

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Primeiro Semestre de 2009 ▪ Número 7

Alternativas de Gestão Pública

As novas formas de organização
na Saúde são a solução?

É possível gerenciar recursos
humanos no setor público?

Modernização da gestão e apoio
da iniciativa privada à gestão

Contratualização e monitoramento
dos resultados de serviços de Saúde

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP • Primeiro Semestre de 2009 • Número 7

Sumário

Ponto de Vista 3 Ana Maria Malik

As novas formas de organização na Saúde são a solução?

Os debates GVsaúde 4 Wilson Rezende

Formas Jurídicas das Organizações de Saúde 4 Gonzalo Vecina Neto

Fundações e modelos de Gestão 8 Pedro Barbosa

É possível gerenciar recursos humanos no setor público?

O desafio da Gestão de Pessoas na Saúde 11 Henrique Antunes Vitalino

A importância da Gestão de Pessoas na Saúde 12 Nelson Frenk

A Humanização para o Profissional de Saúde 14 Maria da Gloria Zenha Wieliczka

Modernização da gestão e apoio da iniciativa privada à gestão

Modernização na Gestão de Saúde 17 Márcio Vinicius Balzan

Apoio à Gestão nos Hospitais 17 Paulo Carrara de Castro

Buscando zonas de convergência 20 José Américo Borges

Contratualização e monitoramento dos resultados de serviços de Saúde

A Saúde em processo de mudança 23 Ana Maria Malik

O modelo de Minas e a contratualização 24 Helidea de Oliveira Lima

As Organizações Sociais de Saúde em São Paulo 29 Sonia Aparecida Alves

Ponto de Vista

RECOMEÇAR é sempre interessante. Mesmo se tratando de uma iniciativa ainda jovem, como os Debates GV saúde. E ao programarmos o retorno aos novos modelos de gestão no setor público pudemos perceber o quanto a situação mudou, em tão pouco tempo.

Em primeiro lugar, nos modelos organizacionais propriamente ditos: pode ser dito que no final de 2008 fala-se basicamente de dois grandes modelos, o das OSSs (cuja experiência mais exitosa e de mais longo prazo é a do Estado de São Paulo) e o das Fundações Estatais, que ainda está em discussão, mas que já está em implantação em alguns locais. A característica comum entre ambos é que se tratam de modelos gerenciados por meio de contratos de gestão. Um dos conferencistas convidados, Dr. Gonzalo Vecina Neto, foi um dos iniciadores do modelo paulista, sempre um estudioso da administração pública e um ator reconhecido na área. Desde 2008 é o responsável por um modelo de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para a gestão do Hospital Infantil Menino Jesus. O outro, Dr. Pedro Barbosa, é um dos formuladores do modelo da fundação estatal, desde seu início. O moderador, Prof. Wilson Rezende, vivenciou o começo da tentativa de implantação desta iniciativa no estado do Rio de Janeiro.

O segundo debate abordou um dos pontos mais controversos da gestão pública: como gerenciar pessoas. Foram convidados o Prof. Nelson Frenk, que tem sido bem sucedido como diretor de serviços ligados a uma OSS, o SECONCI, e a Dr^a. Maria da Gloria Wieliczka, responsável por uma organização parceira da SES, a Congregação de Santa Catarina, que gerencia algumas equipes PSF. Tendo em vista a polêmica até hoje vigente no assunto, convidamos para moderar a mesa o Dr. Henrique Antunes Vitalino, representante do Ministério da Saúde, que traz a posição oficial do SUS a respeito do assunto.

O terceiro evento mostrou mais uma faceta das relações público-privadas, que representam os fatos mais inovadores na gestão pública: a tentativa de profissionalização na gestão dos hospitais filantrópicos. Para isso convidamos o Dr. Paulo Carrara de Castro, do CEALAG, centro de estudos que está participando de consultorias junto às Santas Casas e o Dr. José Américo Borges, da Federação das Misericórdias, para mostrar o ponto de vista desses hospitais. O moderador foi o Dr. Marcio Vinícius Balzan, que tem experiência de setor público e setor privado, em hospitais, secretarias e operadoras.

Finalmente, o semestre terminou com uma discussão sobre avaliação e controle, com um representante do nível central da SES/SP, que se ocupa mais de hospitais, a Dr^a. Sonia Aparecida Alves, e uma representante da SES de MG, Dr^a. Helidea de Oliveira Lima, para falar da rede de serviços, também um caso de sucesso no país.

Desta forma, fica caracterizada a velocidade das mudanças no setor da saúde, no que diz respeito ao SUS. Em menos de 4 anos verificou-se um avanço em relação ao que se discutia antes e uma tendência, a da relação público-privada que, utilizando uma regulação eficiente e eficaz, permite que o acesso da população ao SUS aumente.

Wilson Rezende

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

Os Debates GVsaúde

O TEMA chave deste Semestre de debates é *Alternativas de Gestão Pública*. Na realidade, estamos, de certa forma, revisitando um debate anterior cujo propósito também era o de discutir as alternativas de melhoria na gestão pública. Neste semestre o assunto está subdividido em quatro seções. Na primeira, *As novas formas de organização na Saúde são a solução?*, procurar-se-á discutir se as novas propostas de organização que estão sendo analisadas efetivamente irão dar as respostas desejadas e necessitadas. Subseqüentemente, o tema será *É possível gerenciar recursos humanos no setor público?* O terceiro tema será *Modernização da gestão e apoio da iniciativa privada à gestão pública*; e o quarto – e último – *Contratualização e monitoramento dos resultados de prestadores de serviços de Saúde*.

O tema *As novas formas de organização na Saúde são a solução?* está inserido dentro do contexto de reforma do Estado, que é algo que ciclicamente se agudiza e se procuram soluções.

A reforma do Estado, entendido como a busca de eficiência na produção e na regulação de bens e serviços, nos últimos cinquenta anos, pode ser dividido aproximadamente em três grandes blocos. O primeiro ocorreu na década de 1960 e início da década de 1970, quando a reforma do Estado e a busca por eficiência se centraram na expansão das empresas estatais. Não que elas tenham vindo substituir outras formas de atuação do Estado; este continuou sendo um ente que administrava e produzia bens e serviços por meio da Administração Direta – aqui entendida como os ministérios, as autarquias, os institutos e as fundações públicas.

Esse período, portanto, foi marcado por uma expansão muito forte e significativa das empresas estatais e a reforma do Estado, ou seja, a busca por maior eficiência na alocação de recursos teve nas empresas estatais o seu mecanismo indutor.

O segundo marco, na década de 1990, foi caracterizado na realidade por um processo inverso ao anterior: a reforma do Estado e a busca pela eficiência centraram-se fundamentalmente no processo de privatização e desregulamentação da Economia, significando a saída do Estado como produtor de bens e serviços, passando a ser muito mais um Estado regulador. Surge aí a profusão de Agências Reguladoras que fazem parte do nosso cotidiano.

O terceiro marco, iniciado na década de 1990 e que vem até hoje, foi caracterizado por uma profusão de busca de modelos alternativos consubstanciado na criação de Organizações Sociais – OS –; Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs – e Fundações Públicas de Direito Privado, que é o nosso tema de hoje. Iremos discutir alternativas de gestão pública, básica e fundamentalmente em cima desses dois modelos: o modelo de Fundação Pública de Direito Privado e os modelos mais tradicionais, que há mais tempo estão postos, de OS e OSCIPs.

Gonzalo Vecina Neto

Superintendente Corporativo do Hospital Sírio-Libanês

Formas Jurídicas das Organizações de Saúde

NA discussão sobre como as organizações de Saúde se estruturam, é importante deixar claro que, ao falar de novos modos de organização, a referência é do ponto de vista da forma jurídica. Tentarei montar um cenário das diferentes alternativas que o Direito Administrativo brasileiro propõe, sem a pretensão de fazê-lo com o olhar de um jurista e sim com o olhar de um administrador e sanitariano. Falarei a partir de um prisma histórico, uma vez que grande parte da experiência que tenho, vivi pensando sobre estas organizações, e meu enfoque será de um ponto de vista administrativo. Isto significa enfatizar o aspecto da capacidade que essas formas de gestão têm para enfrentar os problemas diuturnos da gestão, em particular de um hospital, mas certamente isto pode ser estendido para qualquer tipo de organização no setor de Saúde.

Tenho trinta anos de experiência na área da Saúde Pública. Formei-me em 1977 e a partir daí, entrei no programa de Residência Médica em Administração em Saúde da Faculdade de Medicina da USP. Desse modo, de 1978 para cá, vivi, com maior ou menor intensidade, este tema. Durante esse período, participei de pelo menos dois debates por ano sobre esta questão das formas de organização. E grande parte desses debates tinha a aspiração de ser o seminal, o último.

Nessa temática é possível começar já criticando o título, pois,

em termos de novidade, aí não se vai encontrar muita coisa; é tudo muito velho, muito antigo, recauchutado, revisto e re-proposto. Contudo, existe alguma novidade e nós vamos focalizá-la, mas essa é, repito, uma discussão antiga.

Lembro-me das primeiras vezes em que discuti isso, no vigor do enfrentamento das vicissitudes da nossa sociedade, muito excludente-exclusiva, quando olhávamos para a Administração Direta, nas primeiras experiências pós-redemocratização, quando elegemos pela primeira vez os nossos governadores. Em 1982, início

do governo de Franco Montoro, a discussão versava sobre como fazer para gerenciar de maneira mais adequada os hospitais que são diretamente propriedade do Estado.

Uma das respostas que fazíamos vir à tona é a que ressaltava a necessidade de pessoas comprometidas que tivessem um mínimo de capacitação na área de gestão, muita vontade política, com a figura jurídica colocada em uma posição absolutamente secundária. Assim, toma-se uma organização hospitalar e coloca-se lá um profissional honesto, que tem um compromisso com a coisa pública, que fez um curso de especialização na FGV, na São Camilo, ou na Faculdade de Saúde Pública. Na outra ponta deste processo, sai um hospital bem administrado, porque há vontade política, um governador sério, um secretário que é o João Yunes, que era um cara sério e não tem erro.

Mas não foi assim que aconteceu. Quando Luiza Erundina foi prefeita da cidade disseram: *A questão não é se é administração direta ou não, vamos fazer os hospitais funcionarem. Coloca aí no hospital um cara honesto, que de outro lado sai um hospital bem administrado.* Uma parte disso foi verdade, porém com um custo político imenso e um desgaste político muito grande.

Quando discutimos, na Superintendência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, a eleição do Superintendente, começamos a discutir a questão da gestão. Para comprar era a licitação, para orçamentar, a Lei 4.320, a Lei Orçamentária, para contratar o conjunto de disposições referentes aos trabalhadores públicos, servidores públicos, através da CLF, através do conjunto de regras do Estatutário que, na verdade, remonta em grande parte, na sua base, a criação do DASP, em 1944, o Departamento de Administração de Serviços de Pessoal. Ou seja, um conjunto de regras utilizadas para contratar, remunerar e manter a força de trabalho, e que estão a serviço de manter a isonomia, a igualdade entre todos e não propiciar condições para o cumprimento das tarefas organizacionais. Aliás o princípio constitucional da isonomia, fundamental para sustentar a democracia, é no campo da gestão um desastre e isso é totalmente ignorado. Para contratar eu quero o melhor para aquele cargo, para comprar eu quero as melhores condições comerciais e a isonomia quer igualdade de condições. É uma contradição que mais cedo ou mais tarde teremos que visitar e reinterpretar.

O HC é uma autarquia que havia sido recém instituída em 1977. Mas, em 1983, já se discutia que para gerenciar o Hospital era necessário mais agilidade. Não tinha como gerenciar aquele mega hospital de 2 000 leitos, com a tecnologia que ele dispunha, só com a boa vontade, a honestidade do professor Guilherme Rodrigues da Silva, a capacidade dos seus assessores – entre os quais eu me incluía – etc. Não dava. Começou a se discutir, naquele tempo: *Vamos criar uma autarquia de regime especial.*

O que é uma autarquia de regime especial? É uma autarquia que, por lei complementar, recebe algumas condições que são diferentes daquelas das demais autarquias. Assim, a autarquia é uma forma autônoma dentro da Administração Pública. Agora, ela é Administração Pública, só que autônoma em relação à Administração Direta. A diferença mais perceptível é que ela tem um orçamento destacado do orçamento da administração direta e isso é bastante importante, mas insuficiente.

Faço esse realce, desnecessário para esta distinta e seleta platéia, porque quando Eduardo Jorge criou as autarquias em São Paulo, para fazer o gerenciamento da rede municipal de Saúde, o Conselho se manifestou contra a sua criação porque, na opinião do Conselho, aquilo era privatização da Saúde – a criação das autarquias –, o que é uma ignorância, porque autarquia é um ente público. E registre-se que esta criação foi um erro, pois criou em um espaço político único – o município – cinco autarquias de baixa capacidade gerencial. Nós, no HC, discutimos a criação de uma autarquia de regime especial olhando para a USP, porque esta é uma autarquia de regime especial. E como autarquia de regime especial, o que tem a USP de diferente das outras autarquias? Ela tem a mais sublimada das autonomias, que é a autonomia política. Como universidade, ela não se subordina, tem autonomia política. Esta autonomia lhe dá, por exemplo, a condição de fixar o seu quadro de cargos, carreira e salário, que é um dos grandes desejos dos administradores. Os administradores, à noite, quando sonham com alguma coisa, sonham em poder gerenciar a sua força de trabalho, e isto significa competir no mercado com a fixação de salários. Esse é um sonho do administrador, além do que a USP e as universidades estaduais, aumentaram essa autonomia ao ganharem uma fonte segura de financiamento ao terem vinculado sua receita a 1% da arrecadação do ICMS. No entanto a autonomia política e de fonte de financiamento não permitiu que a universidade se livrasse das demais amarras jurídicas ditadas pelo princípio da isonomia o que a torna ineficiente e em busca de alternativas como apontarei adiante.

Sonhávamos fazer do HC uma autarquia de regime especial e, com isso, tentar resolver os problemas gravíssimos de sua gestão. Mas, a autarquia em regime especial acabou não saindo, por falta de mobilização política e porque de alguma forma nasceu outra solução que estava sendo criada naquele momento, que era a Fundação Zerbini, à época chamada de FUNDEB – Fundação para o Desenvolvimento da Bioengenharia. Esta, por sua vez, era filha da CEPEB, Centro Experimental de Pesquisas em Bioengenharia (uma sociedade civil sem finalidade lucrativa criada em 1972) que, por sua vez se originou da Oficina Coração – Pulmão, de 1959, no HC. Em 1959, nos porões do Instituto Central, um grupo de técnicos, de médicos e engenheiros fabricavam coração artificial para fazer cirurgia com circulação extracorpórea, válvulas cardíacas, pulmão artificial. Eram os tempos heróicos da cirurgia cardíaca, quando essas tecnologias todas não eram produzidas em escala industrial e esse conhecimento estava sendo desenvolvido.

Só que aí vinham os nossos *hermanos*, da América Latina, se formar aqui na Residência, iam embora e lá não tinha coração-pulmão e eles queriam comprar coração-pulmão, porque não existia fabricação em série de coração-pulmão – estamos falando das décadas de 1960 e 1970. Desse modo, eles vinham aqui e falavam: Professor Zerbini vende aí uma *maquininha* dessas? Aí o Zerbini respondia: *Mas eu não posso vender.* Assim, foi criada uma personalidade jurídica para vender essas coisinhas – coração, depois marca-passo de demanda fixa, próteses de silicone – porque trabalhavam muito com silicone então começaram a diversificar um pouco.

Em 1978, o CEPEB virou fundação privada instituída por conjunto de professores do Incor e algumas personalidades da sociedade. E virou fundação por que esta tinha um apelo social melhor. O Incor tinha terminado a obra em 1976 e aquilo era um monstro, com 35 mil metros quadrados e três milhões de dólares em equipamentos só da HP (esse valor da época foi o maior pacote mundial da HP vendido para uma única organização).

Aquela tecnologia toda estava parada e aí alguém teve a idéia de fazer uma coisa assim: *Criamos uma fundação entre nós, professores e alguns amigos do Instituto do Coração, fazemos um convênio com o INAMPS e o INAMPS paga à fundação as cirurgias e os tratamentos que nós fizermos no INCOR e a gente pega esse dinheiro e aplica 100% no INCOR, mas intermediado por uma fundação privada.* Foi feito um convênio com o INAMPS e um convenio com a autarquia HC. Mais tarde a fundação também começou a prestar serviços para a medicina supletiva. E aí nasceu o que hoje vem sendo chamado de fundação do terceiro tipo, que é nem pública e nem privada; embora privada e 100% dedicada ao público.

Esse modelo de fundação, na verdade estava olhando para coisas que já aconteciam há mais tempo, como por exemplo, a SPDM – a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, uma associação civil sem finalidade lucrativa, que era responsável pelo gerenciamento do Hospital São Paulo. Quer dizer, este sempre foi um hospital privado; é um hospital privado até hoje, mas a gente se passa em frente, não se dá conta porque não está escrito lá “Hospital Privado” – a gente só acredita no que está escrito e lá não está escrito. O Hospital São Paulo foi um dos primeiros hospitais de universidade no Brasil a fazer convênio com o INPS. Daí os professores da Escola Paulista de Medicina ganhavam do INPS e, com isso, ficavam mais tempo nos hospitais. É o velho sonho – viver do hospital, para viver no hospital.

E os professores da USP, que sempre ficam babando de inveja quando olham para a Paulista, falaram assim: *Mas ali tem uma coisa que eles têm e nós não temos.* E aí nasceu essa solução. Então nasceu a Fundação Para o Desenvolvimento da Bioengenharia, a FUNDEB. Ela fez seu papel e o INCOR deu certo. Os outros condimentos: tinha gente com vontade de fazer. Tinha o professor Fúlvio Pileggi. Se não fosse ele, não teria acontecido; se não fosse a serenidade, a capacidade do professor Luiz Décourt, que era o controlador do mundo ético dentro do INCOR, não teria acontecido; se não fosse o empreendedorismo do professor Zerbini, não teria acontecido. Quer dizer, existem várias condições necessárias, porém, suficientes, só o conjunto delas – e que foram sendo construídas.

Esta fundação está aí até hoje – em 1983 foi transformada em Fundação Zerbini – e nasceram outras fundações de apoio: a Fundação Faculdade de Medicina, que é uma fundação desse tipo. A universidade criou – a Fundação USP, a Fundação Instituto de Administração. Tem várias fundações dentro da universidade funcionando dentro dessa mesma lógica – fundação de terceiro tipo. Apenas quero realçar que a Fundação Zerbini, não é a precursora e sim que essas soluções foram construídas nesse tempo e não existe um descobridor e sim a exigência da realidade empurrando as pessoas para

distintas soluções. Grande parte das universidades federais tem uma organização fundacional, têm lá sua fundação de apoio, todas hoje sob serrado fogo do Ministério Público. Por quê? Porque elas são esdrúxulas do ponto de vista jurídico; elas beiram a ilegalidade e têm pouca transparência. E algumas sofrem de desvios, algumas foram mal utilizadas durante algum tempo, como provavelmente aconteceu com a Fundação Zerbini. Quer dizer, são doenças da sociedade que levaram a esses desvios pelos quais elas passaram. Têm problemas na contratação de pessoal, na remuneração de estagiários etc. A Fundação Oswaldo Cruz tem a FIOCRUC. A Fundação Butantã tem uma fundação específica para gerenciar o Butantã, sem a qual ele não sobreviveria, porque não tem agilidade, capacidade para comprar, para contratar, para produzir sem este elo com o privado, para viver num mundo em que a dinâmica das organizações é uma dinâmica muito complexa. Existe muita coisa que nem sabemos como funciona e que está funcionando e funcionando de maneira adequada. Com problemas de transparência etc. A questão é como resolver esses problemas sem matar a solução. Como jogar somente a água do banho?

Neste meio tempo, apareceram algumas alternativas, dentro da gestão de serviços de Saúde que merecem ser aqui expostas. Uma alternativa que foi muito pouco explorada e

aquele hospital tem que ser um hospital diferente, funcionando da melhor maneira possível. Qual é a personalidade jurídica por meio da qual da qual é criado o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul? Empresa pública, como a Petrobrás. É o único hospital-empresa pública do Brasil. Funciona até hoje, nunca saiu na televisão como sendo um desastre do ponto de vista de desvio de dinheiro. É um hospital bem aparelhado, que teve muitos bons dias e continua tendo. Qual é a diferença? Uma empresa pública, celetistas e utilizam mecanismos de compra simplificados, mas baseado na Lei de Licitações. É muito diferente da Administração Privada? É um pouquinho diferente, embora dia a dia, ano a ano ele venha perdendo a sua capacidade de realizar eventos no campo da gestão com a autonomia que ele já teve.

Esta é uma ocorrência comum neste campo da gestão – o envelhecimento das soluções. Estas envelhecem, vão se tornando duras e pouco resolútimas. Isso se passa muito na área da Administração Pública porque vão sendo criados anéis burocráticos cada vez mais duros e, com isso, isso o envelhecimento faz com que o que era bom deixe de ser. *Administração direta não dá, então vamos criar autarquia. Autarquia não dá, então vamos criar a fundação. Ai a fundação não dá, vamos criar a empresa pública.* Isso é uma constante na burocracia estatal, e isso não é só no Brasil, mas se vê em outros países também.

O Brasil, sim, tem um hospital empresa pública, e que é bom, mas nunca fizemos outro hospital empresa pública e, em parte, isso deve ser pela resistência que o setor econômico do Governo tem em enxergar coisas do setor Saúde que mereçam algum tipo de expressão, principalmente no que diz respeito à questão da eficiência. Vivi isso quando houve criação da ANVISA. O MARE, Ministério da Administração e Reforma do Estado, olhava para a função de Vigilância Sanitária como sendo não regulatória. Na opinião do MARE, a atividade de Vigilância Sanitária não interferiria no econômico, então não haveria porque a Agência ser uma agência regulatória devia ser uma agência executiva. E agência executiva e nada é a mesma coisa. Nesse caso era ignorância e preconceito do pessoal do MARE em perceber o potencial de intervenção econômica da ANVISA. Basta ver que ela interfere diretamente em pelo menos 25% do PIB e ver a capacidade indutora dela no caso dos genéricos, que transformou empresas pequenas em grandes players do mercado farmacêutico nacional.

A Fundação Oswaldo Cruz foi submetida a esta tensão de ser transformada em agência executiva e fugiu dela como o diabo foge da cruz, por quê? Porque não é a solução. Muda para que nada mude e, eventualmente, pior. Preferiu continuar sendo uma fundação autárquica com o penduricalho da FIOCRUC que lhe permite ser mais eficiente e conseguir administrar duas fábricas sempre elogiadas (Farmanguinhos e Biomanguinhos) e institutos de pesquisa e ensino de excelência. Do movimento da reforma do Estado do professor Bresser, sobrou pouca coisa: as agências regulatórias, a OSCIP (Organização Social Civil de Interesse Público) e a OS (Organização Social). Com certeza, um conjunto ou outro de elementos acabaram não sendo utilizados e a Emenda Constitucional 19 (que é o cerne da reforma administrativa em foco) está dando a origem a pensar outras coisas como a fundação estatal de direito privado, que será discutida pelo Pedro.

De qualquer forma, o Estado sempre negou a possibilidade, dentro do setor Saúde, de se utilizar a personalidade da empresa pública, em parte por causa dessas histórias relativas a essa visão de como esses entes devem ser utilizados para competir no espaço privado, em parte pela visão ignorante e preconceituosa de que saúde e eficiência não devem ser vistos juntos.

Outra personalidade jurídica que existe no Direito Administrativo brasileiro e está dentro da Administração Pública é a Sociedade Anônima. Em 1974, em Porto Alegre também, havia um grupo hospitalar chamado Grupo Hospitalar Conceição que acabou sendo desapropriado por conta de dívidas com a Previdência. Ao ser desapropriado, o Estado entrou de posse do grupo hospitalar. O Grupo Hospitalar é formado por quatro hospitais, 1 800 leitos e é uma Sociedade Anônima por ações, da qual o Estado é proprietário de 96%. Desde 1974 o Estado opera aquele hospital como Sociedade Anônima. Tem problemas? Sim. Tem problemas trabalhistas, tem gente que acabou ganhando mais dinheiro via ações judiciais. Esse hospital, como não tinha uma universidade por trás, como o hospital empresa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, virou pasto de políticos. O pasto lá é menos verde do que seria, por exemplo, no Nordeste, mas tem pasto lá e foi utilizado. E aí tem desmandos. Hoje o hospital tem uma dívida trabalhista importante, mas continua prestando um excelente serviço a

O envelhecimento das soluções é uma ocorrência comum no campo da gestão

que nasceu durante a década de 1980 foi o consórcio público. Tivemos um consórcio público no Estado de São Paulo, que funcionou de maneira muito interessante durante um período, que foi o Consórcio de Penápolis. Penápolis na região de Araçatuba é uma cidade de 70 mil habitantes, cercado por cinco ou seis municípios, todos menores, com 10 ou 15 mil habitantes. Penápolis tem uma Santa Casa com pouco mais de 100 leitos. Os municípios viviam da Santa Casa, só que ninguém contribuía e ela tinha lá suas dificuldades. No início do governo Montoro, o prefeito de lá, que era um ortopedista, o João D'Elia, teve a idéia, ouvindo alguns advogados, de fazer um consórcio intermunicipal.

Para que serve o Consórcio Intermunicipal? Serve para gerenciar coisas cuja escala de utilização não encontra utilização plena em um único município. Qual o melhor exemplo de utilização do consórcio intermunicipal, no Brasil? A Usina de Asfalto. Assim, muitos municípios compraram usinas de asfalto em consórcio para produzir asfalto para todas as cidades que são consorciadas. Como é que se faz o consórcio? As câmaras aprovam uma lei permitindo que seja constituída em regime de associação uma empresa privada; uma empresa pública de direito privado que vai gerenciar o objeto do consórcio – a usina de asfalto.

Penápolis constituiu um consórcio para gerenciar não uma usina de asfalto, mas a Santa Casa do município que estava entrando em estado de falência porque estava atendendo à população. Como a Santa Casa estava atendendo a população, tinha um hospital aberto, o financiamento público não estava dando condições para ela continuar. E Penápolis é uma cidade pujante, é uma região pujante, mas não tinha dinheiro privado o suficiente para fazê-la funcionar, então o consórcio foi uma solução muito interessante. Não sei a quantas anda o Consórcio de Penápolis hoje.

Existem outros consórcios aqui. No ABC tem um consórcio com os seus sete municípios. Este consórcio, no entanto, só tem o objetivo de gerar políticas públicas comuns – também um interessante êxito. Eles não têm uma empresa para gerenciar uma organização por baixo, a idéia é fazer políticas públicas sem que um deixe de levar em conta os outros, porque aquela é uma região toda conurbada. E o consórcio ainda existe. Minas Gerais utilizou bastante essa figura do consórcio para gerir equipamentos regionalizados.

