ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE: APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS DE INTERVENÇÃO PÚBLICA NO SETOR PRIVADO*

Ana Maria Malik**

1. Introdução; 2. Justificativa para a escolha dos casos; 3. O cenário em que ocorreram os casos; 4. Descrição dos casos; 5. Conclusões: análise dos casos à luz de variáveis relevantes para a administração pública.

Motivos que levam o Estado a intervir em serviços de saúde. Descrição de dois processos de intervenção. Análise de resultados à luz de variáveis de interesse da administração pública.

Summary

PUBLIC HEALTH MANAGEMENT: TWO CASES OF PUBLIC INTERVENTION IN THE PRIVATE SECTOR

The author presents two intervention processes occurred in São Paulo, in 1986. She briefly describes the environmental conditions that enabled the interventions to happen and explores the decision making processes related to them. In her conclusion, the author analyses the situations using variables from the Public Administration framework, such as political and financial aspects, managerial competence and control. Finally, she introduces the issue of health services delivery as a public good.

Palavras-chave:
Administração pública; administração hospitalar; administração de saúde; intervenção.

1. *Introdução*

Apesar da existência de fartas teorias a respeito da administração pública, é inegável que o âmbito de sua atuação ocorre no mundo real. Desta forma, o estudo de casos permite a apreciação de situações concretas e das facilidades e dificuldades oferecidas para seu desenvolvimento de acordo com o ponto que se quer demonstrar. Não se está falando de "método do caso" como tentativa de reprodução da realidade

* Artigo recebido em dez. 1991 e aceito em mar. 1992.
** Professora na Faculdade de Saúde Pública/USP, no Proahsa/HC e na EAESP/FGV. (Endereço: Rua Haddock Lobo, 1.435/81 — 01414 — São Paulo — SP.)

para o ensino, mas sim sobre "estudo de casos" enquanto método de pesquisa social empírica.[1]

O estudo de casos parte da análise intensiva de número reduzido de situações, por meio da qual dá-se ênfase à completa descrição e ao entendimento do relacionamento dos fatores de cada situação. Com isto, podem-se descobrir relações às quais não se chegaria de outra forma, sempre buscando resposta às indagações "por quê?" e "como?"

Feita esta apresentação, pode-se introduzir o objeto deste trabalho, ou seja, dois casos já estudados de intervenção estatal em hospitais privados ocorrida em duas organizações, na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), no primeiro semestre de 1986: o Hospital São Marcos, atual Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos e o Hospital Matarazzo, atual Hospital Umberto Primo.[2]

2. *Justificativa para a escolha dos casos*

Na época, estes dois casos foram considerados emblemáticos de uma possível nova alternativa de o setor público agir na saúde, ou, pelo menos, em uma de suas modalidades, a prestação de assistência médico-hospitalar. De fato, nacionalmente, este tipo de atividade, frente à premissa de que a saúde é um dever do Estado, é majoritariamente prestado, pelo setor privado, contratado e/ou conveniado com o setor público.

Até o final de 1991, o setor público na área da saúde era considerado, além de mau pagador, um contratante que pouco controla aquilo que lhe é fornecido. Ou seja, de modo geral, desde que sejam encaminhadas faturas comprovando algum tipo de atividade a ser remunerada, não faz parte do rol das atribuições reconhecidas como prioritárias em âmbito estatal a avaliação da oportunidade, necessidade e adequação técnica dos procedimentos desenvolvidos. Salvo atuação de caráter mais que tudo cartorial, nem mesmo as condições em que se desenvolvem as ações remuneradas são analisadas em profundidade ou com algum grau de conseqüência para o prestador. Fogem à norma as situações que redundam, por qualquer motivo, em conhecimento pela população.

Os dois casos aqui apresentados tiveram este caráter de repercussão pública, entre outras causas pelo momento que se vivia nacionalmente, de tentativa de resgate da moralidade na gestão da coisa pública na área da saúde, corporificada na Previdência Social pelo então ministro da Previdência e Assistência Social, Waldir Pires, e pelo Presidente do Inamps, Hésio Cordeiro. Em São Paulo, o movimento era concordante, sendo a austeridade uma das palavras de ordem do Governo Montoro. Os gestores locais da área da saúde (Secretário Estadual João Yunes e a equipe de

[1] Campomar, M. C. Do uso de "estudo de caso" em pesquisas para dissertações e teses em administração. *Revista de Administração*. São Paulo, FEA/USP, *26*(3):95-7, 1991.

[2] Malik, A.M. *Formação de políticas públicas*: estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados na Região Metropolitana de São Paulo. Tese de doutorado. São Paulo, Faculdade de Medicina, USP, 1991; Malik, A. M. & Del Nero, P. R. La Intervención del estado en hospital privado. In: Kindig, D. A.; Ramirez, B. & Lastiri, S. *Casos en administración de salud*. Aupha, 1989. p.128-38; Pitta, A. M. *Hospital:* dor e morte como ofício. São Paulo, Hucitec, 1990.

secretários regionais da então Superintendência Regional do Inamps), ligados ao movimento sanitário, garantiram o respaldo setorial a esta política mais ampla.

O caso do Hospital São Marcos, organização privada de caráter lucrativo, reconhecido como grande fraudador e já autuado pela Secretaria de Estado da Saúde em função de condições inadequadas de funcionamento, foi um exemplo de intervenção estatal estatizante, tendo sofrido processos de intervenção e desapropriação. Desde fevereiro de 1986, vem sendo gerido, direta ou indiretamente, pelo Poder Público. Apesar da maneira pouco convencional pela qual o estado resolveu participar de sua gestão, no dia em que a intervenção foi anunciada houve maciças manifestações de apoio ao governador, inclusive por representações do setor privado filantrópico. As revelações feitas pelos meios de comunicação de massa, à época, a respeito das condições em que o hospital operava, garantiram respaldo imediato da população.

Em relação ao Hospital Matarazzo, alegadamente de caráter filantrópico, quando foi decidida a intervenção do estado, já estava com suas atividades paralisadas há meses, tendo gerado o desemprego de seus funcionários. A interrupção de seu funcionamento deveu-se ao rompimento do contrato com a Previdência Social, após a comprovação pública de fraudes contra o Tesouro Público, fazendo cessar a maior fonte de recursos da organização. A atuação do estado neste caso foi, basicamente, no sentido de permitir ao hospital voltar a operar, sempre como serviço privado. Um dos fatores determinantes dessa intervenção foi a pressão organizada, desencadeada pelos antigos funcionários, desempregados caso o serviço se mantivesse fechado e esperançosos de recontratação na mesma organização. O hospital continuou como um serviço privado, permitindo que o processo fosse caracterizado e divulgado como uma "intervenção não-estatal estatizante". Ou seja, o Poder Público teve papel de destaque na reabertura do hospital e na manutenção de seu funcionamento, mas a figura jurídica de organização privada sem finalidade lucrativa não foi alterada, embora tivesse sido constituído um Conselho Diretor no qual a participação do setor público era intensa (dois representantes da Secretaria de Estado da Saúde, dois do Inamps, um da então Secretaria de Higiene e Saúde do município de São Paulo e um da comunidade, indicado pelo governador, além de três elementos eleitos pela assembléia geral dos sócios da antiga mantenedora, um delegado dos médicos que trabalhavam no hospital e um representante dos funcionários).

Ambos os casos tiveram repercussão nacional, dentro e fora do setor saúde. Pode-se dizer que, de fato, inauguraram uma nova forma de atuação do estado junto ao setor privado, como pode ser verificado por diversos exemplos ocorridos, também em São Paulo, a partir de 1987, e em outros estados. Nesses novos casos, porém, as motivações foram outras, bem como o desenvolvimento, as diretrizes das políticas de saúde e até mesmo o grau de divulgação por eles obtido. A rigor, pode-se ainda dizer que este foi um momento em que o secretário de Saúde pôde exercer de fato seu papel de coordenador dos serviços de saúde no estado, propiciado pelas novas orientações das políticas de saúde, vigentes desde 1983, após a assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) entre o MPAS, MEC, Governo do Estado e Prefeitura Municipal de São Paulo.[3]

[3] Junqueira, L.P. & Inojosa, R.M. Descentralização do modelo de prestação de serviços de saúde em São Paulo. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, *24*(4):15, ago./out. 1990.

3. *O cenário em que ocorreram os casos*

A primeira característica comum aos dois casos, exceto data e local, foi que ambos foram viabilizados pelas AIS. De fato, pela primeira vez havia no estado uma oportunidade concreta, propiciada por cláusulas financeiras desse convênio, de que as instâncias federal, estadual e municipal se sentassem a uma única mesa de negociações para deliberar, em igualdade de condições e com responsabilidades compartilhadas, a respeito de questões setoriais.

Na época, vivia-se uma situação peculiar em que havia, não somente no discurso, uma proposta de resgatar as condições de funcionamento dos serviços de saúde do setor público, que não se encontravam em situação mais adequada que aqueles do setor privado. Verificava-se, ainda, que estado e municípios contestavam a hegemonia do Inamps no que dizia respeito à definição dos rumos da assistência médico-hospitalar, tendo ocorrido processos de confrontação (divergências quanto ao descredenciamento de serviços). Não se pode esquecer, porém, dos processos de aliança (por exemplo, no caso do *lock-out* dos hospitais privados ocorrido em São Paulo no final de 1985).

Ao mesmo tempo, as Secretarias de Saúde, estaduais e municipais, iniciavam a discussão de política hospitalar, inclusive para serviços que não lhes pertencessem. Parecia o começo de uma nova era, pois os aspectos referentes a internações hospitalares sempre foram marginais no contexto da saúde pública. Com isto, era trazida à baila a questão da qualidade dos serviços públicos e as dificuldades de gestão inerentes à modalidade de administração direta. Também se considerava que o fechamento de leitos ou de hospitais que estivessem aquém dos critérios estabelecidos de funcionamento levaria a uma carência de leitos para o atendimento à população.

Assim, levantava-se como alternativa a possibilidade de se trabalhar com organizações de caráter filantrópico, ditas serviços públicos não-estatais, atualmente definidas como ONGs (organizações não-governamentais) ou com alternativas dentro do modelo público. Dessa forma, imaginava-se possível associar a alegada moralidade administrativa do setor público (pelo menos, a ausência de fraudes) e a agilidade do setor privado.

Nessas circunstâncias, as duas intervenções empreendidas traziam oportunidades estratégicas para testar as hipóteses. No entanto, deve-se lembrar que ambos foram processos atípicos, para os quais não havia procedimentos prontos ou experiências anteriores sobre as quais se basear, caracterizando "decisões não-programadas",[4] em termos de forma, muito mais que de conteúdo.

Finalmente, em termos do estado de São Paulo, estava-se num período de mudança constante, no bojo de uma descentralização que se consolidava formalmente na Secretaria de Saúde por meio de uma reforma administrativa. A idéia era que as atividades e os serviços de saúde de uma dada região fossem localmente geridos. Isto incluía avaliação de necessidade e de condições de

[4] Kast, F. E. & Rosenzweig, J. E. *Organização e administração*. São Paulo, Pioneira, 1976.

funcionamento de serviços hospitalares nas diferentes regiões do estado, anteriormente realizada em órgão centralizado. Portanto, introduzia-se como variável adicional a resistência à mudança resultante da proposta de alteração das práticas vigentes no âmbito da Secretaria, ou de sua cultura organizacional.[5]

4. *Descrição dos casos*

4.1 A intervenção estatal estatizante — o caso do Hospital São Marcos (Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos)

Desde 1985 as irregularidades do Hospital São Marcos vinham sendo discutidas pelas instâncias gestoras responsáveis pela Região Metropolitana de São Paulo (Cris-RMSP), seja sob o prisma da adequação técnica de suas instalações, seja devido ao seu envolvimento com as fraudes. Frente a sua localização (zona leste de São Paulo, região extremamente carente de leitos), já havia ocorrido um precedente no qual o Governo estadual intercedera junto à Previdência no sentido de solicitar o não-rompimento do convênio com o serviço, ao mesmo tempo em que tentava negociar com o proprietário o resgate das condições de funcionamento do hospital. Entre os itens em negociação, estava a redução do número de leitos do hospital, pois este, que tinha alvará para operar 300 leitos, funcionava com mais de 800. Assumindo a possibilidade de se relativizar alguns dos parâmetros técnicos tradicionais, considerava-se aceitável a manutenção de 500 leitos ativos.

Uma vez que se vivia o momento das AIS, estava implícito o envolvimento das instâncias federal, estadual e municipal. Na situação específica em estudo, pode-se dizer que o Inamps teve o papel de instigador de uma tomada de posição por parte do Estado, num contexto em que era clara a falta de possibilidade real de se fechar o serviço devido à carência de leitos em sua região de abrangência.

Fazia-se necessário algum tipo de decisão. O Governo federal não tinha à época um perfil adequado para tomar qualquer atitude aberta de confronto com a iniciativa privada, mesmo num setor marginal como o da saúde. Além disso, tratava-se de momento pré-eleitoral, antecedendo eleições para governadores, senadores, deputados federais e estaduais. O ministro do MPAS, prestes a deixar o Ministério para concorrer a um governo estadual, tinha interesse em tomar uma atitude de repercussão nacional, embora possivelmente não visse com bons olhos sua identificação com movimentos de estatização de patrimônios privados. No entanto, podia assumir a responsabilidade financeira do processo.

Ao mesmo tempo, parecia muito pouco provável que o município de Ferraz de Vasconcelos pudesse arcar com o novo serviço, mesmo em termos técnicos. Afinal, sua rede de serviços de saúde era precária e sua infra-estrutura urbana era a de uma cidade-dormitório.

[5] Motta, P. R. Gerência de idéias novas: como despertar a criatividade e vencer a impotência do desejo inovacional. *Revista de Administração Pública,* Rio de Janeiro, FGV, *23*(4):71-86, ago./out. 1989.

Diante disso, a solução ficava nas mãos do estado. Este assumiu as decisões envolvidas após o estabelecimento de condições mínimas de repasse financeiro com a Previdência. As AIS implicavam decisões de consenso entre as organizações nelas envolvidas, ao menos no órgão colegiado central (CIS). Portanto, mesmo que a decisão não fosse do agrado de todos, como freqüentemente ocorria, terminou-se por obter o consenso, uma vez que nenhum dos participantes queria ser responsabilizado por limitar o avanço das propostas setoriais. Consultados os órgãos jurídicos do Governo estadual, a intervenção seguida de desapropriação foi considerada constitucional, ética e escudada na conceituação do Estado enquanto defensor dos direitos da população, entre os quais o do acesso a serviços de saúde, no mínimo, dignos.

Tomada a decisão política de intervenção, embora o momento de sua divulgação tivesse sido politicamente adequado, durante um evento de que tomavam parte, além das autoridades constituídas, boa parte dos prestadores privados filantrópicos de São Paulo, e que teria ampla cobertura por parte da imprensa, a oportunidade técnica de sua implantação deixou a desejar. Ao mesmo tempo que se utilizou o evento para demonstrar a nova realidade da política de saúde, explicitando a vontade (de alguns) de desencadear uma luta sem quartel contra a fraude e a corrupção, os fatos ocorreram com tal rapidez que foi impossível qualquer tipo de programação prévia. Agravava ainda mais o quadro o fato de a intervenção ter-se dado nove dias antes do Carnaval, o que dificulta qualquer tipo de mobilização profissional técnica.

Ainda cabe ressaltar que a "luta sem quartel" lembra o termo "cruzada", cujo significado é bastante diferente daquele comumente associado à política, que costuma ser entendida como dotada de maior consistência interna. De fato, na Previdência havia pelo menos dois grupos em confronto, mesmo entre aqueles que almejavam sua moralização: um, que acreditava na tática de destruição como condição para a reconstrução; outro, cuja opção preferencial era a negociação.

Finalmente, a intervenção podia ser considerada como uma tentativa de obtenção de aliança estratégica com a esquerda que, a rigor, tentava avançar mais que um Governo estadual taxado de cauteloso. Suas conseqüências, porém, levaram a uma alteração real, mesmo que efêmera, na situação. Por um lapso de tempo, observou-se um quadro de responsabilidade explícita do governo sobre um serviço em condições técnicas inaceitáveis, com recursos financeiros comprometidos e recursos humanos por obter.

A cobertura pela imprensa foi de curta duração, passado o escândalo; portanto, a visibilidade do processo ficou aquém do desejado. Além disso, a intervenção ajudou a evidenciar contradições internas do governo, reforçando um grupo que, certamente, não era hegemônico. A Secretaria de Estado da Saúde caracteriza-se por ser um órgão politicamente fraco. Desta forma, o caso só poderia ser considerado exemplar devido a suas peculiaridades. Tratava-se do hospital mais associado às imagens de degradação.

Desde o início, pairavam dúvidas quanto à representatividade do processo, havendo freqüentes questionamentos quanto a até que ponto se devia investir esforços e comprometer pessoas, pois nas negociações observavam-se alianças setoriais bastante descoladas das alianças políticas mais amplas. De fato, se a intervenção refletisse uma política governamental, os rumos de médio/longo prazo dos acontecimentos poderiam ter sido mais consistentes.

Tentou-se, por orientação do Governador, viabilizar como modelo de gestão um consórcio intermunicipal, constituído pelos três municípios da microrregião considerada, buscando evitar que o hospital se tornasse mais um órgão da administração direta. Imaginava-se que esse modelo poderia, se bem sucedido, ser multiplicado. No entanto, o convencimento dos municípios foi extremamente moroso, até porque alguns dos técnicos envolvidos no processo consideravam a proposta descabida, não trabalhando por ela.

Tudo isto pode ser considerado um reflexo das condições incipientes da descentralização na Secretaria, no período imediatamente posterior à intervenção, bem como da baixa consistência da municipalização até então. Havia ainda indefinições de caráter jurídico pois, se o arsenal legal existia, faltava resolver quais os limites desta intervenção específica. Um aspecto positivo a ser lembrado é o do estímulo à criatividade que foi necessária para superar as diversas áreas de superposição entre os saberes (e, principalmente, os não-saberes) das esferas técnica e jurídica.

Num primeiro momento, funcionando "sob intervenção" (os primeiros seis meses), poucas das propostas organizacionais levantadas foram implantadas. A rigor, era confortável para a organização manter-se em regime de exceção, que, automaticamente, lhe conferia alguma agilidade. Num segundo momento, viabilizou-se o Consórcio que passou a gerir, além do hospital, a rede básica local. A partir de 1990, o hospital voltou a se subordinar à Secretaria, diretamente vinculado a sua instância sub-regional (Ersa-13, Mogi das Cruzes). Cristalizou-se, assim, a situação que se buscou evitar desde o início da intervenção, com as tentativas de trabalhar com alternativas de administração indireta ou com o consórcio.

Por se localizar em região de difícil acesso, o hospital funcionava tecnicamente sustentado por equipes de plantão, o que interferia em qualquer proposta de continuidade de cuidados, chegando a dar a impressão de ociosidade na ocupação de leitos, em face da situação anterior, de internações a granel. A realidade era que se estava, de fato, privilegiando critérios técnicos de necessidade inadiável de internação, pois as condições do hospital só tinham se modificado de maneira substantiva quanto à qualificação de pessoal e à disponibilidade de material de consumo.

Assim, a população e a classe política local, acostumadas a solicitar e a obter internações sob quaisquer pretextos, passaram a se sentir prejudicadas pela nova administração. No caso da população, boa parcela da responsabilidade pode ser atribuída aos novos gestores do hospital, que não esclareceram as novas diretrizes e, conseqüentemente, as novas expectativas que se podia ter em relação ao atendimento aí realizado.

O passar do tempo se fez sentir neste processo, uma vez que as estratégias de longo prazo não estavam claras (se é que existiam). Em um ano, houve dois interventores diferentes e foi ainda um novo diretor que assumiu no terceiro ano após os fatos mencionados e já no novo Governo. Desqualificava-se qualquer projeto de continuidade administrativa. Ao mesmo tempo, os salários dos profissionais, inicialmente competitivos, permitindo que se contasse com elementos qualificados e interessados em manter vínculo, passaram a se equiparar com aqueles vigentes nos demais serviços públicos, dando margem a que se evidenciasse toda sorte de conflitos internos.

A mudança de governo influiu neste processo, embora o primeiro interventor do Hospital São Marcos tivesse coordenado um grupo dedicado a intervenções na área da saúde durante a gestão que se seguiu àquela na qual se iniciou o caso. Com isso, demonstra-se que as intervenções passaram a ser consideradas "normais", tendo perdido seu caráter de ineditismo. Na verdade, utilizou-se, por um certo tempo, a intervenção como modelo de gestão enquanto substituto de administração com autoridade!

4.2 A intervenção estatal não-estatizante — o caso do Hospital Matarazzo (Hospital Umberto Primo)

Os funcionários desempregados do hospital desativado tanto pressionaram o governador para uma tomada de atitude que este passou a desenvolver consultas técnicas a respeito da oportunidade de participação do estado no caso. A rigor, sob o prisma assistencial quantitativo estrito, parecia que o hospital poderia deixar de funcionar sem graves conseqüências para a população, devido a sua localização no espigão da Av. Paulista, região cuja concentração de leitos está entre as mais elevadas do mundo. No entanto, a oportunidade política de resgatar um serviço tradicional do município, respondendo a reclamos de funcionários mobilizados, teve sem dúvida um apelo considerável.

Ao mesmo tempo, as propostas tendiam a fugir da hipótese de desapropriação, o que parecia delicado, visto que à família proprietária do hospital aparentemente interessava vender o terreno com vistas a saldar dívidas de suas outras empresas. Essa organização oferecia, ainda, a oportunidade de, mantendo-a um hospital privado, viabilizar o modelo de gestão de um hospital público não-estatal, demonstrando para os demais serviços filantrópicos que o modelo "ONG" poderia ser bem-sucedido.

Desde 1983 o Hospital Matarazzo apresentava problemas em seu relacionamento com a Previdência, em função de fraude de ordem financeira. Por isso, ele vinha sendo mais bem controlado externamente, embora sem que isto tivesse repercussões em seu funcionamento interno, agravando seu déficit econômico-financeiro e prejudicando sua imagem junto aos usuários.

Em 1984, foi sugerido pelo Inamps ao município que este passasse a gerir o hospital. A proposta foi considerada pouco oportuna na época, pois havia o risco de os demais hospitais em condições semelhantes solicitarem o mesmo tipo de atuação da instância municipal. Configura-se, assim, mais uma situação excepcional, no que diz respeito ao relacionamento entre setor público e setor privado.

No processo referente a esse caso, o modelo de gestão envolvendo a mantenedora do hospital tampouco pode ser considerado típico devido à baixa participação desta na situação específica. Para a comunidade italiana, o hospital havia deixado de ser prioritário, ao contrário do que ocorria com a área de educação, motivo de orgulho dos imigrantes e seus descendentes em São Paulo.

Todo o processo foi intensamente negociado com a mantenedora, em especial com a família proprietária. Entre outros aspectos, foi objeto de discussões a constituição do novo conselho, que previa representação multiinstitucional inclusive do

Poder Público. Desde os primeiros grupos de trabalho instituídos pelo governador, surgiu a preocupação de se trabalhar com elementos do Estado, do Inamps e da família proprietária. As negociações tomaram um tempo considerável, pois foram analisadas formas de saldar as dívidas assumidas com os funcionários, com fornecedores e com bancos, bem como compensações aos proprietários.

No caso, foi o Governo estadual como um todo, e não apenas a Secretaria de Saúde, que estabeleceu as regras da negociação. Assim, os bancos estaduais aceitaram renegociar as dívidas das indústrias dos proprietários, ao mesmo tempo em que o estado assumiria o passivo do hospital, o Inamps, seu custeio, e a mantenedora, renovada em seus estatutos e em sua composição, se responsabilizaria pelo investimento.

A realidade foi diferente das propostas. Na primeira fase do processo, de junho de 1986 até início de 1987, a intervenção foi praticamente uma atividade estadual. O recurso inicial foi colocado pelo Governo do estado e o comando do processo vinha dos gabinetes dos secretários de saúde e de governo.

O controle não foi variável enfatizada. Apesar disso, frente à possibilidade concreta de um hospital privado optar entre seguir ou não as determinações do setor público, o Hospital Umberto Primo definiu-se a favor da rede pública. Eventualmente, sua aderência às propostas e necessidades da Secretaria de Saúde era maior do que aquela dos hospitais públicos da administração direta.

Num segundo momento, após a mudança no Governo estadual, os compromissos assumidos, pouco formalizados, passaram a ser descumpridos frente à emergência de novas prioridades. A partir daí, coube à Previdência assumir seu papel e ter atuação fundamental na manutenção do modelo.

De fato, entre a idéia e a realização de uma experiência multiinstitucional houve discrepâncias, pois a participação de um dos parceiros públicos, a então Secretaria de Higiene e Saúde do município de São Paulo, não foi das mais constantes, tendo-se inclusive retirado do Conselho. Quanto à participação da Previdência, após a assinatura do convênio Suds (1987), ficou bastante descaracterizada regionalmente, correspondendo, na prática, a mais dois representantes da Secretaria de Saúde do Estado, embora a viabilização econômico-financeira continuasse provindo do Inamps (direção geral).

Mais uma vez, os representantes da mantenedora apresentavam baixo interesse na atuação desse Conselho. Seu aporte real, exceto no que diz respeito à presença — esporádica — nas reuniões, foi praticamente nulo. Quanto à questão dos representantes estaduais, houve momentos em que cinco conselheiros falavam em nome de uma mesma organização, para não dizer de uma mesma autoridade, levando a uma assimetria nas condições de negociação. Durante os primeiros anos, pode-se dizer que o Conselho atuou baseado em "medos": os representantes da mantenedora temiam a estatização e aqueles do poder público receavam a volta, mais enfática que no momento anterior ao do início do processo, da comunidade italiana ao comando exclusivo do hospital.

O papel do Conselho ficou pouco claro nas fases iniciais. Seus membros deviam, em sua atuação, enfatizar seu papel de representantes de suas organizações de origem ou agir principalmente como gestores do hospital? Afinal, o modelo proposto

só estaria plenamente contemplado se as instituições gestoras, incluindo aí médicos e funcionários, assumissem de fato sua participação no colegiado. Isto significava disponibilidade das organizações para conviverem com um processo em constante andamento, preferencialmente com visão de longo prazo. Observou-se que este requisito, se e quando cumprido, atendia às circunstâncias de cada uma das organizações participantes, não se podendo, portanto, esperar grande harmonia nas respostas institucionais obtidas.

Em 1990, o hospital adotou um modelo de fundação. Esta solução gerou resistências iniciais por parte dos representantes do estado, mas acabou sendo por eles aceita. Para os conselheiros da mantenedora, pareceu ser uma alternativa satisfatória desde o início, pois indicava uma garantia de não-estatização ao mesmo tempo em que revia a paridade nas instâncias deliberativas.

Ao menos até o momento da constituição da fundação, o hospital continuava tendo 90% de suas receitas provenientes da Previdência, com número restrito de leitos remunerados por outros mecanismos. As conseqüências desse modelo de financiamento são nacionalmente conhecidas, principalmente no que diz respeito a investimentos. De fato, boa parte dos estudos a respeito da remuneração de hospitais por intermédio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) demonstra a insuficiência dos recursos no sentido de manter a operação em condições adequadas e garantir os investimentos necessários, mesmo quando os pagamentos são feitos pontualmente (o que não é a norma, conforme se pode ver até mesmo na grande imprensa).

De qualquer modo, o Hospital Umberto Primo abriu-se para a comunidade, tendo desenvolvido, além da assistência médico-hospitalar, um centro de estudos que possibilitou a realização de cursos e pesquisas em todas as áreas, inclusive de modelos gerenciais. Por exemplo, o Inamps considerou oficialmente o hospital como um laboratório de custos hospitalares. Dessa forma, negar o papel do setor público nesse serviço privado é fechar os olhos à realidade. A rigor, a vantagem de ter ele se mantido privado está na possibilidade de se ter tentado viabilizar um modelo de hospital nos moldes de público não-estatal.

Pode-se falar de continuidade maior do que no caso anteriormente descrito, apesar das situações já apresentadas. De junho de 1986 a maio de 1991, o superintendente foi o mesmo, embora tivesse havido alterações nos escalões imediatamente inferiores devido, entre outros motivos, a modificações na estrutura organizacional. Esse superintendente fazia parte da equipe que assumiu o hospital no início do processo, indicada pelo governador e pelo secretário da saúde e ratificada pelo conselho, tendo até o final seguido algumas das diretrizes inicialmente traçadas.

Conseguiu-se, nesse caso, resgatar a imagem do hospital perante a comunidade, com grande número de atendimentos e com concentração em algumas especialidades críticas. Por exemplo, era um dos poucos serviços da cidade a atender queimados. Chegava a ser identificado, sem as conotações pejorativas freqüentemente associadas a esta categoria, como hospital público.

Também aqui se sentiu passar o tempo. As instituições participantes praticamente limitaram sua atuação às atividades do conselho, tendo, portanto, reduzido seu envolvimento. Não há mais as características de intervenção, que passou a ser histórica. No entanto, se não se pode falar em caso exemplar de articulação multiinstitucional, pode-se

certamente mencionar essa organização como um exemplo em que o modelo se provou viável e benéfico para a prestação de serviços do hospital.

5. *Conclusões: análise dos casos à luz de variáveis relevantes para a administração pública*

Os dois casos discutidos trazem, desde seus antecedentes, aspectos que podem ser considerados como "problemas" de gestão. Querer interpretá-los como situações semelhantes (sob a denominação genérica de "intervenções"), porém, é ignorar suas especificidades.

As duas situações, sob o prisma jurídico-administrativo, merecem a caracterização de pouco usuais no que diz respeito à norma da administração pública. O Hospital Umberto Primo, que se manteve privado, não é sequer uma organização representativa daquelas usualmente consideradas filantrópicas. Trata-se de uma ONG que realmente respaldava as políticas públicas, fugindo, mais uma vez, à norma. O Hospital São Marcos, no período de intervenção, quando demonstrava inegável agilidade administrativa, podia ser considerado absolutamente extraordinário.

Capacidade política externa foi uma característica dos dois processos. Ela costuma ser considerada desejável no sentido de garantir visibilidade a determinadas situações, coesão interna e proteção contra diferentes adversários. Nesse caso, porém, atuou num sentido aparentemente oposto àquele esperado, na medida em que foi um dos fatores que impediu a continuidade administrativa. Na verdade, pode-se dizer que o manejo da política foi o motor das intervenções discutidas, servindo como instrumento de ações de fôlego curto. Por outro lado, é possível afirmar que partiram daí, ao menos no primeiro momento, as raízes de um envolvimento dos atores organizacionais com as instituições maior do que aquele mais freqüentemente observado.

Financiamento é outra variável de peso inquestionável em qualquer análise de uma organização que se faça. Ambos os hospitais tiveram alternativas ímpares, numa etapa inicial, que lhes permitiram contemplar alguns aspectos de investimento além do custeio propriamente dito. No entanto, nenhuma das alternativas encontradas representou um fluxo contínuo de recursos, tendo-se mantido apenas enquanto cada um dos hospitais podia ser considerado como prioridade para qualquer das organizações participantes dos seus processos (basicamente estado e previdência). Em função das circunstâncias especiais, tanto para a organização pública quanto para aquela organização privada, houve a oportunidade de fixarem suas próprias políticas salariais. Para o São Marcos, finda a excepcionalidade, essa fase também terminou, tendo passado a se comportar nos moldes dos hospitais públicos de administração direta, com as conseqüências comuns de evasão da força de trabalho, absenteísmo, quebra de compromissos e atração de recursos humanos menos envolvidos com a proposta de mudança.

A profissionalização da gerência, ao menos no que tange aos recursos financeiros, foi enfatizada durante as intervenções. O processo do Umberto Primo, até como laboratório de custos hospitalares do Inamps, reforça essa premissa. Para o São Marcos, o problema tinha contornos políticos, pois era necessária, inclusive, uma exaustiva prestação de contas aos dois financiadores básicos, além da visibilidade

inicial do processo e do interesse demonstrado em se ter uma gestão exemplar para contrapor à anterior. Quanto aos recursos humanos, finalmente, uma das causas alegadas para o retrocesso do processo técnico do São Marcos foi sua incapacidade em reter seus profissionais, arduamente selecionados a partir de fevereiro de 1986. Certamente a localização do hospital teve peso importante nessa questão, principalmente por não ter conseguido desenvolver mecanismos cujos atrativos superassem as dificuldades.

Cabe ainda ressaltar o aspecto dos controles. Salvo nos momentos iniciais das intervenções, pode-se afirmar que eles tiveram conotação, como já é tradicional, basicamente cartorial. O controle político exercido sobre os hospitais, na primeira fase, refletia interesse pelas situações específicas em pauta e pela imagem que elas apresentariam externamente, respondendo assim a objetivos extratécnicos claros. Passados o interesse e a visibilidade, entraram para a média dos serviços de saúde, aos quais politicamente cabe responder à demanda. Quanto à área técnico-administrativa, uma vez afastado o espectro das fraudes, aparentemente a burocracia respondia de maneira adequada.

Mesmo que se pretendesse discutir programas para os hospitais, no sentido de cobertura populacional ou de especialidade — críticas ou não — a atender, observou-se que foram esforços tipicamente intra-organizacionais. Mesmo que se trabalhe, no estado de São Paulo, com uma gestão tendente à descentralização na área de saúde, é presunção afirmar que tecnicamente esta regionalização seja efetiva, mesmo com facilidade geográfica de acesso (o que não, necessariamente, é o caso para o Hospital São Marcos). A população já fez suas escolhas e, aparentemente, falta credibilidade ao setor saúde no sentido de modificá-las.

Assim, o estudo dos dois casos termina por mostrar que as questões por eles levantadas e as experiências a que eles levaram foram, em última análise, decididas e conduzidas fora do sistema administrativo. A finalidade deste, em ambas as situações, foi basicamente a de dar forma a decisões da esfera política, oferecendo-lhe contornos juridicamente aceitáveis. Frente à relatividade da profissionalização da burocracia pública, que tem lógica e interesses próprios, pode-se inclusive afirmar que quanto maior a habilidade técnica desta instância, maiores as probabilidades de se encontrar maneiras alternativas de responder aos interesses políticos e pessoais.

Ainda cabe notar que a origem dos processos foi a tentativa de retomar a finalidade pública de dois serviços privados de saúde. No entanto, é lícito imaginar que este tipo de processo seria cabível em boa parte dos hospitais públicos conhecidos, com a mesma justificativa. Na verdade, a área de saúde tem a característica teórica de representar serviços de apropriação social-comunitária, mas termina por refletir, na média, uma utilização extremamente privada das instalações e dos serviços a ela destinados, independentemente de propriedade. Por exemplo, em 1991, o antigo proprietário do Hospital São Marcos passou a ser o responsável pela saúde do município no qual se localizava esta organização.