

UNIDADE 2

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE E MODELOS APLICÁVEIS A SERVIÇOS DE SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Compreender como a Administração Pública está organizada;
- ▶ Identificar a diferença entre o Público e o Privado no Estado e na Saúde;
- ▶ Detectar os diversos modelos praticados atualmente nos serviços de saúde; e
- ▶ Conhecer as premissas e os parâmetros para modelos eficientes e as perspectivas da Administração Pública brasileira.

INTRODUÇÃO

Prezado estudante,

Ao falar em Gestão no SUS, é preciso compreender como a administração pública está organizada, como funciona, seus limites e, sobretudo, é necessário conhecer modelos alternativos, além de identificar novas perspectivas na própria administração pública. Por isso, nesta Unidade, adaptada de Vecina Neto e Barbosa (2006), trataremos desses temas.

Então, vamos ao trabalho!

Um balanço sobre como evoluíram as estruturas jurídicas dos serviços de saúde após a implantação do SUS diagnosticará certa anarquia. Concorre para esse quadro caótico a ausência de institucionalidade na administração pública brasileira efetivamente sustentável e alinhada aos desafios contemporâneos de gestão da saúde. Os modelos existentes, mesmo quando amparados na própria administração pública, não geram segurança jurídica. (SANTOS, 2007). No entanto, esses modelos apresentam enormes variações e transitoriedades ao longo do tempo e ainda entre os níveis e agentes de governo que são responsáveis pela formulação de políticas e pela gestão estratégica e operacional do SUS.

A despeito dessa realidade sobre os formatos institucionais, é fato que o SUS expressa, com sua criação na Constituição Federal de 1988 e regulamentação por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 uma verdadeira reforma do Estado, estabelecendo novos direitos de cidadania em saúde e, por contrapartida, novo papel para o Estado e para seus agentes. E, como processo político e social, contamina e igualmente é contaminado pela dinâmica econômica e social, ao longo de mais de 20 anos de história.

Leia a Constituição de 1988, especificamente artigos de 196 a 200, em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 18 nov. 2010.
E a Lei n. 8.080, em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2010.

Mal sabiam os sanitaristas da época, muitos dirigentes ainda hoje e outros somente agora dirigentes, que não se faz reforma sem efetivos instrumentos e recursos, sejam econômicos ou tecnológicos de diversas naturezas e em diversas frentes, ainda que seja exigida e escrita nova Carta Constitucional, garantidora da reforma.

O propósito dessa Unidade é explorar as oportunidades, os aprendizados, os limites impostos pelos instrumentos e meios de gestão ao desenvolvimento do SUS, considerando como tais limites impedem o alcance de parte dos objetivos dos constituintes de então, assim como de sanitaristas, que historicamente formularam e defendem a saúde integral como direito de cidadania, de dirigentes de plantão e, sobretudo, como tais limites atormentam gestores e profissionais de saúde e, por fim, maltratam a quem se destinam os serviços – a população. Igualmente, serão tratadas as principais alternativas existentes ou mesmo passíveis de serem criadas, para melhor instituir-se o SUS e seus serviços, tomando para o debate mais especificamente a dimensão das estruturas e modelos de gestão aplicáveis aos serviços de saúde, com destaque para os hospitais.

A referência para toda a discussão se dá a partir de 1988, quando o Estado brasileiro, por meio do SUS, compromete-se a fazer “novas entregas”, em um volume e diversidade nunca imaginados, pois passa a ser lei uma cobertura tanto universal, quanto integral. O SUS é de fato uma realidade incontestável. O Estado foi reformado, embora haja muito que reformar ainda. Nesse período de 20 anos, a expansão dos serviços, especialmente os básicos, incluído um pouco de promoção, mais de prevenção e cuidados básicos e também de maior complexidade, alcançou números pouco previsíveis. São mais de 27 mil equipes de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) e algo superior a 55 mil unidades básicas de saúde (IBGE/AMS, 2006). Em 1988, não havia equipes de saúde da família e as unidades básicas eram menos de 25 mil. Os números dos serviços do SUS são astronômicos, entre eles: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de 300 milhões de consultas médicas e 2 milhões de partos; nas ações de maior complexidade, foram realizados 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de radioterapia e

quimioterapia e 11,3 milhões de internações, tudo relativo apenas ao ano de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Diante disso, a qualidade e o impacto de alguns programas nacionais de saúde são altamente reconhecidos em termos internacionais, a exemplo dos programas de imunização, de AIDS e do controle do tabagismo, atingindo resultados dificilmente igualáveis no mundo.

No entanto, seguimos com enormes gargalos, crises, ainda que parte delas possa ser creditada ao crescimento, demandando novas alternativas, assim como mais recursos, não apenas econômicos, mas também técnicos, tecnológicos, profissionais, etc.

Há uma tese que queremos explorar neste texto, a de que a Reforma de Estado aprovada na Constituição de 1988 para a saúde “não cabe” no aparelho de Estado também reformado na mesma Carta Magna. Traduzindo: significa dizer que o Estado brasileiro não possui ainda todas as condições para cumprir e fazer cumprir com todos os compromissos assumidos pelo SUS. Sabemos que um grande limitante é o financiamento, ainda aquém do necessário, mas aqui queremos dar destaque à “máquina” do Estado, que definimos como estrutura da administração pública brasileira. O Estado brasileiro ainda padece devido à administração pública que tem, sobretudo em áreas sociais como a saúde, muito embora seja modelo em diversos outros campos, como o fiscal e o governo eletrônico, mas não apenas.

Ao lado dessa tese, constatamos ainda uma inadequada compreensão presente na formulação de vários dirigentes e de parte de profissionais de saúde, inclusive contaminando o cidadão de maneira geral, sobre o que é o público e o privado na saúde, sobre o que é o estatal e o público, mais especificamente limitando o conceito de público ao estatal. Estatal é tudo que é de propriedade do Estado, mesmo na condição de acionista. Como exemplo de estatal, podemos citar a Petrobras, mesmo o Estado possuindo parte de suas ações, ou seja, parte da sua propriedade. Lembre-se de que as ações da Petrobras podem ser compradas por qualquer empresa ou indivíduo, portanto, o seu proprietário passa a ser sócio-proprietário. O que é público não é necessariamente estatal. Veja que o transporte é público, mesmo sendo prestado por uma

empresa privada. No caso do SUS, ele é todo público, mas apenas parte dele é ofertado por meio de organizações estatais, quando os serviços, centros de saúde ou hospitais, forem de propriedade da união, estados ou municípios. Boa parte do SUS, sempre público, será implementado por meio de serviços privados, contratados ou conveniados.

Você conseguiu perceber a diferença entre o que é público e o que é privado na área da saúde? Reflita sobre isso e anote suas reflexões para discutir com seus colegas de curso e tutores.

É fato que, de maneira geral, padecemos da dúvida sobre o que seja público na saúde, a despeito de ainda convivermos com grande permissividade nas relações e usos de recursos públicos.

Esses dois grandes condicionantes, a limitação do aparelho de Estado e uma dada “ideologia” que confunde o que seja público, combinados, explica boa parte dos limites para estruturas mais adequadas aos objetivos de saúde pública e dos serviços de saúde no país. Até o momento não conseguimos instituir um adequado pacto técnico e político no âmbito da sociedade e entre agentes do Estado na saúde, estabelecendo-se uma hegemonia mais duradoura acerca do mais adequado aparelho de Estado e do modelo de administração pública para o país, com os respectivos instrumentos normativos e indutivos para o aprimoramento da gestão da coisa pública, incluídos os serviços no SUS. Nos últimos anos, os governos pouco se preocuparam com uma agenda estratégica para a administração pública, salvo as contribuições de Luiz Carlos Bresser Pereira, com méritos, mas também equívocos e que no próprio governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) não logrou presença na agenda central de governo. De maneira geral, as reformas têm assumido caráter focal, quando comparadas às duas grandes reformas geradas em períodos autoritários:


▶ A Reforma Daspiana no governo de Getúlio Vargas; e

Conheça melhor a Reforma Daspiana, no endereço eletrônico: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad21/Fundap21/A%20crise%20da%20gestao%20publica.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2010.



- ▶ A Reforma instituída pelo Decreto-lei n. 200 de 1967.

Os novos desafios exigem inovação nesses campos, sob pena de se manter estruturas arcaicas e/ou a prática não institucional e mesmo ilegal para responder à pressão da sociedade e acompanhar os nítidos avanços no conhecimento, na tecnologia em geral e nas relações sociais, bem como a permanente diversificação e ampliação de demandas e necessidades em saúde.



Leia o Decreto-lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, na íntegra, em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del0200.htm>. Acesso em: 19 nov. 2010.

CONDICIONANTES DA CONSTITUIÇÃO DE 1988 E AS POLÍTICAS REFORMISTAS SUBSEQUENTES

O desenho da Carta Magna de 1988 está marcado por respostas ou alternativas e correções aos anos de autoritarismo que a antecederam, sem maiores preocupações com desafios históricos que estavam por vir (ABRUCIO, 2007).

Especificamente na configuração do aparelho de Estado, algumas mudanças são destacadas, de acordo com Abrucio (2007):

- ▶ **O maior controle sobre a administração pública**, por meio de controles externos, com importante papel do Ministério Público.
- ▶ **A descentralização do Estado**, incluindo novos papéis para os entes da federação (notadamente o município) e contando com a reinvenção de diversas políticas públicas, entre elas a de saúde e a profissionalização da burocracia, fortalecendo a seleção meritocrática e universal.

Apesar dos ganhos, nem todas as mudanças se completaram ou geraram os efeitos esperados. O maior controle da administração pública também significou a eliminação de flexibilidades que antes eram usadas contra interesses públicos. Uma das mudanças na

No momento da elaboração do texto e conforme melhor discutido adiante, há o Projeto de Lei do Governo Federal tramitando no Congresso Nacional e que permite ao Governo Federal recriar fundações públicas de direito privado.

Constituição de 1988 foi a extinção das fundações públicas de direito privado, gerando o que denominamos de autarquia das fundações de direito privado, hoje em processo de debate legislativo para constituição de figura jurídica bastante similar.

A Constituição de 1988 pouco se ocupou de desafios futuros para a maior eficiência no aparelho de Estado, muito embora tenha, em parte como resposta aos anos de autoritarismo, gerado inflexão importante na concepção do Estado brasileiro. Novas e mesmo antigas formas de operação do aparelho de Estado, herdadas com a nova Constituição, provocariam em pouco tempo um novo debate, sobretudo, na perspectiva de conferir mais eficiência à administração pública.

Em uma perspectiva de modernização do Estado, o debate sobre novos modelos para a administração pública é retomado em parte devido aos estrangulamentos remanescentes da Constituição de 1988, mas também em decorrência de novos contextos e novas exigências. Ao lado de diagnósticos internos, há também o estímulo de movimentos internacionais de Reforma do Estado. Dessa forma, proliferaram, no país, experiências na área da administração pública. As características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de Recursos Humanos, à gestão financeira dos recursos, inclusive buscando flexibilizar as fontes de recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados. Santos (2007), ao referir-se ao processo brasileiro, diz que é

[...] importante lembrar que no Brasil, a crise do Estado surgiu nos anos de 1990 e não foi a do Estado-Providência (a exemplo dos países centrais), porque ele nunca chegou a existir. O próprio direito à saúde, bem como a garantia de outros direitos sociais, são conquistas mais recentes, datado de 1988, com a Constituição-cidadã.


O autor comenta ainda que a crise do Estado no nosso país foi muito mais uma crise de gestão e de qualidade, lembrando que

o Estado nunca deixou de tentar minimizar os custos da Constituição de 1988 com os direitos sociais, muitos de caráter universal e gratuito, onerosos, no entanto, para os cofres públicos.


Nesse contexto, em 1995, foi lançado pelo Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), estabelecendo estratégias e proposições para a administração pública, em uma escala que considerou desde seu núcleo mais estratégico e exclusivo até novos formatos de relacionamento entre o público e o privado e, finalmente, identificando atividades que deveriam ser operadas exclusivamente no setor privado (BRASIL, 1995b). Esses setores deveriam, portanto, ser privatizados, mesmo que tenha sido extremamente polêmico todo o processo de efetiva privatização, esse processo foi marcante e com limitadíssimo sucesso, já que a “nova” dimensão da administração pública, que poderia operar por meio da criação de figuras novas no Terceiro Setor, deveria se transformar em espaço público não estatal. Uma das críticas à chamada **Reforma Bresser dos anos de 1990** foi a de levar muito mais para o Terceiro Setor, sob regulação estatal, a realização de serviços públicos, ao invés de introduzir modernos processos de gestão no interior da administração pública (SHIER, 2002).

O PDRAE apresenta em seu documento vários elementos dos diferentes modelos, mas podemos afirmar que a figura das Organizações Sociais aparece como modelo de passagem, da administração burocrática à gerencial, para os setores sociais em especial para a saúde (BRASIL, 1995a).

No plano constitucional, a flexibilização e a inovação de normativas instituídas na Carta Magna de 1988, em relação à administração pública, vêm ocorrer apenas após dez anos, com uma reforma focada nos artigos 19 e 20 da Constituição, conferindo novas alternativas ao servidor, por meio de novas possibilidades para aplicação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) na administração pública descentralizada, como também a possível constituição de novos entes próprios da administração pública ou por ela contratada no interesse público. No primeiro caso, encontram-se as fundações públicas de direito privado que



Conheça mais o PDRAE, em: <http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandi.htm>. Acesso em: 19 nov. 2010.



Leia mais sobre a Reforma Bresser, em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1998/A_reforma_do_Estado_dos_anos_90.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010.

Três estados da federação já completaram a regulamentação legal para a instituição de fundações públicas de direito privado – Sergipe, Bahia e Rio de Janeiro; igualmente alguns municípios também já alcançaram essa condição.

Leia mais sobre a Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999, em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9790.htm>. Acesso em: 19 nov. 2010.

finalmente em 2007 entram em processo de regulamentação, que no momento não está concluída no Congresso Nacional.

No segundo caso, podemos citar as organizações sociais, instituídas a partir de Lei Federal n. 9.637/1998 (o modelo mais conhecido no âmbito hospitalar encontra-se no Estado de São Paulo – organizações sociais da saúde, regulamentada pela Lei complementar Estadual n. 846/1998) e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), instituída pelo Governo Federal por meio da Lei n. 9.790/1999, conhecida como “Lei do Terceiro Setor”. Também foram regulamentadas as Agências Executivas por meio da Lei n. 9.649/98.

Com relação às fundações públicas de direito privado, também conhecidas como fundações estatais, em modelo hoje aperfeiçoado quando comparado com a figura existente antes da Constituição, torna-se referência para novas possibilidades institucionais de serviços públicos com autonomia de gestão e simultaneamente no interior da administração pública, muito embora somente após mais dez anos será possível entrar em processo de regulamentação, denotando que naquele momento a intenção principal não estava na modernização da administração pública (Projeto de Lei n. 92/2007). Já as organizações sociais e as organizações da sociedade civil não lograram sucesso em escala de destaque, com pelo menos dois grandes motivos a explicar sua implementação apenas marginal no setor saúde. Uma primeira de caráter ideológico, como já referido, quando se confundiu a natureza do serviço (público no caso) com a propriedade do serviço, privada em ambos os casos, embora não lucrativos. Um segundo motivo, embora não dissociado do primeiro, relacionado com os custos políticos, técnicos e econômicos para transição entre serviços da administração direta, especialmente hospitais, para as novas figuras. Esses dois motivos explicam bastante a restrição do modelo Organização Social (OS) apenas para novos hospitais, casos de São Paulo e Ceará. No caso do Estado de São Paulo, durante o processo de negociação com a oposição na Assembleia para aprovação da lei complementar, foi aprovado que os hospitais teriam que ser novos, não aceitando a transformação de hospitais

em operação. Aqui, a causa foi exclusivamente ideológica. De qualquer maneira, o município de São Paulo aprovou em sua lei de criação de OS a permissão de transformar também hospitais em operação, em que pese os mencionados custos (políticos) de transferência da administração de pessoal regido pelas normas do estatuto do funcionalismo para a iniciativa privada.

Nesses 20 anos Pós-Constituição, não se obteve um projeto mais estratégico para a administração pública brasileira, salvo o **Plano Diretor da Reforma do Estado**, com a liderança do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira no primeiro governo FHC, conforme já citamos. Ainda que suas consequências reais tenham sido limitadas, é inegável que ocorreram ganhos quanto à questão de estabelecer um amplo debate no meio político, entre dirigentes e no meio acadêmico, sobre a transformação do aparelho de Estado, tornando-o mais contemporâneo. O artigo de Abrucio (2007), **Trajatória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas**, analisa com propriedade e objetividade a trajetória da gestão pública no Brasil, dedicando importante análise sobre as proposições de Bresser Pereira, seus acertos e equívocos. Mas é inegável que as ideias bresserianas contaminaram a administração pública, tanto federal, quanto em estados e municípios, na perspectiva de que possamos alcançar melhores desempenhos. Ainda hoje boa parte das iniciativas de sucesso são marcadas por suas originais posições, com destaque para a cultura de resultados na gestão, no plano internacional designada de “nova gestão pública”, superando o modelo burocrático, centrado nas normas, pelo modelo dito gerencial. Em seu projeto, resguarda-se às áreas centrais e exclusivas de Estado o **Modelo Weberiano**, agora assentado efetivamente no mérito e na condição de carreiras estratégicas, incluindo novas funções para o aparelho mais central do Estado. A profissionalização da gestão pública percorre espaços e adquire importância após esse período, incluindo maior protagonismo, por

Conheça mais sobre o Plano Diretor da Reforma do Estado, de 1995, em: http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandi.htm. Acesso em: 19 nov. 2010.

Esse é um artigo exemplar e se for de seu interesse aprofundar-se no tema, não deixe de ler este artigo na íntegra, já que está disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000700005. Acesso em: 19 nov. 2010.



Saiba mais

Modelo Weberiano

Esse modelo foi desenvolvido por Max Weber, pensador social que elaborou o conceito de burocracia. O termo era empregado para indicar funções da administração pública, que era guiada por normas, atribuições específicas, esferas de competência bem delimitadas e critérios de seleção de funcionários. Fonte: <http://educacao.uol.com.br/sociologia/ult4264u22.jhtm>. Acesso em: 21 jul. 2010.

Por exemplo, estima-se que ainda hoje mais de 60% dos quadros de gestão central do Ministério da Saúde sejam de não servidores públicos.

Leia mais sobre esses programas, em: <http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/municipal/assistencia_tecnica/produtos/financiamento/pnafe/index.asp>; <<http://www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=171&sec=14>>; <<http://www.controlepublico.org.br/index.php/institucional/promoex>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

exemplo, da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), como também da Escola de Administração Fazendária (ESAF) e, ainda, com o fortalecimento em paralelo e diferenciado de inúmeras carreiras no aparelho central do estado, muito embora sem extensão a todas as áreas, em que a profissionalização da máquina pública ainda não aportou até os dias de hoje.

Diversas iniciativas, ainda que focalizadas, modernizam e alteram o desempenho da administração pública no governo federal, destacando-se as áreas: econômica, fiscal, de planejamento governamental e de controle interno. Tal desempenho teve repercussão em muitos estados, inclusive com programas coordenados pelo nível federal, de modernização da administração fiscal dos estados, o Programa Nacional de apoio à modernização administrativa e fiscal dos estados brasileiros (PNAFE), da modernização da gestão e do planejamento (PNAGE) e da modernização do controle externo dos estados (PROMOEX) (ABRUCIO, 2007).

O PÚBLICO E O PRIVADO NO ESTADO E NA SAÚDE

Sobre o tema da personalidade jurídica das organizações de saúde, na esfera estatal, também é necessária uma discussão acerca da diferença entre estatal e público e a possibilidade de instituições da esfera privada conviverem com entes e objetivos públicos. Assim, os autores entendem que entidades privadas sem finalidades lucrativas, como as Santas Casas, são entidades com finalidades públicas, embora não estatais. Por outro lado, existe uma fecunda discussão, que aqui não será travada, sobre a privatização do estado, quando o estado é colocado a serviço de interesses grupais. Portanto, o que definirá esta discussão (público x privado) serão os objetivos das organizações, uma vez que o objetivo de uma organização é que define se ela é pública ou privada. E com isso não queremos camuflar a discussão sobre o

legal e o legítimo. Aqui é enfrentada a discussão da personalidade jurídica no campo legal.

Portanto, a delimitação do problema exige que nos detenhamos sobre a questão do objetivo das organizações e sobre como ele se realiza. Motta (1983), em textos de quase 30 anos, chamava atenção para o que considerava a principal fragilidade das organizações estatais – a dificuldade para fixar, entender e executar objetivos.

O fato é que o mundo está em rápida transformação, a Europa para se repositonar neste mundo cada vez mais competitivo, vem sendo desencadeado nas últimas duas décadas um movimento político-econômico-jurídico que tem colocado em risco importantes conquistas sociais, embora esse movimento tenha alcançado mais a previdência social que a saúde. Esse movimento, de cunho neoliberal tem tido expressão nos países periféricos e no Brasil, principalmente através da privatização de ativos que estavam nas mãos do estado. No caso do Brasil, e em particular nos governos de Fernando Collor de Mello e FHC, ele atingiu duramente a capacidade de financiamento do setor saúde. Encolhimento do estado, gerencialismo, administração pública gerenciada, etc. são nomes, geralmente com carga negativa, dados a esses movimentos realizados pelo estado. Sobre as consequências econômicas dessa discussão, em boa parte dela, confunde-se o conceito de entrega de um direito da cidadania, com o estado fazedor. Interessa fazer, entregar é consequência de fazer! A propriedade da organização que faz é uma questão secundária. Importante frisar que o financiamento deve ser público e que é fundamental que o movimento venha acompanhado de capacidade regulatória por parte do estado e de controle social.

Nesse sentido, (fazer ou entregar) o objetivo das organizações passa a se submeter à forma jurídica das organizações. Na área da

saúde, esse erro tem sido cometido com muita frequência, o que acarreta as consequências indicadas por Motta (1983) em seu artigo, *descompromisso com a prestação de serviços, ineficiência, valorização dos meios em detrimento dos fins*.

Seria chegada a hora de também enfrentar a discussão de uma reforma, ainda que parcial, do Estado, para permitir focar a gestão nos resultados. Não é razoável alcançar eficiência na gestão em instituições complexas prendendo-se às regras e finalidades da administração direta ou mesmo descentralizada, exclusivamente restritas ao direito público.

UMA REALIDADE DE GESTÃO ESTRANGULADA PELOS LIMITADOS OU INSEGUROS MODELOS, AO LADO DE NOVAS TENDÊNCIAS E DESAFIOS

O documento do Ministério do Planejamento sobre Fundações Públicas e a crise da área hospitalar colocou novamente na agenda do SUS a questão dos modelos de gestão pública. Em justificativa, de acordo com Ibañez e Vecina Neto (2007, s./p.), o documento relaciona os seguintes pontos:

Esgotamento dos modelos de autarquia e fundação pública: rigidez no regime administrativo, especialmente em relação à gestão orçamentária, gestão de pessoas e compras; inadequação da categoria jurídica de empresas, para atividades não lucrativas (especialmente as sociais) – empresas dependentes (LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal); necessidade de revisão do modelo de Organizações Sociais: (a) questionamentos quanto à constitucionalidade e (b) não aderência do modelo para alguns setores; doutrina jurídica e a jurisprudência do STF apoiam o entendimento de que a personalidade jurídica de direito privado é própria do modelo fundacional.

Santos (2007) referindo-se a essa proposta comenta que administração pública tem baixa capacidade operacional, fraco poder decisório, controles essencialmente formais e sem qualidade, além de sofrer influências políticas externas. Assim, a finalidade da administração passou a ser os meios e seus processos e não os fins. Tal contexto se reflete na gestão hospitalar pública (aqui podemos nos referir a toda administração do SUS), dificultando uma política de incorporação tecnológica, informatização, modernização administrativa e gestão de recursos humanos comprometidos com o serviço público. Na maioria dos hospitais públicos falta gestão capaz, eficiente, moderna e humana. Esses serviços, muitas vezes, têm alto custo e limitados resultados. A capacitação profissional para gerir a complexidade de um sistema hospitalar fortemente marcado pela inovação tecnológica e práticas empreendedoras é um dos grandes desafios hoje da gestão pública.

Como se não bastassem os limites nos modelos jurídicos e de gestão, Vecina Neto e Malik (2007) apontam como principais tendências, entre outras, para a área hospitalar no Brasil, as seguintes características: reduzir número de leitos (considerando o total de leitos do país, o que significa na prática reduzir o número de hospitais, pois precisa ser combinado com característica a seguir – ter escala econômica) e hospitais, exceto em casos específicos; criar escalas econômicas mais adequadas para serviços com maior complexidade, com concentração de tecnologia, tanto em equipamentos quanto em processos; a incorporação da integralidade nos discursos de serviços públicos e privados; buscar novas formas de financiamento, pois o modelo atual deixa todos os atores insatisfeitos.

Portanto, a superação dos estrangulamentos não diz respeito apenas às estruturas e modelos de gestão. Em relação à dimensão econômica, de escala e de escopo de serviços e em particular dos hospitais, o país encontra-se praticamente na contramão, considerando movimentos e tendências observadas em muitos países. No período entre 1988 e 2005, foram abertos quase mil hospitais públicos no país, basicamente em municípios e com escala média ao redor de 17 leitos (IBGE/AMS, 2005). Naturalmente que

essas organizações carecem de racionalidade econômica, como também assistencial e desrespeitam mínimos princípios de caráter sistêmico e de rede de serviços. Muito certamente o caráter político não sanitário tem sido determinante. Ao mesmo tempo, na literatura encontram-se formulações para escalas sustentáveis economicamente entre 100 a 450 leitos por hospital (FERGUSON; SHELDON; POSNETT, 1997). A média de leitos dos hospitais brasileiros, entre públicos e privados em conjunto, é de 61,9 leitos (IBGE/AMS, 2005) e dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (Ministério da Saúde) registram apenas 440 hospitais no país com 201 ou mais leitos, algo como apenas 7% de todos os hospitais.

Observe que apesar do SUS possuir claros princípios e mesmo diretrizes estratégicas, há reconhecida limitação em algumas frentes. Se por um lado é possível registrar importante avanço na atenção básica de saúde, o mesmo não é perceptível na atenção hospitalar e mais complexa. Ao longo de todos esses anos, a política hospitalar, salvo exceções, foi restrita à administração das tabelas de pagamento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e, ainda assim, em boa parte dela sem base em parâmetros realísticos de custos.

É fato que hoje não é apenas a questão dos modelos jurídicos e de gestão que se apresenta como gargalo para a maior eficiência dos serviços de saúde. É muito importante que estratégias de médio e longo prazo sejam instituídas, de modo que o desenvolvimento dos sistemas e os serviços de saúde estejam mais alinhados a condicionantes, tanto epidemiológicos quanto tecnológicos e de racionalidade econômica. As tendências epidemiológicas e da carga da doença no país estão não apenas a indicar, mas já como parte da realidade para aprofundar ainda mais o peso das doenças crônicas e degenerativas (SCHRAMM *et al.*, 2004) que requerem

outros modelos de atenção, em que novas tecnologias mais complexas necessitam ser mobilizadas. No entanto, o atual parque de serviços, sobretudo o hospitalar, encontra-se bastante defasado para as atuais e futuras demandas. Um exemplo é a importante defasagem de leitos de cuidados intensivos, frente a uma demanda que apenas começa a aumentar.

Outra exigência está colocada no próprio modelo de hospital, decorrente tanto das necessidades epidemiológicas, quanto das possibilidades tecnológicas, novas racionalidades econômicas e ainda da melhor integração a outros pontos de atenção nos sistema de saúde. Serão hospitais com maior escala de leitos, estes mais complexos, com mais tecnologia embarcada e com várias atividades deslocadas para fora da organização, tanto para o espaço ambulatorial, mesmo pré-hospitalar, como para o domicílio e ainda para novas organizações para cuidado, tanto de idosos quanto de casos crônicos não **agudizados*** e que requeiram tecnologias não tão complexas.

Em todo esse processo sobre o planejamento e gestão dos sistemas, mais do que a gestão dos serviços isoladamente, está depositada enorme responsabilidade e exigência de inovações.

***Agudizado** – tornar(-se) agudo, intenso, violento (o estado de uma doença).
Fonte: Houaiss (2009).

OS DIVERSOS MODELOS PRATICADOS ATUALMENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E EM ESPECIAL NOS HOSPITAIS

Nas áreas sociais e na saúde em particular não ocorreu estratégia reformista de modo satisfatório (estamos falando novamente da administração pública). Exceção feita ao caso já citado, mais focalizado nas organizações sociais de saúde de São Paulo, oriundas do Plano Diretor da Reforma de Estado. Poucos outros estados experimentaram, ainda que marginalmente, o modelo de OS, dentre eles a Bahia, o Pará e o Ceará. Em consequência

***Arrepio** – em direção contrária à natural; contra a corrente. Fonte: Houaiss (2009).

O termo “criativas” está aqui referido devido à inventividade para fugir das regras públicas, gerando diversas modalidades de contratação de profissionais.

disso, o período pós-constituição foi uma década marcada por experimentalismos, muitos ao **arrepio*** de regulamentações jurídicas seguras. Consequentemente, os serviços de saúde brasileiros estão submetidos a diferentes regimes administrativos e modelos de gestão. Na área de gestão de pessoas, por exemplo, e de forma extremamente emblemática, podemos estimar em várias dezenas as modalidades **criativas** de contratação.

Quanto ao regime, entendido como relacionado à propriedade do patrimônio e, ainda, às normas administrativas de seu funcionamento, divide-se em três grandes conjuntos:

- ▶ **O primeiro:** de caráter público e estatal, integra a administração pública direta e indireta.
- ▶ **O segundo:** constituído no âmbito privado, porém, compondo de forma diferenciada funções de interesse público. Esse grupo é definido como integrante do Terceiro Setor, operando para a administração pública, mediante condições legais específicas.
- ▶ **O terceiro:** também de propriedade privada, tipicamente operando com base nas regras de mercado, podendo ou não, mediante contratos, prestar serviços ao sistema público.

No caso brasileiro, é no segmento hospitalar privado – que concentra a maior parte dos hospitais – onde ocorre a maior parcela de internações para o SUS. Dados de 2006 registram no setor privado lucrativo e não lucrativo 57% do total das internações do SUS (SIH/SUS/MS). Em relação aos demais serviços, os serviços não hospitalares, a sua imensa maioria encontra-se na administração pública, 75% de todos os serviços de saúde sem internação do país (IBGE/AMS, 2005). Exceção ao Programa de Saúde da Família, cujos extraoficiais, estima-se que entre 70% e 90% dos seus trabalhadores estejam fora da administração pública, por meio de contratos de trabalho de diversas naturezas e em vários tipos de organizações (associações de moradores, sindicatos, igrejas, fundações de apoio, entre outros) mediante convênios ou outros instrumentos pactuados com a administração pública, quase sempre municipal.

Para uma visão geral sobre como o estado brasileiro está organizado, observe a Figura 1 que ilustra a Administração Pública e o Terceiro Setor. Como os hospitais, vinculados à administração pública, temos os modelos próprios da administração direta – serviços e hospitais federais, estaduais e municipais, no caso federal, integrantes do próprio Ministério da Saúde, Ministério da Educação e ainda dos Ministérios Militares e em seguida das Secretarias Estaduais e Municipais. Esse primeiro grupo, vinculado à administração direta, é o maior, dentre os públicos. Nos níveis estaduais e municipais há ainda hospitais sob a condição de autarquias e fundações públicas, mantendo-se, no entanto, a administração direta como sendo o modelo mais praticado.

No espaço da sociedade, ainda observando a Figura 1, instituídas por particulares, e todas sem caráter lucrativo, encontram-se as organizações sociais (OS), as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), as fundações de apoio e, finalmente, os serviços sociais autônomos.

No setor típico privado, podemos encontrar as demais figuras jurídicas, lucrativas e não lucrativas instituídas com base no código civil brasileiro.

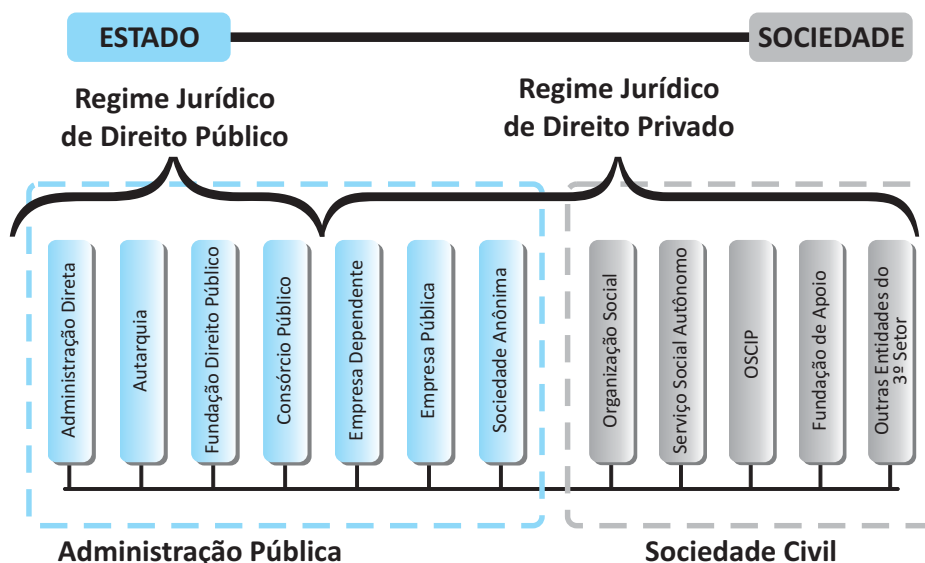


Figura 1: Gradiente de formas institucionais sob as quais o Estado atua na economia e no desenvolvimento social

Fonte: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/070718_PFE_Arq_formatos.pps#556,26,Slide26>.

Acesso em: 16 dez. 2010.

Importante para o debate sobre os modelos de gestão em saúde são as organizações hospitalares na administração pública e, ainda, aquelas privadas não lucrativas, instituídas e qualificadas como de interesse da Administração Pública. É reconhecido o quanto os modelos da administração direta, autárquica e mesmo de fundação pública restringem a autonomia aos dirigentes hospitalares nos mais diversos âmbitos administrativos. Observando a Figura 1, podemos ver que esses entes, além de integrarem a administração pública, estão submetidos ao regime administrativo, exclusivamente, público com os constrangimentos e limites de autonomia impostos por diversas legislações. Destacamos a Lei n. 8.112 do regime jurídico único (RJU), na área de pessoal; a Lei das licitações n. 8.666, que regula compras e contratos; a Lei Orçamentária; e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que em particular impacta os governos e seus órgãos diretamente vinculados à questão dos tetos de gastos com pessoal para citar as principais.

Embora compondo a administração pública, os demais entes, como empresas e sociedades de economia mista, são regidos pelo direito administrativo privado, ainda que com algumas regras da administração pública. Assim, o regime de pessoal é o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com a obrigatoriedade de seleção pública, o regime de compras e contratos pode ser próprio, obedecidos determinados princípios da Lei n. 8.666, o orçamento também é próprio, assim como a contabilidade e outros instrumentos de gestão, caracterizando organizações com autonomia patrimonial, orçamentária e financeira.

É fato que, muito embora integrem a administração pública, esses entes possuem autonomia administrativa muito próxima daquela típica do setor privado. Para tais empresas, essa condição é imperiosa, pois atuam em áreas econômicas submetidas à

concorrência nacional e/ou internacional, com objetivos claros de competitividade e retorno econômico, além de objetivos estratégicos e outros, no interesse do Estado.

Observe que a organização do Estado, da nossa administração pública, permite dois grandes tipos de regime jurídico: um de natureza pública e outro de natureza privada.

Não podemos nos esquecer de que ambos estão dentro da administração pública, por isso, é importante não confundir administração pública de direito privado com administração privada, já que esta última é exclusiva das organizações privadas, lucrativas e não lucrativas. Ressaltamos, ainda, que a administração pública de direito privado implica na utilização de alguns instrumentos do regime privado, como já referido, dentro de uma **organização estatal**. Ser de natureza administrativa privada não é sinônimo de ser empresa privada.

É preciso ter isso claro e se restam dúvidas, vamos rever esses pontos, relendo e pesquisando em outras fontes. Essa dúvida não deve permanecer!

Especialmente após a Constituição de 1988, as limitações de autonomia para entes da administração direta, autárquica e fundacional aumentaram. A medida constitucional de maior impacto foi a eliminação da condição dada anteriormente para que as fundações públicas, portanto, **instituídas por lei**, pudessem operar sob regime do direito privado. Um bom exemplo disso é a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MS), mas também são exemplos a Fundação Caetano Munhoz da Rocha, da Secretaria de Saúde do Paraná; a Fundação Ezequiel Dias (FUNED), da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; a Fundação Hospitalar de Minas Gerais

Podemos, mais uma vez, lembrar o caso da Petrobras, que é estatal e tem vários instrumentos de gestão típicos das empresas totalmente privadas.

Uma organização ou um ente instituído por lei, forçosamente, é uma organização pública e estatal; empresas privadas não precisam de leis para ser criadas, bastando que seus proprietários as registrem em cartório de pessoas jurídicas, conforme reza o código civil; assim, a organização pública nasce sempre por lei, com iniciativa do poder executivo ou legislativo; as empresas privadas dependem apenas de iniciativas dos cidadãos ou de outras empresas.

(FHEMIG); a Fundação para o Remédio Popular (FURP), de São Paulo; a Fundação de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Ceará, etc. Essas Fundações, entre outros entes federais, estaduais e municipais, possuíam regime do direito privado e foram, após a constituição de 1988, transformadas em fundações públicas de direito público, que se convencionou denominar de “autarquiaização das fundações”, dado que a partir de então toda a sua gestão é similar ao de uma autarquia, com todos os ditames do direito público. Essa definição constitucional, ao causar importante restrição de autonomia gerencial para os órgãos da administração pública, acabou gerando diversos mecanismos alternativos com o intuito de recompor os padrões de autonomia.

Para a natureza organizacional hospitalar, com características bastante singulares sobre seu funcionamento, as exigências de autonomia para seus dirigentes já eram reconhecidas como condição de possibilitar superiores padrões de eficiência e qualidade. A década de 1990 foi farta no surgimento de modelos alternativos de gestão hospitalar que garantissem maior autonomia e governabilidade internamente às organizações. Na impossibilidade legal para entes próprios da administração pública, os modelos foram construídos a partir da sociedade, ou seja, da iniciativa privada, a maior parte não lucrativa. Entre os modelos mais utilizados tem destaque a constituição de fundações de apoio, que se constituem em entes privados, instituídos com base na Lei Federal n. 8.958/1994. Tais entes existem para “apoiar” um hospital, mas também universidades ou outros serviços, configurando um ente à parte e “ao lado” de um órgão da administração direta, autárquica ou fundacional pública. Modalidade bastante praticada junto aos hospitais universitários públicos (integrantes das autarquias universitárias), mas também em outros hospitais federais, por exemplo, a Fundação Ary Frauzino em apoio ao Instituto Nacional do Câncer/MS, e mesmo as estaduais, como a Fundação Zerbini – talvez a precursora desse modelo, em apoio ao Instituto do Coração/HCFMUSP.

Essa figura jurídica independente de ação legal específica da administração pública – lei específica para cada fundação – é

Praticamente inexistem hospitais universitários, autárquicos ou vinculados a autarquias universitárias que não operam com apoio de uma fundação de apoio, seja própria ou cobrindo toda a respectiva universidade.

simplesmente uma associação civil, privada, constituída por pessoas e que obtém registro para seu nascimento no cartório de pessoas jurídicas, ao registrar-se o respectivo estatuto. Mesmo antes da Lei n. 8.958/94 (Lei Federal que regulamenta a fundação de apoio), essa figura já era alternativa em voga. A finalidade de apoio a tal ente encontra-se instituída nos respectivos estatutos e sua operação formal junto ao ente apoiado baseia-se na quase totalidade dos casos em convênios ou termos de compromisso entre ambas as organizações.

No entanto, para além desses entes, outras modalidades foram praticadas, sempre em direção a associações e/ou contratações com organizações privadas. As terceirizações plenas (todo o hospital) ou parciais (serviços ou sistemas específicos intra-hospitalares) foram mecanismos também utilizados. Entre esses e com alvo no estrangulamento da gestão nos recursos humanos, muitos hospitais e mesmo secretarias operaram contratos com cooperativas para alocação mais flexível de mão de obra.

No início do ano 2000, diversos estudos, ao relatarem diferentes desempenhos entre hospitais, registraram o fato de que nos hospitais com desempenhos superiores, quase sempre é identificada alguma característica que permita o alcance de mais autonomia.

Nos anos mais recentes, os órgãos de controle público, em especial os tribunais de contas, os ministérios públicos federais, diversos casos no âmbito estadual e também no trabalho, além das controladorias jurídicas dos órgãos executivos, iniciaram processos com o objetivo de que as figuras jurídicas da administração pública, em particular as federais, retomem práticas estritamente legais. Assumiu-se nos órgãos de controle do Estado e do governo que as práticas visando ao alcance de autonomia de gestão entre entes da administração pública e da administração privada possuem limites legais, ultrapassados em vários aspectos.

Em especial, na gestão de recursos humanos, o governo federal e também os estaduais emitem normas limitando contratações de pessoal por meio de terceiras empresas (cooperativas, fundações de apoio, etc.) e, ainda, especialmente por ações dos ministérios públicos, passam a ser cerceadas várias

práticas administrativas antes vistas como legais ou pelo menos consentidas, incluindo repasses mediante convênios entre o SUS e tais entes. Os hospitais que haviam passado a depender de desses artifícios administrativos sofrem estrangulamentos importantes, comprometendo serviços já dependentes dos “apoios” de entes associados ou contratados externamente.

Em julho de 2006, a decisão de plenário do Tribunal de Contas da União emite resolução limitando em definitivo várias práticas administrativas a partir de fundações de apoio para hospitais federais no Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, esse documento reconheceu que o imobilismo e as amarras da administração pública *empurraram* o gestor público para aliar-se a mecanismos externos ao Estado com o intuito de viabilizar-se (Acórdão TCU 1.193/2006).

A seguir serão apresentados itens de referência geral dos diferentes tipos de personalidade jurídica apontados na Figura 1 e que têm significância para a discussão realizada aqui. Como referencial para a análise comparada, apresentamos de maneira sintética e didática a estrutura possível de personalidades jurídicas da administração pública brasileira. Utilizamos como referência para construir esses conceitos o texto de Madeira (2000), *Administração Pública Centralizada e Descentralizada*, e para dirigir esse olhar para as diferentes organizações, utilizamos o regime jurídico em que atuam tais organizações.

A partir de agora, veremos o Regime Jurídico de Direito Público e depois partimos para o Regime Jurídico de Direito Privado. Fique atento, pois é muito importante que você entenda o assunto para poder prosseguir com seus estudos.

Regime Jurídico de Direito Público

- ▶ **Administração Direta:** são as organizações dos três níveis de governo. É composta de órgãos de governo e, também, chamada de administração centralizada. Não possui personalidade jurídica própria, subordinada ao regime administrativo; funções de disciplina: formulação, regulamentação, regulação, coordenação e fiscalização; pouco apropriado para execução de serviços públicos; sem autonomia administrativa, financeira e orçamentária.
- ▶ **Administração Indireta ou Descentralizada:** é composta de pessoas administrativas (personalidade jurídica distinta que a faz indireta e com certa autonomia, definida em sua lei de criação).
 - ▶ **Autarquia:** é um tipo de autonomia usada pelo Estado para a gestão descentralizada na execução de tarefas típicas de estado, como exercer o poder de polícia, mas tem sido usada para ensino (universidades) e para a saúde – hospitais, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Indústria Química do Estado de Goiás (IQUEGO).
 - ▶ **De Regime Especial:** é uma autarquia na qual a lei de criação estipulou algumas condições especiais – no caso da Universidade de São Paulo (USP).
 - ▶ **Agência Executiva:** é também uma autarquia especial, criada para o gerenciamento de entidades de ensino e de pesquisa. Existem poucos exemplos ainda desta modalidade.
 - ▶ **Agência Reguladora:** autarquia de regime especial, nos termos de sua lei de criação voltada para a realização de atividades no campo da regulação. São exemplos a Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA), Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), etc.


- ▶ **Fundação de Direito Público:** hoje, praticamente reduzidas a autarquias, são as fundações que existiam na promulgação da Constituição de 1988. São, por exemplo, as utilizadas pelos hemocentros e parte das Universidades Federais.
- ▶ **Consórcio Público:** estas personalidades são entes de cooperação entre municípios e ou entre estados, criados por lei e com autorização expressa dos legislativos envolvidos, com o objetivo de gerenciar um bem comum, como uma usina de asfalto, um hospital regional, uma região de saúde, etc. A gestão do consórcio se realiza por meio da instituição de uma associação que pode estar tanto no regime de direito público, como no de direito privado (maior número de casos) e tem sido utilizada na área de saúde em São Paulo (Penápolis) e em Minas Gerais.

Regime Jurídico de Direito Privado

- ▶ **Fundação Pública de Direito Privado:** mais adiante será dedicada uma seção específica para as Fundações de Direito Privado.
- ▶ **Empresa Pública:** instituída por lei pelo estado para intervir no domínio econômico do setor privado em igualdade de condições com empresas privadas. Exemplos de empresas no espaço público: a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e a Caixa Econômica Federal (CEF), mas existe um hospital empresa pública instituído em 1970 e que é o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul (FMUFRGS), que está muito bem gerenciado, ou seja, o modelo que serve a FINEP,

também dá certo para hospitais, sem transformá-los em empresas privadas.

- ▶ **Sociedade Anônima:** também é uma forma do estado intervir no domínio econômico, criando sociedades anônimas por ações, como a Petrobras, o Banco do Brasil, etc. Há ainda um hospital nessas condições que é o Grupo Hospitalar Conceição também no Rio Grande do Sul e que vem sendo bem administrado em suas cinco unidades hospitalares, com seus 1.800 leitos.
- ▶ **Serviço Social Autônomo:** esta personalidade jurídica foi muito utilizada no passado para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, para dar condições ao estado de construir, operar e cobrar por esse serviço, também é uma forma de se expressarem os serviços sociais de apoio da indústria, do comércio, etc., criados por lei federal e financiados com recursos dos empregadores – Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Social da Indústria (SESI), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC).



Esse hospital tem um passivo trabalhista imenso, que induz o atual governo a transformá-lo em outra “coisa”, não para melhorar a gestão e sim para isolar o passivo trabalhista.

É interessante registrar que após a Constituição de 1988 esterilizar as fundações públicas, o Hospital das Pioneiras Sociais, então Fundação, foi transformado em Serviço Social Autônomo e continua tão exemplar, como sempre foi, graças à autonomia garantida por essa personalidade jurídica. Aliás, hoje, é uma rede que se estende por cinco estados.

- ▶ **Organização Social (OS):** regida pela Lei n. 9.637/98, é uma personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações são estabelecidas pelo Contrato de

Gestão; associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada; com objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade; regime CLT sem concurso público; e tem privilégios tributários. Na área da saúde foi implementada como alternativa à gestão hospitalar pública pelo Governo de São Paulo.

- ▶ **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP):** regida pela Lei n. 9.790/99 “Lei do Terceiro Setor”, são entidades civis sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, qualificada pelo poder público (Ministério da Justiça), não estando submetida às normas do direito público: as obrigações são estabelecidas pelo Termo de Parceria e seus objetivos são ampliar o universo de entidades com possibilidade de parceria com o setor público fora daquelas definidas como utilidade pública e fortalecer o Terceiro Setor para o fomento de projetos relevantes; o termo de parceria substitui as formas de contratos regidos pela Lei n. 8.666 e os convênios; não é modelo próprio para desenvolver atividade pública; têm sido instituídas com frequência na área cultural.
- ▶ **Outras situações:** Fundações de Apoio: este é um caso interessante, já que essas fundações nasceram como instituições privadas e voltadas exclusivamente para apoiar um órgão público. Assim, elas são um patrimônio (como as demais fundações), instituído por particulares, mas afetados pelo objetivo de apoiar o setor público, essas fundações têm sido chamadas de fundações de terceiro tipo.
- ▶ **Convênio:** também como fruto da falta de opção para realizar transferências entre o setor público e entre este e particulares, operando situações de parceria, os

convênios têm sido usados, quase abusivamente, pelas diversas esferas de governo. A vantagem é que como os convênios estabelecem relações entre entidades com objetivos comuns, eles não necessitam de licitações, o que torna esse mecanismo muito ágil. Porém, ele é muito frágil do ponto de vista dos controles e, por isso, também tem sido motivo de muita crítica por parte dos órgãos de controle do estado (Tribunais de Contas e Ministérios Públicos).

Muito bem, você entendeu o Regime Jurídico de Direito Público e o Regime Jurídico de Direito Privado? Se ficou alguma dúvida, releia o texto para obter total entendimento. Entender o assunto é muito importante para que você continue o seu aprendizado!

PREMISSAS E PARÂMETROS PARA MODELOS EFICIENTES

No caso específico dos diferentes modelos, na busca de alternativas para a gestão em saúde, em particular de hospitais, a questão a responder é a da eficiência. Os hospitais são agências extremamente complexas, e construir modelos que aperfeiçoem sua capacidade de produzir resultados sanitários não se enquadra na busca de maior competitividade e sim na busca de uma agência mais efetiva para a sociedade.

Naturalmente, essas soluções não se voltam apenas para hospitais, podendo servir para gerenciar redes, ambulatórios, etc.

É importante mencionar novamente que as alterações no ambiente recente da saúde, bem como as tendências já identificadas – revolução demográfica, revolução epidemiológica, aumento dos custos para incorporar novas e crescentes cargas tecnológicas, o advento e barateamento do uso das tecnologias de informação – TI, a luta corporativa travada na área da saúde com o advento de muitos novos profissionais que disputam sua inserção no modelo assistencial, os direitos adquiridos pela sociedade pós-constituição de 1988, etc., compõem um novo e até então inexistente cenário. Esse conjunto de mudanças transformou de tal forma o ambiente que olhar para as soluções do passado significará não conseguir fazer frente aos desafios do presente. Portanto, há que se construir novas soluções. Não é possível uma busca de alternativas sem parâmetros, referências que sejam balizadoras para novos modelos.

Buscamos mais eficiência, acompanhada de mais qualidade e segurança, no cuidado aos pacientes e usuários dos serviços. Serão vários os atributos a serem considerados para modelos eficientes e com segurança e qualidade no cuidado, conforme identificados a seguir. Mas de imediato, uma condição e atributo básico de qualquer modelo é a autonomia de gestão. Trata-se necessariamente de um “jogo de pesos e contrapesos”, mais autonomia, mais eficiência, menos controle e menos subordinação a um poder central. A relação entre autonomia e eficiência, resultados, têm documentação no mundo moderno, não se tratando de dogma (MINTZBERG, 1995; MOTA, 1991).

No modelo tradicional de gestão, as decisões concentram-se no nível central, distantes daqueles que detêm informações relevantes associadas a tais decisões, sendo uma das principais causas do desempenho insatisfatório dos serviços de saúde e mais grave ainda quando se trata de hospitais. O modelo centralizado torna os processos de tomada de decisão mais burocráticos e morosos. Maior autonomia de gestão significa dotar os dirigentes hospitalares de maior poder de decisão, como igualmente responsabilizá-los pelo desempenho dessas organizações. Confere maior agilidade e flexibilidade à condução dos hospitais públicos, estabelecendo condições mais efetivas para que essas organizações

respondam às políticas, às diretrizes, aos incentivos governamentais e em especial aos gestores do sistema. Modelos fundados em uma maior autonomia de gestão devem ainda resultar na conquista de maior estabilidade política para os serviços e hospitais.

Não devemos, no entanto, confundir autonomia com soberania, já que a primeira requer forçosamente a adoção de novos e enriquecidos dispositivos de acompanhamento, prestação de contas e responsabilização, sejam conselhos superiores de administração, contratos de gestão ou ainda controles externos, tanto no âmbito do Estado como no da sociedade.

O tema da autonomia deve ser ainda considerado em várias dimensões, cobrindo os mais amplos campos ou frentes da prática gerencial, incluindo a gestão orçamentário-financeira, toda a área de compras e contratos e até mesmo a autonomia para associações com outros serviços. Particular ênfase deve ser conferida à autonomia na gestão das pessoas, dada a condição de organizações do tipo profissional que exige capacidades gerenciais autônomas específicas para a mobilização, valorização, controle e avaliação dos profissionais e de suas práticas.

Quanto à definição do **escopo** do hospital, a autonomia deve ser fortemente condicionada, devido à necessária integração do hospital na rede de serviços e a submissão dele aos papéis pactuados com os gestores do sistema. O contrato de gestão será o instrumento negociado para tratar de regular a autonomia de escopo, entendido como perfil e projeto assistencial, de modo que, comparado a modelos clássicos de gestão, deverá ser na prática contida.

Observe que há certo consenso de que nos modelos de baixa autonomia de gestão, a autonomia dos dirigentes locais e

Podemos traduzir a noção de escopo, como a configuração de atenção assistencial ou o conjunto dos serviços que estão contidos dentro de uma organização, com suas complexidades, estruturas, incluindo pessoas, equipamentos, instalações; do escopo de uma organização faz parte ainda a sua dimensão administrativa e logística (administração geral, manutenção, serviços gerais, etc).

mesmo dentro de um serviço ou hospital, quanto ao escopo assistencial seja grande, podendo abrir, fechar ou alterar tipos, volumes e padrões da assistência, sem maiores controles dos níveis centrais, essa autonomia será forçosamente contida nos novos modelos gerenciais. Reflita sobre isso!

Outros atributos devem ser considerados para novos modelos, tratando-se de estarem adequadamente contemplados nas bases legais e nas configurações dos sistemas, instrumentos e práticas a estruturarem a gestão. Os atributos são compreendidos como recortes um tanto quanto arbitrários, dado que na prática eles são não apenas interdependentes, mas, por vezes também possuem limites pouco claros ou interseções entre os seus campos. Determinadas características serão transversais, apresentando-se como de caráter mais finalístico, sendo então arroladas entre os atributos associados à missão e às finalidades do serviço. É o caso dos atributos da qualidade e da eficiência, obrigatoriamente presentes ou interativos em relação aos demais atributos.

Lembre-se de que os principais atributos foram apresentados na Unidade 1 desta disciplina.

Esses atributos apresentam-se como referências, considerados em modelos e práticas de gestão para hospitais e demais serviços de saúde com finalidades públicas, portanto, integrantes do SUS. Ao mesmo tempo e de modo associado, algumas premissas são fundamentais para a base legal das estruturas a serem consideradas.

Então, devemos considerar quatro grupos de premissas respeitadas:

- ▶ **Subordinação à Política de Saúde do nível de governo em que a organização se inserir:** essa questão é crucial, porém é preciso ter cuidado em realizar uma soma com resultado zero. É possível subordinar a política por meio de mecanismos como os contratos de gestão e os termos de ajuste. É com esses instrumentos que se viabiliza a equação do financiamento e o acompanhamento da execução e cumprimento das metas pactuadas. Será preciso

cuidar, dentro dessa premissa, de eventual excesso de constrangimentos legais, para garantir um **controle cartorial**. A solução (um eventual modelo burocrático, apesar de legal) deixará de ser solução.

- ▶ **Legalidade:** muitas vezes parece que a proposta de criar uma solução dentro do âmbito da eficiência busca contornar a lei, **conspurcá-la***. Porém, não é bem assim e, por isso, a lei que cria a alternativa deve ser clara nas diferenças que propõe (gestão orçamentária, gestão de pessoal, gestão de materiais e contratos, gestão da estrutura organizacional e cargos). Na verdade, as diferentes figuras disponíveis no direito administrativo para gerir organizações não são congenitamente de uma maneira ou de outra, são o que a sua lei instituidora delimita em função de seus objetivos.
- ▶ **Eficiência Gerencial:** ser eficiente expressa fazer mais com os mesmos recursos. Portanto, o desafio é ser mais eficiente, ou seja, entregar mais daquilo que se tem de entregar. Com mais eficiência, respeitada a eficácia, ou seja, os padrões de qualidade, é possível alcançar mais efetividade ou, simplesmente, mais impacto. Aqui as consequências do que foi definido nas duas premissas anteriores serão decisivas. Por exemplo, com a atual estrutura do processo orçamentário da administração direta ou autárquica/fundacional, não é possível ir longe, em termos de eficiência. E isso não significa ficar sem o orçamento como instrumento gerencial e legal. Não podemos ser eficientes utilizando o estatuto do funcionalismo para gerenciar pessoal. Considerar o contrário é ingenuidade ou hipocrisia. O estatuto deve ser utilizado apenas para as carreiras típicas de estado. Não podemos comprar utilizando a regra estrita da Lei n. 8.666, apesar dos pregões terem melhorado bastante esse item. A estrutura organizacional deve ser fixada pela organização e ser



Quando falamos de “controle cartorial”, estamos destacando o controle burocrático sobre os processos e que se fixam basicamente no controle das normas administrativas aplicáveis.

***Conspurcá-la** – de conspurcar: fazer recair dúvidas sobre a integridade de; macular, infamar, desonrar. Fonte: Houaiss (2009).

modificada sempre que for necessário. Enfim, gerenciar e alcançar resultados exige autonomia e responsabilização, por causa das condições fixadas no contrato de gestão e pela quarta premissa.

- ▶ **Capacidade de Controle:** este é um gargalo importante. Tribunal de Contas, Ministério Público, Secretarias de Controle Interno, etc. são órgãos quase, exclusivamente, voltados para controle de meios e não de resultados. O contrato de gestão é uma coleção de metas, de resultados e não existe um adequado preparo para essa tarefa. O estado tem que melhorar a sua capacidade para controlar a execução dos recursos colocados à disposição dessas organizações, isso se dá tanto do ponto de vista da execução como do alcance dos resultados. A questão da execução deve sempre levar em conta o grau de autonomia que a lei definiu, mas não permite que a contratação de pessoal seja realizada sem seleção e, portanto, sem clientelismo, da mesma maneira as compras devem ser realizadas dentro de regras que evidenciem a forma da tomada de decisão e o não favorecimento de fornecedores. Enfim, uma gestão legal deve ser fiscalizada para garantir que os dinheiros públicos sejam utilizados legalmente. Este é um grande desafio para o estado brasileiro: desenvolver sua capacidade de fiscalizar de fato.

Veremos sobre este assunto mais adiante.



PERSPECTIVAS PARA UMA NOVA FIGURA JURÍDICA NO INTERIOR DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Debates que ganharam consistência no final de 2005 indicam tendências quanto à formulação de novo modelo jurídico para os hospitais públicos e para os serviços de saúde integrantes da

administração pública, portanto, do SUS. Dentre os elementos característicos que se destacam como consenso entre os especialistas e formuladores, encontra-se a dimensão autonomia de gestão, mantendo-se para o mesmo a sua condição estatal e pública.

As atuais formulações governamentais para a administração pública brasileira sugerem um novo ente estatal, com natureza pública submetida ao regime do direito privado. A sua possível inserção na administração pública está representada na Figura 2.

Esse novo ente disporia de autonomias nas áreas de gestão de recursos humanos, compras e contratos, patrimonial, orçamentária e contábil. A sua configuração encerra as autonomias já típicas das empresas públicas brasileiras, ressalvando pela natureza fundacional a sua condição para atuação exclusiva em área de natureza social, tais como a saúde, a educação, a ciência e a tecnologia, o desporto, a cultura, o turismo, dentre outras.

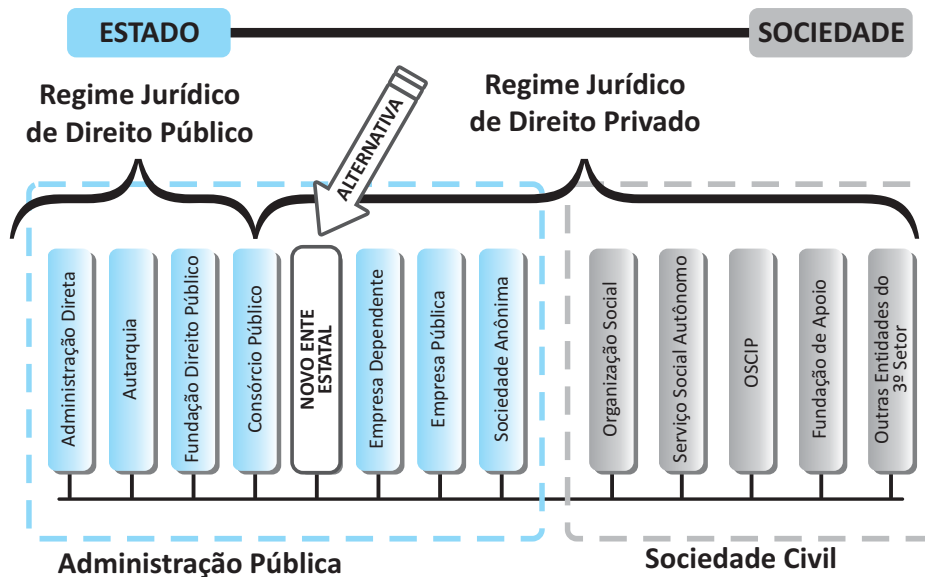


Figura 2: Gradiente de formas institucionais sob as quais o Estado atua na economia e no desenvolvimento social, incluindo um possível novo ente organizativo

Fonte: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/070718_PFE_Arq_formatos.pps#556,26,Slide27>. Acesso em: 16 dez. 2010.

Quando dizemos “insuficiente”, queremos reforçar que de modo concomitante aos novos formatos jurídicos, aspectos relacionados a sistemas e instrumentos de gestão, profissionalização, financiamento, etc., também são fundamentais para novos modelos e desempenhos mais eficientes, eficazes e efetivos.

Uma nova alternativa jurídico-administrativa governamental, de base autonomista é, seguramente, uma condição necessária, ainda que **insuficiente**, para novos modelos de gestão aplicáveis a serviços públicos de saúde, sejam hospitais ou redes básicas. O hospital e os demais serviços de saúde ao integrarem sistemas de saúde, e, no caso particular, exclusivamente o Sistema Único de Saúde, necessitam de elevada cooperação com os demais componentes do sistema, assegurando que agreguem a eles outras dimensões além da eficiência, fortemente dependente da autonomia. Dimensões como acesso, continuidade do cuidado, foco nas necessidades de saúde, complementaridade, somente são alcançáveis mediante mecanismos cooperativos, pactuados entre os agentes do sistema e que integrem de forma consistente o hospital ao sistema de atenção. Essa condição, para ajustar-se adequadamente às lógicas maiores de gestão da rede de serviços nas esferas do sistema, impõe papel diferenciado e reitor dos gestores e entre os gestores dos sistemas.

A Figura 2 expressa tendências, fruto de acúmulos alcançados, para novas alternativas organizacionais aplicáveis a hospitais públicos e que considerem a autonomia dentro da própria administração pública.

A nova figura seria designada, com base em definição constitucional de Fundação pública de direito privado, com as seguintes características centrais, de acordo com Salgado (2007):

- ▶ **Sujeição ao Direito Público:** lei autorizadora (e registro de seus atos constitutivos no cartório competente); controle do Tribunal de Contas; equiparação de seus empregados para os fins previstos no artigo 37 da Constituição Federal; escolha pública para a contratação de pessoal; compras e contratos por meio de licitação; e extinção dependente de lei.
- ▶ **Consequências do Regime do Direito Privado:** bens penhoráveis; não beneficiária do processo de execução contra Fazenda Pública (precatórios) – artigo 100 da Constituição Federal; não terá juízo privativo;

regime jurídico dos empregados – CLT; regida pelos seus estatutos e pela lei autorizadora; prazos processuais comuns; imunidade tributária, conforme previsto no artigo 150, § 2º da Constituição Federal; não está sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente no que tange aos limites de despesas com pessoal.

- ▶ **Controle e Fiscalização:** normas de controle e fiscalização previstos nos estatutos – Conselho Externo de Administração; supervisão do Ministério da Saúde e demais instâncias de contratação regional e/ou municipal; Tribunal de Contas; Ministério Público; subordinação ao controle social em saúde exercido pelos Conselhos de Saúde Local e Regional/Estadual em decorrência da inserção do hospital no Sistema Loco-regional.
- ▶ **Contrato de Gestão:** objetivos, metas, prazos, critérios de controle e avaliação, obrigações e responsabilidades de seus dirigentes; investimento anual com base em percentual de receitas em ações de inovação, capacitação de pessoal, adequação mobiliária e imobiliária; fixação de teto percentual para gastos com pessoal; dirigentes com penalidade de perda de mandatos no caso de descumprimento do contrato de gestão injustificadamente.
- ▶ **Estrutura Organizacional:** Conselho Curador (de Administração) – órgão de direção superior, controle, fiscalização e avaliação; Comissão ou Conselho Fiscal – órgão de assessoramento ao conselho curador na área de gestão contábil, patrimonial e financeira; Conselho de Direção – Direção Executiva, responsável pela gestão técnica, patrimonial, administrativa e financeira.
- ▶ **Regime de Pessoal:** regime jurídico da CLT; aprovação do plano de carreira e salários pelo

Conselho Curador, incluindo benefícios, reajustes, etc., em consonância com contrato de gestão; previsão na lei das demissões pela CLT; previsão na lei para o enquadramento/alinhamento do pessoal estatutário – processo de transformação.

- ▶ **Compras e Contratos:** contratação de serviços, obras, compras, alienação, locação, nas modalidades de pregão e consulta pública, na forma com que for disciplinado em regulamento próprio da fundação, observadas as regras gerais das legislações específicas – Lei n. 9.472/97, artigo 54 e Lei n. 9.986/00 que estendeu a todas as agências reguladoras a possibilidade de uso das modalidades consulta e pregão.

Na análise comparativa das características da proposta de Fundação pública de direito privado para gestão em saúde, hospitais e os demais serviços com as outras formas jurídicas, a que mais apresenta pontos comuns são as Organizações Sociais.

Se pensarmos nas premissas e nos parâmetros expostos anteriormente, essas duas de certa forma preenchem as dimensões referidas. Reflita sobre isso e discuta com seus colegas de curso e tutores.

Algumas questões levantadas por profissionais e por gestores ligados ao SUS merecem ser referidas, observe a seguir.

- ▶ A característica do SUS de ser uma entidade integrante da administração pública indireta, com autonomia administrativa, financeira, orçamentária e patrimonial. A fundação estatal, como é conhecida a fundação pública de direito privado, e o contrato de gestão são modelos que possibilitam modernizar o Estado acabando com a visão dos anos de 1990 de

que isso somente seria possível fora do Estado, como se o Estado pudesse ser substituído pelo setor privado ao invés de complementado em algumas ações e serviços, quando e se necessário.

- ▶ Se o contrato de gestão observar princípios como: subordinação da autonomia aos objetivos do serviço público e à qualidade de sua prestação; compromisso dos órgãos e entes públicos na gestão de um serviço de qualidade; consagração do controle social; reforço da responsabilização dos dirigentes públicos mediante o desenvolvimento de instrumentos de avaliação do desempenho do serviço prestado; adequação dos recursos aos resultados que se pretendem – será um instrumento inovador de gestão pública, em especial para a área da saúde.
- ▶ A presente iniciativa pode representar a reintrodução do tema da reforma hospitalar na agenda governamental, articulando-o à retomada do debate em torno da reforma do Estado brasileiro. A atual proposta pode ter um efeito demonstrativo e multiplicador no país (BARBOSA, 2006).

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, leia o seguinte texto:

- 📖 *Trajatória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas* – de Fernando Luiz Abrucio.

Resumindo



Nesta Unidade vimos que os anos recentes, em particular após o SUS, foram ricos em inovações e desafios para a atenção e a gestão em saúde em nosso país. O acelerado desenvolvimento tecnológico em saúde, combinado com perspectivas de políticas públicas mais efetivas e equânimes se fazem acompanhar de exigências mais racionais no campo organizacional, além de economicamente sustentáveis. Trata-se de equação de enorme complexidade, ainda mais ao somar-se a necessária transparência e controle social sobre as políticas mais gerais, aplicação de recursos, ações e resultados efetivamente alcançados por cada serviço. A resolução da equação, por mais que esteja em curso, já com ganhos notórios para o sistema e para a população, segue com limites, contradições e paradoxos. Ainda devemos registrar uma limitada clareza sobre como estabelecer um padrão estratégico de desenvolvimento para a atenção à saúde e em especial hospitalar no país, alinhado, adequadamente, às políticas e aos programas em atenção básica e hospitalar, considerando a altura dos novos padrões de complexidade das doenças, que exigem mais tecnologia incorporada aos hospitais e concomitante menor número de leitos no sistema. Especialmente na área da atenção hospitalar, somente é possível com novos hospitais, no sentido de novas tecnologias e práticas hospitalares. Não há como configurar novos modelos de atenção hospitalar, sem que igualmente novos tipos organizativos e novos modelos de ges-

tão surjam. A atenção e a gestão são elementos interdependentes.

Também aprendemos que há conhecimentos e experiências acumuladas tanto na atenção quanto na gestão hospitalar, obrigatoriamente considerando outros países. Há ainda certa efervescência, como se estivéssemos próximos de novos horizontes, quando já são perceptíveis alguns novos padrões, com potenciais para deslocamento de antigos e desgastados modelos hospitalares.

É fundamental reconhecer que o estado brasileiro está defasado, no que se refere a usar instrumentos gerenciais que aumentem a sua eficiência no campo da prestação de serviços de saúde. Existem soluções. Algumas estão já em uso. Isso foi demonstrado por meio de estruturas como hospitais-empresa, hospitais-serviço social autônomo, hospitais como organizações sociais, etc. No entanto, entre outras questões cabe-nos discutir e resolver a armadilha legal. Parte dessas soluções confronta em maior ou menor grau, a depender de interpretações jurídicas, o estado de direito.

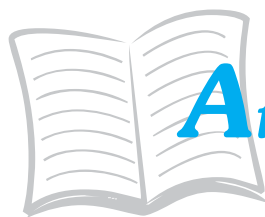
Por outro lado, a experiência do Estado de São Paulo com as OSs é muito iluminadora. Recentemente, o Banco Mundial realizou uma análise extensiva e isenta de seus resultados e a conclusão foi de que a experiência é totalmente exitosa e que o estado aprendeu a controlar o privado, referência deste estudo (de acordo com premissa já formulada). Portanto, o velho **axioma*** de que vontade política é um ingrediente fundamental da equação pública continua ativo e operante, porém, vale a pena buscar mais alternativas, afinal este é um país gigantesco e a padronização é limitante.

***Axioma** – máxima, provérbio, sentença. Fonte: Houaiss (2009).

A fundação pública de direito privado é importante e uma nova alternativa, já que alguns estados saíram na frente em sua implementação (embora ainda não plenamente operacionalizadas, existem fundações estatais no Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe e Pernambuco, além de algumas também em municípios). Ao estar na esfera do estatal, ela deverá ser uma possibilidade a mais ao lado das alternativas situadas no espaço privado. Porém dependerá de duas questões: como ela será implementada, em particular no que se refere à gestão de pessoal. Se forem realizadas concessões corporativistas, a solução será mais um problema.

Finalmente, nesta Unidade, não discutimos “a solução”, mas as alternativas dentro da complexa trama de problemas dentro da qual se movimenta a organização do estado moderno. Certamente, para deixar claro, salientamos que gerir é fundamental, mas sem recursos é inócuo, ou seja, a questão do financiamento continua sendo vital. E mais vital ainda é a disposição da sociedade brasileira em fazer do discurso do direito à saúde um dever cumprido.

Essa é a tarefa da sociedade!



Atividades de aprendizagem

Agora chegou o momento de você conferir se obteve bom aprendizado sobre o que abordamos nesta Unidade, para tanto, responda à questão proposta a seguir. Se precisar de auxílio, não hesite em entrar em contato com o seu tutor. Lembre-se de que ele está à sua disposição para ajudá-lo no que for necessário.

Bom trabalho!

1. Considerando diferentes formatos jurídicos organizacionais na área de saúde, procure identificar duas organizações (hospitais, centros de saúde, policlínicas, etc., com exceção de postos de saúde ou simplesmente PSF), sendo uma estatal (administração direta, autarquia ou fundação) e outra privada (lucrativa ou não). Comente diferenças encontradas (ao menos 5 pontos de diferença, podendo ser nas práticas de gestão ou mesmo na forma de atenção) à luz do texto que acabou de estudar.