Além disso, existem outras figuras que a Administração Pública do setor Saúde utilizou de maneira esporádica e isso também passou despercebido. A Petrobrás é o nosso grande exemplo de sucesso de uma empresa pública.

Em 1970, no governo Emílio Garrastazu Médici, o novo Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul estava pronto para funcionar. O presidente gaúcho vai inaugurar um hospital gaúcho e resolve que

população de Porto Alegre. A questão trabalhista é muito importante e reflete a incompetência do estado em se defender e se ajustar as regras diferentes da administração privada. Porém tem bons indicadores; sempre teve – nos últimos 15 anos, pelo menos, porque conheci a gestão anterior e conheço a gestão atual. Só que a gestão anterior era do PMDB e a atual é do PT, então um olha para o outro dizendo: *Você é vinho, eu sou água. Eu sou vinho, você é água.* Assisti e participei de cursos e de assessorias na gestão ao longo dos últimos quinze anos, aos diferentes diretores. Sim, foi e é pasto. Mas, do ponto de vista de média de permanência, taxa de ocupação, custo médio do leito e essas coisas, acho que é um hospital que funcionou e continua funcionando muito bem. Verdade é que se não fosse pasto, funcionaria melhor.

O HC de São Paulo, por exemplo, que é celetista desde 1977, tem doze mil funcionários e em volta do HC tem uns três ou quatro escritórios de advogados que ficam na porta do relógio de ponto. A pessoa chega lá dizendo: *Aqui eu tenho uma ação nova para você assinar. É como um bolão. O senhor paga uns tostões para a gente comprar papel e a gente entra com essa ação e daqui a uns dez, quinze, ou vinte anos o senhor vai ter um pé de meia.* E entra com a ação. Mas o Estado se defende mal e essa ação vira um precatório. O advogado recebe a parte do leão de um monte de gente, e um monte de gente recebe um pouquinho de dinheiro. Essa é uma maneira de distribuir renda. A mesma coisa acontece com o Grupo Hospitalar Conceição.

Estas soluções – Sociedade Anônima, Empresa Pública, Autarquia, de regime especial ou não – são soluções que estão dentro da Administração Pública. Existia uma solução, que ainda existe chamada fundação. A fundação, até 1988, era fundação estatal, que podia ter direito público ou direito privado a depender de sua lei de instituição. A maioria delas se organizava como fundações estatais de direito privado. A Constituição Federal de 1988, fez algumas coisas interessantes, algumas desinteressantes. Há capítulos dela que nós temos que revisar correndo, porque são frutos de acordos corporativos. Acho que a *cidadã* é muito melhor do que qualquer outra coisa que nós já tivemos, mas, tem seus problemas. Uma dessas coisas foi transformar a Administração Pública em algo impossível de ser gerenciado, como o Artigo 37. Quer dizer, o único caminho da Administração Pública é caminhar para a Administração Privada. Não tem outro jeito. Ela autarquizou as fundações estatais de direito privado. Transformou todas as fundações em fundações de direito público. Transformou todos os trabalhadores em servidores regidos pelo Regime Jurídico Único e engessou a gestão.

Fazendo uma rápida lembrança: o Estado do Paraná, sua Secretaria de Estado da Saúde tinha um instrumento para a gestão da Secretaria, então todos os serviços de suporte da Secretaria ficavam na Fundação Caetano Munhoz da Rocha, uma fundação estatal de Direito Privado. Em Minas Gerais a FUNED e a FHEMIG; na Bahia, a Fundação Hospitalar; em Alagoas, a Fundação de Saúde; no Ceará, a Fundação de Saúde. Vários estados tinham, para fazer a gestão da máquina da secretaria, uma fundação estatal de direito privado. Os hemocentros, a estruturação da política de sangue do Brasil durante a década de 1980, que é um dos grandes sucessos da Saúde pública brasileira – pouco lembrado – ela toda se estruturou em cima de fundações estatais de Direito Privado, que com a Constituição de 1988, fizeram um desvio para as fundações de terceiro tipo, ou pioraram a sua condição de funcionamento.

O que existe ainda de alternativas para a gestão de entes públicos? É o que está no território do privado. Nele existem três soluções que valem a pena falar. Uma primeira solução é o serviço social autônomo. Este nasceu na década de 1940. A Fundação SESP, Serviços Especiais de Saúde Pública, começa a se expandir e uma das ações que ela tinha que fazer é resolver o problema da mortalidade infantil, e o problema da mortalidade infantil só se resolve com uma coisa: com cloro. Sem cloro não diminui a mortalidade infantil porque as crianças continuam tendo gastroenterocolite. Sem acabar com as diarreias, não se diminui a mortalidade infantil, e para acabar é necessário tratar a água com cloro. As crianças podem chafurdar no esgoto que quiserem que não tem grande problema, pelo contrário, se imunizam contra a pólio porque o vírus selvagem deixa de circular. Mas se não tomam água tratada morrem como moscas. E aí como é que faz para expandir a rede de água tratada? Tem que criar rede tem que distribuir água e tem que financiar. Como é que faz para financiar? Tem que colocar o hidrômetro. Como é que faz para pagar? Paga para quem? Quem recebe água tem que pagar, tem que ter um

retorno. E aí a idéia foi criar os serviços sociais autônomos para a rede de água.

Hoje há muitos municípios que ainda têm SAAE – serviços autônomos de água e esgoto, que é um modelo de organização jurídico-administrativa chamado de serviço social autônomo, que é a mesma personalidade jurídica do sistema “S” – SESI, SENAI, SENAC etc. O Sistema “S” são organizações do espaço da administração privada gerenciadas através dessa personalidade chamada serviço social autônomo, porém são públicos na sua essência. Tem algum hospital com essa personalidade? Tem um. Qual é? É o Sarah Kubitschek. Sarah Kubitschek era uma fundação estatal de Direito Privado.

Veio a Constituição e matou essa personalidade jurídica. O seu então diretor, Campos da Paz, acreditava que somente se gerencia hospitais com gente, pagando-lhes bem e podendo demitir os que não trabalham. Então a proposta gerencial do Sarah Kubitschek está exclusivamente baseada na questão da gestão dos Recursos Humanos. Quando a Constituição transformou os celetistas em estatutários, o regime jurídico único, ele achou essa solução de transformar a fundação das pioneiras sociais em serviço social autônomo, e hoje nós temos um hospital exemplar, que era e continua sendo exemplo e até se expandiu para mais três capitais.

Mais recentemente criaram-se as OSCIP e as OS, em São Paulo OSS, de Saúde.

A OSCIP – Organização Social Civil de Interesse Público é uma entidade privada que pede credenciamento no ministério da Justiça após certo período de existência. Ela tem que ser sem finalidade lucrativa e é gerenciada privadamente. A grande vantagem da OSCIP é que ela, para ser contratada pela Administração Pública, não precisa ser licitada, ela pode ser escolhida. Lembro que entidade sem finalidade lucrativa reaplica todo o resultado em sua operação e não remunera a diretoria.

Tem algumas experiências andando por aí na área de OSCIP, mas é tudo muito dentro do setor privado exclusivamente. Está se usando para gerenciar creche, Programa de Saúde da Família. Para hospitais têm-se utilizado mesmo as organizações sociais, criadas pela reforma Bresser também. Mas na esfera federal foram criados a OS Fundação Roquete Pinto (da Voz do Brasil) e a do Laboratório de Luz Síncrotron na UNICAMP.

O que é uma Organização Social de Saúde em São Paulo? É uma entidade privada sem finalidade lucrativa, filantrópica, que de acordo com a lei paulista, cumpre alguns requisitos para ser qualificada como Organização Social de Saúde. Essas entidades são qualificadas, fazem um contrato de gestão com o Estado e passam a gerenciar hospitais baseados em um contrato de gestão. Os exemplos de São Paulo falam por si só: são 19 hospitais que são mais eficientes e, no mínimo tão eficazes quanto o restante da rede e tem análise para tudo quanto é lado provando que eles são uma boa solução. Neste momento os estados do Para e da Bahia e o município de São Paulo tem leis e experiências em andamento. Qual o problema? Basicamente são dois: capacidade do estado de auditar, avaliar e fiscalizar e a questão da transparência. Mas muito se evoluiu nesses dez anos. Melhorou a capacidade de controle do estado e as populações destas regiões servidas por hospitais administrados por OSS dão seu testemunho medido através de pesquisas de opinião.

Finalmente, quero lembrar que existem coisas que acontecem no dia-a-dia que não estamos percebendo como, por exemplo, o número de santas casas que hoje estão sendo administradas por municípios. Para lembrar: a Santa Casa de Jundiá (Hospital de Caridade São Vicente de Paula), uma parte da Santa Casa de Indaiatuba, da Santa Casa de Jacaré, da Santa Casa de Campo Grande. Há muitas santas casas que perderam a sua capacidade de se financiar, principalmente porque assumiram o pronto-socorro. O pronto-socorro é uma porta-âncora da instituição hospitalar de uma comunidade: ela afunda! E aí o município tem que pôr dinheiro. Só que o prefeito põe dinheiro e não pode dar palpite, então rapidamente ele tende a parar de por dinheiro. Quando pára de dar dinheiro afunda, e quando afunda fica sem pronto-socorro – como a Santa Casa de Campo Grande. O que tem que fazer? A prefeitura assume e passa a gerenciar Santa Casa com a personalidade jurídica da Santa Casa e aí ele descobre o céu porque ele passa a contratar o PSF pela Santa Casa, o SAMU pela Santa Casa – e ainda não tem nem que pagar o INSS – a cota-parte patronal. Sopa no mel!

Isso está acontecendo no Brasil inteiro. São prefeituras utilizando a personalidade privada das Santas Casas para administrar parte da saúde de seus municípios. E isso não é ruim. Na verdade trata-se de construir soluções e não se deixar paralisar. Mas vamos às discussões. Muito obrigado.

Fundações e Modelos de Gestão

NESTA exposição vou tratar do tema das fundações estatais, que já surge com a novidade do contrato de Gestão. Defendo que as fundações estatais não são simplesmente um ente a mais nesse conjunto. Diria que eles também tratam de qualificar um pouco mais o próprio Estado e para falar disso, algumas premissas são importantes e estamos falando na Saúde. A primeira grande premissa, no campo da Gestão Hospitalar no modelo público é o respeito aos princípios do SUS. Sou daqueles que julga que o SUS merece ajustes. No final falo de um tal de SUS conservador, mas que merece um pouco de reflexão, um pouco por conta de alguns elementos que estão dados na Constituição Federal e na Lei 8 080. Mas, de qualquer modo, até que a sociedade debata melhor isso, qualquer modelo precisa respeitar este processo, esta premissa.

Acho que uma outra premissa é a perspectiva da autonomia, portanto com uma determinada capacidade de gerenciar recursos, e particularmente os recursos humanos. Mas não podemos também perder de vista o necessário arranjo sistêmico e o fortalecimento do papel do Estado - que é o que chamo de papel reitor do Estado, único capaz de dar conta dessa lógica de complementariedade, de continuidade do cuidado na rede de serviços, com toda uma dimensão que é de eficácia, mas que cada vez mais é também de eficiência. Portanto, assegurando tanto uma dinâmica assistencial, mas também dinâmica econômica, respeitando escala e escopo, a ser valorizada no nível do Estado.

Este debate tende a estar fortemente calcado no âmbito da personalidade jurídica. Prefiro - e esse é um desafio para nós - colocar esse debate no âmbito de modelos ou de sistemas de Gestão, onde a questão jurídica seja compreendida como uma das dimensões. Obviamente, devemos procurar ver como fazer e formatar essa dimensão de modo que condicione positivamente as outras - e que chamo inclusive de mais substantivas, para que a gente não se atenha ou não se limite. Eu acho que isso é um erro que nós cometemos muitas vezes, achar que a dimensão jurídica por si dá conta de novos modelos - e aí estou assumindo novos modelos de fato como novas práticas; uma nova perspectiva de eficácia, uma nova perspectiva de eficiência, uma nova perspectiva de impacto. Mas então acho que não é suficiente falarmos apenas nesta dimensão.

Além disso, é necessário separar o que é compreendido como reforma do Estado frente à reforma do aparelho do Estado. Elas se inter-relacionam, mas é preciso que a gente compreenda também no que é que elas se distinguem. Diria, enquanto reforma do Estado no campo da Saúde, que existe a instituição da própria Saúde como direito e como dever. Isso significa um novo papel do Estado no seu relacionamento com a sociedade, enquanto anseio da sociedade que imputa ao Estado um novo papel. Significa dizer que eu tenho um novo Estado na Saúde. E isso é obrigatoriamente uma autocritica que a gente tem que fazer da chamada *Constituição Cidadã*, quando deixamos descolar reforma do Estado e reforma do aparelho de Estado. Fazemos uma reforma de Estado, conferimos direito aos cidadãos e um novo dever do Estado, como se isso fosse obra natural e que bastasse aqueles que defendem uma nova sociedade fazer este mesmo aparelho de Estado operar em nome de um novo Estado.

Nós esquecemos disso em 1988 e 1990, pensar reforma do Estado e associar a necessária reforma do aparelho de estado ou simplesmente reforma administrativa. Achávamos que estávamos fazendo uma reforma mais ampla, quando isso não estava acontecendo. Então, acho que há um reconhecimento - e isso vem no tempo apenas um pouco depois - de que várias outras reformas em outros setores são necessários nessa perspectiva, na perspectiva do SUS e todos os seus objetivos. Queremos um Estado que possibilite mais vida e mais qualidade de vida. Só que isso, para ser algo além do discurso, precisa

de mais do que simplesmente isso ser conferido ao Estado um novo papel. Assim, isso tem a ver com associarmos adequadamente esse conceito ampliado de Saúde com um novo conceito no aparelho de Estado. E aí eu estou aqui procurando ser amplo na discussão de aparelho do Estado, chegando a considerar toda a formatação que o Estado propõe para si e para a sociedade.

Falo, portanto, do Estado que opera tanto a partir da Administração Pública propriamente dita, mas também através do mercado - de Administração Privada - de tal modo que é este conjunto que possibilita - ou que possibilitaria - de fato esse movimento no sentido de novos direitos. Sendo assim, a Administração Pública é um dos espaços a serem modernizados e é apenas mais um terreno que necessita aprimorar-se para dar conta do SUS.

Hoje em dia, temos uma compreensão um pouco mais ampliada. Não todos, vou me permitir dizer isso. Quero dizer que, essa compreensão, essa engenharia é uma compreensão que recentemente se esboça e se formata no âmbito dos formuladores, dos dirigentes, dos acadêmicos - no campo da Saúde. Podemos ver novidades, se tomarmos o exemplo da Administração Pública, mas também se considerarmos ainda a noção de desenvolvimento de um complexo industrial da Saúde, que forçosamente passa por empreendimentos de natureza privada e que contribuem com novas possibilidades em termos de Saúde no País.

Não quero entrar nessa discussão, é apenas para que a gente localize um pouco isso. Assim, falarei somente de Administração Pública, mas poderíamos falar de outras reformas ou ajustes políticos para dar conta de outros componentes que necessariamente precisam ser reformados, sejam no Estado, sejam na sociedade. Um exemplo desses diz respeito a uma nova compreensão do complexo produtivo industrial da Saúde, conforme citei, que literalmente realiza uma interação muito grande entre Estado e sociedade, entre Administração Pública e mercado.

Existe um problema a ser identificado, que é o reconhecimento da inadequação e da rigidez do modelo da Administração Pública direta e autárquica. Basicamente, o que temos é limitação de autonomia. Como não tenho autonomia, não tenho necessidade também de instrumentos de Gestão e isso se acompanha de limitada profissionalização, onde a principal autonomia deve estar alocada à Gestão das pessoas, por conta da natureza dessas organizações. São organizações profissional-dependentes ou são organizações profissionais. E há um outro componente também importante, talvez em pé de igualdade ao primeiro, a baixa autonomia, que diz respeito a uma frágil integração, em particular dos hospitais ao sistema. Quer dizer, temos muita debilidade sistêmica.

Um problema mais agudo e que motiva esse trabalho e esse projeto, foi localizado no Rio de Janeiro. Basicamente, o que deflagra isso mais recentemente é a crise hospitalar da cidade, quando o alcaide

de lá, César Maia, diz assim: *Eu não quero esses hospitais; não só o pronto-socorro, mas os hospitais por inteiro, eram a âncora da prefeitura* – dito pelo César Maia –, *afundando a secretaria municipal de Saúde toda...*, porque quatro hospitais lá estavam exigindo muito do prefeito. Então são devolvidos em bloco para o Ministério.

Há um movimento também crescente, dos órgãos de controle externos e internos – Ministério Público, Tribunal de Contas – quando eles dizem que essas alternativas que nós fomos gerando com enorme criatividade na década de 1990, e se estendendo até hoje, estão com os dias contados. Em paralelo, por mais que se aprimorem as ações no âmbito da Administração Pública, elas são insuficientes, embora eu faça concurso, mexa em plano de carreiras etc. Isso tudo não chega muito longe. E, no caso do Rio de Janeiro, com um claro risco de perder alguns avanços não daqueles quatro hospitais, mas, por exemplo, perder avanço no INCA. É inquestionável a importância do INCA no sistema de Saúde brasileiro, particularmente no sistema de atenção oncológica no país e que é movido a uma Fundação de apoio que faz o INCA funcionar de forma diferenciada, nos mesmos moldes da Fundação Zerbini. A Fundação Ary Frauzino, e quase todas as fundações hospitalares privadas de apoio são inspiradas no modelo do Zerbini.

Nas experiências de sucesso que temos na Administração Pública em Saúde, é raro encontrar uma experiência que não esteja cometendo uma ilegalidade, ou uma quase ilegalidade, ou uma penumbra de ilegalidade. Penumbra pelo seguinte: se olho por um lado, eu estou na ilegalidade, se eu olho por outro, não estou na ilegalidade. Dessa forma, é raro existir um hospital no Brasil bem sucedido e que seja público que não tenha algo que seja uma fundação de apoio, uma cooperativa, uma terceirização – ou seja, alguma coisa que confira autonomia para ele conseguir administrar esses hospitais.

E, basicamente, esses arranjos sempre trazem autonomia, flexibilidade e, por isso, algum enriquecimento da Gestão; no sentido de incorporação de coisa nova: um novo sistema de compra, um sistema de custo para controlar onde estão os gastos, um novo sistema de controle de pessoal. Há algum enriquecimento. No entanto, além de outros problemas, existe esse problema de ferir alguns princípios do SUS, seja a transparência e, associado a ela, o controle social.

Diante dessa realidade construída e que foram de certa forma escapistas em relação às amarras da administração pública, a proposta, o projeto visa ampliar a capacidade do Estado para regular e prover serviços de Saúde. Quando se fala do Estado, óbvio que por dentro desse modelo existe essa lógica de separação do financiamento da provisão, mas, ao mesmo tempo, dentro do próprio Estado. Aqui é bom falar que não há proposta que não seja política e historicamente localizada. Este é um projeto do governo Lula, portanto, historicamente dado nos limites das opções de aparelho de Estado que este governo define como referência. E este governo que na verdade estanca o projeto de reforma bresseriana e não coloca nada no lugar, vê retomado a Emenda 19 do Artigo 37, seis anos depois. Aquela reforma constitucional no Artigo 37 era para dar consistência e dar mais concretude, dar segmento ao projeto de reforma do Bresser, só que o governo acabava – o Fernando Henrique – e o Lula descontinua isso e não mexe mais naquilo. Hibernou durante praticamente cinco anos a reforma constitucional da Emenda 19 no Artigo 37. Tivemos um período onde teria havido claramente com aversão a qualquer coisa que falasse em mexer no aparelho do Estado de modo mais heterodoxo.

Mas o projeto de Fundação Estatal possui mais componentes ortodoxos do que heterodoxos, no sentido de caminhar para o setor privado. Ele é historicamente limitado desse ponto de vista. No entanto, possibilita autonomia de Gestão, possibilita aumentar a capacidade de coordenação sistêmica, eliminando riscos de atomização. Ele tem uma perspectiva de ampliar governança, tem uma perspectiva de eliminar ilegalidades ou as penumbras e zonas cinzentas em relação a aspectos legais, que estavam lá, que ainda estamos hoje vivendo. Ele também desprivatiza alguma coisa. Aumenta a transparência, responsabilização e a idéia é ter modelo institucionalmente sustentável. Isso é importante: institucional e sustentável.

Aqui vale a pena um parêntese, porque falei do SUS, de como ele evoluiu... Ao longo da década de 1990, pouco se percebe isso, mas aonde o SUS cresce, onde se desenvolve com maior pujança, ele o faz fora do aparelho público do Estado – seja nos principais hospitais desse país – os universitários, os hospitais de ponta sejam federais ou estaduais, sempre dão um jeito de ter uma fundação de apoio ou alguma coisa assim. Então é por lá que viabiliza: fora do aparelho do Estado. Vejamos um exemplo: o grande programa de expansão, ou a estratégia principal de expansão e desenvolvimento do SUS, que está na atenção básica, tomando por referência o Programa de Saúde da Família, opera alguma coisa perto de 80% das equipes de modo que estas não estejam dentro do aparelho do Estado. Em geral estão dentro de algum organismo da sociedade civil, que pode ser uma associação de moradores, uma igreja, uma cooperativa, uma fundação de apoio. Sou diretor executivo, presidente da fundação de apoio à Fundação Oswaldo Cruz. Eu e o gerente

geral da fundação, da FIOTEC, Mário Rodrigues, assinamos as carteiras trabalho de todas as equipes do Programa de Saúde da Família do entorno da FIOCRUZ. O Programa tem lá algumas equipes e que estão dentro da fundação de apoio da Fundação Oswaldo Cruz. Só para falar de um exemplo dessa lógica do SUS operando em estruturas administrativas não formalizadas no aparelho legal do Estado.

Fato é que expandimos o SUS e aí tem uma criatividade fantástica, apesar dos constrangimentos do aparelho do Estado. E nós, do SUS não demos conta de olhar para esse aparelho do Estado. Mas é curioso como, ao falarmos hoje em Fundação Estatal, sofremos veto de praticamente todos os conselhos estaduais e municipais de Saúde que avaliaram, para efeito da XIII Conferência o projeto Fundação Estatal, definindo que seria um projeto de privatização. Os serviços dos hospitais universitários, salvo absolutas exceções, não têm nada de privatização, o PSF não tem nada de privatização, em muitas cooperativas não têm nada de privatização, mas o projeto de reforma do aparelho de Estado e que incorpora as fundações estatais, tem privatização! Julgo que não estejamos discutindo a sério o que seja privatização.

Se falássemos de modelos típicos de mercado, mesmo dentro da administração pública, como aqueles destinados a concorrência, há outros problemas, apesar de também ganharem em autonomias. No Ministério da Saúde temos uma empresa pública, que é o Grupo Hospitalar Conceição – GHC. Quando se coloca uma figura tipicamente do

É raro existir um hospital no Brasil bem sucedido e que seja público que não tenha uma fundação de apoio

mercado, atuando numa área social, ela também é penalizada por outros motivos; por exemplo, sofre de uma carga fiscal importante. O GHC tem o passivo trabalhista, mas tem também uma carga fiscal que é perversa para a área social. Vejam o que ocorre nesse caso do GHC, por sua condição de empresa. O SUS financia o *Grupo Hospitalar Conceição*, através do Ministério da Saúde, mas como ele tem uma carga fiscal importante, ele devolve para o Estado retirando do SUS. Carga fiscal do Grupo Hospitalar Conceição está em algumas dezenas de milhões de reais por ano, que sai do SUS e volta para o governo. Isso é um limitante também quando se opera com alguma figura mais dinâmica, mas de mercado. Isso ocorre também no caso da empresa pública. Isso ocorre no caso da sociedade de economia mista e no caso da empresa pública.

Essa discussão foi feita por nós no sentido de propor esta nova figura, porque ela é, formalmente, uma empresa pública da área social. Ela é análoga a uma empresa, destinada a áreas de mercado concorrencial. Poderia ser chamada de empresa pública social. Alguns outros países trabalham essa figura como empresa social. Se a gente vai à França, vai ao Chile, são empresas sociais – empresa social de Saúde – e elas têm alguns benefícios que a empresa social de mercado não tem. Elas são dispensadas dessa carga fiscal porque elas, de fato, têm esse propósito social, quando estão no Estado, porque elas são financiadas pelo próprio Estado. Assim, não tem por que o próprio Estado recolher encargo fiscal gerado nesse tipo de empresa da área social. Neste caso, essa empresa – o GHC – devolveu ao Estado. É diferente das empresas que estão realmente no mercado, num modelo competitivo, lucrativo, que obrigatoriamente precisam ter igualdade de condições para competir com as outras empresas que estão no mercado. Então não tem como eu diferenciar carga fiscal delas. Não há como diferenciar carga fiscal da *Petrobrás* de uma carga fiscal da *Shell* ou de qualquer outra empresa petrolífera.

Então, trata-se a Fundação Estatal de uma empresa que está dentro da Administração Pública, descentralizada, tipicamente análoga a uma empresa pública, mas usando, como as empresas públicas usam, o Direito Administrativo privado, ou o que os administrativistas dizem, do Direito Administrativo mínimo. É alguma coisa privada colocada dentro do setor público. Portanto, não é mais tão privado assim. O próprio RH, a própria CLT colocada dentro da Administração Pública é contaminada pela Administração Pública. Qual é a contaminação que a CLT tem quando vai para dentro da Administração Pública? Concurso público, por exemplo, é uma contaminação. E têm outras contaminações: o regime de compras e contratos também tem uma contaminação; o regime de compra é contaminado pela Lei 8 666, ainda que permitindo regulamento próprio, e assim por diante. A contabilidade tem uma contaminação: é privada, mas típica de empresa estatal; a de patrimônio etc. Mas o que significa? Que existe um pouco mais de autonomia, mas não caio do lado de cá, onde seria a iniciativa privada propriamente dita.

Dessa forma, esse projeto tem uma dimensão que é jurídica, que tem a ver com essa

constituição da personalidade. Mas tem também essa dimensão do sistema propriamente dito de Gestão e da Gestão das pessoas como uma dimensão específica. Esse projeto é SUS-exclusivo; ele é autônomo e flexível, público e estatal.

A principal crítica a esse projeto, no âmbito disso que chamo de SUS-conservador, é que estaríamos privatizando o SUS. Sinceramente, para o debate ser consistente, podemos chamar o modelo de várias coisas, mas chamá-lo de privatista é descabido e sem amparo em qualquer base legal.

Essa é a síntese desse modelo. Portanto, ele tem uma nova personalidade, ele tem um novo modelo de financiamento, mediante contrato de Gestão; tem novos mecanismos de prestação de contas associados aqui a própria operação do contrato, como também associado a novas instâncias de governança, como o conselho de administração; e uma rígida prestação de contas ao órgão que a contrata, um controle do órgão que a contrata. Não necessariamente uma secretaria, porque esse modelo pode ser implementado dentro de outros órgãos da Administração. E finalmente, uma Gestão de RH pela CLT.

Aqui uma ressalva, falo de um modelo para Administração Pública federal. Já há alguns estados da federação e municípios adotando este modelo.

Assim, o modelo proposto é esse: com autonomia, com novo dispositivo de relação governo-hospital, contratos de Gestão e novos mecanismos de *accountability*.

Não vou me deter nisso aqui, mas eu quero destacar aqui o contrato de Gestão. Quer dizer, este é um modelo com autonomia, novos mecanismos de prestação de conta, *accountability*, do contrato de Gestão, Gestão profissionalizada, uma nova estrutura de incentivos e uma Gestão de RH inovadora. O objetivo disso tudo é gerar novo desempenho para essa organização. A peça fundamental desse processo, dessa engrenagem, é o contrato de Gestão. É um instrumento para pactuar e contratar objetivos. Implica na explicitação de compromissos e metas. Assume-se inclusive que esse contrato traz custos de transação. Ele é um instrumento nuclear de pactuação e acompanhamento do funcionamento do processo de alavancagem institucional.

No caso do Rio de Janeiro, há uma experiência que estamos vivendo em parceria com a FGV no Rio de Janeiro e também o *GVSaúde* está atuando. Em conjunto somos responsáveis pela formatação e todo o desenho organizacional de processo das fundações estatais do Rio de Janeiro. O Rio de Janeiro está criando na Secretaria Estadual de Saúde três fundações estatais, cada uma delas com uma dada finalidade, cada uma delas incorporando um conjunto de hospitais. Ao todo, são 24 hospitais.

Nós, da Escola Nacional de Saúde Pública, somos responsáveis pela configuração do novo ente dentro da secretaria que contrata as fundações; um ente que contrata, monitora, avalia essas fundações num papel que está até o momento pouco claro para a Secretaria, que significa uma capacidade nova, que é capacidade de contratar e monitorar, que aqui em São Paulo, tomando as OSS como motivo, foi desenvolvido no interior da secretaria estadual e que mesmo assim precisou um aprendizado de alguns anos em relação à própria criação das organizações sociais. Trabalhamos inclusive com *benchmarking* aqui, na Coordenadoria de Contratos da Secretaria de Saúde de São Paulo e percebemos claramente um processo de acúmulo e de cada vez mais clareza do papel desse ente que contrata, com uma capacidade técnica extremamente apurada para poder contratar, para poder fazer contratos - daí a valorização que a gente dá a esse instrumento, que é um instrumento de mediação entre entes, sejam organizações sociais, fundações estatais ou outros - vale para qualquer desses entes novos.

Estamos vivendo o que eu chamaria de *contratos de Gestão de nova geração*. Tive a oportunidade de ver contratos há 10 ou 15 anos, mesmo em outros países, que eram contratos pouco enriquecidos. Como se dissesse assim: *Eu quero contratar você. Me dê tantas cirurgias, tantas consultas e tantos exames ao final de um período*. Essa fragilidade, digamos, possibilitava muitas surpresas ao final do contrato. É natural. Porque contratar em serviço de Saúde não é tão simples assim, é preciso dar conta de enriquecer este processo de contratualização, de tal modo que se contenha no contrato uma capacidade de valorizar aspectos de estrutura, processo e resultado. Na prática, tenho que contratar elementos de estrutura, de processo, de resultados. Isso significa um processo de enriquecimento desses contratos que se vem experimentando mais recentemente e que têm que dar conta de várias dimensões. Isso é outra coisa também que, no passado, achávamos que era somente contratar produtos assistenciais e, cada vez mais, percebemos que não são somente produtos assistenciais. Há uma dimensão assistencial, mas existem outras que têm que ser também contratadas e na assistência não é uma mera contratação de produtos. São outros elementos também colocados, que precisam estar dentro dos contratos.

Não tenho dúvida de que a profissionalização da Gestão exige uma ampliação, uma capacitação; exige uma nova política de remuneração, exige um aprimoramento do sistema de Gestão dos institutos e dos hospitais. Quando falo dos institutos, refiro-me aos hospitais do Ministério da Saúde, no caso do Rio de Janeiro.

E tem também que pensar, enquanto sistema de Gestão, várias dimensões. É uma coisa que tendemos, por vezes, a achar que sistema de Gestão é o campo da Administração senso estrito do hospital, quando o maior desafio da Gestão está na Gestão da atenção, na Gestão da assistência e que de pouco tempo para cá é que estamos profissionalizando isso. Aí estamos falando de todos os instrumentos de Gestão da clínica, com todas as ferramentas que estão aí dados. Isso é mais desafiador do que aquela chamada profissionalização da Gestão, como era conhecida antes. *Eu vou profissionalizar a compra de material, o RH, o patrimônio*. Não. O maior desafio hoje da profissionalização está na Gestão da atenção. Isso que eu queria destacar nesse caso.

Essas são as características, em síntese: autonomia, CLT, novo formato de orçamentação, a contabilidade é típica de empresa estatal, regulamento próprio para compras e contratos; a governança do Conselho Curador ou Conselho de Administração. Prefiro chamar de Conselho de Administração. Chama-se de Conselho Curador porque o Ministério Público sempre trabalha com Conselho Curador - a Gestão profissionalizada e o contrato de Gestão com o dirigente do SUS, e ainda propiciando mais transparência, controle social, participação e tudo o mais.

Esperam-se alguns ganhos, que estão aí dados e não vou repetir. Já falamos de algum modo disso tudo. Tenho custos nesse processo. No caso do âmbito federal, há o que se chama de "recontratação da força de trabalho". O profissional que é regime jurídico único, que é estatutário, não precisa, não tem que fazer opção por CLT. No entanto, eu tenho todo um processo de alinhamento a planos CLT. Isso significa uma "recontratação" ou como estamos dizendo, repactuação de compromissos entre trabalhadores e a organização, superando desconfortos, etc. Há uma maior estrutura profissionalizada e, necessariamente, ajuste no custeio aos novos padrões de desempenho. Isso também já está se percebendo no Rio de Janeiro, que produzir mais também gasta mais, ainda que o custo seja melhor nesse caso, mas isso muitos não conseguem perceber. E há o custo de transação da operacionalização dos contratos.

Isso reconhece e fortalece o papel reitor do Estado. Isso é um dos grandes desafios. Temos visto experiências no Rio de Janeiro, um pouco em Sergipe; na Bahia ainda não entrou em operação, mas há também municípios já em processo. Eles acham que esse é um processo mágico, em que se cria uma autonomia porque é possível contratar CLT. E para por aí, não se consegue compreender um novo papel para quem contrata, e vejam que há um desafio muito grande no papel de quem contrata. É óbvio que este é um processo que vai envolver tempo e é necessário maturar e permitir o descobrimento de algumas coisas relacionadas.

Quais são os desafios para a implantação? Primeiro, uma cultura das organizações públicas. É diferente das OSS - e aí é preciso fazer analogia: as OSS, a partir da Administração Pública, são hospitais que eram esqueletos. Eu vou lá e abro, eu não levo cultura da Administração Pública para lá e, no outro caso, leva-se. Ao tomarmos um hospital que é de Administração Direta e transformá-lo em fundação estatal de Direito Privado, os desafios são de outra natureza, em relação a criar OSS em hospitais antes inexistentes. Isso está sendo experimentado no Rio de Janeiro. E não é simples, porque não se muda cultura por lei.

Há um problema sério de competência nas novas ferramentas de Gestão. Não há como transformar, da noite para o dia, quadros dirigentes para assumir essa função. Assim, haverá uma transição, que tudo indica será longa. É óbvio que daqui a pouco será possível recrutar gente do mercado, mas a operação de transição é feita sem isso. Há investimentos econômicos, hospitais sucateados. Não adianta pegar um hospital sucateado e dizer: *Agora você vai viver muito bem, produzir de forma eficiente e ser reconhecido pela qualidade...* Há um problema sério de transição da força de trabalho, que está relacionado a essa discussão da cultura, mas está relacionado com todo o embate de natureza sindical, de recontração e assim por diante.

E, finalmente, o desafio de superar o SUS conservador. É curioso porque isso é com muita ambigüidade. Ao mesmo tempo em que existe uma fertilidade no SUS muito grande - de iniciativas de caráter assistencial, inovador - também se convive com algo do tipo: *O SUS ainda não deu certo porque os princípios da Constituição de 1988 não foram totalmente implementados*. Assim, não é possível mudar nada enquanto não se tentar resolver tudo do jeito que foi concebido na origem, incluindo uma administração pública que não ajuda no cumprimento dos próprios objetivos do SUS, porque aquilo é cláusula pétrea, aquilo é princípio - e nós simplesmente colocamos vendas, ou os melhores colocam antolhos; os que têm olhos abertos, estão com antolhos, muitos estão com vendas porque tem algo que não é permitido. Esse é um problema muito sério e, com isso, vamos criando enormes dificuldades para essa operação toda de transformação, de mudança, de desenvolvimento. E não afirmo isso pura e simplesmente em nome da fundação estatal; nesse caso, falo de um conjunto de outras inovações e desafios que estão postos para o desenvolvimento do SUS.

O desafio da Gestão de Pessoas na Saúde

NOSSO tema é muito provocante e necessário para o Sistema Único de Saúde – SUS. Para falar da possibilidade de gestão de pessoas no serviço público, é necessário recuperarmos rapidamente a história recente da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Não obstante o SUS tenha completado vinte anos de existência e amadurecido bastante, é fato que ainda não se conseguiu atender plenamente o que é preconizado na Lei Orgânica da Saúde e mesmo na Constituição. É inegável, contudo, que estamos avançando bastante nessa direção.

Apesar desses vinte anos de história, a área da gestão do trabalho não conquistou um desenvolvimento correspondente ao de outros segmentos do Sistema Único de Saúde.

Esta situação vem mudando e o reconhecimento da importância dessa área e da sua política específica, no Ministério da Saúde, se retrata na criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com dois departamentos: o de Gestão e Regulação do Trabalho, que se dedica às questões ligadas ao mundo do trabalho, à necessidade da criação de instrumentos para a gestão de RH bastante eficientes; e o da Gestão da Educação na Saúde, que cuida de tentar superar essa relação dissociada entre o serviço e a Academia, dentre outras inúmeras atribuições.

Assim, somente em 2003, na estrutura central, no primeiro escalão do Ministério da Saúde, é criada uma Secretaria específica para isso: induzir nacionalmente a política de gestão do trabalho e da educação na Saúde.

Tal é a importância da área que, em 2006, o relatório Mundial da Saúde, da OMS, foi consagrado aos Recursos Humanos. Ela dedicou também a década de 2006 a 2015 aos recursos humanos na Saúde.

A criação da SGTES revela a importância que o Governo Federal dá ao estímulo e indução de uma política de fortalecimento desses setores no interior do SUS. Como justificativa, os números são muito significativos: a pesquisa Assistência Médico-Sanitária – IBGE, de 2005, aponta um número de empregos diretos no setor Saúde superior a 2,5 milhões e, desses, cerca de um milhão e 400 mil são empregos públicos em Saúde. Destes, 68,8% são empregos públicos municipais, ou seja, algo em torno de um milhão. Desse modo, tão importante, ou mais, que uma Secretaria instituída na estrutura central do Ministério da Saúde, de caráter estratégico de formulação de políticas de Saúde, é a criação e ou o fortalecimento de setores similares nos municípios e nos estados. Em síntese, nos estados temos 24% da força de trabalho do serviço público de Saúde; 68,8% nos municípios; e, 7%, aproximadamente, no Governo Federal. Logo, é de suma importância qualificar e estimular a profissionalização dos setores nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

Com relação estrita ao nosso tema, faço um convite à reflexão, uma provocação: não sei se a questão sobre a qual nos detemos aqui é se é possível gerenciar pessoas no serviço público,

ou se a questão é a capacidade de gerenciamento que temos que ter para isso. Não se pode *naturalizar* que as coisas funcionam pior no serviço público. Será que isso não é uma preocupação que tem que estar sempre presente nos estabelecimentos e nas organizações de Saúde, sobretudo nas grandes? Dessa forma, a questão é: esta grande dificuldade é exclusiva do setor público, ou dela também padece o serviço privado de Saúde? Falando estritamente do SUS, temos que considerar se esse setor – o de RH – tem reconhecido a sua importância, se é identificado como aquele que elabora política que de fato consigam promover condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho, que sejam importantes e que dêem dignidade para esse trabalho. Parece-me que a grande diferença que existe em relação à gestão de pessoas no setor público e no setor privado é a *estabilidade* – para o servidor efetivo, para o servidor estatutário. A bem da verdade, mesmo para o *celetista*, ingressado por concurso público, se requer a observância de processo administrativo para sua demissão, pois todo ato da Administração Pública deve se marcar pela transparência, impessoalidade, tem que ser justificado, tem que ser motivado. Assim, os *celetistas* não são facilmente demissíveis. No entanto, o afastamento é possível. Vale lembrar que a Emenda Constitucional 19 instituiu essa possibilidade de afastamento do servidor, sobretudo no período do estado probatório. O nosso problema de gerência se revela aí também, diante de um profissional ruim, por vezes muito ruim, mas cuja *ficha funcional* encontra-se sem qualquer apontamento quanto às infrações, inadequações e impropriedades cometidas. Isto acontece não raras vezes. Precisamos, desde logo, indagar sobre a capacidade de gerenciamento que temos nos serviços de Saúde, sobre o perfil e competência dos gerentes com os quais devemos contar, sobre o reconhecimento atribuído a estas funções, sobre a remuneração destes gerentes e as capacitações que foram ofertadas para que eles assumam as funções intrínsecas do cargo.

Devemos, ainda, considerar se as pessoas, os trabalhadores, têm algo a perder, se a remuneração é adequada, se existe uma carreira com expectativa de evolução. Se os postos de trabalho são providos de forma regular e estável. Vale enfatizar que a possibilidade de efetivar demissões não pode ser considerada com solução definitiva e inquestionável. Pois uma alta rotatividade da força de trabalho qualifica, dá qualidade aos serviços? Arrisco afirmar que não.

A gestão de pessoas é um desafio.

A importância da Gestão de Pessoas na Saúde

AO anunciar meus dados curriculares ao público deste evento, o apresentador utilizou a palavra *assessor*. Embora profissionalmente eu tenha assessorado pessoas, o que denomino como *assessoria da alta administração*, o *assessor* não é alguém que tenha necessariamente experiência acadêmica. Aliás, certo dia, um dos meus filhos me disse: *Até quando você vai ser assessor de alguém? Quando é que você vai ser alguém?* Assim, acho que fui convidado porque há sete anos, sou diretor de um hospital ou mais recentemente, superintendente. Na verdade, tudo é uma mera questão de nomenclatura. Já fui gerente desse mesmo hospital, de modo que não devemos nos deixar impressionar pelos nomes, mas, sou sim o diretor do hospital.

Tenho o privilégio - que não é freqüente - de ser diretor de um hospital desde a sua implantação. Creio que estou aqui na condição de diretor do recurso mais importante que existe em um hospital, as pessoas. Não é à toa que é o nosso maior gasto e a nossa maior preocupação em todos os sentidos. Nós só podemos fazer Saúde com pessoas, só cuidamos de pessoas com pessoas, embora ilusões tecnocráticas digam que a tecnologia vai substituir as pessoas, isto é uma fantasia. Cada vez precisaremos de mais pessoas para lidar com pessoas e pessoas mais qualificadas para cuidar melhor de pessoas. Digo isto na condição de alguém que tem uma experiência prática de tocar um hospital e de mantê-lo vivo, funcionando, crescendo razoavelmente saudável.

Fiz um pequeno apanhado da minha percepção da questão dos recursos humanos num plano maior do que aquele que tenho na minha janela da vida cotidiana. E é verdade que estamos com problemas de pessoal qualificado, além de mal distribuído pelo país. As condições, em geral, não são aquelas que gostaríamos e não estou falando especificamente de um hospital ou outro, mas em um aspecto abrangente. Identifico um problema, sem dúvida, na questão da formação de pessoas.

A gestão da formação de recursos humanos na área da Saúde, com a realidade que temos no Brasil, está aquém da expectativa e a consequência disso é uma formação precária de quadros, apesar de termos alguns privilégios - uns mais, outros menos. Contudo, trabalhar na Saúde é um privilégio, cuidar de pessoas também é, além de ser uma atividade nobre e muito gratificante. Mas, quando o trabalho não é realizado em condições higiênicas e minimamente adequadas, as pessoas não ficam felizes e, obviamente, como não trabalhamos com coisas, mas com pessoas, o resultado é danoso, pois estas são mal cuidadas. Destaco, ainda, que o fato de ser um bom técnico, não é suficiente, pois a assistência depende também de infra-estrutura adequada. Desse modo, o resultado é que a assistência se ressentir de resultados satisfatórios quando a formação técnica e a infra-estrutura estão dissociadas.

Em uma visão mais global, penso que temos um problema de formação. No fundo, o diretor de hospital é tributário do que acontece no mundo. Usamos as ferramentas disponíveis, contratamos, a modalidade não tem importância, mas para esse formidável recurso que são as pessoas qualificadas, ainda dependemos de um planejamento mais amplo.

Por conta da experiência de trabalho em outros lugares, tanto públicos como privados, observo que o Sistema Único de Saúde é um modelo fantástico, mas que ainda carece de planejamento em alguns aspectos, como por exemplo, recursos humanos.

Todavia, as alternativas para a solução destes impasses estão mais acima e a questão que temos agora é do planejamento em recursos humanos em nível macroscópico, no sentido haver uma política que garanta recursos humanos qualificados - atualmente e no futuro - para serem utilizados de forma eficiente para atingir os objetivos.

Para a realidade atual que temos, com um novo modelo de gestão através das organizações sociais, os desafios da assistência são ainda mais complexos. Essas questões, que seriam questões estruturantes, em relação especificamente à formação de recursos humanos, não foram ainda equacionadas. Não sabemos para onde vamos; ou sabemos mais ou menos, vagamente. Em resumo, os recursos humanos não estão necessariamente disponíveis. Essas questões sempre estão presentes mas foram um pouco abstraídas das discussões do sistema universal ou, se estão presentes, não estão implementadas.

Como diretor, vou falar de hospital, pois é uma realidade que conheço bem e essa questão não é diferente, não é simples, o que fazemos é gestão de recursos humanos, planejamento é afeto ao gestor do sistema e algo que tem que estar disponível para nós. Assim, o hospital, por maior que seja uma organização, não tem condição de fazer planejamento em nível macroscópico porque existe um livre trânsito de profissionais, via oferta e procura; no máximo se consegue fazer a formação das pessoas para trabalharem com você, no seu hospital mas, em seguida, elas poderão ir embora para outro lugar. Veja-se o paradoxo da formação, na esfera pública, de profissionais que depois transitam para a esfera privada. É absolutamente normal, corriqueiro e desejável, de certa maneira.

Agora, o novo paradigma do trabalhador não é ficar 40 ou 50 anos no mesmo lugar, ou até a aposentadoria. O modelo contemporâneo é ocupar um espaço com a maior competência e eficiência possível, de maneira que alguém o procure e ofereça outra oportunidade de crescimento. Há maior crescimento em diferentes lugares do que em um mesmo lugar. Embora complicado, isso acontece muito e em todos os níveis de qualificação profissional. Trata-se do reflexo de um mundo dinâmico, onde constantemente surgem novas oportunidades de trabalho e de envolvimento.

Agora, o que acontece num hospital é que estamos no tal do mercado e, em relação aos recursos humanos, dependemos da oferta e da demanda. No entanto, nós que trabalhamos na área pública, em um hospital gerenciado por uma Organização Social de Saúde, portanto público, concorremos com a iniciativa privada o que é difícil, pois não dispomos dos recursos, especialmente

financeiros e não temos a visão de lucro do mercado. Isto se torna uma coisa complicada, pois pensamos somente no interesse público da nossa missão.

Na área da Saúde é ainda mais sério. Aliás, as pessoas que não são da Saúde acham que isso é um mito, que é tão complicado quanto administrar uma fábrica de qualquer coisa. Mas a questão é verdadeiramente bastante complexa e quem não entende o que é específico da área da Saúde, quebra a cara. Por quê? Porque há singularidades que envolvem a escala de plantões, jornadas diferenciadas, diferentes formações técnicas etc. Não existe o *eu termino meu turno e vou embora*. Não há tolerância de quinze minutos; um chegou e o outro não foi embora. Isso tem que ser equacionado e o administrador convencional custa a entender.

O nosso hospital é gerenciado por uma Organização Social de Saúde e, como modelo organizacional, isto representa um passo adiante de algo que já vem acontecendo há muito tempo. São dispositivos legais que permitem o uso do recurso público na área da Saúde com eficiência e controle. Historicamente, foram criadas alternativas para uso dos recursos e uma delas foi a autarquia. Hoje falamos mal, criticamos as autarquias, mas elas, no seu tempo, foram instâncias de organização de um modelo de trabalho muito importantes.

Não sei se foram elas exatamente as instituidoras, mas a partir da experiência de algumas das autarquias é que surgiram as fundações de apoio. Foi mais um passo. No meu entendimento o objetivo destes modelos é que são uma alternativa eficiente à gestão dos recursos humanos. Entendo que não é o financiamento. A gestão dos recursos humanos e, em especial, dos profissionais médicos, certamente não será realizada num modelo único, mas a contratualização impõe outra forma de gestão pela organização social e espero que tenhamos deixado de lado a questão do modelo único, *do este é o modelo* etc. Basta ver como a contratualização da administração direta se pratica em outros lugares.

No Estado de São Paulo, a questão dos recursos humanos foi alvo de debates importantes e não apenas como algumas pessoas pensam: *Ah, vai estourar o limite da Lei Camata*. Isso é uma visão pequena do problema. Na verdade, o grande desafio tem sido: *qual é o modelo de gestão de recursos humanos adequado para esses novos lugares?*

O que se criou de novo é um hospital público com ferramentas de gestão e mecanismos de contratação da iniciativa privada. O que nos permitiu a alternativa de sermos contratantes nesse ramo do mercado que é totalmente desregulado. Na linguagem profana, o produto, o ingrediente, os recursos humanos na área da Saúde são de longa maturação. Deixar o mercado regular isso é um negócio completamente impensável e acontece o que está acontecendo. Neste momento, por exemplo, o assunto relevante é que os pediatras, desprezados durante os últimos quinze anos, estão valorizados, mas acontece que não se faz Pediatra Geral nos dias de hoje, não é? Sou contemporâneo dos CRMs de números na casa dos 22 mil, contudo estamos em 130 mil. Logo, em quarenta anos, formaram-se 110 mil médicos. Existem 150 Faculdades de Medicina no Brasil. Aliás, no Brasil e algumas na Bolívia – há sete mil estudantes brasileiros de Medicina em Santa Cruz. Isto vai resolver o problema da escassez de médico? Acho que não. O problema está na distribuição? Acho que não. Achar que o mercado vai regular isso é uma ilusão.

Quem trabalha no hospital que adota o modelo contratualizado tem um atrativo que o diferencia dos demais da administração direta. Tem haver com a cultura que temos hoje da medicina altamente tecnologicada, onde a questão da relação interpessoal fica um pouco de lado, mas neste novo modelo, o hospital é um lugar no qual as pessoas podem, com razão, pensar que vão crescer profissionalmente. Então, a questão salarial não é preponderante porque as pessoas mudam de trabalho por R\$ 50 a mais no outro ou deixam um trabalho para ganhar R\$ 100 a menos, em outro lugar, mas que pode oferecer um ambiente melhor. Felizmente, vivemos um momento de pleno emprego no setor da Saúde. Agora, o que fixa os profissionais por um tempo é a possibilidade de crescimento.

Em nosso hospital existe esse atrativo que é trabalhar em um lugar onde as coisas estão acontecendo do ponto de vista do que se imagina ser bom para um profissional. Atender as pessoas é o nó existente no sistema que, aliás, é outro problema que identificamos na formação dos profissionais da área. A importância das relações interpessoais está totalmente excluída. Temos uma situação bem comum em que se a pessoa teve boa formação sei lá onde, talvez seja um bom profissional pelo que aprendeu na vida. Senão ele pode ser um excelente técnico e uma besta no trabalho

- e conhecemos bastante isso: excelentes profissionais que são incapazes de conversar com o familiar e essa conduta nos traz uma quantidade enorme de problemas para administrar.

O hospital do SECONCI – OSS que eu gerencio – no Brasil, é considerado um hospital de grande porte, só que não é. É um hospital de bom tamanho. Acho que é um hospital que tem condições de ter massa crítica justamente para garantir ou ajudar um pouco nessa sua condição de atrair profissionais e, claro, tem também o privilégio de estar situado em uma região relativamente próxima, a 15 quilômetros do centro, o que faz muita diferença. Ter um contrato de gestão, apesar de todas as críticas, é uma ferramenta muito boa do ponto de vista tanto do gerente, quanto dos profissionais que lá trabalham.

Adotamos a terceirização dos serviços de apoio técnico e nos concentramos na assistência

Conheço alguns hospitais da Administração Direta que são ótimos e que tem diretores fantásticos. Mas eles são assim porque têm diretores e profissionais fantásticos. Não dá para ter um modelo baseado em pessoas fantásticas, mas pode ser um modelo baseado em pessoas mais comuns. Assim, os hospitais que são gerenciados por Organizações Sociais, têm um mapa muito claro, metas definidas.

Há um estudo recente do Banco Mundial que contraria um pouco algumas pessoas quando diz que a questão da remuneração não é o diferencial para a Administração Direta, porque ela está mais ou menos emparelhada; a diferença é a questão da gestão dos recursos humanos. Então não é o que se paga, é como se administra o que se paga.

O Hospital Vila Alpina tem o privilégio de, primeiro, ter nascido sem passado, o que é uma grande coisa. O legislador foi sábio quando definiu que hospital de OSS só pode ser hospital novo. É uma visão pragmática, mas faz sentido. Aparentemente não veio do nada, mas, enfim, isso tem uma série de conseqüências não muito boas do ponto de vista da criação de uma cultura do hospital, pois ela não se constrói de um dia para o outro. Mas, do ponto de vista da contratação de recursos humanos em particular é uma situação muito privilegiada.

No que diz respeito à contratação de serviços de apoio, essa discussão que eu acompanhei em outros lugares – se é lavanderia própria, lavanderia terceirizada; serviço de limpeza, de segurança, etc. – foi adequadamente resolvido embora eu tenha conhecimento de que alguns hospitais, por uma questão vocacional mais complexa, escolhem ter serviços próprios nessas áreas. Não é o nosso caso, porque não fazemos assim. Adotamos a terceirização dos serviços de apoio técnico e nos concentramos na assistência.

Em relação às contratações, num primeiro momento adotamos principalmente na área de Enfermagem e área administrativa uma mistura de CLT e Cooperativa. A questão das cooperativas dá um bom debate. Elas continuam existindo, nós é que terminamos com isso por uma recomendação explícita do Ministério Público. Pessoalmente, não tenho crítica substantiva com relação à questão dos contratos cooperativados. Como gestor, não acho que tenha sido uma coisa catastrófica. Do ponto de vista do vínculo trabalhista, tenho todas as dúvidas.

Hoje, no hospital, toda a equipe de Enfermagem e todos os colaboradores administrativos são contratados pela CLT e os médicos, na sua grande maioria terceirizada, ou seja, contratamos equipes técnicas especializadas em determinados serviços médicos. São empresas constituídas somente por médicos que prestam serviços numa área determinada. O que contratamos é uma prestação de serviço, nós não contratamos necessariamente horas de trabalho, embora em algumas situações se contratem coberturas específicas.

Esta conduta que adotamos fez muita diferença. Trouxe uma dinâmica e permitiu sobretudo a fixação da maior parte dos profissionais, com alto grau de comprometimento, porque um hospital de porta aberta, com um pronto-socorro que passou de quatro mil a dezoito mil consultas, em quatro anos – de quatro a quinze foi em dois anos, sendo que de quatro a oito foi em seis meses – motiva e decola qualquer equipe. Na Clínica Médica e no Pronto-Socorro houve mudanças rápidas e

notórias. Isso foi uma situação positiva que nós tivemos que administrar. Na sua grande maioria, temos as mesmas equipes que foram contratadas no início. Por muitas razões, conseguimos manter uma relação saudável e um bom vínculo de trabalho e o resultado é que os profissionais permaneceram trabalhando conosco.

Na questão financeira, estamos dentro das regras preconizadas para a média dos hospitais e conseguimos manter os parâmetros estabelecidos. Outro dia se cogitou a seguinte questão: *e se fosse necessário contratar todo mundo pela CLT?* Resposta: Nós o faríamos. Seria muito complicado não tenho dúvidas e acho que teria um impacto financeiro importante no orçamento e já passamos por essa experiência também. Atualmente o plano adotado é apenas um caminho de menor dificuldade e melhores resultados.

Outro assunto que nos obriga a pensar é a qualificação das pessoas. Contrariamente ao que se pode imaginar, os hospitais de Organização Social – penso que todos, mas vou falar do que conheço – embora sejam definidos como hospitais de média complexidade, na questão técnica, cumprem muito bem essa missão. Acontece que o fato de ser um hospital de média complexidade, não está em contradição com um movimento que existe, é muito forte e muito presente no que diz respeito à acreditação hospitalar. O Hospital Vila Alpina foi acreditado nível 1 pela ONA – Organização Nacional de Acreditação e em novembro virou nível 2. Agora ele faz parte de um pequeno grupo de quatro ou cinco hospitais que estão em processo de acreditação pela Comissão Canadense de Acreditação Hospitalar. Isto nos obriga a um grau de sofisticação na operação que vai muito além da complexidade dos processos assistenciais. O que se torna difícil é a gestão dos processos pelas pessoas. O marco legal está cada vez mais exigente e independe

do tipo de hospital. As normas se sucedem e temos que acompanhar. Isso é uma exigência legal e a gente cumpre. Talvez tenhamos mais condições de cumprir do que outros hospitais por uma questão contratual. Embora seja um hospital público, não estamos protegidos por este carimbo. Somos estimulados a buscar outros patamares da acreditação hospitalar. Com isto precisamos de mais gente qualificada.

Dentre outros assuntos importantes, que nos obrigam a focar a questão dos recursos humanos o destaque é o contrato de gestão. Este instrumento legal, todo o ano, tem novas exigências apresentadas pelo contratante – o que me parece muito bom – só que não é fácil acompanhar. E o grande motor do aprimoramento é justamente o contrato de gestão, que para nós não é nenhuma novidade, nenhum problema, é a nossa vida cotidiana. No hospital, podemos não conhecer em profundidade todas as relações e inter-relações que se estabelecem entre os profissionais e os processos de trabalho, mas é desejável e gostaria que acontecesse esta sinergia, que já ocorre, entre as equipes no sentido de fazer o resultado acontecer e isso também faz parte da vida cotidiana.

E novamente se coloca a questão de que não adiantam equipamentos fantásticos, tomógrafos de última geração se os colaboradores não estão à altura desse desafio.

Essa realidade impregnada de desafios, tanto nos hospitais públicos, privados ou de Organização Social está presente e atinge a todos. O que permitirá ou não que isto seja exitoso e venha acontecer está centrado na questão dos recursos humanos, são as pessoas. Insisto que não adianta nada cumprir com toda a legislação, ter equipamentos mais modernos e sabe-se lá o quê, se as pessoas não estão à altura para responder a estes desafios.

Maria da Glória
Zenha Wieliczka

Diretora Executiva da
OS-ACSC

A Humanização para o Profissional de Saúde

NÃO sou uma pessoa que trabalha especificamente com recursos humanos, mas atuei por muitos anos na Secretaria da Saúde – aposentei-me lá – e a grande parte do tempo trabalhei com a atenção básica. Depois, continuei como um dos parceiros atuando na implantação da estratégia da Saúde da Família. Trabalho para a Associação Congregação de Santa Catarina, uma Organização Social parceira da SMS que atua na região Sul do município de São Paulo nos distritos administrativos de Campo Grande, Pedreira, Cidade Ademar. A partir do próximo mês deveremos assumir alguns serviços em Grajaú, Parelheiros, Marsilac. São trinta e poucos anos de trabalho praticamente voltados para a atenção básica.

Recurso humano: Como é que nós temos que começar a pensar no recurso humano? Trabalhamos com a rede pública – e a rede pública é o SUS – então tem que ser um recurso humano que saiba trabalhar o SUS. Que perfil precisa ter este profissional? Isso é uma das primeiras coisas que temos que pensar. Antes de decidir como gerenciar, o que fazer, é necessário pensar em como captar o recurso humano e quem trazer. Tem que ser alguém que saiba trabalhar e que entenda o Sistema Único de Saúde e, no nosso caso, alguém que realmente conheça a atenção básica. Esta não é tão simples de se trabalhar. A idéia de que é um nível de atenção simples, que são pequenas unidades dispersas em uma região, com pouca complexidade é equivocada, sendo, na verdade, talvez por isso mesmo, o nível mais complicado que se tem para trabalhar. Costumamos brincar dizendo que, se em um hospital ou ambulatório, quando começa o fogo, os diretores, os gestores já estão ali. Para nós, quando se vê a fumaça é porque o fogo já se alastrou.

Assim, para gerenciar a rede e esse recurso humano – ele fica solto, em uma extensão enorme – temos que estar atentos a ele. E que profissional é necessário para trabalhar a atenção básica? Partindo da definição, contida na Política Nacional da Atenção Básica, precisamos de profissionais que saibam trabalhar o indivíduo, que possam trabalhar a coletividade e que possam realizar ações

voltadas à promoção da saúde, à prevenção de riscos, ao tratamento e à reabilitação. Isso é um mundo, não é uma coisa pequena. Eles têm que saber desenvolver práticas gerenciais, sanitárias democráticas, participativas; tem que desenvolver um trabalho em equipe, dirigido a população de território definido. Daí mais uma necessidade – entender também o que é o território pelo qual assume responsabilidade. Onde se vai trabalhar? O que é preciso fazer?

Além disso, lembrar que a atenção básica, embora seja um nível que tenha uma complexidade pequena do ponto de vista de equipamentos para diagnóstico, é extremamente complexo quando se tem que tratar com indivíduos, com comunidades, mudar comportamentos. Para tanto, necessita-se de instrumentos tecnológicos das ciências sociais e humanas, na compreensão do Processo Saúde-Doença. Se não entendermos como se dá este processo no território, não se faz atenção básica.

O profissional tem que aprender a enxergar que fatores determinantes estão ali presentes. Quais estão envolvidos no processo saúde-doença? E não é fácil encontrar um RH que trabalhe deste modo, porque a formação dos profissionais da área da Saúde não discute muito isso, é muito voltado para a doença, para a patologia. Assim, para discussão mais profunda do processo saúde-doença, de como intervir nesse processo, se encontram poucos profissionais.

Então é preciso procurar pessoas que pelo menos tenham um potencial para poder desenvolver esses olhar.

E, além disso, é preciso pensar na questão assistencial da atenção básica. Os profissionais têm que ser resolutivos, possuir capacidade de coordenar a atenção às necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, responsabilizando-se pelo seu segmento nos diferentes serviços que compõem o sistema. Esse é o papel da atenção básica. Dessa forma, os profissionais que trabalham na atenção básica têm que ter este perfil.

A na atenção básica é onde o usuário é cadastrado. Dali ele sai, vai para outro serviço e este o remete de volta. O cliente é da Atenção Básica, não é do hospital não é do ambulatório. E cabe à equipe da atenção básica, àqueles profissionais que estão lá, avaliar a necessidade de encaminhar e acompanhar o paciente no sistema. Este é um ponto que precisa ser trabalhado constantemente com o recurso humano da atenção básica.

Espera-se um profissional que tenha uma visão sistêmica, tenha um olhar maior para poder entender justamente o processo saúde-doença, quais são os fatores que deverão ser trabalhados na promoção, na prevenção. Ele tem que saber planejar as ações. Identificar esses fatores, saber manejá-los, identificar com quem trabalhar esses fatores. Tem que haver empreendedorismo, foco nos resultados e disso, com muita frequência, o profissional da Saúde está distante, não está habituado, não faz parte do seu dia-a-dia. A demanda é sempre tão pesada, tão grande e nos serviços de Saúde que ele se esquece um pouco de onde ele quer chegar. É preciso trabalhar com foco nos resultados sabendo aonde se quer chegar e o que se tem que fazer. Também, é preciso ter foco no cliente. Quais são as necessidades do cliente? Entendidos aqui como cliente o indivíduo, a família, a comunidade. Este cliente tem que estar comprometido, envolvido, se sentir como parte ativa do processo. Ele tem que assumir este processo como sendo dele, caso contrário, não consegue se envolver e caminhar para os resultados esperados.

O profissional da atenção básica tem que ter conhecimento técnico porque o esperado é que 85% da demanda de uma unidade básica seja resolvida neste nível de atenção. E, além disso, ele tem que não só tratar e reabilitar, como tem que pensar na promoção e na prevenção. Desse modo, tem que ser um profissional bastante preparado.

Como pensar uma política de recursos humanos esses profissionais? A primeira coisa a ter como premissa é a valorização do colaborador, o reconhecimento das suas competências. E valorização em todos os sentidos, inclusive apresentando um plano de carreira.

Para as instituições parceiras, as OS, teria que ser um plano da instituição e nem sempre é muito fácil casar este ponto com a questão pública. É preciso não esquecer que trabalhamos com a verba pública.

A política de RH deve contemplar o reconhecimento das competências dos profissionais para trabalhar a atenção básica, ou pelo menos identificar este potencial para que se possa ajudá-lo a desenvolver essas competências. É preciso valorizar o auto-desenvolvimento, assegurando o alcance das metas estabelecidas e atendendo aos anseios do colaborador quanto à satisfação pessoal, crescimento profissional, segurança e preservação da Saúde no ambiente de trabalho.

Isso é uma política de RH bastante geral. Qualquer empresa pode trabalhar dessa maneira e a Saúde também pode. Essa política tem que ter como principal valor a busca e preservação de profissionais éticos, dinâmicos e participativos. Insisto que a pessoa tem que se sentir parte do processo. Ele é ativo no processo.

O trabalho com o RH deve objetivar a implementação de ações que estejam de acordo com a missão e valores da instituição. Como é possível querer que uma pessoa venha trabalhar numa instituição sem que se passe para ele qual a missão dessa instituição e que valores estão envolvidos ali, e esperar que ele trabalhe bem dentro desse quadro? Então, receber o novo profissional, mostrar a ele onde está chegando, quem é aquela instituição, quais seus valores, é muito importante para que ele se sinta parte do todo.

Desenvolver ações que estimulem os colaboradores e levem ao aumento da produtividade e qualidade, com satisfação pelo o que faz, é fundamental. Não é só a questão financeira. Já vimos que o salário é importante. Lógico, é um trabalho, as pessoas vivem do seu trabalho, mas não é o salário que é o grande diferencial. Temos visto no dia-a-dia que alguns profissionais até, às vezes, deixam uma instituição por conta de um salário maior, mas voltam depois, porque eles querem alguma coisa a mais. Hoje, o salário não segura mais profissional algum. Por exemplo, recebemos muitos profissionais de outros estados, de alguns estados do Norte, que recebem duas ou três vezes mais do que temos aqui como salário, mas eles ficam lá poucos meses, juntam um dinheiro e vem embora porque lá, não estão envolvidos com nada, não tem vínculo com o trabalho. Alguns que estão conosco, inclusive, passaram por essa experiência. Por isso é preciso fazer o profissional sentir que nos preocupamos com ele e acompanhamos, no dia-a-dia, o resultado do seu trabalho e o quanto ele vem produzindo e crescendo. Isso é importante e traz satisfação para a pessoa. Se não estivermos próximos ao profissional, às vezes as

coisas passam despercebidas, porque o dia-a-dia é muito difícil, é muito corrido e ele não tem o tempo para parar e olhar o quanto ele está produzindo, o quanto o trabalho dele está mudando os resultados.

É importante agilizar todos os processos de forma a corresponder aos anseios dos colaboradores. Identificar quais são esses anseios; estar atento constantemente a isso e vendo as possibilidades de atender.

Buscar soluções que valorizem o colaborador e assegurem a sua permanência no serviço e a sua fidelidade. É garantir o comprometimento de todos os envolvidos no alcance dos objetivos.

Tem que haver empreendedorismo, foco nos resultados e disso, com muita frequência, o profissional da Saúde está distante

Temos encontrado algumas dificuldades no dia-a-dia no que se refere aos recursos humanos no nosso trabalho. Primeiro: o número insuficiente de profissionais preparados. Na atenção básica há muito pouca gente preparada mesmo para trabalhar. É um pouco aquilo que eu comentei anteriormente. Quer dizer, as facilidades estão mudando, vê-se que estão mudando, mas ainda é tudo muito lento. O serviço muda mais rapidamente que a engrenagem das universidades. Então precisamos estar muito atentos procurando, captando e selecionando muito bem esse profissional.

Uma dificuldade que temos hoje no nosso cenário é a diversidade de vínculos empregatícios, que é algo com que a Secretaria se depara constantemente. Quer dizer, no mesmo serviço existem: vínculo federal, estadual, municipal, contrato de urgência, contrato CLT pelos parceiros, às vezes pessoa jurídica. É muito difícil administrar esta situação, pois muitas vezes a função é a mesma e os salários são diferentes, benefícios são diferentes. Esse é um desafio que ainda exige muito trabalho.

Outro ponto a ser considerado é a competitividade do mercado. Hoje, particularmente o médico, sai de manhã de um serviço e à tarde ele está empregado em outro. É preciso então trabalhar, tendo muito firme aquilo que se quer, os resultados desejados e ter a coragem, às vezes, de demitir. Mesmo com falta de profissional, é necessário demitir alguns, porque às vezes é melhor você não ter o profissional do que ter alguém que está trabalhando contra. Essa é uma das vantagens da OS. Ela, por contratar por CLT, tem essa agilidade de, se não trocar – porque às vezes não encontra o substituto –, pelo menos tirar aquele que não está bem no serviço.

O gestor não pode estar distante do RH. É necessário fazer um corpo a corpo mesmo. A atenção básica, com seus serviços dispersos, exige gente que passe o dia fora, junto a estes serviços. Sentar quase todo o dia com alguém na unidade, discutir com as equipes o que está acontecendo, as dificuldades, tentar achar caminhos com eles, é fundamental, pois, caso contrário, vai ficando impossível trabalhar e é uma carga muito grande. É necessário estar atento e motivando essas pessoas o tempo todo, porque senão eles desanimam.

Normalmente é isso o que acontece no serviço público: a pessoa faz o concurso; é contratada, colocada numa vaga, e aí fica solta. Isso eu já sentia quando estava na Secretaria. Quando fui para a Organização Social, percebi que se pode ficar mais próximo, dependendo de como a instituição trabalha. Optamos por trabalhar uma região – no caso a de Pedreira – na qual a Associação está há dez anos. São três distritos e é ali que temos hospital, rede básica, ambulatório, AMAs, CAPS.

Outro ponto importante a ser considerado é a gerência dos serviços. Exercer a gerência do serviço pode ser um fator facilitador, mas também, às vezes é uma dificuldade. O gerente é o grande coordenador do serviço e temos poucas pessoas preparadas para uma gerência. Ainda se vê muito gerente que atua só como o administrador: ele aprende sobre CLT, Administração Pública, sabe fazer um memorando, mas o gerente, na verdade, tem que coordenar é a Atenção à Saúde, que é outra coisa completamente diferente. Este é o seu grande papel. É possível alocar outra pessoa pra fazer memorandos, controlar ponto. Isso aí não é papel do gerente. Seu papel é coordenar a Atenção à Saúde que aquele serviço desenvolve, é avaliar o trabalho, é redirecionar as metas, as ações. Esse tipo de gerente é difícil encontrar e demora muito para se formar.

Uma boa gerência, competente, participativa, comprometida com os resultados e com o serviço faz toda a diferença. Essa realidade nós vivemos. Muitas vezes nos deparamos com um serviço que não vai bem; não pára ninguém, profissional entra e dali a um mês ele sai. Se entrar uma gerência mais comprometida, muda completamente o cenário naquele serviço. Então, deve-se investir na gerência, trabalhar este profissional

e ver o gerente como coordenador da gestão local. Esse é o papel principal que ele tem que exercer e, para isso, o gerente tem que conhecer o território, tem que conhecer tudo daquela região onde está inserido o serviço, caso contrário ele não consegue bons resultados.

Outra dificuldade é o descrédito em que se encontram serviços da rede pública, infelizmente. E digo isso por ter trabalhado anos na rede pública, e esta hoje, não é valorizada. Em uma unidade de Saúde, o profissional é olhado como alguém que não deu certo na profissão. Como se dissessem: *Coitado! Esse estudou tanto e acabou nisso*. De um modo geral, as pessoas não conseguem entender a importância do trabalho na Atenção Básica. Isso é uma realidade que precisa ser exaustivamente trabalhada.

Um ponto também importante é a falta de alinhamento entre as políticas de Saúde e as de Educação. Isso está mudando, não se pode negar, mas vemos o Ministério da Saúde centrado na atenção básica e o Ministério da Educação ainda distante disso, no que se refere a rever os cursos para os profissionais da Saúde. Nós temos nos serviços gerenciados pela OS-ACSC, alunos de faculdade de Medicina, de Enfermagem, técnicos de enfermagem. Alguns deles passam porque é um estágio que tem que ser feito, mas com aquela idéia de que *“eu nunca vou trabalhar nisso aqui”*. É fundamental que esses alunos venham a conhecer muito bem o SUS, pois, certamente, ao se formarem, a maioria deles vai trabalhar no SUS ou com o SUS. Hoje em dia é fundamental para qualquer profissional da saúde entender o que é o SUS.

A falta de entendimento do que é o sistema é tanto dos profissionais quanto da população. Este é um assunto que deve ser abordado no dia-a-dia. Discutir a valorização do trabalho na rede pública, na atenção básica, o papel desse nível de Atenção à Saúde. É um ponto no qual temos que insistir para evidenciar que, efetivamente, as ações desenvolvidas estão fazendo toda a diferença quando se fala da saúde de uma determinada população. A organização do serviço também é importante porque que faz toda a diferença. A SMS define a Política de Saúde e dá as diretrizes. Mas, na organização do serviço, considerando aquela realidade, aqueles profissionais, o cenário e o território, embora se devam seguir as linhas gerais, há necessidade de um olhar muito particular e este só pode acontecer se estivermos muito próximos do serviço. Só assim poderemos trabalhar de modo a alcançarmos bons resultados e uma verdadeira mudança na realidade local e trazer os profissionais para uma atitude mais pró ativa.

O PSF da OS-ACSC sempre procurou desenvolver esta linha de trabalho. Está há oito anos na região. Hoje, na rede da Atenção Básica também existem as AMAs, além das unidades tradicionais. Muitos profissionais estiveram conosco, saíram e agora estão voltando porque gostam de trabalhar em um lugar em que sabem o que têm que fazer, quais suas metas, como organizar a sua agenda, que instrumentos têm disponíveis. Este modo de trabalhar ajuda a fixar o profissional e dá satisfação a ele no dia-a-dia.

A questão da educação permanente é outro desafio. Somos um serviço e não uma escola ou somos universidade. Temos que dar resposta como serviço à população. Então, como manter uma educação permanente, sem tirar o profissional do trabalho? É fácil montar uma educação permanente, uma capacitação, trazendo as pessoas para uma sala de aula. No entanto, só podemos fazer isso esporadicamente. No dia-a-dia precisamos ter uma educação permanente presente nas atividades que a equipe de supervisão tem com os profissionais nos serviços. Por exemplo, existe a comissão de prontuários. Cada vez que se faz a revisão de prontuários numa unidade, esse é um momento de educação permanente. Aproveita-se para discutir uma série de coisas. Temos médicos, dentistas e enfermeiros que vão fazer a revisão de prontuário nas unidades de saúde. É um momento importante.

Os momentos de discussão das informações, de reuniões nas unidades, também propiciam a educação permanente.

É fundamental identificar esses momentos para não precisar tirar as pessoas dos serviços. E mais: fazer isso com profissionais afeitos aos serviços. Não adianta, na maioria das vezes, trazer para essa capacitação do dia-a-dia, pessoas de fora. Em alguns momentos específicos trazer alguém notável numa área é interessantíssimo, mas não no dia-a-dia.

A qualidade no ambiente de trabalho e a manutenção da estrutura física, também estão relacionadas com o desempenho dos recursos humanos. Manter as boas condições de trabalho é fundamental, faz diferença, porque as pessoas passam grande parte de suas vidas naquele ambiente. Quanto aos equipamentos, é necessária uma manutenção preventiva, um equipamento para substituição em caso de quebra. Como é possível, por exemplo, fazer pericultura sem uma balança pediátrica?

No entanto, de todos os fatores que podem influenciar um profissional a querer desenvolver um bom trabalho, talvez um dos mais importantes seja o conhecimento do território. Quanto mais um profissional conhece o seu território, mais motivado ele está – e é preciso garantir a motivação do recurso humano. O território fala, diz o que precisa ser feito, como acontece o processo saúde-doença, e permite o acompanhamento das mudanças. Esse é um dos pontos que mais dá prazer para o profissional que está ali trabalhando e favorece a fidelização do mesmo ao serviço.

Trabalhar em equipe é outro fator positivo que temos no PSF. A discussão a análise,

a avaliação do trabalho, na reunião de equipe, é importante para o recurso humano envolvido na atenção à saúde; trabalhar com planejamento, avaliação, redirecionamento das ações de intervenção, definição e acompanhamento de metas, marcadores e indicadores. Esta é uma atividade que deve ser desenvolvida continuamente com os profissionais, pois quando estes passam a entender o seu papel, a diferença que a sua atuação determina, ele começa a se ver como um fator importante de mudança na saúde da população de sua área de abrangência.

Para tanto é imprescindível que os profissionais passem a assumir as metas como sendo deles e não como uma imposição da OS ou da SMS. Não existe coisa pior do que o profissional dizer: *“a Secretária disse que devemos atender tantas pessoas!”*. É preciso que ele diga: *“este é o meu território e o meu trabalho deve mudar o perfil de Saúde dessa população. Que população é essa? Que ações de atenção básica tenho que realizar?”* E no fim acabam chegando a um número muito próximo daquela meta, porque ninguém estabelece meta do nada. Mas é preciso que ele entenda aquele número e não que seja um número dado para ele.

Outras ferramentas que os serviços oferecem aos seus profissionais são o Serviço de Atendimento do Usuário (SAU) e o conselho gestor. O profissional que aprende a trabalhar com estas ferramentas trabalha a atenção básica muito bem. É difícil. Este é um capítulo onde é preciso se ter, realmente, conhecimentos de outras ciências sociais.

Além disso, trabalhar com recursos humanos tem outros desafios: captação – como captar esse profissional? Temos feito de tudo: ida a congressos, jornadas científicas, anúncio em jornais. Às vezes, por exemplo, um anúncio até dá certo uma vez, depois não dá mais. O que realmente funciona é o “boca-a-boca”. Esse é o grande modo de captação. Este está sendo o melhor veículo para captarmos profissionais, mas temos que estar atentos e estudar o mercado.

Além disso, é necessário haver uma flexibilidade nos contratos. Não é possível, por exemplo, colocar gente em Parelheiros para ir todos os dias fazer quatro horas. Não dá. É preciso procurar saídas. Temos trabalhado muito com o nosso jurídico para encontrar maneiras de contratar por hora, dar outras opções. Por exemplo, um profissional que é cardiologista, pode trabalhar como clínico numa unidade em alguns períodos e no ambulatório como cardiologista em outros; ele pode dar plantão no hospital, naquela mesma região. Hoje São Paulo é uma cidade muito difícil para se locomover. Então, propiciar ao profissional uma diversidade de opções mais ou menos próximas para ele trabalhar, parece ser de interesse dele.

O aprimoramento, motivação e valorização do RH são pontos que precisamos ver com atenção. Isso pode favorecer a fixação do profissional. O reconhecimento da participação deles nos resultados tem um pouco a ver com a motivação. O desafio é mudar essa visão de que o profissional da Saúde tem em relação ao seu papel como agente social. Na verdade, na atenção básica ele é um agente da saúde, mas também é um agente social, capaz de mudar a realidade de uma comunidade. Em Pedreira, com o hospital, o ambulatório, o PSF e as AMAs, a Associação tem em torno de 2 500 funcionários na região dos quais 80% moram lá. Note-se a quantidade de empregos que foram gerados naquela localidade. Isso melhora a qualidade de vida e estimula a população a melhorar também o seu status. Por exemplo, quando foi montada a última AMA, uma enfermeira que assumiu o serviço começou conosco como agente comunitária. Dessa forma, vai havendo uma mudança, com investimento na região, resultando em sua transformação.

No tocante à seleção e contratação, temos que fazer uma seleção que particularize mais. Avaliamos currículos, fazemos entrevista, provas, dinâmicas, etc, para tentar captar o profissional com o perfil mais adequado para o trabalho e, também, para a equipe ou serviço onde ele vai trabalhar. Uma diferença importante que existe entre o funcionário público e o contratado pelas OS (CLI) é a estabilidade que o concursado tem. Na OS essa estabilidade está muito mais ligada à avaliação do desempenho deste profissional no seu dia-a-dia. Depende muito do comportamento deste profissional e dos resultados obtidos por ele, individualmente e em equipe.

Por tudo que foi dito acreditamos que quando pensamos em trabalhar o recurso humano, temos que ver em que dimensões isso se dará. Temos que trabalhar a dimensão do trabalhador e do serviço. Temos que ver o trabalhador como um todo: desde a questão biológica, psicológica, social, como na organizacional e profissional. Colocamos anúncios em jornais do todo o Brasil, então recebemos gente de todo lugar. Nós, que somos de São Paulo, estamos acostumados a viver aqui. Mas quem vem de outros lugares, às vezes do interior, ou de outros estados, se vê perdido na cidade – eles não têm família aqui, não estão habituados a esse modo de vida. Por isso, é preciso que se dê uma atenção diferenciada para a pessoa, não para o profissional, mas para aquela pessoa, para que ela vá se familiarizando, se entendendo em São Paulo. É preciso trabalhar a ambiência, para tornar toda a situação mais humanizada e é uma coisa mais humanizada.

É preciso caminhar no aprimoramento da organização do serviço, do ambiente físico, dos equipamentos, de ambientes agradáveis no dia-a-dia, da ambiência, de olhar aquele profissional como alguém, como um ser humano que está ali e que quanto melhor se sentir como pessoa, melhor ele será como profissional.

Modernização na Gestão de Saúde

DAMOS início ao nosso terceiro módulo do 7º. Semestre de Debates GVsaúde, onde discutimos alternativas de Gestão Pública. Nosso foco é a discussão na Modernização da Gestão de Serviços de Saúde e a apresentação de formas e projetos de apoio da iniciativa privada à gestão pública destes recursos.

Para discutir e debater sobre este tema, contaremos com a presença do Prof. Paulo Carrara de Castro, graduado em Medicina pela Faculdade Mogi das Cruzes, mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, atualmente Professor Assistente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, com ampla experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em Planejamento, Gestão e Saúde, que vai trazer a experiência da CPFL com as Santas Casas.

Contaremos também com a presença do colega José Américo Borges, administrador, com extenso currículo na área de recursos humanos em empresas como *Cosipa, Electra, Tintas Ipiranga* e consultor empresarial de Gestão de Pessoas e qualidade. Trabalha como consultor, atendendo grandes empresas e bancos – *Unibanco, Camargo Corrêa, Vale, Petrobras e Sebrae* – e, atualmente, é assessor na Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo. Ele nos apresentará detalhes do Programa de Melhoria da Gestão em Hospitais Filantrópicos e Santas Casas, conhecido como Programa Mais Gestão, patrocinado pelo Grupo Gerdau e Petrobrás.

Sou Márcio Vinicius Balzan, médico pneumologista, auditor e mestre em administração de empresas com ênfase em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela FGV-EAESP. Sou membro fundador e pesquisador associado do Centro de Estudos em Planejamento e Gerenciamento em Saúde, GVsaúde.

Desenhemos este debate da seguinte forma: José Américo vai nos falar sobre as *deficiências* encontradas no gerenciamento de entidades filantrópicas e Santas Casas, o cenário esperado e os resultados já obtidos na gestão, com o auxílio da iniciativa privada. Em seguida, teremos a oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido pelo Prof. Paulo Carrara, com a CPFL junto às Santas Casas.

Creio que este assunto seja de muito interesse para todos os presentes, lembrando a importância das Santas Casas na

assistência à saúde do povo brasileiro. São cerca de 2 100 Santas Casas, instituições de direito privado, sem fins lucrativos, mais conhecidas como filantrópicas, as quais recebem na ordem de dois bilhões de reais por ano para poder prestar assistência médica à população brasileira.

O que se observa é que na grande maioria dessas instituições há deficiências na capacitação dos seus colaboradores e na profissionalização dos gestores dessas entidades. Não é raro encontrar hospitais em dificuldades financeiras e operacionais, sendo gerenciados por pessoas sem um mínimo de conhecimento na área hospitalar e da saúde e que estão lá simplesmente por uma atitude de filantropia de querer ajudar.

Ao lado destas, encontram-se hoje, como experiência exitosa no Estado de São Paulo, Santas Casas e Instituições Hospitalares do Estado sendo administradas por terceiros – as Organizações Sociais de Saúde, OSS. São instituições filantrópicas, a exemplo da Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM da Unifesp, Irmandade Santa Marcelina, Irmandade Santa Casa de São Paulo, Irmandade Santa Catarina e outras, melhor preparadas com corpo administrativo profissionalizado, levando melhorias importantes na atenção, na qualidade da assistência oferecida e no gerenciamento financeiro dos recursos para o setor.

No período de 1994 a 2005, entre tantas mudanças, apesar da estabilização da nossa economia, constatamos um reajuste de 547% nas tarifas de energia elétrica, 616% na parte de telefonia e comunicação, e um reajuste na tabela SUS de apenas 17,3%. Assim, é um setor que realmente vem passando por dificuldades com o seu financiamento e conseqüente gerenciamento para capacitação, investimentos e sobrevivência. Estudos mostram que a remuneração da tabela cobre apenas 40% do custo da atenção oferecida por estas instituições, por isso é um setor premido pelo financiamento e escasso em termos de profissionais especializados, competentes na administração.

Apoio à Gestão nos Hospitais

A trajetória do grupo em que trabalho há muitos anos é fortemente marcada pela atuação no serviço público. Em 2003, fomos procurados pela Companhia Paulista de Força e Luz, que é a empresa que produz e faz a distribuição de energia em quase metade do Estado de São Paulo.

Nessa época, procurávamos descortinar alternativas de apoio aos hospitais filantrópicos, particularmente capitaneadas pelo professor José da Silva Guedes. Tentávamos, na esfera pública, conseguir espaço para apoios aos hospitais filantrópicos. Batemos em algumas portas, mas sem muita ressonância.

Então, talvez por conta de alguma iluminação, a CPFL nos

procurou com uma proposta de desenvolvimento de um programa de apoio à gestão dos hospitais filantrópicos em sua área de concessão. Nessa não tínhamos experiência em relacionamento com as empresas privadas, particularmente nessa linha.

Começamos a desenvolver um programa, a partir de 2003. Existem alguns estudos que mostram qual é a importância da

Paulo Carrara de
Castro

Professor-assistente do
Departamento de
Medicina Social da
Faculdade de Ciências
Médicas da
Santa Casa de São Paulo

rede filantrópica na assistência à Saúde no Brasil. O mais recente e sistematizado foi um estudo que a FIOCRUZ fez em 2000. Não houve muitas mudanças desde então. Temos mais ou menos 450 mil leitos hospitalares SUS no Brasil, dos quais 1/3 são filantrópicos. Naturalmente esses leitos apresentam variações. Eles particularmente estão localizados no interior do Estado e em 56% dos casos são o único hospital do município; 42% deles se localizam em municípios com menos de 20 mil habitantes e são hospitais de pequeno porte; 75% deles têm até 100 leitos e 42% menos de 50; 75% não têm UTI.

Segundo esse estudo, em média, 64% da sua receita é proveniente do SUS e as subvenções e doações totalizam cerca 1,6% da receita. Nos três anos de estudo do

efetiva. Isso é importante, pois o programa vai estar fundeado nessas premissas.

A CPFL foi uma companhia fundada no começo do século passado, por volta de 1918, que foi estatizada na época da ditadura e privatizada novamente em 1996. Nesse período de estatização, várias entidades beneficentes tinham uma série de isenções e imunidades dessas taxas, particularmente na luz, onde eles tinham um desconto de 50% na conta. Isto cessou quando da privatização, por conta das regras de isonomia que precisam ser oferecidas ao se desenvolver este processo de privatização.

Todas as Santas Casas perderam esses descontos e a CPFL, para compensar este tipo de condição que se estabeleceu dali para frente, resolveu criar um programa de apoio às Santas Casas em 1998 e destinou um determinado recurso para esse apoio. A idéia é que esse recurso se consumisse na doação de equipamentos para as Santas Casas.

Esse programa durou de 1998 a 2003 e nesse período todas as doações eram feitas em eventos e coisas dessa natureza e isso era para que a imagem da companhia se colasse a esse tipo de comportamento. No final de 2003, ao avaliar o programa, eles perceberam que essas doações não traziam exatamente o que eles pensavam do ponto de vista de melhorias de assistência, de receita ou seja lá o que for para o hospital. Eles disseram que haviam percebido que *essas doações ajudam certos grupos, mas não os hospitais.*

E foi quando fomos procurados por eles para desenhar outro programa. A CPFL era uma das postulantes e participantes ao prêmio da Fundação Nacional da Qualidade, que acabou ganhando no ano de 2005 e, portanto, ela se arvorou na idéia de que para ajudar os hospitais seria importante que se oferecesse um programa de melhoria de gestão para esses hospitais. Foi aí que eles nos procuraram para elaborá-lo.

Esse programa se encaixa na área de sustentabilidade e responsabilidade cooperativa da empresa. Essa área de tem três linhas de ação: em relação ao meio ambiente, no estímulo à cadeia de valor e ações voltadas à comunidade. Nestas ações há três programas: o voluntariado da empresa, o apoio aos conselhos municipais dos direitos da criança e do adolescente e o programa de revitalização dos hospitais filantrópicos.

Quem opera esse programa do ponto de vista técnico é o Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, CEALAG, composto pelos professores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. É uma OSCIP que faz a interlocução formal com a CPFL.

O que era um hospital comunitário, já que foi edificado dessa maneira, foi aos poucos se distanciando desse conceito. Essa idéia de valor comunitário de certa maneira foi sendo expropriada. E também com a evolução das tributações e das doações – e isso é nítido – quando você estuda e observa que o aumento da carga tributária produz um efeito inverso ao volume de doações feitas aos hospitais. Houve uma inversão de fontes de financiamento em relação à idéia original desses hospitais, de como eles seriam financiados pela comunidade.

Nesse contexto, a idéia foi que desenvolvêssemos um programa cujo objetivo era elevar o desempenho administrativo e a qualidade dos serviços prestados. Achamos que não tinha cabimento melhorar só o processo de gestão administrativa, isso também tinha que repercutir em melhoria de assistência e teria que ser medido nas duas pontas. Além disso, a idéia de sustentabilidade do hospital não deveria se resumir simplesmente a ter melhores condições financeiras.

Uma das coisas estabelecidas no começo com o pessoal da CPFL foi o seguinte: *se é um programa de responsabilidade social, a gente só entende isso se for voltado aos princípios e diretrizes do SUS. Nessa linha, estamos dispostos a coadunar com o programa de responsabilidade social da CPFL.*

Foi muito fácil a empresa aceitar o tipo de visão que tínhamos. Comungamos rapidamente da mesma visão para poder desenvolver o programa. Não houve dificuldade, do ponto de vista da CPFL, em desenvolver o programa nessa linha. Ao contrário, houve até um realinhamento do ponto de vista dos conceitos internos do programa de responsabilidade social deles para que, na área da Saúde ele fosse voltado para a idéia de acesso universal, dentro do princípio de equidade – dos princípios e diretrizes do SUS.

A fase inicial do programa concentrou-se em duas regiões: na de Franca e de Piracicaba. Por quê? Por serem duas regiões que há intersecção de concessão da CPFL

Os hospitais filantrópicos são responsáveis por cerca de 40% das internações e no Estado de São Paulo é algo em torno de 55%

programa – 1998, 1999 e 2000 – houve uma queda de faturamento nominal de 9,7%. Essa queda de faturamento é o único elemento não atualizado e, portanto, demanda uma atualização no valor.

No Brasil, os hospitais filantrópicos são responsáveis por cerca de 40% das internações e no Estado de São Paulo é algo em torno de 55%. Ou seja, metade da disponibilidade de leitos do SUS é de hospitais filantrópicos do Estado de São Paulo e 37%, mais de 1/3 é de atendimento de alta complexidade. Isto é a rede hospitalar filantrópica que nós temos no Brasil, focando na rede estadual.

Do ponto de vista geral, quem investiu em formação de rede hospitalar não foi o Governo, não foi o Estado brasileiro, foram as comunidades. Esses são hospitais comunitários. É mais a tutela do Estado no ponto de vista do controle das ações médicas do que fundamentalmente constituir ou edificar uma rede hospitalar. Essa rede hospitalar não foi conformada pelo Estado, mas pela sociedade.

O relacionamento formal entre rede filantrópica e o Estado começou em 1923, com a Lei Eloy Chaves, que começou a dar as diretrizes fundamentais para a Previdência Social. Quando isto ocorreu, há 380 anos mais ou menos, as Santas Casas já atendiam as pessoas, portanto já tinham alguma experiência em atendimento. O conceito do SUS – de direito universal, de direito social e de acesso universal – é muito novo porque temos vinte anos de exercício universal, nos quais as Santas Casas, do ponto de vista da sua origem e de missão de edificação encaixam-se direitinho. Portanto, é uma rede que pode ser a base sobre a qual o SUS se consolide.

No artigo 199 da Constituição, a assistência à Saúde é livre à iniciativa, mas a relação que existe entre o setor público e o privado dentro do SUS dá preferência explícita à rede filantrópica.

Muitas coisas são atribuídas ao SUS, principalmente quando se trata de problemas em seu funcionamento. Quando é algo bom proporcionado pelo SUS, é tal lugar, tal hospital, não se costuma atribuir ao SUS. Vou chamar de SUS, mas depois preciso ilustrar o que significa o SUS, seus personagens e suas responsabilidades. Contudo, a idéia é que essa relação entre o SUS e as instituições filantrópicas não é uma parceria muito boa, ela é bem perversa, a gente sabe disso e as entidades reagem de maneira muito individualizada. Esta reação ocorre de acordo com a visão que cada entidade filantrópica tem e as federações, confederações têm uma tarefa ingrata e gigantesca, que é a de tentar aglutinar os interesses desses hospitais, de forma a ter uma capacidade de negociação potencializada – coisa ainda difícil de ser feita. Essa é uma negociação no bom sentido. É necessário melhorar essa parceria entre o setor público e o setor filantrópico na Saúde.

Qual é a proposição que norteia o nosso trabalho? É tratar de estabelecer novas bases de parceria com o SUS nessa rede filantrópica; um maior grau de interação ao sistema, que é o SUS; compatibilizar os serviços ofertados com a demanda da população local e regional; qualidade e humanização da assistência; ampliação do acesso e idealizar uma lógica organizacional que hoje passa no pacto de gestão do SUS que se chama de regionalização, de forma que os hospitais trabalhem numa rede

e da Regional de Saúde do Estado e só existem hospitais filantrópicos. Isso ajudava a testar o modelo de rede efetiva e de o pessoal trabalhar em conjunto com as regionais. Era importante para testar, por essa razão escolhemos essas duas regiões para poder fazer isso. Na região de Franca são doze hospitais e na de Piracicaba são seis. Os três hospitais da região de Franca são aqueles que sediaram e ancoraram equipes do programa; em Piracicaba também, e nas demais os hospitais eram vinculados a esses outros hospitais para poder compartilhar com a programação que a gente foi desenvolvendo com eles.

Hoje, além daqueles, são mais 266 municípios, nos quais existem 185 Santas Casas. Nessa primeira fase, as regiões são: Araçatuba, Araraquara, Baixada Santista, Bauru, Ribeirão Preto e Sorocaba; e na segunda fase Barretos, Campinas, Marília, São João da Boa Vista e São José do Rio Preto. Isso dá mais ou menos 60% nessa primeira fase e 40% na segunda fase em hospitais.

Todo esse programa está se desenvolvendo em conjunto com as Direções Regionais da Secretaria Estadual da Saúde e também com os municípios, com os colegiados de gestão. A idéia é não processar nada que não esteja dentro da programação e do desenvolvimento do aprimoramento do SUS. Tudo isso caminha em conjunto. Dessa forma, não há nada que se faça sem a participação da comunidade SUS. Comunidade SUS são os gestores estaduais e municipais; eles sempre conosco nas discussões, na evolução das coisas, nas oficinas e em tudo o mais.

Não acreditamos que esse programa tenha sucesso nos moldes e nos princípios aqui postulados se não for feito dessa forma. Ele tem uma grande chance de não dar em nada, se essas coisas não forem feitas de forma articulada com o poder público, que é a representação do SUS local.

Para cada uma das regionais mencionadas, existe um hospital de referência que vai ancorar o programa e os outros hospitais dessas regiões são os chamados hospitais participantes.

A idéia é contar com um modelo de gestão para os hospitais e que eles resultem em melhoria de assistência. E que essas equipes de consultores que vão ser ancoradas em cada um desses hospitais aprofundem e atualizem um diagnóstico em cada hospital regional; eles vão desenvolver os programas de forma itinerante nessas regiões todas. Aquilo o que aconteceu em Franca e Piracicaba vai acontecer numa escala muito maior agora.

Além disso, os grupos de hospitais realizarão atividades em conjunto e os cursos, nos quais mais de 10 mil pessoas participaram, estão sendo cronogramados com a evolução do programa, de modo a potencializar as duas coisas: tanto o programa dos cursos quanto a evolução da assessoria está sendo oferecida aos hospitais.

A idéia do diagnóstico inicial é estabelecer uma linha de base para que se possa a partir dela começar a identificar áreas de problemas, que chamamos de oportunidades. Identificamos as oportunidades e também as excelências, porque uma das idéias do programa é que o pessoal troque experiências entre si; ou seja, que essas experiências exitosas sejam trocadas, compartilhadas.

É muito importante incorporar essa cultura do que está fazendo, medir o impacto, ver se está fazendo diferença ou não, se aquilo modifica as coisas. Por isso, ter um avaliador externo é importante, porque é muito fácil dizer que se está indo bem se auto-avaliando.

Esse avaliador externo, depois de várias análises dos diferentes avaliadores, se fixou no CQH, um núcleo patrocinado e apoiado pelo CRM e pela APM e que é a vertente da Saúde dos postulados de excelência da Fundação Nacional da Qualidade. Isso casou com a idéia de qualidade que a própria Companhia já desenvolvia. Então os critérios de excelência estavam bem representados pelo CQH.

Não são todos os hospitais que vão ser avaliados pelo CQH. Os hospitais de referência serão avaliados pelo CQH. No programa existe o selo do CQH, que é uma outorga, digamos assim, bastante cobiçada e difícil de ser obtida. E o que acontece muitas vezes é que o pessoal se matricula na maratona de obtê-la e vai acabando o gás no meio do caminho.

A intenção é estabelecer uma maneira de haver um estímulo para que se possa ir avançando dentro do programa.

Nesta parceria com o CQH, a avaliação é diferente da do selo outorgado pelo CQH. Esta avaliação é feita pelo programa e ela é gradativa, é específica para o programa e o caderno de visitas é adaptado para o programa, ressaltando alguns dos esforços do hospital, particularmente em relação às tratativas com o poder público,

porque não tem muita avaliação a respeito desses esforços. O máximo que esses hospitais conseguem alcançar são 500 pontos e é a mesma pontuação que o CQH propicia na sua avaliação tradicional.

Para os demais hospitais foi desenvolvido outro instrumento de avaliação, que também está sendo adaptado pela Fundação Nacional da Qualidade agora, para que se tenha um aplicativo e qualquer hospital possa acessar pela Internet.

Existem várias linhas de atuação do programa: uma primeira é a construção dos pólos de rede de apoio aos hospitais filantrópicos. Essa construção não é só assessoria direta, envolve uma parceria com a UNESP em apoio à gestão e manutenção de equipamentos hospitalares, que é um grande nó para todos os hospitais. A UNESP

Gostaríamos que esse centro de tecnologia em engenharia clínica fosse uma referência pública

tem um centro de tecnologia em Engenharia Clínica, em Botucatu. Esse centro foi ampliado, o pessoal está sendo capacitado e vão ser agora devidamente certificados em aferição de equipamentos. E estão desenvolvendo também um aplicativo de gestão e de manutenção de equipamentos. Esse aplicativo vai ser um aplicativo de domínio público para ser passado aos hospitais, e a gente monitora a gestão, a gerência dos equipamentos através do CTC.

Em última análise gostaríamos que esse centro de tecnologia em engenharia clínica fosse uma grande referência pública para essa área de manutenção de equipamento.

Outro pólo é o de apoio técnico em gestão de suprimentos - que é uma grande demanda que os hospitais têm, apesar de muitos deles já terem melhorado bastante nisso mesmo antes da gente ter chegado - em normalização e padronização de materiais, em gerenciamento de estoques, armazenamento e distribuição de material médico-hospitalar e medicamento.

A outra linha é identificar as áreas de excelência e disseminação de experiência. E o *website* da CEALAG é o nosso canal de comunicação com todos esses hospitais; ele faz todo esse papel de transferência de informações e de agilidade nessas informações, já que elas precisam ser bastante atualizadas.

Outro componente é oferecer os cursos de capacitação, aprimoramento e atualização. Inicialmente, isso começou com o programa. Ele foi turbinado pelo convênio que foi feito entre a FEHOSP e a Secretaria Estadual da Saúde. Foi ótimo para todo mundo. Os cursos do programa e os da FEHOSP têm sido programados de modo que os colaboradores dos hospitais do Programa possam participar.

Outra iniciativa é estimular a implantação da política de humanização com as bases do HumanizaSUS e dentro dos hospitais, a implantação de uma série de procedimentos que são razoavelmente simples fazem com que haja uma tremenda mudança na cultura hospitalar do ponto de vista da relação com os usuários do hospital. Implantar rotinas de acolhimento, fazer a classificação de risco na porta do hospital, visita aberta, entre outros, são procedimentos que têm sido implantados na idéia da cultura de excelência e do processo de humanização. Isso tem feito uma grande mudança do ponto de vista da prestação de serviços que os hospitais têm feito e tem sido reconhecido pela população.

O desenvolvimento gerencial é o componente de assessoria direta e tem um programa de eficiência energética, especialmente dado pela própria Companhia, no qual se avaliam os hospitais no seu uso energético e daí trocam as lâmpadas, por modelos mais econômicos, fazem um plano de diminuição de gastos energéticos e, em algumas situações, até acabam trocando equipamento do próprio hospital.

Quais são os benefícios que esse programa pode trazer? O hospital ter um modelo de gestão com base nessa linha de avaliação, como com o trabalho dos consultores. Compreender a instituição de forma sistêmica. Dar visibilidade a cada área. Aprender a identificar e medir o desempenho. Identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria. Promover a cooperação interna entre setores. Integrar uma rede colaborativa de serviços. Comparar com referenciais externos. E reconhecimento e a divulgação do hospital.

Esse movimento todo tem permitido testemunhar um processo de reasunção do hospital por conta da comunidade do município da qual ela faz parte. Isso tem feito com que os hospitais comecem a aparecer de outra forma para a população. Sem ser saudosista, mas aquela antiga história de que esse é um hospital comunitário, edificado pela sociedade passa a ter valor de novo; uns mais, outros menos; isto varia em cada município, mas isso tem acontecido e trazido alguns benefícios para o hospital, do ponto de vista financeiro e até das relações entre o empresariado local e a própria Santa Casa. Inclusive do ponto de vista das formas de se desenvolver esse tipo de relação, elas têm sido bastante mais profissionais do que as relações que se tinham antigamente. Ainda se rifa um boi, faz-se quermesse ou bingo para arrecadar dinheiro para os hospitais. Há uma porção de coisas que eles acabam fazendo e que, de certa maneira, é uma ação comunitária.

De todo modo, esta relação tem um patamar diferente, até porque a maneira com que esses hospitais têm conseguido demonstrar uma mudança na forma de

atuação e na prestação de serviço têm feito com que a população reconheça isso e passe a participar mais das atividades do hospital – o que é importante para essa idéia de revalorizar os hospitais filantrópicos.

Na primeira fase, havia a idéia de que naquele procedimento de avaliação com o CQH, nos seis hospitais que estavam sendo avaliados, a meta era de que um se tornasse ouro, um prata, três bronze e um não alcançasse nenhuma certificação. Ao final de dois anos do programa, quatro chegaram a ouro e dois a prata.

Dessa forma, a adesão ao programa e a repercussão disso do ponto de vista da avaliação externa foi muito grande. Isso criou uma boa aceitabilidade no meio. Essas melhorias e essas ferramentas de excelência vinculadas à melhoria assistencial, que é absolutamente fundamental. Esse é o programa e a segunda fase, de expansão, está começando agora. Daqui a quatro anos se completa o processo na área de concessão da CPFL.

José Américo Borges

Assessor – Federação das
Santas Casas e Hospitais
Filantrópicos do Estado de
São Paulo

Buscando zonas de convergência

ALGUMAS das palavras de maior destaque na atualidade são *parceria e responsabilidade social corporativa*. Ouvimos falar bastante sobre isso e temos visto iniciativas muito interessantes ao redor desses dois temas, que não se restringem apenas à questão da Saúde. Temos assistido parcerias de sucesso na área de Educação e nas áreas sociais de modo geral. E o que se coloca é exatamente a questão de aproximação e busca de zonas de convergência. Até que ponto os interesses do capital privado, os interesses dos empresários podem convergir para os interesses do setor público?

O Brasil tem uma história muito nova, recente ainda. Não faz muito tempo, havia um sectarismo de colocações em que o setor privado julgava que bastava apenas pagar seus impostos e esperar que o setor público, o governo, fosse tutelar com propriedade a prestação de serviços públicos.

Hoje em dia, essa coisa muda de figura. Um pouco em função da História. Por um lado, nem sempre a resposta do setor público tem sido a melhor. Por outro, o setor privado também começa a enxergar que não vale à pena ser muitas vezes uma ilha de excelência, uma organização de sucesso quando se tem ao redor de si todo um quadro social extremamente carente, agressivo e com necessidades, das mais básicas até as mais elementares, não sendo preenchidas.

O que se percebe é que há uma tomada de consciência progressiva em vários setores do empresariado ao redor dessa questão: até que ponto nós apenas devemos tão somente arrecadar, proporcionar riquezas e não interferir na prestação e na retribuição que o Estado nos deve. Baseado nisso, o que tem se percebido é que muitas empresas começaram efetivamente a ocupar um espaço, que antes era classicamente do setor público. Esse espaço tem sido preenchido com atuações no mínimo interessantes e acho que a gente vai inclusive ter a oportunidade de falar de algumas delas aqui.

O que ajuda nessa aproximação ou nessa *busca de zonas de convergências*? A primeira questão que ajuda é a *identidade de propósitos*, aqui entendida como uma empresa como Organização Social dentro uma comunidade, na qual as pessoas, tanto de um como de outro grupamento são os mesmos agentes. É óbvio que pensemos: *Mas as pessoas são as mesmas*. De fato: *as pessoas que estão na empresa privada são as mesmas que*

buscam o serviço público com as famílias, com seus filhos, com todas as necessidades básicas a serem preenchidas. Até que ponto o empregado pode trabalhar ou produzir satisfatoriamente bem se ele tem agudas carências de ordem social? Essa constatação tão evidente quanto necessária nos faz caminhar na direção dessa identidade de propósitos.

Outra percepção que nos ajuda é a atinente às *relações comunitárias*. O Brasil é um país muito diferenciado do ponto de vista geográfico. Enquanto convivemos com realidades como a cidade de São Paulo, também temos outras como Volta Redonda, Ipatinga, Minaçu, onde as pequenas comunidades vivem muitas vezes dependentes dos serviços prestados por um único hospital.

Assim, uma empresa como a Companhia Siderúrgica Nacional, ou como a Sociedade Mineradora de Amianto de Minaçu, assumem, nessas comunidades, um papel muito mais decisivo e importante do que apenas o de empresas produtivas. Elas são, na verdade, o grande pólo gerador da riqueza e da retribuição do serviço naquela cidade ou comunidade e em decorrência, temos modelos de parceria e de retribuição de atuação conjunta extremamente interessantes. A experiência do Projeto Jari tem um significado também emblemático. Coube à empresa, para instalar o seu projeto, a iniciativa de montar uma verdadeira cidade em volta da extração da madeira e da produção de celulose. Não apenas na instalação, ela teve, por muitos anos, que tutelar toda aquela relação comunitária. Assim como o Projeto Jari, há dezenas de outras relações parecidas como essa, evidentemente com contornos e feições próprias.

Essas questões têm levado a uma ampliação da percepção do que poderia ser o papel empresarial. Hoje se nota que no

empresariado brasileiro já percebe essa relação com uma profundidade muito maior do que se percebia há tempos atrás. Isso tem levado, em consequência, a um aumento da profissionalização. Atualmente, quando se conversa com o pessoal técnico de uma Santa Casa, de um hospital filantrópico, já é possível sentir que a linguagem é mais profissional. Algumas experiências que algumas Santas Casas trocaram com o setor privado aumentaram gradativamente a profissionalização das suas equipes. E aqui voltamos a focar o papel da diferenciação. Existem no Brasil situações extremamente caóticas e outras que apresentam quadros de profissionalização muito interessantes – e falamos apenas do Estado de São Paulo. Podemos especular o que pode estar acontecendo pelo Brasil afora. Em São Paulo existem situações de hospitais filantrópicos que já têm uma linguagem profissional, onde se começam a trocar paulatinamente e progressivamente modelos de atuação e programas mais profissionalizados.

Outra coisa que ajuda muito na *busca de zonas de convergência* é o aumento do nível de exigência do cliente. A população brasileira, embora tenha grandes carências educacionais, também tem tido, ao longo dos anos, um aumento desse nível de exigência, tanto pelos diplomas legais que foram implementados nos últimos anos, quanto pela própria sociedade que começa agora a ter um perfil mais exigente mesmo. Quer dizer, os hospitais que vinham atuando até então sem questionamentos, agora enfrentam esse tipo de cobrança. É muito comum hoje – e, no próprio Judiciário, têm aparecido dezenas de casos – a impetração de ações por erro médico, responsabilização da instituição hospitalar, responsabilização dos médicos – coisas que não aconteciam com tal nível de profundidade há uma década. Em consequência, isso leva, a uma busca de maior profissionalização, sob pena do comprometimento da instituição hospitalar.

O que atrapalha nessa busca de *zonas de convergência*? A primeira questão é a relacionada ao despreparo dos hospitais. Existe ainda, em boa parte dos hospitais, uma cultura e uma prática de gestão baseadas no tradicionalismo e na visão assistencialista. Embora existam modelos de gestão mais profissionalizados, infelizmente ainda em uma boa parte das atuações preponderam esses valores. É muito comum que um hospital, quando quer interagir com a sua comunidade, ainda lastreia unicamente a sua atuação em solicitar donativos, em promover arrecadações fazendo rifas. São práticas que podem até momentaneamente ajudar uma coisa ou outra mais pontual, mas na verdade não guardam nenhuma semelhança com a necessidade de se adotar modelos mais profissionais.

Outra questão que atrapalha muito é a *retribuição da tabela SUS*. A retribuição da tabela SUS tem valores no mínimo dramáticos. A diária de uma UTI tem um custo que varia de hospital para hospital porque cada uma tem a sua configuração, mas, de modo geral, é possível estimar um custo na faixa dos R\$ 1 000, 00 a R\$ 1 100,00. O SUS retribui com R\$ 341,94 uma diária de UTI. Um parto normal custa para um hospital entre R\$ 700,00 e R\$ 800,00 e o SUS retribui com R\$ 404,00. Desse modo, é fácil imaginar a progressão que isso está proporcionando na saúde financeira do hospital, ou pelo menos na inviabilização da sua saúde enquanto instituição. Há hospitais que trabalham com o SUS em torno de 70% a 75% e há hospitais que trabalham com 98% de SUS, dependendo da sua realidade.

Quando existe uma disparidade de receita e de custo como essa, não é difícil imaginar o caminho que a instituição estará seguindo. O efeito quase que imediato é que por força dessa disparidade de retribuição dos valores, todo o foco e toda a energia das lideranças dos hospitais passam a ficar exatamente na busca de soluções para a questão emergencial do déficit financeiro. Ou seja, a busca dramática pelo equilíbrio financeiro subtrai das lideranças a energia e a determinação de adotarem o “pensamento estratégico”. Toda a atenção fica voltada para essa questão caótica do déficit financeiro, e suas agudas consequências para a viabilidade da instituição hospitalar.

É bom que se saiba – e nunca é demais dizer – que no Brasil, hospital fecha mesmo. Santa Casa fecha. Nós temos Santas Casas que fecham. Às vezes uma Santa Casa fecha em uma cidade na qual o único hospital existente é aquele. Essas coisas não estão muito longe de nós. Recentemente constatamos situação semelhante em uma Santa Casa, localizada a 30 minutos da capital de São Paulo, e que é a única naquela cidade. Atende não só a ela, mas toda a região em volta. Está sob intervenção municipal. Se não equacionar o seu problema financeiro, nem a prefeitura terá condições de suportar. Seria mais uma Santa Casa fechada, não fosse a disposição manifestada recentemente por suas lideranças em buscar um caminho alternativo.

Dessa forma, a questão da tabela SUS é dramática e tem sido muito discutida com os hospitais não só no sentido de se queixar para o governo em relação a isso, mas de buscar modelos e alternativas de equacionamento do problema.

Ainda focando o que atrapalha a *busca de zonas de convergência* citamos a ausência de benefícios fiscais que possam proporcionar ao empresariado uma retribuição pela sua aproximação e apoio aos hospitais. Em um rápido retrospecto, é possível lembrar de experiências de sucesso na área da Cultura. A Lei Rouanet tem

Diversas manifestações culturais neste país só foram possíveis depois que a Lei Rouanet foi implementada

dezesseis anos no Brasil. Diversas manifestações culturais neste país só foram possíveis depois que ela foi implementada e deu o anteparo legal para que as empresas pudessem ter uma retribuição, uma reciprocidade pelos seus investimentos na área da Cultura. De todas as manifestações culturais, talvez o cinema tenha mais se destacado por realizações muito interessantes.

O Esporte, há dois anos, conseguiu um diploma legal que vai proporcionar às empresas que desejarem investir nessa área, uma reciprocidade, uma retribuição fiscal. Nada contra a Cultura, nada contra o Esporte, mas a Saúde não tem, neste país, um mecanismo fiscal que possa encorajar o setor empresarial a investir nos hospitais, seja nos seus projetos, seja nas suas operações, proporcionando uma reciprocidade fiscal. Evidentemente as coisas no Brasil são um pouco difíceis nessa área. Quando se busca apoios políticos a coisa nem sempre é muito fácil, mas, há uma grande preocupação em levarmos o assunto da Saúde a ter uma tutela de reciprocidade fiscal, como em outros setores.

Outra questão que atrapalha muito a *busca de zonas de convergência* é a prevalência de valores individualistas na sociedade brasileira, e aqui temos também que fazer uma constatação. Quando alguma coisa oferecida pelo serviço público não funciona, temos uma enorme dificuldade em cobrar coletivamente esse tipo de atuação e uma grande facilidade em buscar alternativas individuais de suprimento desse serviço. Esse é um dos traços mais marcantes de nossa sociedade. Assim acontece na Educação, assim acontece no Transporte, na Segurança, e infelizmente assim também acontece na Saúde.

Até que ponto é possível atuar junto ao Governo e cobrar dele uma atuação mais responsável em relação à Saúde? Peço licença para fazer uma análise com todos aqui presentes: se tomássemos a população brasileira e a dividíssemos em bloco, constataríamos que há uma legião enorme de pessoas que não tem a menor condição de fazer uma coisa desse tipo – um pouco porque lhes falta preparo, porque falta representatividade política. Temos uma minoria lá na outra ponta que não tem o menor interesse em fazer isso porque seus recursos lhe bastam. Mas há uma camada enorme da população brasileira que poderia estar fazendo alguma coisa para mudar essa situação e não faz. Acho que uma questão para pensarmos é se enquanto sociedade brasileira não deveríamos ter uma atuação diferenciada.

Uma outra questão que atrapalha é a *inibição, ou o conformismo* com a situação atual. Por vezes discutimos isso na Federação com as lideranças dos hospitais. Quer dizer, até que ponto como liderança do hospital, estamos levando o assunto da Saúde efetivamente aos níveis políticos que pudessem e deveriam dar uma resposta. Talvez estejamos nos confinando e nos conformando com o papel e posição de vítima. Também acontece muito isso. “Ah, mas o SUS é assim”. Se o SUS é assim, esse é um quadro, mas não podemos morrer com ele, não é? O que vamos fazer? Quais são as alternativas? Temos que sair dessa postura conformista e buscar aí uma postura mais agressiva, no melhor sentido da palavra.

O que pode – ou poderia – ser feito? Maior envolvimento das empresas com os hospitais. Nesse quesito, é bom que se diga que a grande dificuldade não está com as empresas. Está exatamente com os hospitais em levarem os seus projetos, os seus assuntos para as empresas. Os hospitais ainda se conformam muito àquela prática de fazer rifa. Não que essas coisas não ajudem, certamente até ajudam, mas qual é o hospital que leva para uma empresa um projeto estruturado? Dizer para uma empresa: *Olha, se vocês investirem nessa unidade, haverá uma reciprocidade de imagem. Nós*

podemos fazer isso, isso e isso junto com vocês. Às vezes, é possível ouvir, no setor empresariado, algumas falas assim: *Puxa, eu até gostaria de poder ajudar. Mas é difícil.* Isso porque não há projetos, e em muitos casos não há uma atuação responsável também. Em determinadas instituições hospitalares, a figura que lidera a instituição não é alguém muito comprometido com o hospital; foi colocada lá por ser a única pessoa que poderia e que estava mais disponível. Tudo isso vai criando um quadro que distancia o setor hospitalar do empresariado.

É necessário investir. As empresas têm que investir e os hospitais têm que buscar aproximação com elas para investir na profissionalização

Precisamos ter projetos voltados para a sustentabilidade, criar nas instituições hospitalares projetos que tornem a instituição sustentável. E tudo isso converge para esse foco e linguagem da responsabilidade social e corporativa. Todos os apelos que se vêem hoje sobre a área ambiental cabem perfeitamente para um hospital, desde que ele equacione e formule o seu projeto.

O que mais poderia ser feito ainda? Investimento centrado na Educação e na profissionalização do setor. Esse item é uma das chaves da problemática atual.

É necessário investir. As empresas têm que investir e os hospitais têm que buscar aproximação com elas para investir na profissionalização e no esforço educacional das lideranças hospitalares. Já temos isso hoje, em São Paulo. São experiências de sucesso e é um caminho muito promissor e realizador. Em vez de simplesmente ajudar um hospital, vinculado a uma postura de *eu peço e você dá se pode*, à medida que a empresa tem uma visão profissionalizada de que o hospital pode realmente melhorar, ela pode investir na liderança do hospital, nas lideranças médias do hospital, para que esse pessoal efetivamente se profissionalize e ganhe asas, que tenham vida autônoma para resolver as situações do seu próprio hospital. É muito difícil uma instituição se viabilizar se lhe falta competência. Talvez aí esteja uma das grandes chaves do modelo de aproximação das empresas com os hospitais. As empresas têm muito a transferir para os hospitais nessa parte de eficiência, produtividade, modelos de qualidade e há muita carência, do lado do hospital, nessas temáticas.

Nas áreas de controle e de acompanhamento, o que poderia ser feito? Mecanismos de monitoramento e de controle social participativos. Particularmente, nas comunidades menores esse tipo de ação pode realmente avançar bastante. Os hospitais precisam também abrir os seus modelos de gestão para as suas comunidades. Agora, precisa saber fazer isso. O hospital precisa se resolver perante a sua comunidade; ele precisa mostrar para a comunidade que a organização é uma das instituições mais importantes daquele local. Precisa mostrar para a população que o hospital não é importante somente quando se fica doente, ele é útil o tempo todo. É importante a comunidade ter uma instituição hospitalar funcionando profissionalmente a sua volta e, para que isso funcione adequadamente, precisa ter mecanismos profissionais que possam evidenciar para essas mesmas comunidades os seus controles e como é que os resultados dos seus esforços podem ser compartilhados.

Se isto for feito, chegaremos na atuação e cobrança das forças vivas da comunidade em relação aos padrões de gerenciamento dos hospitais. Quer dizer, uma coisa acaba sendo uma resposta da outra. À medida que a instituição se abre para a comunidade, esta pode começar a cobrar com muito mais propriedade os padrões de gerenciamento dos próprios hospitais.

A Federação das Santas Casas do Estado de São Paulo – FEHOSP, tem um programa firmado com a Secretaria do Estado da Saúde, através do qual são proporcionados cursos nos quais as equipes dos hospitais filiados à Federação têm acesso gratuitamente a esses programas. Podemos imaginar toda a sorte de programas de educação profissionalizada que tem sido feitos, desde a profissionalização da recepção e do atendimento até padrões de internação, ou como ter eficiência na lavanderia do hospital, na higienização, entre outros tantos. Há uma série de cursos que vem sendo feitos, desde 2006, por todo o Estado de São Paulo, envolvendo várias

equipes dos hospitais filiados às Santas Casas e hospitais filantrópicos. Nós já estamos nos aproximando de *quase 15 mil pessoas treinadas nesses dois anos e meio.* Tem sido uma experiência extremamente gratificante para a Secretaria da Saúde e para a Federação das Santas Casas. A demanda, o interesse por esses programas, por esses cursos têm sido progressivamente constante e cada vez maior. Há um interesse imenso com relação a isso.

Um outro programa que temos na Federação é o chamado *Mais Gestão*, que é um programa de qualidade que tem uma história, no mínimo, singular. Começou no Rio Grande do Sul com o patrocínio do grupo Gerdau. O Jorge Gerdau cansou de dar donativos para os hospitais. Num belo dia, quando alguém chegou lá e pediu mais um donativo ele teria dito: *Não, eu não vou dar mais dinheiro nenhum para hospital nenhum. Se vocês estão com dificuldade, nós vamos fazer o seguinte: eu vou dar dinheiro para que vocês se capacitem para administrar melhor os seus hospitais.* E aí pegou apoio de profissionais da área da Qualidade e eles formataram um programa para dar mecanismos de Qualidade Total aos hospitais. A experiência no Rio Grande do Sul teve tanto sucesso que esse programa já começou a extrapolar fronteiras locais e agora é nacional.

Em 2008, o atendimento é para 247 hospitais em todo o Brasil. E em São Paulo são 47.

O que é esse programa? O programa *Mais Gestão* é um programa de qualidade estruturado em módulos, nos quais as equipes dos hospitais aprendem desde o primeiro momento a pensarem estrategicamente as suas instituições, a discutirem as estratégias, as missões dos seus hospitais; trabalham o módulo financeiro, o de processos, aprendem as ferramentas de como localizar e otimizar os seus processos e finalizam depois, com todas as metodologias da qualidade e aprimoramento de processos. Estão programadas visitas de *benchmarking*, que são interessantíssimas também. Determinados hospitais, que consideramos como hospitais referência, recebem os hospitais das suas regiões e essa aproximação das equipes dos hospitais proporciona toda uma troca de experiência e ganhos de qualidade.

O programa *Mais Gestão* tem tido um retorno muito interessante. As equipes dos hospitais também avaliam muito bem o programa. Existe ainda uma demanda para trabalhar nos próximos anos. Nacionalmente, é bom que se diga, o patrocínio é do Grupo Gerdau e a Petrobrás também participa do programa com apoio. Já é um investimento, uma aproximação do setor do empresariado com os hospitais, mas em cima de um projeto educacional estruturado, com começo, meio e fim, com metas e resultados palpáveis, monitoramento e avaliações. Toda essa linguagem que o empresariado está acostumado a praticar já começa agora a ser transplantada para os hospitais. Experiência similar tem sido realizada com a parceria da Companhia Paulista de Força e Luz – CPFL. Ela patrocina um grupo de técnicos que repassam a metodologia da Qualidade para vários hospitais do Estado de São Paulo. Os resultados já vêm sendo colhidos com instituições hospitalares qualificando-se e obtendo certificações de Qualidade conferidas por institutos de renome.

Há ainda outras práticas de sucesso. Temos diversas iniciativas de envolvimento comunitário, particularmente nas regiões ou nas cidades que são comunidades menores. Já se percebe um avanço na linguagem, uma aproximação maior dos hospitais com as suas comunidades e as práticas começam inclusive a até nos dar exemplos significativos. O hospital de Palmital conseguiu sensibilizar parte da população para que se desconte na conta de luz uma verba que vai para a organização. Há valores diferenciados: desde cinco reais, dez, quinze, até trinta reais que podem ser renovados a cada ano. No final do mês, o administrador hospitalar recebe o seu cheque da concessionária de energia, presta contas para a comunidade de todo esse dinheiro arrecadado, e do que foi feito com o dinheiro. É uma experiência de sucesso, nascida numa cidade pequena que soube equacionar o seu problema, aproximar a linguagem e atrair a sua comunidade.

Outra prática de sucesso refere-se à articulação com as instituições mais representativas, para atuação junto aos governos federal e estadual. A Federação e a Confederação Nacional têm tido muito essa preocupação de promover essa articulação com instituições mais representativas. Nesse aspecto, a Santa Casa de São Paulo tem sido uma instituição que nos ajuda muito exatamente pela sua representatividade. No momento de se aproximar com autoridades do setor, seja no nível estadual ou federal, procuramos esse tipo de parceria, pela sua representatividade e pelo seu poder de persuasão em relação a essas esferas políticas.

Finalmente, os grandes desafios. Um deles é um *programa de sensibilização* com a população, as autoridades e as instituições. Talvez tenhamos ficado tanto tempo na *autopenalização* pelos problemas do SUS e por aqueles que a tabela do SUS nos provoca, que nos esquecemos de discutir o assunto da Saúde como ele deve ser discutido. Este tem que ser discutido em um grande programa de sensibilização nacional. É necessário colocar o assunto no mesmo patamar, por exemplo, da Cultura. Temos que sair da posição de vítimas ou de coitadinhos para uma posição realmente mais agressiva, mais pró-ativa.

Educação e treinamento constantes. Esses esforços que vêm sendo feitos no Estado de São Paulo são apenas um embrião de programas que devem ser acelerados e intensificados nos próximos anos. Há determinados hospitais que visitamos agora e já se percebe que a chama pegou. Quem visita o hospital e conversa nos setores, percebe as pessoas utilizando linguagem diferente, perguntando sobre determinadas temas, trazendo realizações. Não se pode deixar que isso esmoreça. Não se pode deixar que essa coisa perca o entusiasmo.

Vale destacar um aspecto muito presente na cultura oriental: os programas de qualidade dos países asiáticos, particularmente no Japão, primam exatamente pelas palavras da persistência de perseverança, o que é muito forte naquela cultura. É

preciso, e esse é um desafio, que haja uma persistência na busca dos resultados e na cobrança permanente dos padrões. Tudo o que a gente fizer, tudo o que foi feito e em tudo mais que pudermos fazer temos que ter persistência na busca desses resultados.

Em 1980, durante uma viagem ao Japão, para ver os seus programas de qualidade, testemunhei que as indústrias japonesas já praticavam isso há muitos anos. Lembro-me muito bem de uma palestra que um executivo da *Nippon Steel* proferia sobre qualidade, quando alguém do nosso grupo perguntou a ele: por que um operário japonês, quando varre o chão, varre diferente do operário ocidental? A tarefa é extremamente simples. Ninguém está falando aqui de uma atividade complexa, que possa exigir padrões tecnológicos, mas quem vê um operário oriental, particularmente o japonês, varrer o chão rotineiramente todos os dias e confronta o seu desempenho com o do operário ocidental, verá que existem grandes diferenças. Assim, a grande chave da coisa está exatamente na questão cultural, nessa persistência de se avançar no resultado, conseguir o resultado e mantê-lo. É muito comum nos entusiasmos, atingirmos um grande patamar e lá na frente começamos a apresentar padrões de declínio e depois perder todo o esforço feito. Por isso, precisamos, todos nós, refletir muito sobre isso e equacionar essas questões.

▪ Contratualização e monitoramento dos resultados de serviços de Saúde

A Saúde em processo de mudança

Ana Maria Malik

Diretora do GVsaúde – Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da FGV-EAESP

Introdução ao tema

— Neste Semestre, o primeiro assunto foi *Os Novos Modelos de Organização*. Foram revisitadas as Organizações Sociais de Saúde, OSS, para ver como se encontravam no início de 2008, em termos organizacionais. Também se trouxe à discussão, de maneira isolada, a fundação pública que, possivelmente tornar-se-á uma realidade ainda em 2008.

Em setembro, a discussão foi sobre se é ou não possível gerenciar recursos humanos no setor público. Recebemos como crítica o fato de não termos trazido para apresentação qualquer modelo de Administração Direta. Nossa opção foi deliberada, porque a possibilidade de sucesso na Administração Direta com gestão de pessoas transcende os modelos de gestão propriamente ditos.

O terceiro assunto foi a maneira pela qual a iniciativa privada tem ajudado os projetos públicos. Em função disso, entramos na discussão dos serviços públicos não estatais. Uma das apresentações que tivemos foi a iniciativa da CPFL, que financiou o Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão, no processo de assessoria para as Santas Casas. Também tivemos um representante da Federação das Misericórdias como debatedor.

Para finalizar o Semestre, o assunto do dia é um dos mais importantes: a questão da avaliação e do monitoramento de Contratos de Gestão com serviços de Saúde. A nossa intenção, na verdade, é discutir como isto caminha. Trouxemos duas experiências diferentes para debater e a mim cabe contextualizar o assunto. Uma das experiências que temos é a mais conhecida nacionalmente, justamente em função das OSS: o caso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que lida com os contratos dos hospitais gerenciados por contratos de gestão. A outra experiência, muito bem sucedida e aplaudida nacionalmente, é a gestão de redes que, vem acontecendo em Minas Gerais.

II - Alguns conceitos

II.1 - Contrato

Alguns assuntos precisam ser introduzidos. O primeiro deles é a contratualização. O que se está chamando de contratualização? Quais as partes envolvidas? Trata-se de um contrato interpares ou de um envolvendo superior e subordinado? Há diferenças entre os dois casos. Em tese, quando o contrato é feito entre iguais há muito mais oportunidades de negociação que quando envolve relações de subordinação hierárquica.

Está-se falando de contratos formais ou de intenções? Cada vez mais os contratos vêm sendo formalizados. Na área da Saúde, por exemplo, as avaliações externas, como as creditações, costumam pedir a documentação de todos os acordos existentes, o que se explica em função da rotatividade das pessoas nas posições organizacionais. Há quem diga que isto é ainda mais necessário no setor público, onde pelo menos a cada governo a regra é haver mudanças substantivas no primeiro escalão.

Outra dúvida cabível é quanto a o que está envolvido nesses contratos. Pode-se crer que seja o comportamento, mais ou menos cordato em relação à organização. Eventualmente, trata-se da estrutura desejada, por exemplo, enfatizando sistemas de informação. O resultado esperado por este contrato pode estar relacionado a maior ganho financeiro, ou com aumento de produtividade, entre outras características. Finalmente, tendo em vista o termo *contrato*, que faz parte do vocabulário comum, estabelecendo relações comerciais de compra e venda, de locação, até de trabalho, seria necessário estabelecer as

diferenças entre estes tipos de relação.

Há que se tomar cuidado com a vulgarização do termo contrato, para que não ocorra o mesmo que se observou com as ONGs, organizações não governamentais, expressão que se tornou um chavão. A partir dos anos 1970, tudo o que não fosse empresa com finalidade lucrativa e não pertencesse ao governo passou a ser chamado de ONG.

II.2 - Monitoramento

Monitoramento, por definição, é um processo contínuo. Não se monitora um ponto, de maneira aguda. Monitora-se processos. No entanto, sempre é importante estabelecer o objeto do monitoramento. Pode ser a criação ou o funcionamento de estruturas, a realização – adequada ou não – de alguns processos, pode ser os discursos proferidos publicamente, para identificar até que ponto algo aparece de fato na agenda de um dirigente de organização. Por exemplo, como fazem assessores de comunicação, que monitoram as notícias na imprensa a respeito de determinado assunto, quantidade e qualidade (se favoráveis ou não, se em posição de destaque).

Quanto ao tipo de estrutura, pode-se tratar de *hardware* ou de programas. Vale a pena pensar no acesso que os usuários têm a esses programas e a essas informações e na periodicidade com que isso acontece. O acesso a informações via relatório não substitui a inspeção, mesmo que eventual. Há relatórios fabricados que, dependendo da *expertise* dos avaliadores, se tornam um substituto para a realidade, tornando-a mais bela do que realmente é. As auditorias, sejam elas internas ou externas, podem ter este papel, de verificar a imaginação, o compromisso com a imagem da organização ou o compromisso com a verdade de quem preencheu o relatório. Depende, naturalmente, de quem são os responsáveis por ela.

Quando se está discutindo o assunto monitoramento ou avaliação, pode haver como premissa uma negociação quanto a o que será ou não avaliado. Sempre há o objeto a avaliar e a deixar de lado: resultados financeiros, imagem, conforto, condições visuais do local, qualidade técnica do serviço prestado... Olhar para tudo com a mesma ênfase é possível, porém extremamente difícil. No final de 2008, tanto a rede da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais quanto as organizações da Secretaria de Saúde gerenciadas por contrato de gestão têm uma boa imagem, pelo menos na mídia. Esta “boa” imagem pode não ser uniforme *urbi et orbi*, mas pelo menos na grande imprensa passa como aceitável. E quanto à satisfação dos clientes? Neste caso, o primeiro passo seria definir quem são os clientes e qual o interesse em satisfazer cada um deles: desde a mídia, passando pelo nível central do governo, pelos profissionais, pelos usuários, pela opinião pública em geral.

Quanto aos indicadores que se pode monitorar, é possível buscar eficiência, eficácia, efetividade, acesso, qualidade. Podemos estar simultaneamente preocupados

com recursos, acolhimento, qualidade da assistência, impacto que se tem. No entanto, não se costuma explicitar isto, o que dificulta, por um lado, que se procure os indicadores desejados e, por outro, que eles sejam previstos antes do processo de avaliação propriamente dito.

Há outra questão a considerar, a respeito da relação entre monitoramento e resultado. Na gestão de pessoas isto é um fenômeno aceito, chamado de *efeito Hawthorne*: quando você observa pessoas em relação a alguma característica, ocorre uma distorção no comportamento esperado. Há indícios, se não evidências, de que o monitoramento pode ser considerado fator crítico de sucesso em uma série de experiências desenvolvidas na área da Saúde. Até mesmo no caso das Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo pode-se dizer que o sistema de informações, atrelado a tudo o que ele representa, é um dos catalisadores dos bons resultados.

II.3 - A prestação de serviços

No fundo, há que definir se os prestadores de serviço são as organizações ou os profissionais. Quando se fala em pagamento por desempenho – *pay for performance* ou *P4P* –, internacionalmente, pensa-se em médicos. Este tipo de desenho privilegia o modelo atual, de desintegração da equipe, de individualismo, assumindo que o profissional é o responsável pelos resultados. Há outras situações em que se privilegiam remunerações diferenciadas para unidades dentro de uma organização, utilizando o conceito de unidades de negócio ou de resultado. Por vezes, esses departamentos sabem de que se trata e se organizam para tal. Em outros casos, procuram entender os requisitos de processos de avaliação externa. Além disso, há modelos que preferem privilegiar unidades com diferentes graus de contribuição para o resultado final e quanto mais críticas, mais são privilegiadas.

Tanto a prestação de serviços quanto a sua remuneração deveriam estar assentadas em três pilares internacionalmente legitimados – pelo menos no discurso –, tanto no setor público quanto no privado: *accountability*, liderança e transparência. Em tese, não é mais possível esconder erros, nem da organização nem de seus profissionais, por isto a transparência não é nem mais vantagem competitiva, é uma necessidade. A *accountability* é pelo menos tão importante na Saúde quanto na indústria automobilística e, quanto à liderança, sem clareza de quem dá o tom do caminho e quem se quer seguir, não se chega a lugar algum. Para os consultores, gurus dos nossos tempos, isto não é passível de dúvida: quando não é o Governador, Secretário, ou Presidente da Empresa que toma à frente das ações, não há diálogo possível.

Como estamos – aliás como sempre em Saúde no Brasil – em pleno processo de mudança, cabe uma citação de Ralph Waldo Emerson, para sairmos do modelo no qual nada se cria! *Don't follow where the path may lead. Go instead where there is no path and leave a trail.*

Helidea de Oliveira
Lima

Subsecretária de Políticas e
Ações em Saúde da Secretaria
de Estado de Saúde de Minas
Gerais

O modelo de Minas e a contratualização

AO aceitar o convite para esta apresentação, com ênfase no modelo de atenção à Saúde adotado em Minas Gerais e a importância que para ele tem o processo de contratualização, fui muito incentivada por nossos consultores, o sanitarista Eugênio Vilaça Mendes e a Dr^a. Maria Emi Shimazaki, que julgaram ser uma excelente oportunidade para que apresentássemos o modelo utilizado na secretaria de saúde de Minas e trocássemos experiências.

Sou médica pediatra e funcionária pública há 22 anos. Tenho especialização em Gestão em Saúde e estou atualmente cursando o mestrado em Gestão e Serviços de Saúde no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa ISCTE/Lisboa, em parceria com a Fundação Getúlio Vargas – FGV-Rio de Janeiro. Trabalhei durante oito anos na direção de um hospital privado, em Juiz de Fora, do qual participo como cotista. Sou avaliadora do processo creditação dos hospitais há dez anos. Em 2007, fui convidada

pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais para integrar a equipe de Marcus Pestana, que é o nosso secretário de Saúde. Acredito no desafio de trabalhar a Gestão na Saúde nesse nosso País.

Os pontos solicitados para nossa abordagem foram: desde quando contratamos redes de serviços de Saúde? Por que continuamos a contratar essas redes? Quais as dificuldades ou possíveis conflitos? Quais os critérios que confeririam legibilidade a esses contratados? Como são feitas essas negociações e como

são monitorados esses contratos? E os resultados que estamos obtendo no estado de Minas Gerais.

Para começar, preciso apresentar algumas características do estado de Minas, que também representa a diversidade que acontece no Brasil. Minas é um estado com 853 municípios, com características extremamente diversas, no qual a região Norte e Nordeste é a mais carente e o Sul e o Sudeste bem mais desenvolvido. Além disso, 60% desses municípios têm menos de dez mil habitantes e, portanto, têm uma responsabilidade inequívoca no atendimento da atenção primária à Saúde.

É um estado que apresenta um diferencial de modernização da Gestão Pública, com a utilização de práticas já conhecidas como o *Choque de Gestão*, que consolida em Minas uma cultura do Estado para Resultados. As ações propostas constam do Plano de Governo do Aécio Neves em 2002, no qual as diretrizes da Saúde foram orientadas pelo sanitarista Eugênio Vilaça Mendes. Sem dúvida isso não é uma situação comum de se ver, onde os planos feitos no período eleitoral são plenamente cumpridos e, nesse caso, já há seis anos. Essa continuidade de propósito é uma característica positiva do nosso projeto.

O *Choque de Gestão* é um conjunto integrado de políticas de Gestão Pública orientado para o desenvolvimento. Compreende ações em distintas perspectivas de aplicação: na perspectiva macrogovernamental, cuja aplicação é o governo como um todo; na perspectiva institucional, cujas unidades de aplicação são as organizações governamentais e na perspectiva individual, cuja unidade de aplicação é o servidor. Por outro lado, estas três perspectivas estão relacionadas a distintas categorias de agregação de valor público: resultado, processos e recursos. As reformas de primeira geração foram orientadas para um ajuste fiscal ortodoxo – chamado de *choque de primeira geração*. Essas medidas resgataram a credibilidade do governo. Estamos atualmente vivendo o que chamamos de *choque de segunda geração*, com a promoção do desenvolvimento na perspectiva da governança social, buscando o fortalecimento do Estado para a geração concentrada de resultados. Na Secretaria de Saúde, na perspectiva de resultados, existe um compromisso com a utilização de ferramentas de planejamento e contratualização.

Dessa maneira, nossa experiência em relação à de São Paulo é um pouco diferente. Conhecemos e aproveitamos as boas práticas adotadas pela Secretaria de São Paulo, mas iniciamos o processo de gestão focando a definição de um modelo de atenção à Saúde, seguindo de uma fase de contratualização dos serviços.

Esse modelo reflete o também utilizado no acordo de resultados do Governo com as Secretarias. Em agosto de 2008, como diretrix do governo, após a realização da avaliação do cumprimento das metas pactuadas pelas secretarias, os funcionários da Secretaria de Saúde receberam 94% de um salário extra, como forma de premiação, de acordo com a nota obtida pelo desempenho das metas que foram traçadas.

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), é o instrumento orientador utilizado pelo Governo, onde são consolidadas as estratégias indicativas para o desenvolvimento mineiro. As ações da Saúde concentram-se na área de resultados *Vida Saudável*, com objetivos estratégicos elencados, com metas definidas, funcionando como um contrato do governo com a secretaria. A partir dessas diretrizes é definida a carteira de projetos da Secretaria, com Projetos Estruturadores, Programas Associados e Programas Especiais.

A base desses projetos serve para a realização de acordo de metas, chamados de *acordos de segunda etapa*, com todas as equipes. A proposta é de que no próximo ano essa avaliação de desempenho contemple o desempenho diferenciado das equipes. Os resultados avaliados são baseados nos indicadores dos Projetos e Programas.

O Governo de Minas tem como visão *tornar Minas o melhor estado para se viver*. Assim, todas as secretarias têm que trabalhar dentro desse foco – e nós, da Saúde, analisamos: se queremos ser o melhor estado para se viver, o que nós, como formuladores de políticas de Saúde temos que fazer? Definimos então o APVP como indicador orientador, já que naquele momento não tínhamos como avaliar o AVI, por dificuldades metodológicas de exploração de dados para o AVAI. Com a análise do monitoramento do APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos – definimos os pontos da rede de atenção à Saúde.

O modelo utilizado é o *Modelo de Rede de Atenção à Saúde*. Por que rede de atenção? Foram feitos estudos enfocando a situação atual da Saúde em Minas, que também representa a situação do Brasil. Identificou-se uma mortalidade e morbidade

concentrada em condições crônicas. Conseguimos diminuir a mortalidade infantil, mas ainda temos um elevado número de mortes por causas evitáveis. Há grande prevalência proporcional de doenças do aparelho circulatório e diabetes. Temos uma transição demográfica acelerada, com uma projeção de 15% de idosos em 2025. Há uma prevalência de elevada morbi-mortalidade por condições agudas decorrentes de causas externas e de agudizações de condições crônicas. Existe uma grande desigualdade nos níveis de Saúde e no acesso aos serviços.

Temos já implantado – o que é um fator de sucesso – um plano diretor de regionalização (PDR), com 13 macro-regiões e 75 micro-regiões, o que permite uma

O Choque de Gestão é um conjunto integrado de políticas de Gestão Pública orientado para o desenvolvimento

gestão regionalizada da assistência. Toda macro-região deve ser auto-suficiente na atenção terciária e a micro-região deve ser auto-suficiente na atenção secundária, e os municípios devem ser responsáveis pelo atendimento de qualidade na atenção primária à saúde.

Outro ponto a ser destacado é a definição de diretrizes clínicas, baseadas em linhas de cuidado, que, inclusive, estão disponíveis na Internet, na página da Secretaria. São onze linhas guia: o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério; atenção à Saúde da criança; atendimento hospitalar ao neonato; atenção à Saúde do adolescente; atenção em saúde mental; atenção em saúde bucal; atenção à saúde do adulto – hanseníase; atenção à saúde do adulto – hipertensão e diabetes; atenção à saúde do adulto – HIV e AIDS; atenção à saúde do adulto – Tuberculose; atenção à Saúde do idoso. Essas são as diretrizes utilizadas na capacitação e na formação do profissional da atenção primária e dos hospitais do Pro-Hosp, um programa específico para fortalecer os hospitais socialmente necessários.

Como metodologia para alocação dos recursos financeiros foi realizado, em parceria com a *Fundação João Pinheiro*, um estudo onde foram analisados o índice de necessidade em Saúde (INS), e o índice de porte econômico (IPE). A média desses dois índices gerou o Fator de Alocação que, dividido em *quartis*, possibilita o repasse de mais recursos aos municípios com maior necessidade. É o Fator de Alocação, definido nesse estudo, que orienta o repasse de recursos na efetivação dos contratos. Assim, com essa nova metodologia de distribuição dos recursos, seguimos o princípio constitucional da equidade. E isso já é muito bem aceito pelos municípios. Todos os incentivos dos programas passam pela análise do fator de alocação.

Como á disse, o APVP é o indicador que atualmente utilizamos para acompanhamento, já que nesse momento não temos os dados referentes ao AVAI. Firmamos uma pareceria com a Escola Nacional de Saúde Pública e esperamos tê-los em breve. Considerando os dados do APVP – Anos Potenciais de Vida Perdida, vimos que o que causaria maior impacto nesse indicador seria mortalidade infantil, porque as crianças que morrem precocemente impactam pelo tempo que não vivem. O APVP também é ponderado pela faixa produtiva em que podem ocorrer essas mortes. Nesse estudo, o impacto causado pela mortalidade infantil é de 13%. Assim, definimos a construção uma rede específica, a rede *Viva Vida*, com objetivo de reduzir a mortalidade infantil, materna e por câncer de colo de útero e mama. É um centro especializado de atendimento à mulher e à criança, e é a primeira rede temática representada nesse desenho.

Depois de separarmos os dados do APVP impactados pela mortalidade infantil, estratificamos os dados entre causas externas e de outras causas. Assim, o que impacta no APVP são as causas externas; seguido das doenças cardiovasculares, justificando assim a definição das outras redes de atenção. A segunda rede temática definida foi a rede de urgência e emergência, a terceira a rede de hipertensão e diabetes e a quarta foi a rede de atenção ao idoso, já que estamos tendo um aumento da longevidade. Desse modo, essas redes temáticas foram definidas como prioritárias.

O modelo de rede de atenção à Saúde, como a melhor forma de garantir atenção contínua, integrada e integral às condições de Saúde da população, tem como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde. Estamos investindo fortemente na mudança da gestão do sistema de Saúde com um enfoque na melhoria da atenção primária. O

atendimento à atenção primária à Saúde, de responsabilidade inequívoca dos municípios, está sendo reforçado por ações de fortalecimento executadas pela secretaria. Para isso estão sendo feitos investimentos em construção, reforma e/ou ampliação das unidades de atenção primária.

Anualmente existem 3 700 equipes de Saúde da Família em Minas e já custeamos investimentos em 1 200 unidades, na maioria construções de nova unidade urbana ou rural, que contemplem uma ou três equipes. Existe uma modelagem padrão, definido pelo Programa *Saúde em Casa*, que é um programa de fortalecimento e melhoria da atenção primária à Saúde. Essa é a porta de entrada do paciente na rede. A proposta é de mudança: de uma forma hierárquica de atenção para um atendimento integrado, em rede, onde o profissional da atenção primária é responsável pelos pacientes de seu território, cadastrando-os, estratificando os riscos e sendo responsável pela contra-referência desses pacientes depois de um atendimento nos outros pontos de atenção.

Na rede *Viva Vida*, o ponto de atenção secundário é o *Centro Viva Vida*; e o terciário o hospital que oferece atendimento à mulher e à criança. Na rede de urgência

Os contratos vão estimular a descentralização da gestão e possibilitar um melhor controle

e emergência, da mesma maneira. O ponto de atenção secundário são as unidades de pronto atendimento que atendem urgência e emergência, onde estamos implantamos classificação de risco com o protocolo de Manchester. Os pacientes classificados como *emergente, muito urgente ou urgente* devem ser atendidos nas unidades definidas para atendimento da urgência e emergência; os pacientes classificados como *pouco urgente e não urgente*, podem ser referenciados para atenção primária. Para isso é necessário uma mudança de paradigma, com a conscientização dos profissionais e a população. A introdução da classificação de risco tem demonstrado a fragilidade atual do atendimento de atenção primária, pois estamos evidenciando que 80 a 85% dos pacientes atendidos nas unidades de urgência/emergência são classificados como *pouco urgente e não urgente*. Os pontos terciários de atendimento da rede de urgência e emergência são os hospitais.

No caso da rede de hipertensão e diabetes, o centro de especialidade - *Centro Hipertensão* - é sempre integrado ao *Centro Viva Vida* para que se tenha economia de escala, já que as funções administrativas podem ser compartilhadas. O ponto de atenção secundário para o atendimento ao idoso é o *Centro Mais Vida*. O encaminhamento é feito pela atenção primária, onde após a identificação do idoso frágil, é encaminhado ao centro, recebendo um plano de cuidado, realizando os exames definidos na carteira modelada e retornando à atenção primária para ser acompanhado.

Atualmente temos dois centros *Mais Vida*, de referência macro regional e vinte e dois centros *Viva Vida*, que têm referência micro regional.

Para que a rede funcione de maneira integrada ainda são necessários serviços de apoio e serviços logísticos. Um dos sistemas logísticos necessários é o transporte em Saúde. Temos uma experiência muito exitosa, que funciona com uma forma de gestão de consórcio entre os municípios, onde eles estabelecem parcerias e dividem os custos. O módulo eletivo funciona com a logística de um transporte rodoviário, realizado por um micro-ônibus, com ar condicionado, rota definida, horário previamente marcado - e tudo custeado pelos municípios. O Estado faz o investimento inicial e propõe a logística, ficando sob responsabilidade dos municípios o custeio de manutenção. O módulo de transporte de urgência permite que as ambulâncias sejam exclusivas para encaminhamento dos pacientes críticos. Temos aí um *case* de sucesso, evidenciando inclusive economia dos municípios com o transporte de pacientes.

Com relação ao prontuário familiar, estamos ainda em fase de implantação. Nossa meta é ter o prontuário até o final do ano. Estamos utilizando atualmente o prontuário em meio físico, mas já com condições de ser informatizado.

Analisando as macro-funções do sistema de Saúde, vemos que deveríamos estar fazendo financiamento, regulação e prestação de serviço. Existem evidências de que

quanto mais se faz de regulação e financiamento - e menos de prestação de serviço - , maior o grau de desenvolvimento do estado. Esse é o nosso foco. A nossa missão é *formular, fomentar e regular políticas públicas* e não prestar diretamente serviços. Os hospitais que eram prestadores de serviço dentro da Secretaria de Saúde são gerenciados por uma fundação, a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG).

E o que seria o ideário do movimento da nova Gestão Pública? Dentre os pontos citados pelos autores realcei o uso de contrato para promover transparência e responsabilização. É o nosso objetivo desde o início do desenho da rede, onde a formatação de contrato é uma forma de estabelecimento de uma relação formal. Acreditamos que a relação tem que ser de responsabilização, formal, e tem que partir de uma negociação.

Na avaliação da separação dessas macro-funções os autores citados evidenciam que se aumentaria a eficiência, melhoraria o acesso, porque teríamos uma regra mais clara; eliminaria o conflito de interesse existente, tornando a prestação de serviço mais transparente e melhorando a qualidade do serviço.

Assim, entendemos contrato como *um acordo voluntário entre as duas partes para comprometer assumir ou renunciar, ou fazer ou não determinadas coisas*, de acordo com o citado por Perrot.

Com relação aos tipos de todos os contratos internos, que são aqueles onde o ente contratante e contratado são instituições estatais, como por exemplo, o que o governo do Estado formaliza com a Secretaria de Saúde. Como gerente do programa estruturador *Saúde em Casa*, acompanho as prioridades desse programa. Com um orçamento definido para até 2011, estabelecemos as metas e assinamos compromissos que são assumidos anualmente numa reunião com a presença do governador. Respondo então pelos indicadores pactuados e, trimestralmente, temos uma reunião de acompanhamento com o vice-governador e a secretária de Planejamento, baseado num sistema de monitoramento com farol verde, vermelho e amarelo - e é claro que ninguém quer estar com os resultados no vermelho. Da mesma maneira, monitoramos previamente os resultados com a equipe.

Todas as secretarias acompanham os indicadores que foram estabelecidos na negociação do acordo. Estamos na fase de renegociar os indicadores do próximo ano, baseada nas metas; sempre factíveis, mas desafiadoras e também com recursos já definidos. Então não tem porque não dar certo: temos planejamento, temos recursos e temos essa nova maneira de trabalhar, com uma gestão profissionalizada, focada no resultado.

Dessa forma, esse contrato interno nós já estamos exercitando. Estamos atualmente aprimorando a forma de contratualização externa, que é aquela realizada com o prestador, com os municípios, com os consórcios, com as ONGs - com aquele que for o responsável por executar a tarefa de prestação dos serviços.

Os contratos vão estimular a descentralização da gestão e possibilitar um melhor controle. Dão maior consequência ao planejamento estratégico e por isso vão aumentar a eficiência. Incentivam a criação de sistemas de informação gerencial. Temos ainda fragilidade nos sistemas de informação

Melhorar a gestão da clínica também é uma justificativa para utilização de contratos. Temos todo um programa de educação permanente à distância, de especialização com o foco na gestão da clínica.

A lógica de contratos fortalece o sistema de gestão e usa incentivos para aperfeiçoar o desempenho. É uma relação formal, uma solução de cooperação, não podendo ser imposta; é uma pactuação bilateral que tem que ter uma cultura gerencial, que vai focar o interesse do usuário e dar mais transparência e maior permeabilidade do controle social. Tem-se então que ter um diálogo permanente e, para isso, manter fóruns de diálogos, com retificação dos problemas em tempo real. Possibilita também uma responsabilização comum. Temos um responsável pelo indicador, que responde pelo não atingimento. Por exemplo, na mortalidade infantil, temos uma meta de diminuir para 11 por 1 000 nascimentos. Temos municípios com um resultado de 4 por 1 000 e municípios com 30 por 1 000; se continuarmos perseguindo 11 por 1 000, sem estratificar os resultados por municípios, teremos um maior esforço do que se intensificarmos as ações naqueles municípios que atualmente têm os piores resultados. Estamos estratificando por município, por micro região e por macro região para definirmos ações necessárias.

No conteúdo dos contratos temos que definir o produto; escolher e organizar os recursos; coordenar o tempo e o espaço; definir o sistema de garantia, gerando

credibilidade. Os centros *Viva Vida* são custeados integralmente pelo Estado. Se os municípios não tiverem a confiança que mensalmente vão receber o recurso, não podem garantir, por exemplo, a contratação dos profissionais. Além disso, tem que ter um sistema de monitoramento e avaliação. O nosso desafio atual é no processo de monitoramento e e avaliação.

No conteúdo dos contratos também precisa estar claro qual o sistema de pagamento. Atualmente pagamos de acordo com a modelagem proposta para a carteira de serviço a ser executada, de acordo com parâmetros populacionais *per capita*. Os centros atendem aos pacientes de toda a microrregião referenciada e recebem por estes pacientes. No contrato existem metas a serem cumpridas e no final do período estabelecido os Centros enviam um relatório onde analisamos não só a produtividade, mas também os indicadores de qualidade definidos previamente.

No sistema de incentivo estamos atualmente propondo uma melhoria do modelo utilizado na gestão do programa de fortalecimento da atenção primária, com a criação de um bônus. Esse valor poderá ser utilizado para a contratação de um gerente da unidade ou ser revertido como premiação da equipe.

Dentre as variáveis dos contratos temos: os objetivos do sistema, a evidência e o custo-efetividade das tecnologias de saúde que vão ser usadas, a disponibilidade e capacidade de ajustar a oferta de serviços de Saúde; e as necessidades, demandas e expectativas dos cidadãos.

O plano de contratação deve englobar: as condições estruturais do prestador; quais são os instrumentos de gestão da clínica que ele vai utilizar, seguindo nossas diretrizes e protocolos; a condição de acesso e a especificação de padrões de qualidade dos serviços.

A contratualização deve ser um processo contínuo, onde saímos de um modelo de subsídio incondicional para uma forma de contrato relacional, de parceria. Assim foi a experiência da secretaria com os hospitais. Minas têm cerca de 600 hospitais. A maioria dos hospitais é de pequeno porte, com baixa taxa de ocupação e com grande número de internações sensíveis ao atendimento ambulatorial. Em 2003, foi realizado um estudo que evidenciou que 135 hospitais eram considerados *socialmente necessários*, sendo então formatado um programa de fortalecimento dos hospitais - Pro-Hosp. Esses hospitais recebem incentivos numa relação formal de contratualização. Como regra de contrato está definido que o incentivo deve ser aplicado no máximo 50% em custeio, pelo menos 40% em investimento e 10% em modernização gerencial. Temos também um processo de desenvolvimento das pessoas com um curso de Gestão Hospitalar realizado pela Escola de Saúde Pública, direcionado aos diretores dos hospitais Pró-Hosp. Atualmente são sete turmas descentralizadas por todo o estado. Assim os hospitais utilizam o recurso para atender aos vazios assistenciais existentes, baseado no compromisso que assinaram no contrato de gestão. O valor do incentivo é calculado baseado no *per capita* referenciado para o hospital. A regulação acompanha se o hospital está realizando o contratado de acordo com o número de atendimento de pacientes do município e da região.

E, para finalizar, quais são as necessidades identificadas na nossa experiência de contratualização?

A primeira é a unificação dos instrumentos contratuais vigentes. Mapeamos os processos de contratos dos projetos prioritários e estamos centralizando a função de unificação dos instrumentos num núcleo de contratos. A idéia é formatar um instrumento único, com uma base legal comum e com os anexos específicos de cada programa. Por exemplo, o programa *Saúde em Casa* contrata o incentivo oferecido por equipe, o programa de educação permanente para o médico, a capacitação no plano diretor da atenção primária, etc. Com a unificação dos instrumentos, a parte legalista é comum a todos os programas e os anexos têm a especificidade de cada programa.

Dentre as vantagens da unificação dos contratos temos a possibilidade de alinhamento e padronização, com metas bem definidas; dar uma visão sistêmica adequada ao nosso modelo proposto de rede; fazer o monitoramento efetivo dos contratos. Assim será possível um aprimoramento no processo de avaliação e monitoramento. Também será possível a acreditação da rede assistencial, que é nossa meta que possamos avaliar a qualidade de atendimento das redes de atenção à Saúde.

Para isso, precisamos alinhar os instrumentos existentes atualmente. Precisamos definir um processo de monitoramento, desenvolver instrumentos de negociação, meta, valor financeiro dos contratos e implantar um modelo que conduza os

prestadores à implantação da política de gestão da qualidade. Estamos no momento desenvolvendo uma experiência de implantação da gestão da qualidade nos hospitais, com premiação das melhores práticas. Todos nossos programas têm uma premiação, incentivando uma forma de discriminação positiva. Nosso secretário, Marcus Pestana, sempre insiste na premiação como forma de incentivo à disseminação de boas práticas. O programa de melhoria da qualidade junto aos hospitais prevê uma auto-avaliação, seguida de visita de avaliação realizada pela equipe da secretaria. Os melhores hospitais definidos nessa visita recebem então um diagnóstico externo realizado por uma instituição acreditadora.

O Programa *Saúde em Casa* tem por objetivo universalizar a oferta para a população de atenção primária à Saúde, melhorando essa qualidade ampliando o acesso - por isso temos que aumentar a cobertura - e incrementando qualitativamente essas unidades.

Para todos os programas estruturadores temos metas. Atualmente temos uma

O Canal Minas Saúde é uma proposta educacional inovadora com um modelo de educação à distância utilizando a televisão e a Internet

cobertura de 61% de cobertura da população pelas equipes de PSF temos 3 700 equipes. Temos anualmente que aumentar o número de equipes para fazer melhor a cobertura da atenção primária. Também temos que monitorar o total de internações sensíveis ao atendimento ambulatorial - atualmente 31% das nossas internações.

Monitoramos o total de investimentos em infra-estrutura. O Estado investe recursos na melhoria das unidades de atendimento da atenção primária. Oferecemos uma planta como padrão mínimo. Os municípios apresentados nesse mapa com a cor verde já receberam uma unidade, os azuis pelo menos duas unidades e os brancos ainda não receberam. Com isso teremos unidades adequadas ao atendimento da população e com melhores condições de trabalho para a equipe. Também temos um incentivo mensal repassado à equipe, de acordo com o fator de alocação já citado.

O programa de educação permanente (PEP) para médicos também é outro *case* de sucesso. Reconhecendo o corpo de profissionais como elemento fundamental para a garantia da qualidade dos serviços de Saúde, a secretaria implantou o PEP, direcionado ao desenvolvimento profissional e pessoal dos servidores, por meio de troca de experiências, do estudo em grupo e da auto-aprendizagem reflexiva. Já estamos com 465 profissionais capacitados, sempre com parcerias para as universidades. São formados grupos de aperfeiçoamento da prática (GAP) com oito a dez profissionais médicos da equipe do PSF sob a responsabilidade de um médico coordenador. Periodicamente se reúnem para o processo de educação permanente.

Outra iniciativa educacional implementada pela secretaria é o *Canal Minas Saúde*, numa proposta educacional inovadora com a montagem de um modelo de educação à distância utilizando um misto de mecanismos de comunicação: a televisão e a Internet. Atualmente temos 3 800 profissionais que já começaram a capacitação na *Gestão da Clínica* e estão no terceiro módulo. Todas as quintas-feiras às 15h00 têm uma hora de aula. Foram colocadas antenas de TV em todos os 3 700 postos de PSF, nos hospitais Pro-Hosp e assim estamos incentivando a implantação das diretrizes clínicas.

Aqui são apresentados os indicadores que pactuamos com os municípios: cobertura vacinal, consultas pré-natal e condições sensíveis.

Quanto à forma de repasse do incentivo, estamos propondo alterações, com a unificação dos instrumentos de contratos assistenciais, com a inserção de proporcionalidade baseado no cumprimento das metas e com a introdução de bônus de acordo com o desempenho.

O Plano Diretor de APS é uma estratégia de capacitação, onde a nossa equipe capacita os tutores - profissionais das Universidades. Estes capacitam multiplicadores locais, que capacitam as equipes locais. Nessas oficinas presenciais, realizadas a cada dois meses, com período de dispersão para realização de trabalho de campo. Na

primeira oficina avaliam rede de atenção e fazem um diagnóstico local do funcionamento da rede; depois, da mesma forma, avaliam o funcionamento da atenção primária. Assim incentivamos a utilização de instrumentos para as equipes locais cadastrarem e classificarem o risco da família, organizando a agenda de atendimento. A décima oficina é o sobre o contrato de gestão. Nessa oficina os profissionais identificam todos esses pontos apontados no contrato de gestão firmado com o município, assumindo os compromissos e metas pactuadas.

A rede *Viva Vida*, como eu já falei, tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e a mortalidade infantil, com metas pactuadas. Os centros são pontos de atenção secundária só recebendo pacientes referenciados a partir da atenção primária.

A rede Viva Vida tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e a mortalidade infantil, com metas pactuadas

O investimento da construção e os equipamentos são de responsabilidade do Estado, assim como o custeio mensal. Existe um contrato formalizado entre o Estado e o responsável pela gestão do Centro, porque pode ser um consórcio de Saúde, uma fundação, uma universidade ou o próprio município. Nesse contrato são pactuadas as metas. Existe uma base legal, com publicação de resoluções e uma modelagem com a carteira de serviço a ser oferecida. Essa modelagem também quantifica a necessidade de profissionais e gera o valor final de repasse para cada Centro. A construção pode ser feita pelo departamento de obras do Estado ou pelo próprio município. Os equipamentos de grande porte são adquiridos diretamente pela secretaria e os de pequeno porte são adquiridos pelo ente gestor, por meio de convênio realizado pela secretaria. Os valores de repasse também seguem a lógica *per capita* e o fator de alocação. Inicialmente são repassados os valores referentes aos quatro primeiros meses, como forma de antecipação do recurso para início do funcionamento. Também são definidos valores de acordo com o funcionamento adequado, numa parte fixa – 75% – e como parte variável – 25%.

O instrumento de contratualização é um termo de compromisso, monitorado a cada quatro meses, onde são avaliados os indicadores, o cronograma de implantação, e as parcelas variáveis. Segue também o princípio de garantia da equidade, baseado no fator de alocação – um centro recebe valores diferentes de outro, dependendo da região que ele está localizado. São acompanhados indicadores assistenciais. Por exemplo, mulheres com exame citopatológico alterado, mulheres em faixa de risco com mamografia realizada, atendimento à gestante de alto risco, crianças prematuras – todos relacionados aos objetivos do programa *Viva Vida*, que é reduzir mortalidade materno-infantil.

Como ponto forte do processo de contratualização dos *Centros Viva Vida* podemos identificar metas de produção vinculadas ao protocolo e às linhas guia. Também a existência de uma parte fixa e uma parte variável, e o entendimento da regionalização com o atendimento da população referenciada.

Como oportunidade de melhoria, temos: a inclusão de metas de qualidade na parte variável; reavaliação do intervalo de monitoramento, a revisão do valor total de custeio, separando custo fixo do valor *per capita*, inclusão de cláusula de implantação de sistema de informação.

Apresento agora um exemplo de funcionamento da rede de atenção à Saúde: é o exemplo do município de Janaúba, cujo Secretário Municipal de Saúde, Dr. Helvécio Albuquerque, afirma que foram aplicadas todas as políticas propostas pela secretaria de saúde. Utilizaram um modelo de gestão por resultado, com a contratualização de toda a rede. Baseado no modelo de Liderança Situacional

elaborado por Blanchard, avaliaram o momento de transformação – maturidade 3. Em 1999 encontravam-se num momento de maturidade 1, sendo necessário um período de capacitação da equipe. Em 2001 tinham todos os profissionais capacitados – pós-graduação ou formação permanente em educação em Saúde – e iniciaram a estruturação das unidades básicas. Em 2007, conseguiram a melhoria da performance, muito atribuída ao programa de educação permanente e a instrumentalização da APS com o Plano Diretor. Reestruturaram todas as unidades de atenção primária – tem uma ambiência fantástica, é um lugar agradável e confortável, mesmo com as condições climáticas do norte de Minas. E colocaram instrumentos de monitoramento de indicadores. Definiram os princípios e os propósitos dos contratos de gestão, e elaboraram um contrato constituído de três partes – administrativa, comunitária e assistencial. Podemos destacar como ponto inovador a definição dos indicadores de acompanhamento para cada profissional, com remuneração variável baseada no desempenho.

Assim, o município de Janaúba demonstra uma modernização na gestão, com apresentação de bons resultados. Em novembro próximo teremos um encontro da OPAS em Belo Horizonte para discussão de Modelos de Rede de Atenção à Saúde e 30 representantes irão visitar Janaúba. Os resultados da redução na mortalidade infantil foram citados como destaque em matéria da Revista Veja – redução de 31 por 1 000 para 4,1 por 1 000. Helvécio afirma que “*Morte infantil é morte anunciada, e eu, como gestor, era um assassino porque eu sabia quem iria morrer. Quem tem maior risco de morrer? Aqueles recém nascidos de risco que não recebem cuidado nos primeiros sete dias, aqueles que são filhos de mãe adolescente, aqueles recém nascidos cuja gravidez foi de alto risco, enfim, os que possuam maiores fatores de riscos, estratificados na declaração de nascidos vivos. Assim, se identificamos essas crianças, basta acompanhá-las e diminuiremos a taxa de mortalidade*”. Começaram então a aplicar os instrumentos do Plano Diretor da APS e acompanharam todas essas crianças. Ele cita como primeiro fator na redução da mortalidade a implantação do Programa de Saúde da Família e o segundo, de 2006 para 2007, a implantação da rede *Viva Vida* e do Plano Diretor de APS.

E, por fim, cito a experiência do Programa de Fortalecimento e melhoria da Qualidade dos Hospitais – o Pro-Hosp. O critério de seleção dos hospitais é baseado no perfil dos hospitais necessários para atendimento no pólo micro e macro regional. Existe uma forma de contratualização com uma parte fixa e uma parte variável, assim como critérios para suspensão do programa caso não sejam cumpridas as metas. Os hospitais são definidos com um papel microrregional, atendendo a média complexidade, e macrorregional, atendendo à alta complexidade. Temos atualmente 130 hospitais no programa.

Os indicadores pactuados são aqueles usualmente monitorados por hospitais. Existe um termo de ajuste e meta que é pactuado para cada um dos itens. E com a unificação dos contratos, o núcleo de contrato passa a ser responsável pela formatação de um instrumento que realmente possibilite a avaliação do desempenho assistencial, com o auxílio da equipe do programa. Assim vamos conseguir implantar um instrumento que auxilie na modernização da gestão.

Por fim, menciono como fatores de sucesso desta gestão: a liderança com constância de propósito, a missão da secretaria de formulação, fomento e regulação e não mais de prestação de serviço; o papel do Estado no fortalecimento e melhoria da atenção primária; a lógica de contratualização agora baseada em necessidade; o modelo de rede de atenção e um investimento claro em desenvolvimento de recursos humanos. Todos os gestores da Secretaria estão sendo capacitado com Programa de Desenvolvimento Gerencial, desenvolvido pela Fundação Dom Cabral. E da mesma maneira, investimos muito em capacitação dos profissionais de Saúde que atuam nos municípios, com o PEP para os médicos da Saúde da Família, o Canal Minas Saúde e o Plano Diretor de APS, para mencionar apenas alguns exemplos.

As Organizações Sociais de Saúde em São Paulo

Sonia Aparecida Alves

Diretora de departamento do Grupo de Gestão Econômico Financeira da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde – CGCSS

SOU especialista em Medicina Preventiva, com área de concentração em Pediatria. Atuo no Serviço Público há vinte anos e afirmo sempre que sou verdadeiramente de carreira, pois comecei como pediatra consultante, fui para um ambulatório de especialidades e, posteriormente, na esfera municipal, participei na implantação dos Distritos de Saúde. Na Secretaria de Estado da Saúde, fiz parte da equipe de implantação do Núcleo de Informações Hospitalares das unidades sob Administração Direta. Há um ano e meio, fui convidada para compor a equipe da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde. E há seis meses, assumi o Núcleo de Gestão Econômico-Financeira, embora seja médica, especializada em Pediatria e Epidemiologia de Serviços de Saúde.

A história das Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo começa em 1998, quando, cumprindo compromisso de campanha, o governador Mário Covas terminava a construção de dez hospitais no Estado, mais especificamente na Grande São Paulo, e o desafio era como colocar em funcionamento esses hospitais. Desenvolve-se, então, o projeto das Organizações Sociais de Saúde – OSS.

O projeto se consumou na Lei Complementar 846, de 1998, que define as bases do contrato de gestão, que é firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde e as instituições qualificadas como Organizações Sociais. A Lei 846 define o que é uma Organização Social, quais são os atributos que uma entidade deve ter para poder ser qualificada como tal, quem a qualifica dentro da estrutura do Governo de Estado, e também já define o contrato de gestão como instrumento de gestão.

Após os primeiros anos de experiência com os contratos de gestão, sentiu-se a necessidade de trabalhar também com instituições filantrópicas ou universidades que ou não tinham interesse ou, por conta de seus estatutos, não podiam se qualificar como Organizações Sociais. Adota-se, então, o “convênio de parceria”, que é firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e instituições filantrópicas ou universidades já conveniadas ao SUS.

As entidades parceiras, hoje, na Secretaria de Estado, são vinte, entre Organizações Sociais, Consórcios Municipais e Universidades, sendo distribuídas entre 27 contratos de gestão e 16 convênios, totalizando 43 unidades.

O processo de contratação começa com uma *encomenda* ou projeto inicial, sendo que sempre enfatizamos que a Coordenadoria de Gestão de Contratos e Serviços de Saúde não faz essa encomenda. Esta – e aqui está o grande desafio – deve ser feita pelos municípios, junto com os Departamentos Regionais de Saúde, ou seja, levando em conta o desenho regional e a necessidade real dos municípios.

A partir dessa encomenda definem-se as metas de contratação, que vão ser objeto de uma avaliação contínua. Essa encomenda inicial se traduz depois num acompanhamento constante para redefinir e adequar o perfil do serviço segundo as necessidades.

Constatamos que os primeiros hospitais a serem contratados, hoje, já passaram por várias mudanças, por exemplo, o Itaim Paulista, na Zona Leste, e o Hospital Geral de Pedreira, na Zona Sul, estão completando dez anos agora. O Itaim Paulista nem tanto, ele continua – muito pela necessidade da região – como um hospital regional e geral, com pronto-socorro do tipo porta aberta, com demanda espontânea. O Hospital de Pedreira aumentou um pouco a sua complexidade mediante a necessidade regional.

O contrato de gestão permite o planejamento dos serviços na sua inserção regional. Então, por exemplo, o Hospital Pirajussara, é um hospital com pronto socorro de porta fechada, ou seja, com demanda referenciada, pois na organização da região os próprios municípios deliberaram que seria mais efetivo que os mesmos mantivessem os serviços de pronto-socorro e pronto atendimento e o

hospital fosse uma referência para casos mais graves destas unidades. Já na Zona Leste, no Hospital Itaim, isso não foi possível e o Hospital trabalha com um pronto socorro com demanda espontânea.

Definida a *encomenda* o contrato de gestão permite: incremento ou redução da produção assistencial, aumento da qualidade dos serviços prestados e previsão de desembolso dos recursos financeiros, controle das atividades desenvolvidas e a transparência na gestão dos recursos públicos.

Isso exige pontualidade, exatidão e confiabilidade dos dados gerados, que precisam ser acompanhados, pois refletem o desempenho do hospital. Avaliação quantitativa e qualitativa contínuas, relação transparente e de confiança, qualificação e constante aprimoramento de ambas as equipes – do hospital e da Secretaria – são pressupostos básicos.

Até um ano e meio atrás, a grande experiência da equipe da Secretaria era com o acompanhamento da gestão de hospitais. Agora estamos aprendendo, adaptando instrumentos e criando novos para o acompanhamento ambulatorial – que é uma nova vertente na Coordenadoria de Gestão.

O pressuposto básico na Secretaria hoje é a integração do nível central e nível regional, mantendo contato constante com o prestador.

Os elementos essenciais para a contratação são: planejamento estratégico adequado e conhecimento das necessidades regionais. No caso dos ambulatórios isolados, não vinculados administrativamente a uma unidade hospitalar, por exemplo, eles estão planejados para atingir todas as regiões do Estado, sendo que o primeiro foi o de Votuporanga, no interior, que está fazendo um ano agora. O desafio está sendo contemplar e incentivar o desenvolvimento e a integração regional.

Outros requisitos são: ter um parceiro capacitado e eficiente e disponibilidade orçamentária. É necessário garantir o recurso que foi contrato. Além disso, a definição de metas. É preciso um objetivo quantificado, que todo o planejamento seja traduzido em números, para poder estar contemplado no contrato de gestão.

A Secretaria trabalha com cinco linhas no contrato de gestão, chamadas de *linhas de contratação*, para um hospital: as internações – que são divididas para a grande maioria nas áreas de Clínica, Cirurgia, Obstetrícia, Psiquiatria e Pediatria, a linha de hospital-dia, de atividade ambulatorial, que engloba consultas e cirurgias ambulatoriais, as urgências – que são as consultas de pronto socorro e o SADT externo, que é o que o hospital disponibiliza para outros serviços da região. Isso tudo é traduzido em metas físicas que são contempladas no contrato.

O contrato é dividido em uma parte fixa, que representa 90% do valor de custeio, que financia os custos fixos; e uma parte variável, que representa 10% do valor de custeio, e é usada para incentivo à qualidade.

Inicialmente, na parte variável, estimula-se a adoção de ações que se quer enfatizar. Tomemos como exemplo a questão das comissões.

No início da adoção dessa parte variável, para atingir a meta bastava ter comissão de prontuário montada e funcionante. O próximo passo foi exigir que a comissão de prontuário revisasse no mínimo 10% dos prontuários e fosse enviado um relatório desta revisão para a Secretaria. Fomos evoluindo até o ponto do indicador de comissões deixar de ser uma meta variável e se tornar um pré-requisito.

Hoje temos uma série de indicadores de qualidade que migraram da parte variável para se tornarem pré-requisitos, os quais foram sendo, na parte variável, substituídos por outros indicadores.

O orçamento anual, como já foi dito, é dividido por linhas de contratação - nas internações, o que você contrata são saídas hospitalares; no Hospital Dia, os pacientes atendidos; na atividade ambulatorial são pacientes atendidos, nas urgências também pacientes atendidos e no SADT externo são contratados exames.

Entre os diversos hospitais sob contrato de gestão, o volume acordado em cada linha de contratação é variável, com serviços em que você tem uma linha de SADT externa pequena, porque não se sentiu essa necessidade regional, outros que não têm hospital-dia e assim por diante.

O acompanhamento, tanto da parte fixa quanto da parte variável, é mensal, por meio de um *website* no qual as informações quantitativas, sejam da parte da assistencial, sejam da parte contábil, são digitadas.

A Coordenadoria de Gestão é dividida em dois grupos responsáveis pelo acompanhamento do contrato: o grupo econômico financeiro, que coordena, e o grupo de gestão assistencial.

Trimestralmente acontecem reuniões, em que são avaliados os objetivos da parte variável. Por exemplo, hoje em dia existem quatro critérios sendo acompanhados na parte variável e um deles é melhoria na qualidade obstétrica, em que os hospitais escolhem, mediante um cardápio prévio, quais são as três atividades a serem desenvolvidas para melhoria dessa atividade. Acompanha-se, então, se isso está sendo feito da maneira que foi assumida por ele. A outra é infarto agudo do miocárdio, onde se acompanham o atendimento ao infartado segundo alguns critérios: se ele chega antes ou após doze horas de dor e uso de trombolíticos ou não, entre outros. Esses são alguns dos indicadores da parte variável e isso é acompanhado trimestralmente, com reuniões presenciais. Nestas reuniões tem assento a equipe do hospital, a equipe da coordenadoria e a direção de Saúde correspondente - o DRS correspondente - que é quem acompanha os dados que foram informados. Caso não haja cumprimento da meta pactuada, ocorre o desconto previsto no contrato.

Em relação às atividades da parte assistencial contratada, as reuniões são semestrais e dela também participa o grupo de gestão econômico financeiro. Nelas se avalia o cumprimento da meta nas linhas de contratação. Por exemplo, na linha de internações se a contratação era de 100 saídas/mês e o hospital não cumpriu, ele é objeto de desconto. São duas reuniões semestrais: em julho e em janeiro.

A produção acima do contratado não tem efeito financeiro nenhum, a unidade recebe normalmente o aporte financeiro que consta em contrato. Entre 85 e 100% também não tem nenhum efeito financeiro. Se ele apresenta em relação ao contratado, abaixo, entre 70 e 85% ele já sofre uma penalização de 10%; é como se ele sofresse um desconto de 10% do peso da atividade. As atividades também são divididas por peso. Então para um hospital que tem a hospitalização, a urgência e o SADT externo calcula-se o peso de cada linha dentro do orçamento, o que pode variar muito de um hospital para outro. Um hospital, por exemplo, do tipo porta fechada, que tem de quatro a cinco mil atendimentos/mês no pronto-socorro, tem um peso deste no orçamento muito menor do que um hospital que tem trinta mil atendimentos/mês no pronto socorro. Por isso é calculado um peso para cada linha de contratação e o desconto é em cima desse peso dentro do contrato. Se ele realiza a atividade num volume inferior a 70%, ocorre um desconto de 30%, dentro do percentual daquela linha de contratação.

A exceção a esta regra se dá na linha de contratação da urgência não referenciada, que é a de mais difícil controle por parte do hospital, uma vez que o mesmo não tem o domínio total do volume de atendimento por demanda espontânea que recebe. Claro que existe uma série histórica e que aquilo tende a variar pouco, a não ser que aconteça alguma exceção ou algum fator que leve a um aumento ou a uma diminuição daquele volume. Então esta linha é única que contempla um repasse se houver atividade a maior, ou seja, se o hospital fizer entre 11 e 25% acima do contratado, ele recebe um repasse que vai de 1 a 25% daquele peso da atividade.

Todo esse acompanhamento é formal e previsto na própria Lei 846, nos instrumentos definidos no contrato de gestão e nas orientações do Tribunal de Contas.

A Lei 846 define uma Comissão de Avaliação e Acompanhamento do contrato. Essa comissão deve ser formada pelo menos por dois representantes da Comissão de Higiene e Saúde da Assembléia Legislativa e do Conselho Estadual de Saúde, e outros membros de notório saber que são nomeados pelo Secretário. Essa comissão se reúne trimestralmente

e é apresentado a ela, pela Secretaria, um relatório com todas as informações condensadas da execução do contrato. O relatório deve ser validado pela Comissão de Acompanhamento e enviado para a Assembléia Legislativa para dar publicidade ao mesmo.

O Tribunal de Contas foi evoluindo no acompanhamento do contrato porque, por ser uma coisa nova, da qual a lógica eles não estavam habituados, havia dificuldade de entendimento, mas foi evoluindo a ponto de hoje haver uma Resolução Anual em que o Tribunal define o que deve ser apresentado para prestação de contas em relação ao contrato de gestão.

O contrato de gestão, como citado anteriormente, prevê a avaliação e controle com quatro principais enfoques: os dados quantitativos, que são especificados no contrato de gestão, através de um anexo onde se define a produção, traduzida na meta mensal.

Outro enfoque é o da parte variável, avaliado nas reuniões trimestrais e que contempla os indicadores de qualidade.

O terceiro enfoque prevê a questão dos dados econômico-financeiros, informados também mensalmente. E por último o controle e envio da documentação, ou seja, a questão dos prazos, tudo definido no contrato de gestão.

Há também o encaminhamento do censo de origem de pacientes, que é mensal, tanto de pacientes ambulatoriais quanto exames externos. São exemplos de instrumentos incorporados com o tempo. Quando o atendimento de ambulatório se tornou um pouco mais robusto dentro dos contratos de gestão de unidades hospitalares, houve a necessidade de acompanhamento de variáveis como absenteísmo, sendo que a própria Regional de Saúde sentiu a necessidade de saber de onde vinham os pacientes para diagnosticar as causas de absenteísmo. Para isso, hoje os ambulatórios enviam, mensalmente um censo de origem, tanto do ambulatório quanto do SADT externo, e dessa forma, procura se identificar de que município, de que distrito e de que Unidade Básica de Saúde está sendo feito o agendamento, para entender porque o paciente não está comparecendo à consulta.

Temos, ainda, o SAU, que é o Serviço de Atenção ao Usuário e através deste é realizada uma pesquisa de satisfação e a obrigatoriedade do envio mensal de relatório, além da atualização cadastral geral, que é trimestral, para atualização de leitos e serviços da unidade.

Os indicadores de qualidade, que hoje são 17 e a posição contábil também são enviados mensalmente.

O sistema de custo, feito por absorção plena, tem relatórios enviados trimestralmente, condensados e disponibilizados para a Secretaria e todas as unidades sob contrato de gestão.

O sistema de custos é um sistema em permanente construção. Mas atualmente, pelo menos da parte hospitalar ele já está disponível individualmente em cada hospital, e o grande desafio é a parametrização consensual de centros produtivos e de unidades de produção. Estamos em processo parametrização para os ambulatórios, mas de qualquer maneira temos um universo, nos custos hospitalares hoje, de 18 hospitais, com aproximadamente 4 070 leitos operacionais, 100 mil pacientes/dia, 140 mil consultas ambulatoriais, 140 mil atendimentos de urgência e emergência e um custo médio mensal de aproximadamente 90 milhões/mês.

A Lei 846 define, no tocante às despesas com recursos humanos, que as mesmas não podem ultrapassar 70% do orçamento da unidade, o que também é objeto de acompanhamento.

Em relação às despesas com material médico hospitalar, foi definida uma planilha com 42 itens para acompanhamento de preços balizados pelo sistema estadual de preços, BEC, enviada para Comissão de Avaliação e Acompanhamento no relatório mencionado anteriormente. Em caso de compra de algum destes itens acima do preço praticado pelo Estado, a unidade deve justificar a compra e o preço praticado. Em toda entrega dos documentos, uma constante é a exigência no cumprimento dos prazos.

Dos indicadores para acompanhamento da qualidade, podemos mencionar, desde o tempo de espera para cirurgia eletiva até a taxa de cesáreas em primíparas, rotatividade de funcionários, relação funcionário/leito, mortalidade institucional operatória, entre outros. Existe uma série de indicadores de acompanhamento e a grande maioria já foi objeto da parte variável, ou seja, a implementação e a consolidação passou pela parte variável e, depois de certo tempo, foi retirada da parte variável tornando-se um pré-requisito no contrato.

Pensando na questão orçamentária, foi elaborada uma análise comparativa entre treze hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde - OSS - e treze hospitais geridos por Administração Direta com similaridade de perfis, todos da Grande São Paulo. O orçamento das OSS se mostra 13,5% maior, mas com um número de saídas 25,8% maior em relação à Administração Direta.

Todos os hospitais são incentivados a adotar algum tipo de Acreditação, sendo a grande maioria apresenta algum nível de Acreditação e, atualmente, temos quatro hospitais com Acreditação nível III. Além disso, o modelo foi avaliado pelo Banco Mundial, em 2006, e aprovado como um modelo de gestão hospitalar de sucesso.



NÚCLEO DIRETIVO
Ana Maria Malik - Coordenadora
Álvaro Escrivão Junior - Coordenador Adjunto

COMITÊ ASSESSOR
Ana Claudia Diniz Takahashi
Denise Schout
Djair Picchiali
Luciano Eduardo Maluf Patah
Lucila Pedroso da Cruz
Luiz Tadeu Arraes Lopes
Márcio Vinícius Balzan
Vanessa Sayuri Chaer Kishima
Wilson Rezende Silva

APOIO
Ana Carolina Andrade
Leila Dall'Acqua

Debates GV Saúde

Editor Executivo: Rubens Baptista Júnior
Coordenadora de Arte: Libânia Rangel de Alvarenga Paes

Debates GV Saúde - Número 7 - agosto de 2009 - é uma publicação interna do GVsaúde da FGV-EAESP
▪ Avenida Nove de Julho, 2029 - 11º. Andar - CEP: 01313-902 - São Paulo-SP - telefone: 11 3281-7717
- e-mail: gvsauade@fgvsp.br - endereço eletrônico: www.gvsauade.org - redação: Rua Professor Picarolo, 163
- Cj: 74-E - CEP: 01332-020 - São Paulo-SP - e-mail: debates@gvsauade.org ▪ jornalista responsável:
Rubens Baptista Júnior - MTb: 14 880 ▪ preparação de textos: Bureau Cultural - e-mail:
imprensa@rubens.med.br ▪ arte e produção gráfica: Woz Comunicação - e-mail:
comunicacao@woz.com.br ▪ Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem,
necessariamente, a opinião da revista ▪ É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publi-
cação, sem a autorização expressa do editor ▪ Distribuição em circuito interno.

Parceria



7º Semestre de Debates GVsaúde

Alternativas de Gestão Pública

As novas formas de organização na Saúde são a solução?

Moderador

Wilson Rezende

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

Debatedores

Gonzalo Vecina Neto

Superintendente Corporativo do Hospital Sírio-Libanês

Pedro Barbosa

Professor da ENSP/Fiocruz

É possível gerenciar recursos humanos no setor público?

Moderador

Henrique Antunes Vitalino

Coordenador nacional do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS

Debatedores

Nelson Frenk

Superintendente do Hospital Estadual Vila Alpina

Maria da Gloria Zenha Wieliczka

Diretora Executiva da OS-ACSC

Modernização da gestão e apoio da iniciativa privada à gestão

Moderador

Márcio Vinicius Balzan

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

Debatedores

Paulo Carrara de Castro

Professor-assistente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

José Américo Borges

Assessor – Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo

Contratualização e monitoramento dos resultados de serviços de Saúde

Moderadora

Ana Maria Malik

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

Debatedores

Helidea de Oliveira Lima

Subsecretária de Políticas e Ações em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Sonia Aparecida Alves

Diretora de departamento do Grupo de Gestão Econômico Financeiro da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde – CGCSS.

Parceria:



Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP