle e fornece um maior leque de possibilidades de provisão de serviços públicos.

Sistemas de contratualização têm como variável-chave a qualidade das informações – sexta condição. Se não houver dados disseminados e transparentes para múltiplos atores, a gestão contratual por resultados perde efetividade. Exemplo: formas de contratualização em educação ocorrem em vários países. São os pais que escolhem as escolas, logo, se tiverem informação precária, farão a opção errada, sendo prejudicados pelo modelo da Nova Gestão Pública.

Um sétimo ponto tem a ver com o binômio que se pode chamar de coordenação-competição. Começo pelo segundo elemento. Contratualização dá tanto mais certo, quanto mais houver mecanismos que, de alguma maneira, incentivem competição. É claro que a idéia clássica é a da competição administrada, de um quase mercado, que são sistemas importantes para gerar incentivos para que os atores busquem melhores resultados. Se não houver nenhum tipo de incentivo competitivo, a tendência é repetir o mesmo padrão. Se o sistema diz: *sempre haverá esse orçamento aqui, independentemente do seu resultado*, ele é falho do ponto de vista da contratualização. É isso o que diz a literatura.

É preciso ter alguns tipos de incentivo de competição, mas também é preciso ter alguns tipos de incentivo na coordenação, sobretudo quando falamos sistemas de provisão. Competição quase completa é mais fácil quando vai se construir uma estrada, quando vai se construir um Terminal Rodoviário. Quando se fala em sistemas de provisão, educação, saúde, assistência social que constituem sistemas de provisão, se não houver coordenação entre as partes, ao invés de um círculo virtuoso se gera um círculo vicioso. Os serviços públicos serão melhores aos mais ricos e piores aos mais pobres. É preciso ter um sistema de coordenação. Desse modo, a contratualização tem melhores resultados

quanto mais cria um sistema de equilíbrio entre coordenação e competição.

Oitava condição: formas de *accountability* ou responsabilização são fundamentais para que a contratualização não se torne um modelo perverso. Do contrário, seria como afirmar que o Estado controlará melhor um ente para o qual repassou uma função, quando, antes, ele próprio a executava e quem o controlava era o cidadão. Haveria uma perda de legitimidade e de capacidade interferir nas políticas públicas, afastando os usuários do controle efetivo dos serviços.

E, por fim, a última condição é a idéia de rede, tomada aqui como a criação de formas de parceria entre o Estado, a sociedade e o mercado. Cabe ressaltar que as redes dão mais certo se já houver arranjos informais prévios, como associações profissionais ou alianças entre universidades e/ou pesquisadores. Portanto, rede supõe a existência de gente qualificada e engajada para ativar o sistema. Claro que há a possibilidade de indução por parte do Estado, mas ela tanto será mais bem sucedida se forem construídas coalizões em torno de determinados assuntos.

As experiências de contratualização revelam que há resultados muito distintos dependendo do setor. Contratos de provisão na área de infra-estrutura, por exemplo, relacionam-se bastante com necessidade de recursos para investimento, como é o caso das PPPs. Na área social, a contratualização envolve a provisão de um serviço contínuo com mais eficiência e mais qualidade, além de um contato bem mais direto com o público-alvo, derivando daí um maior poder de pressão social.

Para os objetivos deste seminário, observemos o caso do *National Health Service* (NHS), o sistema de saúde inglês que passou por várias reformas nos últimos vinte anos. Do ponto de vista da contratualização um primeiro avanço foi o pluralismo institucional, baseado na compra, por um órgão central, dos serviços oferecidos em regime de competição administrada. A lógica deste modelo era a do "dinheiro seguindo os pacientes". Assim, havia competição, os pacientes escolhiam os médicos e a infra-estrutura que gostariam de ter e, portanto, a competição era um sinalizador importante para os pacientes. Mas não é só isso, a pluralidade institucional significou acima de tudo levar em conta as diferenças entre as regiões. Há uma tendência no modelo burocrático de uniformização na provisão dos serviços públicos. A pluralidade institucional traz possibilidades maiores de lidar com as diferenças na provisão. Esse é um ponto essencial. A qualidade institucional sempre esteve muito envolvida nas reformas de gestão pública com descentralização ou desconcentração administrativa.

Continuando a análise do caso do NHS, outro avanço teve a ver com a flexibilização da gestão. É interessante porque a reação inicial dos médicos na Inglaterra, como aliás em qualquer lugar do mundo que tenha tido pelo menos alguns anos do modelo burocrático, era: *Não queremos esse modelo.* Se focarmos a qualidade institucional, os salários médicos são maiores na Inglaterra. E não só isso, a flexibilidade de gestão aumentou a capacidade dos hospitais encontrarem soluções num mundo cada vez mais cambiante, cada vez mais em mutação. Isto vale para todas as áreas, não vale apenas para saúde. A grande dificuldade dos estudos acadêmicos é entender que a produção de políticas passa por um momento de intensa transformação, inclusive no caso da Saúde, no qual houve uma brutal mudança no perfil epidemiológico. E isso exige uma flexibilidade de gestão muito grande e que modelos muito uniformes e hierarquizados não conseguem dar conta.

Um terceiro avanço desse modelo do NHS é a idéia de contrato e resultados. Quer dizer, em boa medida ele foi alimentado pela capacidade de produzir resultados a partir da contratualização. Temo muito que no Brasil a contratualização seja uma mera forma de flexibilizar para reduzir custos. Isto é até interessante, diante dos problemas com gastos correntes que o governo brasileiro tem. Mas essa é uma visão pobre do conceito e da Nova Gestão Pública. No caso da área de Saúde na Inglaterra, os contratos foram espelhos dos resultados que eram almejados, vinculados à multiplicidade dos objetivos perseguidos pela administração pública. No Brasil, pelo o que eu conheço das experiências de contratualização, os modelos contratuais são pouco sofisticados e limitados em relação às metas que devem ser atingidas. Em outras palavras, aqui os contratos não são espelhos dos resultados que se desejam, até porque o Estado não tem tido capacidade de saber quais resultados deseja nas diversas políticas públicas.

E, por fim, com o NHS o controle social aumentou e não diminuiu. O *accountability* aumentou e não diminuiu com a pluralidade institucional. Ao contrário, no outro modelo, a capacidade da sociedade de controlar um sistema mais hierarquizado, uniforme de burocracia, era menor. Com a contratualização ele pode ser maior. Mas problemas aqui estiveram presentes. Um é o da informação. Quer dizer, no caso inglês se mostrou claramente que se havia uma assimetria clara de informação entre os beneficiários últimos e os produtores das políticas. O que exigiu, a todo o momento, ação estatal.

Outro problema tem a ver com falhas de contrato. Por exemplo: é preciso evitar a seleção adversa, pois quando há ligação entre os provedores pode haver um aumento dos procedimentos de alto custo. O que é interessante no caso inglês na Saúde é pensar como que eles tentavam corrigir as falhas de contrato. Simples (e ilusório): tornando os contratos maiores, algo que criava uma nova falha de contrato. Ou seja, pra resolver probleminhas que apareciam ali, eles voltavam muitas vezes à lógica procedimental da burocracia clássica, piorando o modelo.

Mais um erro que por vezes apareceu na experiência inglesa foi tomar a eficiência como único incentivo contratual. Isso é muito complicado num tipo de provisão como o da área de Saúde, em que eficiência tem que ser um objetivo, mas não será na mesma medida que construir estradas ou aeroportos. Então essa foi uma crítica muito presente na idéia de que a eficiência ganhou uma força muito grande numa política pública que tem outros objetivos, como efetividade e eqüidade que tem um peso maior.

E o último problema que apareceu muito no caso inglês relaciona-se ao sistema institucional. Dando um exemplo clássico: política de saúde pública é basicamente intersetorial, pois envolve ações de outras áreas – só se pode reduzir a mortalidade infantil melhorando a qualidade da água. Se a contratualização não estiver vinculada a um arcabouço institucional correto, os contratos isolados não vão resolver o problema.

Então a lógica do sistema institucional é muito importante, sobretudo em contratualização de sistemas grandes, como educação e saúde. Observando o caso brasileiro é bom lembrar que, embora já houvesse experiências de parceria ou provisão privada com recursos públicos, o debate atual tem a ver com as propostas do de reforma administrativa do ministro Bresser. O destino delas foi duplo. Por um lado, houve uma reação muito grande que tentou caracterizar todo esse movimento de mudanças como neoliberal e contra os funcionários públicos. Daí surgiu uma couraça muito forte em grupos sociais, que se negavam a discutir reformas na burocracia. Mas, por outro lado, algumas experiências ocorreram principalmente no plano subnacional e, tal qual camadas geológicas, aumentaram aos poucos a penetração dessas políticas.

Peguemos o caso das Organizações Sociais. Em São Paulo elas tiveram resultados muito diferentes do que as OSs na Bahia. No caso paulista, as atividades em Saúde foram as que mais andaram, e lá foi o contrário. Isso tem a ver com as trajetórias, as coalizões de apoio, as estratégias de governo. Daí que não há um modelo único.

Nesse sentido, há alguns desafios no Brasil e potencialidades para a contratualização. No campo dos desafios, destacam-se os seguintes:

a) É preciso fortalecer a regulação estatal e a qualidade da burocracia. Para melhor repassar a provisão a outros entes, paradoxalmente, o Estado tem de ser mais forte e efetivo. No caso brasileiro, a intervenção direta é intensa e extensa, o que não quer dizer que as políticas sejam boas, tampouco que o Estado forneça todos os bens públicos necessários e com qualidade à população;

b) A cultura administrativa é extremamente burocratizante, prejudicando a elaboração de contratos mais flexíveis e capazes de serem modificados após a avaliação do desempenho. Ademais, o formalismo excessivo vinculado à proliferação de leis, afasta o Estado dos cidadãos. A contratualização terá de ser montada para reaproximá-los.

c) Os governos brasileiros funcionam como "caixinhas", estabelecendo um modelo uniformizador e compartimentalizado. Soma-se a isso a sobreposição e a descoordenação que marcam nossas políticas públicas, particularmente do ponto de vista das relações intergovernamentais. É fundamental mudar estas lógicas para criar as condições institucionais que favorecem a contratualização.

d) O conjunto das desigualdades brasileiras – de renda, de escolaridade, étnicas - cria uma enorme assimetria informacional entre os cidadãos. Por isso, o Estado, como garantidor último dos serviços contratualizados, terá um papel coordenador muito mais forte do que na Inglaterra.

e) O Brasil precisa fazer a contratualização juntamente com o reforço dos mecanismos de accountability, para que não se torne um mero instrumento de redução de despesas, e sirva a mais gente, e não aos que têm mais condições de receber boas políticas públicas.

Todos estes desafios trazem consigo potencialidades de reforma do Estado brasileiro. As formas de contratualização podem ser aliadas na busca de melhor sustentabilidade fiscal, no combate às formas centralizadoras e uniformizadoras de provisão de serviços públicos e no estímulo à sociedade

para controlar mais os serviços públicos, quiçá participar mais ativamente de sua gestão. Acima de tudo, a adoção de mecanismos contratuais pode colocar na ordem do dia o tema da gestão pública, questão que ainda, infelizmente, não ganhou centralidade na agenda pública do País.

Ressalte-se que o tempo de maturação dessas reformas da Nova Gestão Pública é longo. A experiência de reformulação do National Health Service já tem cerca de vinte anos e eles dizem por lá que ainda estão aprendendo. A coalizão sanitarista que produziu o SUS foi construída ao longo de décadas. A despeito dos seus problemas, o SUS estabeleceu parâmetros bem sucedidos de política, como a descentralização e a universalização, sobretudo se comparados ao restante da área social. Mas há novos desafios para o setor de Saúde, que foi muito bem sucedido na coalizão que produziu as regras contidas na Constituição de 1998 e nas NOBs. Falta a esta coalizão abraçar mais firmemente o tema da gestão. Deve-se estimular o estudo, a implementação de experiências piloto de contratualização e sua constante avaliação, de modo a levar aos atores da área de Saúde a um novo estágio cognitivo, construindo um paradigma mais eficiente, efetivo e democrático de gestão das políticas públicas.

Contratos de regulação e planejamento em Saúde

Olímpio José Nogueira Viana Bittar

o ser convidado para a elaboração este trabalho, ocupava-me justamente de redação do artigo *Inúmeros Números do Planejamento de Saúde* (publicado na *Revista de Administração em Saúde*, vol. 7 N. 28 julho/setembro de 2005), abordando a quantidade de regras e instâncias que incidem no planejamento que o gestor tem que incorporar à sua rotina e acabam por atingir todos os profissionais da Saúde. E a pergunta é inevitável: *Você regula com isso? Como regular nestas circunstâncias?*

Para redigir o texto, comecei a listar fatores demográficos, geográficos, necessidades, demanda, bases de dados, tecnologia de informação, programas, serviços de especialidades, políticas, instituições, formas jurídicas, níveis de gestão, leis e atos, insumos, fábricas que a Secretaria de Saúde mantém, cadastros, regulação, avaliações, inovações tecnológicas, medicamentos, recursos materiais, recursos humanos, estrutura física, financiamento, elaboração de cronograma, métodos, metas e relatórios, enfim, os principais fatores que possam servir de referência para o planejamento.

Demografia

O quadro demográfico do Estado de São Paulo é composto por 40 milhões de habitantes, 645 municípios, dos quais 287 – 44% – têm menos de 10 000 habitantes. A população de moradores de rua de São Paulo gira em torno de 10 000, superior aos 44% dos municípios, somente 19% dos municípios de São Paulo têm acima de 50 000 habitantes. Esses municípios enfrentam dificuldades para gerir sua saúde e a distribuição no Estado de acordo com o modelo de gestão é a seguinte: 645 municípios, destes 167 em gestão plena, 24 regionais, 10 Macro-Regiões, 65 Micro-Regiões, 345 módulos, 125 Pólos Assistenciais, oito de Capacitação, 15 consórcios de saúde.

No planejamento ou na regulação não devem ser esquecidas as populações confinadas, isoladas ou especiais. São 137 000 presidiários, 7000 internos na FEBEM, 4000 índios em aldeias de 63 000 fora delas, 55 comunidades quilombolas em 15 Regionais com 10 735 famílias, pessoas em Programa de Proteção à Testemunha, os funcionários públicos que, embora tenham seus locais de atendimento e utilizem o SUS, não são computados para efeito de planejamento. O aumento da expectativa de vida se reflete no crescimento da população idosa (um grupo especial) Existem ainda municípios onde a cobertura pela saúde supletiva chega a 60% e, entretanto os dados SUS são tratados considerando 100% da população.

As três Regiões Metropolitanas, mais os consórcios de saúde, respondem por 64% da população.

Necessidade / Demanda

A primeira fase do planejamento é o levantando de necessidades e/ou desejos da população, análise da qualidade das informações geradas pelas diferentes bases de dados disponíveis, definição dos indicadores de qualidade/produtividade.

O SUS trabalha com aproximadamente 60 sistemas informatizados diferentes, muitos dos softwares utilizados não se comunicam, gerando dados pouco consistentes que não se transformam em informação, que não geram conhecimento e, portanto, não contribuem com o processo de tomada de decisão.

A SES desenvolve um projeto de implantação de *data warehouse* com o objetivo de potencializar a comunicação entre os sistemas e promover a geração de conteúdo efetivamente útil.

Fatores de influência do Planejamento

As instâncias políticas, executivas, legislativas, a Secretaria Estadual, secretarias municipais, Ministérios, bipartite, tripartite, Conselhos Municipais, Conselhos Estaduais. Corregedoria Geral da União, Ministério Público Federal e Estadual, Curadoria de Fundações, instituições de fomento à pesquisa, entidades de classe, conselhos de classe, agências de financiamento e ainda as organizações não governamentais que requerem atenção.

Para prestar cuidados de saúde, as instituições públicas precisam se enquadrar em alguma forma jurídica e, a tradicional, é a Administração Direta. Contudo, ao longo do tempo foram surgindo autarquias, fundações, empresas de economia mista, sociedade de economia mista, empresa pública, até chegarmos às Organizações Sociais de Saúde (OS). O padrão da Administração Direta ainda permanecerá por muito tempo com as dificuldades de gestão que esse modelo proporciona.

Documentação

O primeiro documento a ser seguido é a Constituição, devendo ser observados também: o Código Civil, o Estatuto do Idoso, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código de Ética, o Manual de Direitos do Paciente, o Código de Defesa do Consumidor, a Declaração dos Direitos Humanos, a Declaração Universal sobre Bioética, a Lei Orgânica, o Código de Saúde, os Direitos do Paciente SUS, as Resoluções, as Portarias, os Decretos e as Leis.

Ademais, temos emendas, planos, programação pactuada integrada, plano diretor de regionalização, plano diretor de investimento, quadro de metas, plano pluri-anual, plano operativo anual, contratos, contratos de gestão e assim por diante. Convênios, manuais, normas, uma enxurrada de documentos resultantes de políticas e programas como Promoção da Saúde, Prevenção da Doença, Medicamento Excepcional, Dose Certa, Dose Certa Saúde Mental, Hipertensão Arterial, Saúde da Família, Saúde da Família/Qualis, Agentes Comunitários, Alojamento Conjunto, Jovem Acolhedor, Mãe Sorridente, Programas de Contratualização, Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças, Pró-Gestores, Planeja SUS.

Os programas originam os serviços e as ações de saúde. A subdivisão dos mesmos, como por exemplo, na área de saúde mental os CAPS, CAPS 1, CAPS 2, CAPS 3, SAD, CAPS SI, SAMU, Resgate e por aí a fora. Banco de Ossos, Banco de Tecidos, aumenta a complexidade e dificuldade de gerir o sistema.

Cada Programa e cada serviço tem estrutura e regulamentação própria, e profissionais especializados em número sempre crescente. A distribuição dessas 5000 unidades, Centro de Saúde, Unidade Mista, Clínica Especializada, Pronto-Socorro, nem sempre ocorre de forma adequada quanto à distribuição geográfica.

Os gastos com ações judiciais vêm crescendo, só no primeiro semestre do ano de 2005 a Secretaria de Estado da Saúde gastou R$ 86 000 000,00 (milhões) só em ações judiciais com medicamentos.

Se não bastasse, a partir dos 2700 diagnósticos previstos, no SUS podem ser realizados 8858 procedimentos, boa parte desses regulamentados por Portarias. Hoje para alguém iniciar o conhecimento sobre o faturamento do SUS certamente terá dificuldades, devido ao elevado número de portarias publicadas ao longo dos anos, são tantas as exceções que torna difícil você faturar, administrar e auditar.

A rede hospitalar com uma grande variedade de tipos de hospitais são 617, contratados pelo SUS, também mal distribuídos. Basta dizer que tem levantamento mostrando que dentro do próprio município de São Paulo distritos populosos não têm um leito. No Estado, dos 645 municípios, 265 não tem nenhum leito. Isso já era esperado, pois 44% dos municípios contam com menos de 10.000 habitantes.

O Estado de São Paulo tem 137 hospitais com menos de 50 leitos. Em janeiro de 95, havia 80 000 leitos contratados dos 100 000 existentes. Hoje são 65 000.

Houve uma redução de 18% desses leitos. O Estado possui 1,67 leitos por 1000 habitantes. O secretário Luiz Roberto Barradas Barata já escreveu que, com um leito por 1000 habitantes, possivelmente conseguiríamos atender a toda população e eu acredito nisto. A Coordenadoria de Planejamento de Saúde elaborou um estudo sobre os hospitais de pequeno porte e está elaborando outro sobre hospitais de médio e grande portes, observando que nos mesmos a taxa de ocupação é extremamente baixa, alguns com menos de 40%.

A grandeza do que se faz neste Estado é digna de ser mostrada. São Paulo realiza 45% dos transplantes, 25% dos atendimentos ambulatoriais e 20% das internações, ou seja, 1/4 da atenção hospitalar, ambulatorial, 1/5 da internação e quase metade de todos os transplantes que são realizados no Brasil.

Ainda quanto às dificuldades de regulação, hoje existem 52 especialidades médicas, a enfermagem conta com 42 especialidades, os dentistas com 19, os biomédicos também se especializam. Isso é um outro complicador, regular, planejar com essa segmentação é difícil.

Fora tudo que foi dito, a Secretaria tem algumas fábricas de produtos de saúde: FURP, Butantã, Lauro Souza Lima, Fundação Oncocentro, HC, Centro de Saúde de Pinheiros, Instituto Dante Pazzanese, Instituto do Coração, onde são fabricados desde produtos homeopáticos, até equipamentos de alta complexidade.

Os cadastros são inúmeros, o CNES, com todos os seus problemas de alimentação estando por vir a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos e uma nova Tabela de Procedimentos do SUS unindo ambulatório e internação.

A regulação da internação, de consultas, de exames, CNRAC, plantão controlador, Disque Diálise, Monitoramento de Doenças Crônicas, são importantes, mas aumentam a complexidade do sistema.

Neste item, a SES junto com o IPT e com o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto está desenvolvendo um programa para todo o transplante ser regulado via *internet*, Numa torcida muito grande para que isso dê certo, para que uma série de outros procedimentos também possa ser regulada dessa forma, tentando também acabar com o Cartório de má qualidade que sempre aparece quando começa a acumular papel, na regulação tradicional.

Em São Paulo existem onze centrais para regulação da Urgência, trabalhando 24 horas por dia.

As avaliações quantitativas e qualitativas de programas e serviços são inúmeras: PNASS, PNASH, auditorias, certificações, acreditação, todas exigindo métodos específicos.

Pensando em tecnologia do futuro o que está sendo regulado? A condição de regular passa pelas parcerias, porque o assunto (a tecnologia) vai complicando de tal forma, numa rapidez que cada vez se suplanta e exige mais especialização, mais capacitação profissional para essa avaliação, tornando-se impossível para uma única instituição contratar todos os técnicos necessários.

O SUS distribui 298 tipos diferentes de medicamentos dos quais, só os de alto custo tem 215 apresentações diferentes.

Na questão dos recursos materiais, nos últimos anos ocorreu um excelente progresso, com o Pregão Eletrônico e a ata de registro de preços. Um avanço na área pública de saúde porque, o processo de compras foi racionalizado permitindo a chegada de bens e insumos mais rapidamente às unidades a preços baixos.

Entretanto a administração dos recursos humanos não evoluiu: vários regimes jurídicos, vários horários de trabalho, carga horária de trabalho diferente, falta de plano de cargos e salários e uma série de outras variáveis que interferem negativamente no bom andamento do serviço de saúde existindo ainda outro problema muito sério, a estabilidade do funcionário público.

Quando o assunto é área física para unidades de saúde, normas, portarias e inúmeras instâncias devem respeitadas.

O financiamento também é fundamentado num grande número de regras, de documentos, de formas de execução diferentes, de fundos, de tetos, de leis, de propostas, lembrando que só para repasse existem 103 diferentes rubricas para transferir recursos, cada um com uma regra.

É um sistema extremamente fragmentado tanto no que diz respeito às entidades responsáveis pela provisão de programas e serviços, quanto aos controles, documentos, instrumentos e ações. É surpreendente como ainda dá (muito) certo e consegue prover assistência à população.

É evidente a necessidade urgente de um movimento de racionalização dos processos, de desburocratização, investimento nos profissionais dos municípios e das Regionais de Saúde, que estão próximas da população e dos prestadores.

Definir o tipo de capacitação, como treinar, quem incorporar ao sistema, é o grande desafio aos formadores de recursos humanos.

Avaliação e Controle da Saúde em São Paulo

Aparecida Yamada

I – Caracterização da situação da saúde em São Paulo

Município de São Paulo possui uma população de 10 744 060 habitantes, segundo estimativa realizada pela Fundação SEADE para o ano de 2005, sendo 5 626 373 mulheres e 5 117 687 homens. Sua área territorial é de 1.509 km2, dividida em 31 subprefeituras e 96 distritos administrativos. São 3 039 104 domicílios, com uma média de 3,43 moradores por residência. A rede de água, esgoto e lixo coletado cobriam respectivamente, 97,6%, 87,2% e 97,3% dos domicílios, segundo dados do IBGE para 2000. Nesse ano, 11,7% da população total do município era favelada, distribuída em 2 018 favelas.

Importante destaque teve o crescimento da população idosa – pessoas com 60 anos, ou mais – que passou de 8%, em 1991, para 9,3%, em 2000. Na estimativa realizada pela Fundação SEADE, para 2005, esse montante chega a 10,1%, totalizando mais de um milhão de habitantes nesta faixa etária. Isto reflete a necessidade de políticas públicas voltadas para este segmento da população.

No tocante aos indicadores educacionais, a taxa de analfabetismo, segundo o censo, foi 4,9%. Por outro lado, 49,7% dos chefes de família possuem ensino fundamental completo e 33,7% possuem ensino médio completo. Quantos aos indicadores sócio-econômicos, temos 10,4% dos chefes de família sem rendimentos e 47,6% com rendimentos até 5 salários mínimos (IBGE/2000); o que coloca a necessidade de programas voltados para esta população.

Estimativa realizada pelo Centro de Informação (CEINFO-SMS-PMSP), em 2004, mostrou que 47,2% da população paulistana informou possuir convênio ou plano de saúde. Análise do Inquérito de Saúde realizado na cidade de São Paulo por meio de convênio da Secretaria Municipal de Saúde com a Faculdade de Saúde Pública da USP (ISA-Capital) revelou utilização dos serviços de saúde SUS variando de 70,7% para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil até 11,9% para consultas odontológicas. Analisaram-se ainda os usos dos serviços de saúde SUS para realização do pré-natal (63,3%), parto (63,4%), problemas de saúde nos últimos 15 dias (59,5%), internações nos últimos 12 meses (44,5%) e realização de exames preventivos de câncer do colo uterino (52,3%), mama (37,5%) e próstata (25,5%).

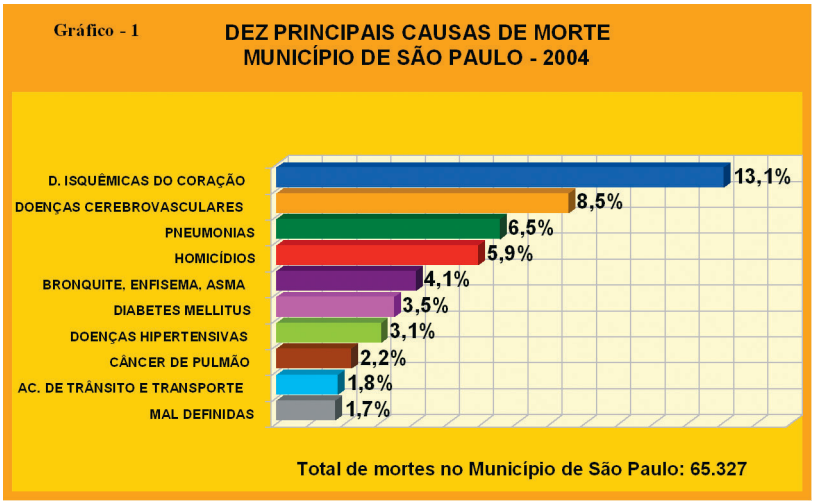
Morbimortalidade

São Paulo convive com um perfil de morbimortalidade complexo. Há predomínio das mortes por doenças crônicas não transmissíveis, sendo que, em 2004, as doenças isquêmicas do coração representaram 13,1% do total de óbitos de residentes; as doenças cerebrovasculares, 8,5%; as Pneumonias, 6,5%; os homicídios, 5,9% e o conjunto das doenças pulmonares obstrutivas crônicas, 4,1% (Veja o Gráfico – 1).

Quando observamos o perfil das causas de morte segundo sexo, em 2004, entre os homens, os homicídios ocuparam a segunda posição na ordenação de causas de morte, respondendo por 9,7% dos óbitos. Em primeiro lugar figuram as doenças isquêmicas do coração, com 13% do total e em terceiro, as cerebrovasculares, com 7,2%. Para as mulheres, entre as principais causas de morte em 2004, predominaram as doenças crônicas não-transmissíveis, destacando-se as doenças isquêmicas do coração, com 13,2%, as doenças cerebrovasculares, com 10,3% e as pneumonias, com 7,6%. Além dessas, destaca-se como quarta causa de morte o diabetes mellitus (4,3%) e o câncer de mama como sexta (3,7%).

A prevalência de doenças e agravos não transmissíveis foi mais bem estimada com os dados do Inquérito de Saúde sobre morbidade referida e utilização de serviços de saúde da cidade de São Paulo, realizado em 2003 (ISA-Capital 2003). O inquérito mostra um quadro contundente da ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis na população paulistana. A prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial foram de 4,4 e 16,7% da população com mais de 20 anos, sendo superadas ainda pela depressão e

Gráfico - 1



problemas emocionais, com 20,7% desta população. O primeiro posto foi ocupado pelas dores de cabeça e enxaquecas, seguidas pelas alergias com 21,9 e 20,7% nos maiores de 20 anos. Destaca-se a prevalência de 39,0% de hipertensão arterial entre homens acima de 60 anos, chegando a alcançar 51,6% entre as mulheres.

Em relação às doenças transmissíveis, os níveis de mortalidade sofrem uma redução significativa, em especial naquelas passíveis de prevenção por vacinas e pela melhoria no saneamento básico. A despeito desta redução, a cidade apresenta números expressivos no concernente às doenças infecciosas. A tuberculose pulmonar bacilífera mostrou, em 2004, um coeficiente de incidência de 30,2 por 100 000 habitantes, o que representa mais de 3200 casos novos da doença. O coeficiente de detecção de hanseníase, nesse período, foi de 0,3 por 10 000 habitantes. Foram detectados 350 casos em 2004, níveis semelhantes aos de anos anteriores. A dengue apresentou queda no número anual de 760, em 2003, para 10 casos autóctones, em 2004. O coeficiente de incidência de sífilis congênita foi de 2,1 por 1000 nascidos vivos, o que reflete a ocorrência de 379 casos e indica níveis muitos elevados desde 1999. Em relação a AIDS, a tendência de queda da mortalidade é verificada desde 1997, mantida em 2004, com redução do número de mortes em relação ao ano anterior, de 9,2%. A incidência da doença acompanha essa tendência decrescente.

No perfil atual da mortalidade infantil, observa-se o predomínio das causas relacionadas à gestação, parto e pós-parto imediato. Em 2004, 65,7% das mortes em menores de um ano na cidade de São Paulo ocorreram antes do primeiro mês de vida e cerca de 45,0% na primeira semana de vida.

A tendência da mortalidade infantil na cidade é de queda (veja o Gráfico 2). No período mais recente, o decréscimo parece estar relacionado mais diretamente com as intervenções de assistência à saúde materno-infantil, em especial à assistência ao parto e aos cuidados intensivos ao recém-nascido e ao prematuro, contribuindo para redução do componente neonatal (óbitos de 0 a 27 dias), em especial o precoce (0 a 7 dias). O coeficiente de mortalidade infantil diminuiu entre 2000 e 2004, de 15,8 para 13,96 por 1000 nascidos vivos, respectivamente.

Serviços de saúde

Para fazer frente a este quadro de morbi-mortalidade a cidade conta com um sistema de saúde onde convivem o subsistema público, o Sistema Único de Saúde - SUS, e o subsistema privado. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo é a gestora do SUS no município. que além dos serviços públicos propriamente ditos (municipais, estaduais e federal) contrata na iniciativa privada serviços, principalmente hospitalares, para atender a cerca de 5 800 000 de habitantes, que é a estimativa da população usuária exclusivamente do SUS. Além disso, por concentrar serviços de maior complexidade tecnológica, a cidade se responsabiliza pelo atendimento da demanda de outros Municípios, do Estado de São Paulo e mesmo de outras unidades da Federação.

A rede hospitalar na cidade apresenta 179 hospitais, com 29 345 leitos, dos quais 89 são integrantes do SUS (15 municipais), com 17 155 leitos, sendo que os demais integram o subsistema privado. A rede pública produziu, em 2004, 600 056 internações, das quais cerca de 87 % para os munícipes da cidade (veja a Tabela 1).

Foram realizadas na cidade, pela rede ambulatorial do SUS, em 2004, 10 590 448 consultas médicas de especialidades básicas, 8 495 396 consultas especializadas e 8 495 396 consultas médicas de urgência, caracterizando-se uma inversão de um modelo proposto onde a rede básica dever-se-ia constituir na principal porta de entrada do Sistema de saúde.

A Secretaria Municipal conta com 386 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se responsabilizam pela atenção básica no município e que produziu, em 2004, 7 858 600 consultas médicas básicas. Destas, 176 contam com pelo menos uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), adotado como estratégia de reorganização do SUS, a partir da atenção básica, com ênfase na promoção da saúde. Hoje, são 811 equipes na cidade, com uma cobertura de pouco mais de 25%. Para atingir esta cobertura, a SMS conta com a parceria de 13 organizações governamentais e não governamentais, que atuam no Setor Saúde.

Ainda em relação à rede ambulatorial, a SMS conta com 133 serviços de especialidades médico-odontológicas, o que inclui o ambulatório de especialidades médicas, os centros de apoio psicossociais, o Centro de Referência de DST-AIDS, os centros de especialidades odontológicas, entre outros, que devem se constituir em retaguarda para as UBS em uma organização hierarquizada de atenção à saúde. (veja a Tabela 2).

A Tabela 3 mostra o quadro de pessoal da SMS, sem a inclusão dos contratados pelas instituições parceiras do PSF. São 49 211 funcionários, sendo 29 347 na atenção básica, 17 251 na Atenção Hospitalar e 2613 nas vigilâncias.

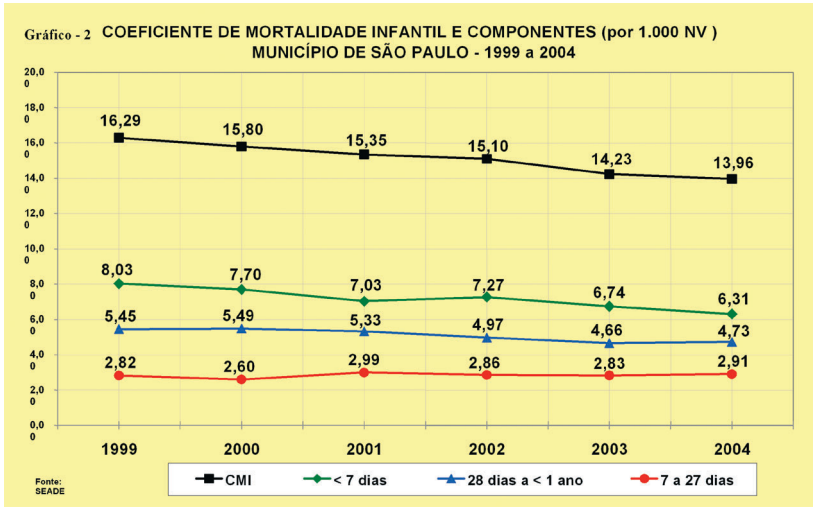
II –O sistema de saúde e a organização dos serviços

Em função de uma situação de enorme complexidade, como a da implementação do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde busca organizar-se para assumir, de fato, a gestão plena do sistema municipal de saúde, para a qual se habilitou em agosto de 2003. Responsabilizar-se pelo planejamento e execução da política de saúde, de forma a atingir todos os objetivos do SUS requer a definição de mecanismos e instrumentos mais modernos de gestão, que garantam maior racionalidade ao Sistema frente aos custos crescentes e melhor qualidade.

Desse modo, merecem enfoque especial as tarefas de desenvolvimento, as atribuições de planejamento, regulação, controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde, bem como o acompanhamento, a avaliação e a divulgação do nível de saúde da população, que são processos em andamento, alguns em estágios mais avançados, outros em fase inicial.

Coordenação de Controle, Auditoria e Processamento

Gráfico - 2



Esfera	Número de hospitais	Número de leitos		
		SUS	Não SUS	Total
Estadual	33	7.445	1.150	8.595
Federal	3	807	291	1.098
Municipal	15	2.383	233	2.616
Privado Contrat. / Conveniado	38	6.520	-	6.520
Sub-total SUS	89	17.155	1.674	18.829
Privado	76	-	10.516	10.516
Total	165	17.155	12.190	29.345

Tabela 1 – Nº total de hospitais e leitos – município de São Paulo - maio 2005

Esta área conta com três gerências, a Gerência de Processamento da Produção do SUS, a Gerência de Controle, Avaliação e Credenciamento e a Gerência Municipal de Auditoria em Saúde.

A Gerência de Processamento da Produção é responsável pela operacionalização dos sistemas de informações oficiais do SUS, ambulatoriais (SIA, SISPRENATAL, SISCOLO, SIAB e HIPERDIA) e hospitalares (SIH e CIH), conforme normas do Ministério da Saúde, que validam estas informações e alimentam os bancos de dados estadual e nacional. É também responsável pelo cadastramento de todos os serviços de saúde existentes no município, que não só os contratados ou conveniados com o SUS, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

A partir do processamento de todos esses sistemas são gerados relatórios para subsidiar todo os mecanismos de avaliação e controle, lato sensu.

A Gerência de Controle, Avaliação e Credenciamento foi organizada pela necessidade de gerenciamento dos contratos e convênios dos serviços contratados ou conveniados com a Secretaria Municipal da Saúde, para que assuma a Gestão Plena. Este gerenciamento implica a elaboração dos termos dos acordos, em conjunto com a Assessoria Jurídica, no estabelecimento dos tetos físicos e financeiros e suas alterações, no acompanhamento mensal da produção daqueles serviços com conseqüentes autorizações de pagamentos. São cerca de 170 processos seguidos mensalmente pela Gerência. Também incorporou o gerenciamento dos comodatos celebrados entre a SMS e entidades privadas de Saúde, que utilizam próprios da Prefeitura com contrapartidas em oferta de serviços. Cabe a ela, também, a responsabilidade pelos credenciamentos dos serviços de alta complexidade e, mais recentemente incorporou a área de avaliação, com a aplicação do Programa Nacional.

Há que se ressaltar que não está sob sua responsabilidade o gerenciamento das entidades parceiras do Programa de Saúde da Família – PSF, bem como das que gerenciam alguns Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e, mais recentemente, as AMA – Assistência Médica Ambulatorial. Para o acompanhamento desses serviços, está sendo constituída uma Comissão de Acompanhamento com a incumbência de estabelecer planos de trabalho com metas pré-fixadas e monitorar periodicamente os seus cumprimentos, a partir de indicadores, que, neste primeiro momento, são quantitativos, como produção, produtividade etc. Prevê-se a incorporação futura de indicadores de qualidade, de satisfação, entre outros. Esta comissão conta com representantes do Gabinete, das Regionais de Saúde e dos parceiros. Ela surgiu em função da necessidade de controlar melhor os repasses feitos às entidades parceiras para a contratação de pessoal, mas que ou não se viabilizavam ou não correspondiam em prestação de serviços, com conseqüente déficit de informações e diminuição dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

A terceira gerência, a de Auditoria, também foi organizada para a gestão plena enquanto, como componente municipal do Sistema Nacional. Executa ações rotineiras, para as quais conta com um programa informatizado, o CONSUS, que permite visualizar e selecionar todas as AIH emitidas pelos prestadores de serviços sob gestão municipal. Assim, mensalmente, todas as AIH são processadas pelo CONSUS e rotineiramente e obrigatoriamente são auditadas aquelas bloqueadas por incompatibilidades com os critérios do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, (homônimos, permanência menor, faixa etária, por exemplo). Também são mensais as análises de eventos que denominamos sentinelas, que são aqueles procedimentos que não geram valores diretos como as cirurgias múltiplas, os politraumatismos e a AIDS. Também podem ser auditadas, eventualmente, as AIH com procedimentos estabelecidos pela própria equipe de auditores ou do Controle e Avaliação, a partir de sinais de anormalidades percebidos no processamento das mesmas.

Outra responsabilidade da Gerência de Auditoria é atender às denúncias ou solicitações internas, de órgãos da própria SMS, ou externas, como as de imprensa, dos usuários etc e, nestes casos, são realizadas visitas aos estabelecimentos indicados com avaliação de prontuários, entre outras providências.

Em quaisquer das situações relatadas, a Auditoria tem a responsabilidade de corrigir as distorções encontradas, orientar ou mesmo punir os infratores, e informar, se for o caso, o denunciante ou os órgãos componentes do Sistema Nacional de Auditoria ou do Ministério Público.

Painel de Monitoramento

O painel de monitoramento é uma ferramenta para o acompanhamento da atuação dos serviços e das ações de saúde, bem como dos resultados nas condições de saúde da população. Desenvolvido e operacionalizado na Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEINFO, ele busca subsidiar os gestores da SMS em seus diversos níveis de atuação para a tomada de decisões nas suas práticas cotidianas. Constitui-se também num instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados, ao permitir o compartilhamento das avaliações realizadas com os diversos conselhos de saúde e com a Câmara Municipal.

É composto por um conjunto de indicadores definidos pela gestão no nível central e nos níveis descentralizados, acompanhados, mensalmente no primeiro caso e trimestralmente no segundo, comparando os resultados alcançados com o mesmo período de anos anteriores. Na prática, trata-se de um diagrama de controle de processos e produtos definidos que deve alertar os gestores quando os resultados diferem do esperado. Os indicadores que o compõem são selecionados a partir dos vários sistemas de informações disponíveis no SUS e na SMS. São dados relativos à mortalidade, à organização e produção de serviços, às condições de pré-natal e parto, entre outros.

Tipo de Unidade	número
Hospital	15
Pronto Socorro e Pronto Atendimento	17
Ambulatório de Especialidades	22
Unidades Especilizadas em Saúde Mental	64
Unidades Especilizadas em DST/AIDS	23
Unidades Especilizadas em Saúde Bucal	16
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	5
Unidade Básica de Saúde - UBS	384
Outras unidades especializadas	8
Total	554

Tabela 2 – Nº de unidades municipais de saúde – outubro 2005

Como exemplo, pode-se comparar o número de óbitos por câncer de mama no 3º trimestre de 2005 com os 3º trimestres dos 5 anos anteriores, onde se verifica uma tendência de aumento importante. Isto aponta para a necessidade de se definir estratégias que aumentem a cobertura visando o diagnóstico e o tratamento precoces.

Outro componente do Painel é o índice-saúde, um indicador composto e sintético, que busca representar aspectos diversos da atuação dos serviços e que dê informações sobre as necessidades de toda a população, não se restringindo a resultados de oferta e demanda e com uma metodologia que busca avaliar a equidade entre as várias regiões da Cidade. Tem como objetivo permitir o acompanhamento anual da atuação da Secretaria, das Coordenações Regionais de Saúde e das Supervisões Técnicas na busca de

melhoria da qualidade e adequação das ações de saúde de promoção, de prevenção e de assistência.

Os indicadores selecionados para compor o índice-saúde são: coeficiente de mortalidade infantil, proporção de óbitos precoces por doenças crônicas não transmissíveis, coeficiente de mortalidade por causas externas e coeficiente de incidência de tuberculose. Utiliza uma metodologia semelhante ao IDH/OMS-PNUD, onde a cada um dos indicadores são atribuídos valores relativos para cada região-supervisão, de acordo com a posição que ocupa entre a melhor (com valor 1) e a pior (com valor 0). O resultado final é obtido pela média aritmética dos quatro valores relativos de cada região-supervisão e permite compará-las, anualmente, de acordo com a posição que ocupa no ranking, em relação aos anos anteriores.

Coordenação de Regulação e Integração do Sistema

É importante esclarecer o que a Secretaria Municipal entende por regulação, para que se compreenda o que vem sendo desenvolvido nessa área. A regulação médica é uma nova função e um novo conceito no que concerne à gestão dos fluxos de oferta de assistência à saúde que garantam o acesso dos cidadãos a todas a ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis e reorganizando a assistência de modo a favorecer a mudança do perfil de saúde.

Ao assumir a gestão plena, a SMS foi gradativamente assumindo funções de regulação que estavam sob responsabilidade da Secretaria Estadual, em comum acordo e de forma integrada com a regulação estadual. Em um primeiro momento, incorporou, no âmbito do município, algumas atividades do então denominado Plantão Controlador Metropolitano. A regulação das urgências e emergências inter-hospitalares e o Plantão Controlador da Mulher foram assumidos por cinco Centrais Regionais, divididas em Norte, Sul, Centro-Oeste, Leste e Sudeste.

Essas centrais funcionam em um único local, regulando os encaminhamentos de acordo com grades de referências que foram pactuadas com os níveis descentralizados e que são periodicamente reavaliadas. Pretende-se, em etapa posterior, promover-se a descentralização das centrais de urgência e emergência e desvincular dessas, a Central de Regulação da Mulher. Essa decisão é resultado da observação, no trabalho do dia-a-dia, de que a regulação dos partos ficava em um segundo plano, em detrimento dos casos emergenciais. Estas centrais funcionam 24 horas por dia com médicos plantonistas e as solicitações são realizadas por contato telefônico entre médicos. Não há, ainda, um sistema informatizado, sendo que o preenchimento de fichas e os instrumentos de controle são manuais. A busca de vagas inicia-se nos serviços da própria Região e, se necessário, solicita-se para outras centrais regionais, às Centrais das DIR circunvizinhas, vinculadas à Central de Regulação Metropolitana - CREM/SES e hospitais universitários de referência.

Outra função assumida por essa Coordenação, inclusive por requisito da Gestão Plena do Sistema Municipal, é a autorização de APAC e AIH que também está centralizada. As solicitações de AIH, bem como as autorizações, são realizadas através de fax, o que torna o processo mais cartorial do que regulatório. Já uma proporção significativa das solicitações e autorizações das APAC, é feita por um sistema informatizado, *on line*.

Também foram transferidas da Secretaria Estadual da Saúde as Centrais de Regulação de TRS e a de Central de Leitos Psiquiátricos, às quais foram incorporados os leitos de apoio contratados pela SMS. Com a implementação do processo de informatização, pretende-se que a Central de Regulação de Leitos venha a ser gradativamente ampliada para os hospitais municipais, em um primeiro momento, e posteriormente a toda rede do SUS.

A Coordenação de Regulação tem, nas Regionais de Saúde, as interlocuções de regulação que tem sob suas responsabilidades definir e acompanhar as pactuações de encaminhamentos para serviços de referência de apoio diagnóstico e consultas médicas especializadas. Em outras palavras, a partir da oferta dos serviços de referência são definidas cotas diárias de encaminhamentos pelas UBS de sua Região, processo este periodicamente avaliado e repactuado, de acordo com as condições de oferta e demanda. A distribuição desigual de serviços de apoio diagnóstico e de Ambulatórios de Especialidades faz com que as referências nem sempre fiquem restritas às UBS de uma só Regional de Saúde. Portanto, neste processo de pactuações e repactuações, a Coordenação e mesmo a Secretaria Estadual, são envolvidas. Ressalta-se que a maior parte desses serviços estão sob a gerência da SES, que os disponibiliza através do Sistema call center de agendamento.

Profissionais	Atenção Básica	Atenção Hospitalar	Vigilância	Total Geral
Médico	4.860	3.922	257	9.039
Enfermeiro	1.786	1.419	131	3.336
Cirurgião DentistaN	1.344	171	18	1.533
N. superior outros	2.339	468	266	3.073
N. superior subtotal	10.329	5.980	672	16.981
AGPP	3.395	1.826	173	5.394
Aux. Enfermagem	5.751	6.749	110	12.610
Técnico de saúde	240	499	11	750
N. médio outros	110	341	6	457
N. médio subtotal	9.496	9.415	300	19.211
N. operacional subtotal	9.522	1.856	1.641	13.019
Total geral	**29.347**	**17.251**	**2.613**	**49.211**

Tabela 3 – Número de profissionais de SMS – outubro 2005

Apesar dos avanços já alcançados, em grande parte, a oferta de serviços é determinada pela demanda, não regulada, determinada por cada uma das unidades referenciadas. Para inverter essa situação a Secretaria Municipal, dentre outras, está desenvolvendo 2 processos importantes: a informatização-informação das unidades e o estabelecimento de Micro-Regiões de assistência.

Microrregiões

Em que pese a regionalização da SMS, conforme já citada, em Regiões de Saúde e em Supervisões Técnicas, que são divisões mais administrativas, verificou-se a necessidade de se organizar territórios com vistas à organização do acesso, das referências e contra-referências garantindo maior eqüidade na oferta de serviços, de acordo com as necessidades da população. Com bases nas informações disponíveis e no conhecimento dos profissionais que atuam nos níveis descentralizados, foram definidas as microrregiões de Saúde. A proposta é que esses territórios sejam auto-suficientes para ofertar serviços até o nível secundário de atenção. A atenção básica, as consultas médicas especializadas e os exames de apoio diagnóstico, de Média Complexidade e de maior demanda, bem como as internações em hospitais gerais deverão ser garantidos nessas microrregiões.

É óbvio que não temos essa disponibilidade de oferta na atualidade mas, baseada naquela imagem-objeto buscar-se-á realocar recursos de investimento e redirecionar os de custeio, particularmente os recursos humanos. De fato, hoje existe uma maior oferta de serviços de média complexidade nas áreas mais centrais da cidade que, através da regulação busca-se atender também as áreas menos privilegiadas. Entretanto, dadas as distâncias e os longos prazos de agendamento ocorre um alto grau de absenteísmo, que poderá ser evitada com uma distribuição de serviços mais regionalizada.

Informatização e informação

Outro processo importante, principalmente para uma melhor atuação no controle e na regulação do Sistema de Saúde é a informatização da rede da SMS, neste primeiro momento, e o desenvolvimento e implantação de

sistemas de informação mais condizentes com as necessidades da gestão.

A fragmentação da informação é uma característica conhecida dos sistemas disponibilizados pelo Ministério da Saúde. De fato, hoje, além dos sistemas de base nacional, como o SIA, SIAB, SISCOLO, HIPERDIA, SISPRENATAL, SIH, que são mais conhecidos, existem mais de 100 aplicativos que não "falam entre si", o que dificulta, para os gestores, de uma maneira geral, ter um "olhar" global sobre a situação de saúde de sua localidade. Em um município das dimensões de São Paulo esta situação torna-se ainda mais complexa.

Foi a partir desta constatação que a SMS iniciou o processo de informatização-informação em 2003, quando a infra-estrutura de comunicações, equipamentos e softwares para dar suporte á operação das unidades era praticamente inexistente.

Há que se mencionar que, já em 2002, foi iniciada a implantação do HOSPUB, um software desenvolvido pelo DATASUS, que foi implantado nos hospitais, pronto-socorros e pronto-atendimentos, para melhorar o desempenho gerencial dessas unidades. Em que pesem as limitações do HOSPUB, para a situação de incorporação tecnológica verificada n Secretaria na época, esse foi o instrumento escolhido, uma vez que sua implantação permitiria automatizar e integrar os principais processos e setores das unidades, criar uma cultura de Tecnologia de Informação entre os profissionais e disponibilizar através de consultas e relatórios, instrumentos para a gerência. Uma das limitações do HOSPUB é tratar-se de um sistema para a gerência local, mas que no futuro pretende-se sua integração ao novo sistema em implantação na SMS, o SIGA.

O SIGA está sendo desenvolvido à partir de 3 softwares, o Sistema Cartão Nacional de Saúde e o SIS-REG, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e o GSS desenvolvido pela PRODAM/PMSP.

O GSS é um sistema mais gerencial que permitiu a informatização da dispensação de medicamentos, controle de estoques local das unidades, requisição eletrônica de medicamentos e o Remédio em Casa, programa recém iniciado de envio de medicamentos a pacientes hipertensos e diabéticos, segundo protocolos bem definidos. Encontra-se em desenvolvimento também uma funcionalidade de produtividade por profissional, que neste momento se aterá aos médicos, dentistas e enfermeiros.

A integração dos outros 2 softwares permitiu ou permitirá outras funcionalidades que descreveremos a seguir.

A Base Municipal de usuários, de domicílios, de estabelecimentos e de profissionais, possibilitará em uma única base, obter e disponibilizar as informações cadastrais requisitadas pelos vários sistemas do SUS. A integração do Cartão Nacional de Saúde de usuários e profissionais, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, para estabelecimentos e profissionais de saúde, dos cadastros do Programa de Saúde da Família - PSF, de usuários, famílias e domicílios, do cadastro de gestantes para o SISPRENATAL, são alguns exemplos desta funcionalidade.

O módulo Agenda, que permite a programação das agendas locais da unidade das diferentes realidades, inclusive para atendimento coletivo. Esta agenda local se integra ao sistema de regulação através de um sistema denominado Agenda Universal, que de maneira "on line"procura vagas nos estabelecimentos de referência para consultas e exames especializados.

O módulo Atendimento, que permitirá o registro de todos os atendimentos realizados nas unidades ambulatoriais gerando informações para os vários Sistemas do SUS, como o SIA, SIAB, SISCOLO, SISPRENATAL, SIS PNI, além de solicitação e acompanhamento de APAC, notificação de Doenças de Notificação Compulsórias e de Acidentes de Trabalho.

O aplicativo Regulação é composto por dois módulos, denominados Central de Marcação de Consultas (CMC) e Central de Internação Hospitalar (CIH). O módulo CMC visa atender ao processo regulatório dos procedimentos especializados como consultas médicas e exames de média e alta complexidade e para tal utiliza sistema próprio, on line, de agendamento desses procedimentos. O módulo CIH está focado no atendimento das internações hospitalares, com o controle central de leitos da rede possibilitando o processo de regulação e autorização das solicitações de internações tanto emergenciais quanto eletivas. Ambos permitem a emissão automática de APAC e AIH.

Anotações sobre o Contrato de Gestão

Alexis Vargas

A partir da Reforma do Estado de 1995, toma forma no plano da administração pública brasileira um novo instituto, denominado contrato de gestão. Não obstante, parece que mesmo com o decorrer dos anos, tal instituto parece fazer mais sentido aos gestores do que aos juristas. No entanto, este instrumento tem sido cada vez mais utilizado pelos administradores públicos, sem que os tribunais tenham se posicionado em sentido contrário ao uso cada vez mais freqüente deste tipo *sui generis* de contrato.

Na seara da gestão, ele tem se revelado com um instrumento da contratualização de resultados, trazendo vários benefícios aos índices de eficiência e economicidade, como amplamente debatido e demonstrado no Semestre da Gestão Pública em Saúde, realizado em 2005 na Escola de Administração da Fundação Getúlio Vargas. Entretanto a visão jurídica parece ainda não ter atingido a maturidade que o questionamento administrativo já alçou, merecendo o aprofundamento do debate e a colaboração dos gestores para a produção de um conhecimento que seja consistente do ponto de vista jurídico-científico. Para colaborar com tal debate, é que elaboramos algumas notas sobre o tema.

A matriz do contrato de gestão brasileiro parece ser a francesa, que surgiu a partir dos seguintes instrumentos: *contratos de programa, contratos de empresa, contratos de plano e contratos de objetivos*. Tais instrumentos foram sendo implementados paulatinamente, tendo como objetivo aumentar eficiência e promover o alinhamento dos órgãos vinculados ao Estado às diretrizes do Governo. Os contratos de programa tinham o declarado fim de pactuar o enquadramento das empresas públicas francesas no programa de governo, em troca de ampliação de sua autonomia. Já os contratos de empresa buscavam reestruturar e adequar as empresas públicas de setores monopolizados, como o de transportes ferroviários. Era a tentativa de tornar competitivo um serviço que não tinha competição. (1)

Estas experiências parecem ter sido bastante exitosas e inspiraram os teóricos brasileiros da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, que tinham também a intenção de melhorar a eficiência e qualidade dos serviços públicos, implantando novas técnicas e modelos, com vistas à superação da crise do Estado. Entretanto, se estas técnicas não encontram problemas do ponto de vista administrativo para sua implantação, do ponto de vista jurídico já não se pode dizer o mesmo. Isto porque o direito administrativo francês tem tradição jurisprudencial, ao passo que o brasileiro é amplamente positivado em plano ordinário e constitucional, sendo um dos seus pilares o princípio da estrita legalidade, que impede o administrador de fazer qualquer coisa que não esteja expressamente autorizada por lei. Portanto, é certo de que o modelo de contratualização francês encontra dificuldades de aceitação nos planos doutrinário e jurisprudencial nacionais.

A primeira legislação a cuidar de contratos de gestão foi a Lei n 8.246/91, que autorizava o Poder Executivo a instituir o *Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais,* e com ele firmar o referido contrato, mas sem esclarecer o que se entendia por isso(2). Entretanto, a partir da Emenda Constitucional nº 19, duas são as espécies de contrato de gestão, dispostas em nosso ordenamento positivo, cujos objetos e fins não se confundem. Há o contrato de gestão firmado entre o Poder Público e os administradores de órgão e entidades da Administração Direta e Indireta, e há também o contrato firmado entre órgão da Administração Pública e entidade da sociedade civil, qualificadas como Organizações Sociais. São estas duas últimas espécies as mais relevantes, pois configuram as duas grandes categorias constitucionais, enquanto que a primeira (relativa às Pioneiras Sociais) tem particularidades que poderiam nos desviar do objetivo deste estudo.

Uma tem matriz constitucional (art. 37, § 8º, CF/88) e opera somente dentro da administração pública; a outra tem respaldo na legislação ordinária (Lei nº 9.637/98) e regula a relação do Estado com um terceiro. Entretanto, é possível verificar uma identidade entre estas duas espécies de *contrato de gestão,* capaz de aglutiná-los sob um único conceito. A característica comum

a estes contratos é o estabelecimento de um programa de trabalho, fundado em resultados e prazos de execução, bem como num cronograma de liberação de recursos, e a imposição de limites com remuneração de pessoal. Neste sentido, revela-se acertado a conceituação do *contrato de gestão* como "um *acordo operacional* – acordo de Direito Público – pelo qual o órgão superior da Administração direta estabelece, em conjunto com os dirigentes da entidade contratada, o programa de trabalho, com a fixação de objetivos a alcançar, prazos de execução, critérios de avaliação de desempenho, limites de despesas, assim como o cronograma da liberação dos recursos financeiros previstos." (3)

a. O CONTRATO DE GESTÃO *INTERNO*

A primeira espécie de contrato de gestão refere-se à forma prevista no artigo 37, § 8 , da Constituição Federal, que foi acrescentado pela Emenda n 19, de 04/06/98. Este contrato visa conferir maior autonomia gerencial, orçamentária e financeira aos órgãos e entidades da administração direta e indireta, e tem por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, respeitando à lei, que dispõe sobre o (I) o prazo do contrato, (II) os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes, e (III) a remuneração do pessoal.

O problema é que esta lei ainda não existe. Muito embora a Lei n 9.649/98 trate do assunto de contrato de gestão, seu escopo é permitir a qualificação de autarquia ou fundação como agência executiva, desde que esta tenha firmado contrato de gestão com o Poder Público, e não a regulação do contrato de gestão. Há, portanto, um vácuo legislativo que impede o avanço seguro do instituto do contrato de gestão. Enquanto não houver esta norma regulamentadora, não há como garantir que a autonomia gerencial, orçamentária e financeira será efetiva e respaldada pela legislação pátria.

Entretanto, em face do evidente uso do dispositivo constitucional em questão – ainda que carente de regulamentação – no plano dos fatos, podemos tecer algumas considerações e analisar o posicionamento da doutrina a respeito dos mesmos. Maria Sylvia Zanella Di Pietro(4) assevera que todos os contratos de gestão, desta espécie, devem conter, no mínimo:

a. forma como a autonomia será exercida;

b. metas a serem cumpridas elo órgão ou entidade no prazo estabelecido no contrato;

c. controle de resultado.

É o controle de resultados que orienta a Administração Pública quanto à conveniência ou não de manter, rescindir ou alterar o contrato. Mas a natureza contratual deste instituto é bastante discutida na doutrina jurídica, que destaca três aspectos: o órgão da administração que firma o contrato (Ministério, Secretaria, Agência, Comissão, ...) em geral não tem personalidade jurídica, o contrato é firmado entre órgãos que compõem a mesma pessoa jurídica, e, por fim, não se pode falar em interesses opostos.

Celso Antônio Bandeira de Mello(5) aponta os seguintes defeitos no instituto delineado pela Emenda Constitucional n 19/98: os órgãos da administração direta não têm autonomia, logo não há como ampliá-la; se os contornos das competências foram delineados por decreto regulamentar, expedido por quem tem poder para tanto, somente poderiam ser alterados pelo mesmo ato; estes contratos são inexequíveis, pois os órgãos do Estado são o próprio Estado, e não se admite haver contrato consigo próprio; e, por fim, porque não pode haver responsabilização dos agentes que os firmarem, pois estes não teriam a capacidade *a priori* de firmar este contrato. Conclui o Bandeira de Mello que o dispositivo constitucional inserido pelo "Emendão", como gosta de chamá-la, *"haverá de ser considerado como não escrito e tido como um momento de supina infelicidade em nossa história jurídica, pela vergonha que atrai sobre nossa cultura, pois não há acrobacia exegética que permita salvá-lo e lhe atribuir um sentido compatível com o que está na própria essência do Direito e das relações jurídicas."*

Jessé Torres(6) pondera que *"as partes de qualquer contrato devem ter personalidade jurídica para contratar e disponibilidade para fazê-lo. Se tiver a lei coarctado competências, não será, certamente, por contrato que poderão ser ampliadas. De outra parte, por evidente não necessita a Administração, que já tem hierarquia sobre determinados órgãos, de qualquer contrato de gestão. Além do mais, não será possível - e nunca - os direitos e deveres dados por lei serem modificados por contrato."* Com ele está Lúcia Valle Figuiredo.(7)

Maria Sylvia Zanella Di Pietro(8) também não poupa o novel instituto constitucional. Segundo a renomada publicista, quando for firmado o contrato de gestão com órgão da Administração Direta, *"dificilmente estarão presentes as características próprias de um contrato, pois este pressupõe um acordo de vontades entre pessoas dotadas de capacidade, ou seja, titulares de direitos e obrigações. Como órgãos da Administração direta não são dotados de personalidade jurídica, mas atuam em nome da pessoa jurídica em que estão integrados, os dois signatários do ajuste estarão representando exatamente a mesma pessoa jurídica. E não se pode admitir que essa pessoa tenha interesses contrapostos defendidos por órgãos diversos."* E prossegue: *"Mesmo em se tratando de contrato de gestão entre entidade da Administração Indireta e o poder público, a natureza efetivamente contratual do ajuste pode ser contestada, tendo em vista que a existência de interesses opostos e contraditórios constitui uma das características presentes nos contratos em geral e ausente no contrato de gestão, pois é inconcebível que os interesses visados pela Administração direta e indireta sejam diversos. É incontestável que sua natureza se aproxima muito mais dos convênios do que dos contratos propriamente ditos."*

Tais críticas, como visto, são contundentes e partem de doutrinadores de relevo. No entanto, ousaremos tecer algumas considerações sobre as críticas lançadas.

Ao nosso ver, não é correto dizer que estes contratos não podem alterar a configuração padrão dos direitos e deveres de entidades públicas. Isto porque estes direitos e deveres tem seu fundamento mediato na Constituição Federal, que é assim denominada pois *constitui* o Estado, dando-lhe forma e conteúdo; e dela decorrem leis e decretos regulamentares. E, se a própria Constituição autoriza esta forma de agir – a ampliação da autonomia gerencial, orçamentária e financeira através de contratos que tem limites definidos na legislação – não há como impedir que seus efeitos jurídicos fruam naturalmente.

Vejamos: a Lei Maior delineia um regime de autonomia gerencial, orçamentária e financeira para os entes da administração direta e indireta. Este mesmo Diploma prevê que esta autonomia poderá ser incrementada mediante um instrumento jurídico que tem suas balizas em lei. Esta lei, por sua vez, determina o limite a que estes contratos podem chegar no cumprimento deste papel que lhes foi destinado pela Constituição. Assim, não restam empecilhos de ordem legal para que se reconheça o valor jurídico deste incremento de autonomia, pois não há óbices à abertura de exceções ou regras especiais por diploma legal de hierarquia equivalente. Neste aspecto estamos acompanhados do Prof. Celso Antonio Bandeira de Mello(9), que comentando o § 8 da Emenda 19, assevera que *"como ele menciona que a lei disporá sobre o prazo de duração de tais contratos, controles, avaliação, responsabilidades e remuneração de pessoal, haver-se-á de entender que tal lei, de par com os sobreditos aspectos, mencionará quais os controles que podem ser suspensos no caso de serem travados os contratos. Como conseqüência, resultará ampliada a autonomia das entidades contratantes. É claro, então, que dita lei terá de ser explícita com relação ao que poderá ser afetado, isto é, em quê o regime nela disposto substituirá o regime diverso que vigoraria se não houvera o contrato."* E conclui: *"Eis como, no futuro, depois de editada a pertinente lei, poderão existir verdadeiros contratos de gestão entre o Estado e suas pessoas da Administração indireta."*

As judiciosas considerações quanto ao fato de ser firmado por órgãos que compõem uma mesma pessoa, que não tem interesses contrapostos, também merecem relevo. Mas isto atinge, tão-somente, ao nome dado ao instituto. Isto é, realmente ele não se coaduna com a noção hodierna de contrato. Mas isso não lhe retira a validade jurídica, pois se a Constituição determina que aquilo é um *contrato* – e ela é a Lei Suprema – assim deve ele ser nominado, mesmo que se teçam críticas quanto a esta opção terminológica.

A contratualização tem como um dos objetivos a horizontalização administrativa, que se contrapõe ao modelo burocrático tradicional. A supressão dos controles hierárquicos e sua substituição por um modelo de pactuação de autonomia em troca de resultados coloca o administrador do serviço em um posição de prestador e o órgão estatal estratégico numa posição de comprador/financiador. Um é responsável pela gestão de um serviço e outro é responsável pela gestão de uma política pública, sendo que a relação entre estes deixa de ser pautada pela hierarquia e passa a ser pautada por um contrato.

O Direito não existe para o exclusivo deleite dos juristas. Ele sofre ingerências da Administração e da Economia, que se articulam com os seus institutos para aprimorar o funcionamento da sociedade e do Estado. Se esta figura ímpar, denominada *contrato de gestão*, tem papel importante na Teoria

da Administração Pública e isso é reconhecido em nível constitucional, o dever do jurista é acomodá-la no ordenamento, ainda que isso implique em declarar os limites que se impõem em virtude da sua natureza jurídica. Por exemplo, o Professor Celso Antonio[10] acredita que estes contratos não passam de acordo de cavalheiros ou protocolos de intenções, haja vista serem inexequíveis e não poderem ser resolvidos em perdas e danos. Mas, mesmo assim, para a Administração, este acerto faz sentido, pois esclarece sobre os deveres a serem cumpridos, estipula as metas a serem atingidas, confere instrumentos (facilidades) para tanto e demonstra que a falta de cumplicidade dos administradores com aqueles fins, os fará retornar ao regime anterior, de mais difícil manuseio. Por sua vez, a Professora Maria Sylvia[11] acredita que o novel instituto tem discutível natureza contratual, se aproximando mais de um convênio, haja visto que não há contraposição de interesses. Esta judiciosa colocação tem todo respaldo, uma vez que os *convênios* são caracterizados por esta situação de acerto de interesses convergentes, sem finalidade de lucro.

Ambas considerações são pertinentes e verdadeiras, mas isso não desqualifica por total o instituto. Os franceses, que criaram esta prática, sempre o chamaram de contrato. A nossa Constituição, fonte maior do Direito, também o faz. Então, devemos chamá-lo de *contrato de gestão*, reconhecendo sua existência no mundo jurídico, mas sempre ponderando que esta escolha não é (em nosso sistema) muito feliz e que ele se diferencia dos demais contratos em vários aspectos. Aliás, por certo, todos concordamos que não é um contrato comum, mas, pelo contrário, bastante *sui generis.*

2 - Contratos de gestão com Organizações Sociais

A outra espécie vigente de contrato de gestão é aquele regulado pela Lei n 9.637/98. Diferentemente da outra espécie, acima estudada, este contrato se firma entre o Poder Público e uma entidade de direito privado sem fins lucrativos, também chamada de *pública não-estatal*.

Trata-se do instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas ao ensino, à cultura, à saúde, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e à proteção e preservação do meio ambiente.

Natureza Jurídica

Os contratos podem ser públicos ou privados. Não há porque conferir outra natureza aos contratos de gestão, senão a pública. São subespécies dos contratos administrativos.

São contratos realizados pelo poder público, para a prestação de serviços de interesse público e com o objetivo de cumprir os fins que a Constituição credita ao Estado, que são os fins públicos. Retomemos, para fins de confirmação, a definição de Hely Lopes Meirelles[12], para quem, em sentido amplo, o "*contrato administrativo* é o ajuste que a Administração Pública, agindo nessa qualidade, firma com o particular ou com outra entidade administrativa, para a consecução de objetivos de interesse público, nas condições desejadas pela própria Administração."

Aliás, a simples participação da administração pública, como uma das partes contratantes, com *supremacia de poder* para fixar as condições iniciais do ajuste, já é suficiente para a caracterização pública do contrato. Mas são elementos importantes o fato de se tratar de prestação do serviço público, com o repasse de verbas, bens e funcionários públicos, para que se componha o traço fundamental dos contratos públicos (ou administrativos *lato sensu*). O Professor Celso Antônio Bandeira de Mello, expondo a doutrina francesa, ensina que estes doutrinadores diferenciam o contrato administrativo dos demais, a partir do atendimento a um destes três requisitos: (a) receber a qualificação por lei, (b) ter por objeto a execução de um serviço público, e (c) conter cláusulas exorbitantes. Tal posicionamento só vem a corroborar a tese defendida, pois os serviços prestados pelas Organizações Sociais são, em especial na área da saúde, serviços públicos.

Some-se a isso o fato de ser a qualificação da entidade como Organização Social uma decisão discricionária, que afeta a sua contratação. Lembre-se que, para que seja parte em contrato de gestão, a entidade deve ser qualificada pelo Poder Público como Organização Social. Temos então uma cláusula exorbitante, que coloca o poder público em absoluta primazia sob o contratado.

O certo é que, independentemente da caracterização ou não do serviço, como público, quando prestado pelas Organizações Sociais, devemos entender estes contratos como públicos. Seja pela participação do Estado, em posição de supremacia, seja pela destinação de verbas e bens públicos para a consecução de fins públicos. Seu regime, fatalmente, será puramente de Direito Público, até porque não contém nenhum elemento caracterizador do regime privado (autonomia da vontade ou igualdade entre as partes).

Contrato de Gestão e Convênio

Indaga-se sobre as diferenças entre a celebração de um contrato de gestão, com uma Organização Social, e de um convênio, com uma entidade civil. Quais são as diferenças marcantes entre estes dois institutos? Para responder a esta pergunta, devemos a análise conceitual e comparativa de ambos.

O contrato, segundo Hely Lopes Meirelles[13], *"é todo acordo de vontades, firmado livremente pelas partes, para criar obrigações e direitos recíprocos"*. É instituto originário do direito privado, sendo caracterizado pela autonomia da vontade e pela igualdade entre as partes, que, para ser utilizado pela administração pública, sofreu as devidas adaptações. Há, segundo o precitado mestre, dentre as espécies de contratos públicos, os *contratos administrativos* e os *acordos internacionais*, cada qual com suas especificidades, tendo em comum a sujeição ao direito público. O contrato administrativo se enquadra, na teoria geral do direito, na categoria dos contratos 'comutativos ou 'distributivos (ainda quando se trate de contratos unilaterais). Isto porque, em tais atos, não há comunhão de interesses ou fim comum a ser buscado. Cada parte vale-se do contrato para atingir a um fim que não é compartilhado pela outra", conforme ensina Marçal Justen Filho[14]. Dos contratos administrativos diferem os convênios.

Eros Roberto Grau[15], citando Henry Jacquot[16], diz que, no contrato, "as partes têm interesses opostos e desejam coisas diferentes: o vendedor quer desapossar-se de um bem com a condição de receber em troca o mais elevado preço possível; o comprador deseja adquirir o mesmo bem, pagando o menor preço possível. No ato coletivo *(no convênio),* por outro lado, as partes desejam a mesma coisa: *realizar conjuntamente uma ou várias operações comuns;* seus interesses, ainda se diferentes, caminham na mesma direção."

Os convênios são instrumentos formais que consolidam a execução de interesses comuns entre as partes conveniadas. Não se confundem com os contratos administrativos, pois nestes há interesses contrapostos, como bem aponta Marçal Justen Filho[17]. Segundo ele "no 'convênio administrativo , a avença é instrumento de realização de um determinado e específico objetivo, em que os interesses não se contrapõem - ainda que haja prestações específicas e individualizadas, a cargo de cada partícipe. No convênio, a assunção de deveres destina-se a regular a atividade harmônica de sujeitos integrantes da Administração Pública, que buscam a realização imediata de um mesmo e idêntico interesse público." São, então, avenças de natureza "cooperativa". Aliás, esta natureza se faz clara no texto do artigo 23 da Constituição Federal, com redação dada pela Emenda n 19/98, que assim dispõe: "a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos".

É certo que o referido dispositivo constitucional se refere somente aos convênios firmados entre entidades públicas. Mas, é certo também, que a natureza cooperativa se verifica também nos convênios firmados entre estas e os particulares. O traço característico que se percebe em ambas as modalidades de convênio, e que é sempre apontado pela doutrina, é a convergência de interesses. Maria Sylvia Zanella Di Pietro[18] vai além desta distinção clássica, que se funda no vetor dos interesses, para estabelecer outros critérios de diferenciação. Vale a transcrição:

a) os entes conveniados têm *objetivos institucionais comuns* e se reúnem, por meio do convênio, para alcançá-lo; por exemplo, uma universidade pública - cujo objetivo é o ensino, a pesquisa e a prestação de serviços à comunidade - celebra convênio com outra entidade, pública ou privada, para realizar um estudo, um projeto, de interesse de ambas, ou para prestar serviços de competência comum a terceiros; é o que ocorre com os convênios celebrados entre Estados e entidades particulares tendo por objeto a prestação de serviços de saúde ou educação; é também o que se verifica com os convênios firmados entre Estados, Municípios e União em matéria tributária para coordenação dos programas de investimentos e serviços públicos, e mútua

assistência para fiscalização dos tributos respectivos e permuta de informações;

b) os partícipes do convênio têm *competências* institucionais comuns; o resultado alcançado insere-se dentro das atribuições de cada qual;

c) no convênio, os partícipes objetivam a obtenção de um *resultado* comum, ou seja, um estudo, um ato jurídico, um projeto, uma obra, um serviço técnico, uma invenção etc., que serão usufruídos por todos os partícipes;

d) no convênio, verifica-se a mútua colaboração, que pode assumir várias formas, como repasse de verbas, uso de equipamentos, de recursos humanos e materiais, de imóveis, de *know-how* e outros; por isso mesmo, no convênio não se cogita de preço ou remuneração;

e) nos contratos, "as vontades são antagônicas, se compõem, mas não se adicionam, delas resultando uma terceira espécie (vontade contratual, resultante e não soma) - ao passo que nos convênios, como nos consórcios, as vontades se somam, atuam paralelamente, para alcançar interesses e objetivos comuns" (cf. Edmir Netto de Araújo, 1992:145);

f) no contrato, existem *partes* e no convênio existem *partícipes*; é o que diz Hely Lopes Meirelles (1996:358): "no contrato as partes têm interesses diversos e opostos; no convênio os partícipes têm interesses comuns e coincidentes. Por outras palavras: no *contrato* há sempre duas partes (podendo ter mais de dois signatários), uma que pretende o objeto do ajuste (a obra, o serviço etc.), outra que pretende a contraprestação correspondente (o preço, ou qualquer outra vantagem) diversamente do que ocorre no *convênio*, em que não há partes, mas unicamente *partícipes* com as mesmas pretensões";

g) em decorrência disso, há uma outra distinção feita por Edmir Netto de Araújo (1992:146): "a ausência de vinculação contratual, a inadmissibilidade de cláusula de permanência obrigatória (os convenentes podem denunciá-lo antes do término do prazo de vigência, promovendo o respectivo encontro de contas) e de sanções pela inadimplência (exceto eventuais responsabilidades funcionais que, entretanto, são medidas que ocorrem fora da avença)".

Neste sentido, vê-se que a natureza dos contratos de gestão, seja da espécie que for, realmente se distancia dos contratos. É por isto que a obra atualizada de Hely Lopes Meirelles[19], pondera que não se trata, aqui, de um contrato propriamente dito, mas de um *"acordo operacional* – acordo de Direito Público – pelo qual o órgão superior da Administração direta estabelece, em conjunto com os dirigentes da entidade contratada, o programa de trabalho, com a fixação de objetivos a alcançar, prazos de execução, critérios de avaliação de desempenho, limites para despesas, assim como o cronograma da liberação dos recursos financeiros previstos".

Isto posto, temos para nós que o instituto *sub studio* se aproxima conceitualmente mais dos convênios, do que dos contratos tradicionais, uma vez que não se configuram interesses contrapostos, mas também porque não há fim de lucro por parte das Organizações Sociais. A natureza de entidades paraestatais demonstram, de per si, que seu objeto social é colaborar com o Estado desempenhando atividade não lucrativa. Sua atividade é paralela ao Estado[20], e portanto convergente.

A disciplina legal dos convênios é dada pela Lei n 8.666/93, que assim dispõe:

Art. 116 - Aplicam-se as disposições desta Lei, o que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração.

§ 1 - A celebração de convênio, acordo ou ajuste pelos órgãos ou entidades da Administração Pública depende de prévia aprovação de competente plano de trabalho proposto pela organização interessada, o qual deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I - identificação do objeto a ser executado;

II - metas a serem atingidas;

III - etapas ou fases de execução;

IV - plano de aplicação dos recursos financeiros;

V - cronograma de desembolso;

VI - previsão de início e fim da execução do objeto, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas;

VII - se o ajuste compreender obra ou serviço de engenharia, comprovação de que os recursos próprios para complementar a execução do objeto estão devidamente assegurados, salvo se o custo total do empreendimento recair sobre a entidade ou órgão descentralizador.

(...)"

Resta claro, aqui, que outras semelhanças podem ser destacadas, pois, como visto, o contrato de gestão deve dispor sobre elementos bastantes similares (senão idênticos) aos que devem constar do convênio administrativo. Isto porque, o artigo 7 da Lei das Organizações Sociais, determina que o contrato de gestão deve dispor sobre a especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como sobre a os critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade. Disporá, ainda, sobre o cronograma de desembolso de verbas públicas. Podemos concluir, então, que a sistemática de um convênio é muito similar à de um contrato de gestão, ressalvando que os convênios exigem um *plano de aplicação dos recursos financeiros*, enquanto que os contratos de gestão só controlam os resultados, não se preocupando com o planejamento financeiro ou com qualquer outro meio empregado pela entidade para atingir as metas estabelecidas. A preocupação, frise-se, dos contratos de gestão é quase que só com os resultados. A ressalva que merece nota é quanto à remuneração do pessoal empregado no serviço e o regulamento de compras e serviços. O contrato de gestão das Organizações Sociais deve estipular limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções, enquanto que os convênios não têm esta preocupação. E, após a assinatura do contrato, a Organização deve ter aprovada pelo seu Conselho de Administração um regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações.

Qual seria, então, a diferença, para a administração pública, entre firmar um contrato de gestão com uma Organização Social ou um convênio com uma entidade privada?

A primeira diferença que salta aos olhos é a administrativa, pois o poder público participa da administração das Organizações Sociais, enquanto que o mesmo não ocorre com as entidades conveniadas. Este fato tem por conseqüência direta um melhor e mais próximo controle na aplicação das verbas públicas e na prestação dos serviços, pois resume-se numa verdadeira parceria administrativa. De seu turno, o convênio limita o controle a uma posterior análise da prestação de contas. É de se dizer, também, que o aspecto positivo aqui apontado não se aplica aos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais da Saúde no Estado de São Paulo ou do Pará, uma vez que nesses Estados o poder público não indica membros para o Conselho de Administração.

Outra diferença que merece destaque é a exigência de autorização legislativa. Enquanto os convênios quase sempre dependem de autorizações legislativas específicas (pois assim exigem – inconstitucionalmente – várias Constituições Estaduais e Leis Orgânicas), os contratos de gestão com Organizações Sociais independem deste expediente.

Mas o aspecto mais importante na escolha pelo modelo de Organização Social em detrimento do convênio é a clareza do marco regulatório. Na legislação referente ao contrato de gestão com Organização Social estão definidos todos os aspectos relevantes para a configuração de uma entidade do terceiro setor empenhada em prestar serviço público com uma estrutura de governança adequada e responsável, com caráter público (e não estatal). Estão também definidos os padrões de controle (de prestação do serviço, financeiro e social), e regras claras que pautam o relacionamento com o poder público. Portanto, há uma certeza e segurança maior quanto à qualificação do parceiro, quanto aos instrumentos de controle e quanto ao padrão de relação com os órgãos da administração pública.

Os convênios com prestadores do SUS são celebrados sempre com entidades sem fins lucrativos, em respeito ao que dispõe o art. 199, § 1º da Constituição Federal. Entretanto, tal conceito é muito mais amplo do que o de Organizações Sociais, que restringe este rol àquelas que tem normas claras e específicas acerca da composição e das atribuições privativas do Conselho de Administração, que garantem maior responsabilização e controle social.

Os contratos de gestão têm de estipular indicadores de qualidade e de produtividade, a serem avaliados por uma comissão de avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação. Tal aspecto reforça a *accontability* do modelo, pois exige a definição de resultados pelos quais o prestador deve se responsabilizar, sob pena de descredenciamento e rescisão contratual.[21] Trata-se de um modelo fincado no controle de resultados, que deixa claro as atribuições de cada órgão envolvido. Enquanto tais aspectos são obrigatórios no modelo do contrato de gestão, para os

convênios tais aspectos surgem como uma liberalidade.

Em face disto, vemos que os contratos de gestão representam um ganho na regulação, que traz benefícios para os gestores e para a sociedade, pois dá clareza quanto aos critérios que devem ser observados pelos estatutos das organizações, amplia as formas de controle social e exige maior participação dos membros do Estado no acompanhamento e decisões da entidade contratada.

Conclusões

Os contratos de gestão são de duas matizes, podendo ser *internos* – quando firmados com órgãos e pessoas jurídicas da administração pública – ou *externos* – quando firmados com Organizações Sociais ou com o Serviço Social Autônomo das Pioneiras Sociais. Ambos os instrumentos têm origem no Plano Diretor da Reforma do Estado de 1995 e têm por finalidade o aumento da eficiência.

Muito embora ainda não haja a lei regulamentadora do contrato de gestão *interno* – aquele firmado com órgãos da administração direta ou indireta – este instrumento tem sido utilizado sem que haja clareza quanto aos limites dos ganhos de autonomia. Tais contratos diferem, em muito, da clássica conceituação de contratos e enfrentam duras críticas da doutrina jurídica, mas têm respaldo constitucional e seu uso não tem enfrentado problemas nos tribunais.

Os contratos de gestão com as Organizações Sociais representam um ganho para os gestores, prestadores e sociedade, uma vez que reforça a *accontability* e os mecanismos de controle social, bem como elege os critérios específicos que devem ser cumpridos pela entidade que busca qualificar-se para a celebração de um contrato de gestão. Em comparação com o modelo convenial, podemos verificar que a regulação é mais completa, clara e adequada aos fins que se destina.

Referências

(1) A evolução do instrumento francês é bem delineada por Maria Sylvia Zanella Di Pietro (*Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999, p. 188 e segs);

(2) A este respeito, vide Celso Antonio Bandeira de Mello (*Curso de Direito Administrativo,* 11ª edição, São Paulo, Malheiros, 1999, p. 146), que traça histórico legislativo sobre o tema, especificando qual o papel de cada legislação e ponderando que nenhuma delas esclareceu e delineou o instituto dos contratos de gestão;

(3) *Direito Administrativo Brasileiro.* 24ª ed. São Paulo, Malheiros, 1999, p. 244;

(4) *Parcerias ...,* p. 197;

(5) *Curso de Direito Administrativo,* 11ª edição, São Paulo, Malheiros, 1999, pp. 152/154;

(6) *Da Reforma Administrativa Constitucional,* Rio de Janeiro, Renovar, 1999, p. 172, *apud* Lúcia Valle Figueiredo, *Curso ...,* p. 147;

(7) *Curso de Direito Administrativo,* São Paulo, Malheiros, 2000, p. 147;

(8) *Parcerias ...,* p.197;

(9) *Curso ...,* p. 151/152. O autor salienta que ainda não havia sido editada e lei prevista pela Emenda n 19/98, quando da sua última atualização da obra;

(10) *Curso ...,* p. 148;

(11) *Parcerias ...,* p. 197;

(12) *Direito Administrativo Brasileiro,* p. 193/194. O autor esclarece que o contrato administrativo geralmente objetiva a obtenção de uma obra ou serviço público, mas pode ter qualquer outro objeto, consubstanciando a obrigação de dar ou fazer. Daí por que na sua conceituação, explica o Mestre, não se refere especificamente a obras e serviços, mas alude genericamente a "objetivos de interesse público";

(13) *Direito Administrativo Brasileiro,* p. 192/193;

(14) *Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos,* 5ª edição, São Paulo, Dialética, 1998, pp. 628/629;

(15) *Enciclopédia Saraiva de Direito,* v. 20, p. 379 (*apud* Maria Sylvia Zanella Di Pietro, *Parcerias na Administração Pública,* p. 177);

(16) *Le statut juridique des plans français,* Paris, 1973, p. 226;

(17) *Comentários ...,* pp. 628/629;

(18) *Parcerias ...,* p. 178;

(19) *Direito Administrativo Brasileiro,* p. 244 e 338;

(20) Maria Sylvia Zanella Di Pietro, *Parcerias ...,* p.199;

(21) Quanto a este aspecto, vale transcrever trecho de Acórdão do Superior Tribunal de Justiça, que assim decidiu: "(...) 7. A responsabilidade pelo não-cumprimento de todas as metas do contrato de gestão objeto do writ é imputável tão-somente à entidade impetrante, não havendo como atribuir ao Poder Público, que lhe transferiu recursos financeiros e lhe cedeu servidores públicos, a 'culpa' pelo cumprimento de percentual insatisfatório das metas contratualmente estipuladas. Além disso, conforme bem observado pelo parecer que fundamentou o ato impetrado, a impetrante admite o descumprimento parcial do contrato e não justifica os motivos desse descumprimento, apenas discorre que o Poder Público não lhe orientou de maneira suficiente para que as metas pudessem ser atingidas. 8. Registre-se que as alegações da impetrante são contrárias aos princípios que regem a Administração Pública e as atividades do chamado "terceiro setor", pois a qualificação de entidades como organizações sociais e a celebração de contratos de gestão tiveram origem na necessidade de se desburocratizar e otimizar a prestação de serviços à coletividade, bem como viabilizar o fomento e a execução de atividades relativas às áreas especificadas na Lei 9.637/98 (ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde). Assim, apesar de, na espécie, competir ao Ministério do Meio Ambiente a fiscalização, a avaliação e o acompanhamento dos resultados do contrato de gestão, essas providências não afastam a responsabilidade do impetrante de cumprir as metas acordadas com o Poder Público. (...)" - MS 10527, DJ 07/11/2005, p. 75.

Inter-relações no Sistema de Saúde

Álvaro Escrivão Junior

O grande obstáculo para o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com exceção do bom e velho problema da falta de recursos, é a questão da inter-relação entre os atores envolvidos no sistema de saúde incorporados no Ministério da Saúde, na Secretaria Estadual e nas Secretarias Municipais, e sua divisão e compartilhamento das atribuições e responsabilidades.

Acredito que a escassez de recursos irá nos acompanhar eternamente. Apesar disso, iniciativas relevantes têm sido tomadas, como as voltadas para a regulamentação da Emenda Constitucional 29[1].

A Constituição de 1988 estabeleceu com muita clareza os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde. O SUS é um modelo federativo organizado para ter unicidade, uma diretriz organizativa com descentralização e um comando único em cada esfera do governo. E aí começam as dificuldades. Na verdade, há um grande peso dos municípios, que são entes federativos.

O CONASEMS afirma que o município não é de um nível inferior, mas que cada uma dessas instâncias de governo, como todo mundo sabe, tem sua autonomia. O que pretendemos discutir aqui é como se relaciona a autonomia com a garantia de uma política que é nacional, por definição.

O SUS está organizado nas esferas nacional, estadual e municipal e a sua estrutura de tomada de decisão envolve, além dos próprios dirigentes, as Comissões e os Colegiados participativos. Trata-se de uma engenharia extremamente complicada na qual existe uma transferência de recursos que é feita de acordo com regras e que vai conformando o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Vale ressaltar que nas três esferas existem pressões de atores externos com os seus respectivos interesses, o que acaba influenciando a decisão dos gestores.

O que é interessante é que os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo, ou seja, o Secretário de Saúde do Estado, do Município e o Ministro da Saúde, mas na verdade estes gestores atuam em dois níveis, quer dizer, a gestão do SUS é feita em dois níveis de atuação, que são o nível político e o nível técnico. Aqui estamos discutindo as duas dimensões dessa questão, a política e a técnica. A discussão no âmbito político inclui os Conselhos Nacional e Estadual de Saúde, e todos os canais institucionais formais de tomada de decisão, além dos Conselhos municipais de saúde.

No âmbito técnico, existe um conjunto articulado de práticas e saberes, exercido de acordo com os princípios e diretrizes que já comentamos.

As comissões inter-gestoras tripartites decidem o que vão fazer e têm certa possibilidade de discutir divisão de responsabilidades entre os gestores. Nada das coisas que existem aí são extremamente bem definidas, claras. Existe um espaço tanto político quanto técnico para se discutir essas funções.

Isto gera o que esses autores chamaram de pactos desorganizativos de gestão e que é um problema que nós temos hoje no SUS. Ocasiona conflitos permanentes, principalmente quando existe um gestor no estado, de um partido, e um gestor no município, de outro partido. Então começam a aparecer problemas sérios e há uma imbricação muito grande desses aspectos políticos e técnicos.

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) vieram propor a organização de subsistemas independentes ou que misturam os próprios limites territoriais entre os municípios. Ou seja, as NOAS criaram uma outra confusão, a de que há pessoas que acham que algumas coisas vão se

transformar numa outra esfera de atuação do próprio SUS. As NOAS também trazem, teoricamente, uma possibilidade, no interior do Estado principalmente, de criar uma esfera que não é nem municipal, nem estadual, é um conjunto de municípios. É uma complicação adicional.

Quando olhamos as funções que são dadas para cada uma das esferas de governo, percebemos que a maioria das funções é de responsabilidade dos três gestores. O Ministério vai perdendo um pouco o peso, mas é preciso lembrar que ele é o grande financiador.

Em uma dissertação, por mim orientada, em que se faz a análise justamente dessa questão da coordenação da atenção primária na Zona Leste de São Paulo, a autora, Vanessa Chaer Kishima, mostra claramente esse fenômeno da adoção pelo nível municipal de todas as regras que são geradas no nível federal, regras estas de inspiração forte na questão de repasse de recursos. Assim, quando você pergunta para o gestor municipal *o quê é que você está fazendo, como é que você funciona*, ele se espelha muito nas diretrizes que vêm junto com o recurso, que é transferido do nível federal.

O tema que nos preocupa hoje é o controle e a avaliação do sistema e dos serviços. Desse modo, fica bem claro que o Ministério da Saúde define o *frame* onde vamos ter que trabalhar essa discussão que nos propomos a desenvolver. Deste tema decorrem outras questões, como a coordenação e regulação dos sistemas estaduais, a instância interestadual, definida pelas NOAS, as normas de orientação, a avaliação do desempenho dos sistemas estaduais e a avaliação das políticas nacionais. Os documentos do Ministério têm, em geral, um conteúdo mais propositivo, não se encontrando, com freqüência, avaliações da atuação das secretarias estaduais, sendo que essas, por sua vez, não costumam divulgar avaliações de seus municípios.

Essa lacuna é também observada na atuação da esfera municipal. Já foi objeto de discussão aqui nesse Semestre de Saúde a função de regulação que o sistema municipal deveria ter em relação ao setor privado de saúde (a saúde suplementar alcança 50% de cobertura na população paulistana) e o seu papel coordenador da assistência à saúde.

Um outro aspecto importante é a existência e disponibilidade de informações para apoiar as atividades de coordenação e regulação. Nós temos acompanhado essa profusão de sistemas de informação adotados nas distintas esferas de governo, os quais infelizmente ainda funcionam obedecendo à lógica de segmentação do próprio Ministério da Saúde. Cada órgão do Ministério da Saúde é dono de um sistema de informação e o defende fortemente. Temos discutido na RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde, coordenada pela OPAS, sobre a dificuldade de coordenação dos sistemas de informação existentes no nível federal. Eu vivenciei essa dificuldade em São Paulo, tanto na esfera estadual quanto na municipal.

A discussão que apresento aqui data da época da Constituinte de 1988, mas, desde então, enfrenta uma expressiva dificuldade para ser concretizada. Da mesma forma, fala-se muito de sistemas integrados de informação, interoperabilidade de sistemas etc., mas, na prática, o gestor da informação tem poder no âmbito técnico, mas não o dispõe no âmbito político. A minha experiência na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na organização e direção da Coordenação de Epidemiologia e Informação, mostrou essa mesma dificuldade, pois não acredito que seja possível implementar um sistema integrado de informação sem um consenso estabelecido pela alta administração da Secretaria. Não é possível coordenar um sistema integrado de informação como foi concebido em 2000[2] se não há um sistema integrado de gestão. Nesse caso, cria-se um sistema integrado de informação inútil. O máximo que se consegue, como se conseguiu na Secretaria Municipal de São Paulo e vem melhorando desde aquela época, é a construção de um Painel para dispor a informação considerada pelos técnicos como relevantes, sem garantias de que serão usadas pelos gestores.

Porém, esse discurso, quando observado no Ministério é extremamente abrangente e ambicioso. Já a prática da aplicação dos instrumentos para fazer o controle é extremamente complicada. Na verdade, não se dispõe de instrumentos de informação que deixem ver claramente quais são as metas perseguidas: *O que se quer? Onde se quer chegar? Quais são as metas da Secretaria Municipal da Saúde para as Regiões de Saúde? Onde se quer que elas cheguem, qual que é o planejamento?*

Ora, se não é possível enunciar o que deve ser feito, fica muito difícil saber o que se pretende controlar. Então, o controle fica muito em cima dos instrumentos de repasse de recursos ou legislações mais burocráticas. E a profusão de sistemas de informação mostra que, como diz Morin, num mar de dados a gente perde a informação e no mar da informação a gente não vê conhecimento algum e desconhece a realidade[3].

O objetivo desta discussão é buscar algum caminho em direção a essas propostas. Acho que há um esforço grande no plano técnico. No plano político, porém, as coisas ainda me parecem muito concentradas na questão financeira. Há pouco, na disciplina de Informações em Saúde e Epidemiologia Gerencial do nosso Curso de Mestrado / Doutorado, observamos que são realizados Congressos de Secretários de Saúde onde se proferem análises abrangentes e engajadas sobre a realidade do SUS e se exigem mudanças na política etc. Mas a impressão que fica, muitas vezes, é que se trata de uma moldura para se chegar "ao que interessa", que é saber quanto será repassado e quando. Quando se observa o que já se gastou nesse país - e provavelmente vai se gastar mais ainda - com o "Cartão SUS", percebe-se ser esse um bom exemplo: a população apóia a idéia do cartão porque, se as pessoas da classe média têm cartão do plano de saúde, a população pobre quer também "o *cartão do meu plano de saúde*". E os Secretários de Saúde, que devem também acreditar em Papai Noel e em Coelho da Páscoa, acreditam que terão, com a implantação do Cartão SUS, a sonhada "câmara de compensação" para os pacientes que eles atendem de outros municípios de forma mágica e imediata. Eu acredito que vou me aposentar antes desta "câmara de compensação" acontecer de fato e espero que a gente não precise continuar a debater o SUS apenas nos limites do repasse e da responsabilidade financeira.

Uma coisa que me chamou muito a atenção na primeira vez que eu tive a oportunidade de conhecer de perto um sistema de saúde de outro país, em 1990, em Toronto, no Canadá, foi a inclusão nos planos municipais de saúde dos *mandatory,* ou seja, das prioridades estaduais e nacionais de saúde. Essas diretrizes eram de fato assumidas pelos gestores municipais como exigências legítimas para se garantir as imprescindíveis políticas provincial e nacional de saúde. Já o que se observou na experiência dos Distritos de Saúde, aqui na cidade de São Paulo, foi uma exacerbação do discurso da autonomia, o que se observa ainda em alguns municípios, como se fosse possível cada um funcionar absolutamente à margem dos outros municípios, inclusive os limítrofes. Alguns fatos interessantes que aconteceram na implantação dos Distritos são ilustrativos. Diretores de Distrito imbuídos do seu poder local se recusavam a aceitar diretrizes gerais para a rede municipal afirmando: *"Eu não vou fazer porque não é prioridade no nível local"*. Um exemplo dessa postura foi um Distrito de Saúde recusar a participação em um levantamento de morbidade da demanda por amostragem, que tinha sido decidido consensualmente para ser realizado em toda a cidade. Como conseqüência, essa área ficou ausente do levantamento municipal.

Por que as NOAS têm tanta dificuldade para sair do papel? Talvez porque ela exija sair dessa posição de *eu moro nesse município, aqui eu mando, aqui eu sei o que fazer ou não fazer.* Eu queria fazer essa provocação para iniciar o debate e estimular a reflexão sobre o peso das regras de repasse de recursos e sobre a forma como estão sendo elaboradas e pactuadas as políticas nacional, estaduais e municipais.

Referências

(1) A EC 29 representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor saúde enfrentou a partir da Constituição de 1988 (com o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como forma de diminuir essa instabilidade. De acordo com levantamento realizado pela consultoria técnica da Comissão de Financiamento e Orçamento (Cofins/ CNS), a pedido do Conselho Nacional de Saúde, os gastos de ações em serviços de saúde na esfera federal após a vigência da EC 29 tiveram uma ligeira oscilação, ficando em torno de 1,85% do Produto Interno Bruto, o que representa uma estabilidade desses gastos em relação ao PIB. Já os gastos estaduais apresentaram um crescimento, passando de 0,57% do PIB, em 2000, para 0,79% do PIB, em 2003, enquanto os gastos municipais passaram de 0,67% do PIB para 0,91% do PIB no mesmo período, segundo dados do Siops.

(2) **Nota:** As funções da CEInfo eram, resumidamente, as seguintes: Estimular o uso do conhecimento, métodos e técnicas da epidemiologia nos processos de planejamento, gerência e gestão nos diferentes âmbitos da SMS; Coordenar a elaboração, implantação e o desenvolvimento da política de informação para gerência das unidades de saúde e para a gestão municipal da saúde em consonância com os princípios do SUS; Em conjunto com os Distritos de Saúde e Hospitais, elaborar e propor a utilização de indicadores epidemiológicos e de produção para subsidiar a intervenção dos diferentes serviços e ações locais; Definir, elaborar e divulgar indicadores de monitoramento da situação de saúde e da produção dos serviços de saúde no âmbito municipal, assim como apoiar sua utilização nos níveis descentralizados; Coordenar a elaboração, implantação e o desenvolvimento do plano diretor de Informática de SMS; Elaborar, implantar e desenvolver uma política de comunicação e disseminação das informações de interesse da saúde...

(3) "Onde está o conhecimento que perdemos na informação? O conhecimento só é conhecimento enquanto organização, relacionado com as informações e inserido

no contexto destas. As informações constituem parcelas dispersas de saber. Em toda parte, nas ciências como nas mídias, estamos afogados em informações. O especialista da disciplina mais restrita não chega sequer a tomar conhecimento das informações concernentes a sua área. Cada vez mais, a gigantesca proliferação de conhecimentos escapa ao controle humano. Além disso, como já dissemos, os conhecimentos fragmentados só servem para usos técnicos. Não conseguem conjugar-se para alimentar um pensamento capaz de considerar a situação humana no âmago da vida, na terra, no mundo, e de enfrentar os grandes desafios de nossa época. Não conseguimos integrar nossos conhecimentos para a condução de nossas vidas. Daí o sentido da segunda parte da frase de Eliot: "Onde está a sabedoria que perdemos no conhecimento?" - Edgar Morin in "A Cabeça Bem – Feita repensar a reforma reformar o pensamento", 2003.

Ponto Final

Paulo Eduardo M. Elias

Quero agradecer ao Prof. Peter Spink, que deu uma canja para a gente do excelente humor inglês. Antes de abrir a palavra à platéia, vou cumprir a tarefa que me foi dada, não em quarenta minutos, talvez em dez, que é a de fazer alguns comentários sobre a produção na área de Organizações Sociais publicada em periódicos.

Fiz um levantamento que não é exaustivo e que abrangeu algumas bases de indexação. Qual não foi a minha surpresa pela pequena produção e/ou divulgação científica diretamente relacionada às Organizações Sociais de Saúde ou às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Há realmente uma produção muito baixa. Eu encontrei apenas sete artigos. O mais antigo, de 2001, é de autoria do Prof. Nelson Ibanez e da Profª. Evelin Sá e já foi aqui citado pelo Nacime. E o mais recente é de 2004, da Maria da Glória Gohn, que não trata exatamente das Organizações Sociais, mas de seus problemas de participação. É apenas um artigo sobre as OCIPS.

Na literatura mais geral, encontramos uma produção um pouco maior, mas também não muito alentada. E aí se destaca uma publicação da Associação Paulista de Saúde Pública, em 1999, intitulada: *As Organizações Sociais e o Público não Estatal*. Devemos avaliar o tipo de abordagem encontrado nesse material. De maneira mais geral, os temas que dominam são: a reforma do Estado; a reforma do setor saúde; e a relação público-privado. Em outras palavras, são esses os grandes temas que aparecem nessa literatura não propriamente científica. E, nos artigos científicos, os itens que aparecem são: gestão, gerência, participação e uma abordagem de cunho mais jurídico. Na parte de gestão, o contrato de gestão e a reforma do Estado. E, na gerência, aspectos bastante específicos tais como: gerência de pacientes; gerência de terceirização de corpo clínico; e a inovação, entendida como inovações gerenciais. No aspecto da participação, há destaque para a sociedade civil, não exatamente governância, mas a sua participação. E, no aspecto jurídico, a especificidade da Lei que regulamenta as Organizações Sociais e a base legal do Sistema Único de Saúde.

E quem são os Centros que vêm trabalhando com essa questão, em termos de pesquisa? São também pouquíssimos, basicamente localizados no eixo Rio-São Paulo. No Rio de Janeiro, o que mais aparece é a Escola Nacional de Saúde Pública, com trabalhos que já foram citados nesta noite de pesquisadores como Nilson do Rosário, José Mendes e Célia Almeida, abordando os temas da reforma do Estado e do setor saúde. Em São Paulo, a Faculdade de Saúde Pública, com os Professores Oswaldo Tanaka, Evelin, Olímpio e Nelson Ibañez, que trabalham na perspectiva gerencial e na abordagem jurídica. A Fundação Getulio Vargas com a Profª. Ana Maria, realizando uma abordagem gerencial e de gestão. Na Faculdade de Medicina da USP, eu, as professoras Amélia e Ana Luiza, na perspectiva da reforma do Estado e Gestão. E, na Santa Casa, novamente o Prof. Nelson Ibañez, com o enfoque bastante gerencial.

E, para finalizar a encomenda a mim formulada, tratarei das perspectivas que teríamos para a pesquisa neste tema. Ou seja, os desafios para se desenvolverem as pesquisas. Alguns aspectos já foram aqui tratados. É inegável e indiscutível um ganho de eficiência das Organizações Sociais sobre a administração direta. Claro que há vários aspectos a serem investigados, mas, no essencial, esta tendência já está bastante estabelecida. Um aspecto central disso diz respeito aos Recursos Humanos e ao que se convencionou chamar de flexibilidade, ou seja, autonomia administrativa e gerencial. Existe uma dimensão política que foi muito bem explicitada aqui. E quais seriam as perspectivas? Estudos com abordagens da ciência polícia, dos atores envolvidos e de suas motivações, como o Prof. Peter Spink falou aqui. Temos que verificar quem são esses atores. E o que eu estou falando é olhar da perspectiva da ciência política, isto é, vamos olhar os atores e quais são as suas motivações. Porque este aspecto saltou à vista nos estudos que realizamos na Faculdade de Medicina e que evidentemente eu conheço mais de perto. No último estudo, que é um estudo comparativo de um orientando meu que defendeu, há pouco, sua tese, compara-se uma Organização Social com um hospital de Administração Direta. Nele, a motivação dos atores apareceu com a maior nitidez porque também esse hospital da administração direta era um excelente hospital, com bom desempenho. E o que é que ele tinha para justificar este desempenho? Em primeiro lugar, contava com uma equipe que estava há 14 anos na gerência do serviço. Segundo, havia uma motivação profissional muito grande. Justamente o que aqui foi salientado pelo Prof. Spink: havia uma motivação grande na equipe, portanto não era só o aspecto da continuidade, mas sim a motivação muito grande. Tenho a impressão de que nós temos que começar a desenvolver realmente estudos olhando dessa perspectiva da ciência política.

Depois temos que olhar também o perfil desses Recursos Humanos que estão envolvidos nesses estabelecimentos e como eles trabalham. É uma abordagem mais sistemática, mais sistêmica, eu diria, das Organizações Sociais de Saúde, ou seja, como é que elas se articulam em termos de constituírem a organização de serviços. Também já está estabelecida a importância dos Sistemas de referência, de contra-referência e dos sistemas de negociação entre os serviços. Mas há também o papel do Estado, do poder público, junto a essas OSS, aspectos que foram desenvolvidos pelo Nacime e pela Vânia.

E, finalizando, penso que existem pelo menos três aspectos importantes para a elaboração de pesquisas neste tema. Primeiro, o desenvolvimento de estudos comparativos regionais. São diversas as experiências desenvolvidas no país, com resultados absolutamente distintos e muito pouco estudadas. Seria interessante fazer um estudo comparativo dessas modalidades de gestão. E, também, a repercussão dessas modalidades de gestão nas três esferas de governo. O Nacime chamou a atenção para a repercussão desse fato ao ilustrar sua fala com a estruturação da Secretaria de Estado da Saúde, principalmente do planejamento e da avaliação. Há também que se ressaltar o que o Prof. Peter Spink mencionou sobre a satisfação do usuário e seus benefícios; e como é que as Organizações Sociais podem cooperar para o enfrentamento da desigualdade social, o principal problema social que temos no país. Assim, o serviço e o sistema de saúde, se quiserem ter eficácia social , além de cuidar dos aspectos da saúde mais técnicos, também terão que dar conta dessa desigualdade, ter leitura para a desigualdade e ter estratégias para enfrentá-la. No entanto, concordo que o problema da satisfação do usuário e do impacto do serviço para os usuários é muito importante e pouco explorado nos desenhos de pesquisa entre nós. Tenho a impressão de que a universidade poderia pensar numa agenda de investigações, de modo a ampliar o diálogo com os gestores, para que essa agenda seja construída conjuntamente com os objetivos contemplados de ambas as partes. Foi isso o que eu pude rapidamente recolher e trazer para o debate e espero ter cumprido a tarefa que me foi solicitada.

Alberto Hideki Kanamura
médico, mestre em Medicina pela FM-USP, diretor da área de diagnóstico e Medicina Preventiva do Hospital Israelita Albert Einstein.

Álvaro Escrivão Junior
Médico, doutor em Medicina pela FM-USP, professor da FGV-EAESP, membro do GVsaúde da FGV-EAESP.

Aparecida Yamada
Coordenadora de práticas assistenciais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP), assessora de gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP).

Claudio Luiz Lottenberg
Médico, doutor em Medicina pela UNIFESP, Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo.

Fernando Luiz Abrucio
Bacharel em Comunicação Social, mestre e doutor em Ciência Política pela USP, professor da FGV-EAESP, vice-coordenador do Curso de Mestrado em Administração Pública e Governo da FGV-EAESP.

Lenir Santos
Advogada, especialista em Direito Sanitário, procuradora aposentada da UNICAMP.

Olimpio Dalmagro
Diretor geral e administrativo da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Paulo Eduardo M. Elias
Médico, mestre e doutor em Medicina pela USP, professor da FM-USP e pesquisador do CEDEC.

Vânia Barbosa do Nascimento
Médica, professora da Faculdade de Medicina do ABC, secretária de Saúde do município de Santo André (SP), ex-presidente da Fundação ABC.

Alexis Garcia do Souza Vargas
Advogado, pós-graduando em Direito, consultor do GVprojetos da FGV-EAESP.

Ana Maria Malik
Médica , mestre em Administração pela FGV-EAESP, doutora em Medicina pela FM-USP, professora da FGV-EAESP, coordenadora do GVsaúde, diretora do PROAHSA/FGV.

Carlos Ari Sundfeld
Advogado, mestre em Direito pela PUC-SP, doutor em Direito pela PUC-SP, professor da FGV-EDESP.

Deraldo de S. Mesquita Jr.
Economista, mestre em Economia pela UNICAMP, atua no suporte técnico e de coordenação do Programa de PPP do Estado de São Paulo.

Gonzalo Vecina Neto
Médico, mestre em Administração pela FGV-EAESP, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo.

Nacime Salomão Mansur
Médico, especialista em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela FGV-EAESP, superintendente dos hospitais administrados por contrato de gestão da UNIFESP, conselheiro do CRM-SP.

Olimpio Jose Nogueira Vianna Bittar
Médico, doutor em Saúde Pública, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, coordenador de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Peter Kevin Spink
Psicólogo, doutor em Psicologia Organizacional pelo Birkbeck College, pós-doutorado na Universidade de Cambridge, professor da EAESP, coordenador do programa Gestão Pública e Cidadania.



Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP