

## MESA REDONDA

# Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS)

**Eli Iola Gurgel Andrade - Moderador**

Professora associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

**HÁ DIVERSOS ESTILOS** de organização que foram sendo criados nesses mais de 20 anos da reforma do Estado no Brasil, que colocou em questão os parâmetros da gestão pública do Estado, em particular na área da saúde. Nessa trajetória, ocorreu a criação de artefatos gerenciais variados, cujo conceito e desempenho devem ser urgentemente avaliados e repensados. O mais novo artefato em aplicação é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Participantes do movimento de defesa da saúde pública no país conhecem a grande polêmica em relação à eficiência da gestão pública, que veio sendo pautada, sobretudo, a partir da reforma da Lei n.º 8666/93, das Licitações, depois acompanhada, em 2000, pela Lei n.º 101 da Responsabilidade Fiscal. Elas modificaram o marco regulatório da gestão, introduzindo parâmetros para o planejamento, a transparência, o controle e a responsabilidade. Olhando o setor saúde, é preciso deixar claro, em primeiro lugar, que, ao mesmo tempo em que foi criado no final da década de 1980 um sistema público universal de saúde, passou-se a conviver com grande restrição orçamentária, delineando um cenário que hoje denominamos de subfinanciamento.

A não consolidação do modelo de seguridade social inscrito na Constituição Federal, a partir do Artigo 194, tecnicamente viabilizou a grande subtração de recursos vinculados aos gastos com previdência, saúde e assistência social, que ocorre desde

1988. Em nenhum momento o orçamento da seguridade (detalhado no Artigo 195 da Constituição) foi consolidado na sua finalidade de financiar saúde, previdência e assistência social. A sociedade perdeu, de fato, o controle sobre a aplicação do orçamento da seguridade. Hoje entidades não governamentais fazem a avaliação desse orçamento anualmente e os resultados permitem afirmar que, se ele abrigasse exclusivamente o financiamento dessas três políticas sociais, teria sido possível somar ao longo dos últimos 20 anos um sistema de bem-estar e uma capacidade de gestão pública e de prestação de serviços públicos diferenciados.

A previdência foi menos atacada no sentido do subfinanciamento porque a partir de 1990 toda a arrecadação sobre a folha de salários reverteu exclusivamente para a cobertura de gastos previdenciários, para o financiamento de benefícios, quando antes financiava o conjunto das atividades (previdência, saúde e assistência social) da seguridade. Já não se pode mais, como se falava na década de 1990, dizer

que a previdência está quebrada. Foi possível consolidar a previdência como uma política sólida e hoje a previdência social é um esteio de estabilidade social importantíssimo no país.

### Sistemas em paralelo

O resultado de todo esse processo é que um sistema público insuficiente para garantir acesso oportuno e de qualidade à saúde alimentou *pari passu* a evolução da oferta privada de serviços no setor. Desde a promulgação da Constituição de 88, o setor privado encontrou abrigo para sua evolução como oferta supletiva à oferta pública de serviços de saúde. A partir daí, fomos nos distanciando das experiências clássicas de construção dos sistemas públicos universais.

Na experiência inglesa, canadense e de outros sistemas europeus, a oferta privada de serviços de saúde existe, mas ela não compete com a responsabilidade social do Estado na prestação pública e universal do direito à assistência à saúde. Os panoramas são hoje bastante distintos: a segmentação pública x privada da assistência à saúde no Brasil, as contradições e deficiências que retroalimentam a polêmica em torno da

efetividade dos correspondentes modelos de gestão. A diversidade e proliferação dos artefatos e arranjos na gestão privada comparecem agora como expressão de correção da ineficiência congênita de uma gestão pública estatal.

Questionar tal “fundamento” é condenar-se às “raias da ignorância”, como é de costume ouvir-se aqui mesmo nesse nosso debate. E aqui cabe repetir a velha pergunta dos advogados: tal política de mudança na gestão pública trouxe algum efeito real no sentido de aumentar a qualidade na prestação de serviços ao conjunto da sociedade? Essas formas asseguram um sistema nacional de saúde, nas características e na diversidade adequada a um país dessa dimensão, com sistema municipalizado em mais de 5.500 municípios? Que respostas esses artefatos da gestão privada dão hoje, de fato, para pensar num resultado positivo de sua inserção no lugar da gestão pública? É possível realmente dicotomizar o empresariamento da tendência à mercantilização? É possível pensar que mercantilização incide positiva e automaticamente nas dificuldades de acesso da população à saúde, como um direito universal?

## Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS - A empresa pública

**Jeanne Michel**

Diretora de Gestão de Pessoas na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

**A EBSERH É O MAIS** novo artefato e tem gerado muita controvérsia por uma série de questões que passam pelo viés ideológico, pelos interesses corporativos, por interesses econômicos e pelo interesse do governo brasileiro de resolver um problema antigo. A empresa é ainda muito jovem, ainda não se conhece o seu futuro. Ela conhece onde quer chegar, mas o como ainda é percurso em construção.

Para falar da EBSERH, é necessário contextualizar: trata-se de uma empresa criada pelo Ministério da Educação (MEC) para gerenciar uma rede que, em março de 2015, continha 50 hospitais universitários distribuídos em todo o país. É a maior rede formadora na saúde do país. Historicamente ocorreu uma condição de deterioração que vem sendo discutida pelo

governo federal pelo menos desde 2004. Buscavam-se soluções para a chamada crise dos Hospitais Universitários (HUs), determinada por anos de abandono pelo próprio governo federal. O subfinanciamento passou pelo espaço da discussão da universidade pública, que foi subfinanciada de uma forma brutal na década de 1990. Foi deixada à mingua. E, evidente-

mente, o subfinanciamento afetou uma das unidades acadêmicas mais delicadas do ambiente universitário, o hospital universitário. Trata-se de um tipo de instituição com alta densidade tecnológica, grande número de pessoas e que faz a maior interface, provavelmente, que a universidade tem com a vida real da sociedade, prestando assistência. O subfinanciamento, porém, levou os HUs a uma situação que se tornou quase insustentável.

### **Primeiro, um diagnóstico**

Em 2008, o então ministro da Educação, Fernando Haddad, decidiu criar no Ministério da Educação, na Secretaria da Educação Superior, uma Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde para tratar deste tema. Fala do ministro na primeira reunião a respeito desse novo órgão: “Olhe, não passa um dia que não venha um reitor aqui pedir dinheiro para o seu HU. A gente aporta dinheiro e a situação não melhora. Então antes de aportar mais recursos, eu quero um diagnóstico. Vocês têm como missão criar um banco de dados e fazer uma análise da situação real e a partir daí propor planos para que o investimento público tenha efetivo resultado na melhoria dos serviços, na melhoria da formação”.

Foi feito um acordo com os reitores das universidades federais, numa reunião da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), para que fossem dadas as informações necessárias para o banco de dados. Por que foi preciso um acordo? Porque os anos de vacas magras fizeram com que as instituições usassem um recurso muito conhecido de quem passa por crise: aumenta-se o tamanho do problema, pede-se mais dinheiro para ver o que vem e aí se consegue sobreviver. Havia uma série de informações que não eram reais. Na verdade, os bancos não tinham dados totalmente reais. Então foi feito um pacto. “Olha nós queremos melhorar a situação, mas para isso vocês têm que ser honestos. Têm que nos dizer qual é realmente o tamanho do problema”.

Discutiu-se muito, conseguiu-se avançar bastante, os dados coletados com os dirigentes dos hospitais e com os reitores foram validados e a conclusão a que se chegou foi a esperada, mas foi mal dimensionada: o financiamento inadequado, subfinanciamento, e a composição do orçamento dos hospitais universitários. O MEC financiava 70% e a saúde financiava 30%, por meio da produção do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas esses recursos nunca eram suficientes. A deterioração física e tecnológica

ficou evidente. O parque físico, com poucas e honrosas exceções, foi totalmente deteriorado, equipamentos sucateados, falta de equipamentos, que levaram inclusive ao abandono dos hospitais por parte dos docentes das universidades. Uma questão sempre discutida: o abandono, a não presença, está muito relacionada à falta de condições. Um bom docente quer ter condições de ensinar o seu aluno e quando não lhe são dadas essas condições ele tende a se afastar. Esse fenômeno foi muito observado na rede federal. Ocorreu uma situação em que não foram feitos concursos. Tínhamos um quadro de pessoal que minguava. Para fazer face a esses problemas, porque os hospitais não podiam fechar os seus serviços, as universidades foram criando fundações de apoio e começaram a contratar pessoas por várias modalidades para os hospitais por meio dessas fundações. Eram feitos desde contratos regulares via Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), até Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA), que perduravam por 10, 15 anos; contratos de cooperativas e simplesmente contratos sem explicação.

Esse diagnóstico levou a uma pactuação bastante dura com o Ministério da Saúde, que acabou sendo fechada na Presidência da República e culminou no chamado Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), de reestruturação dos hospitais universitários federais. Então em 2008 teve início o diagnóstico. Durante 2009 praticamente inteiro trabalhou-se no diagnóstico e na negociação e em janeiro de 2010 foi publicado o Decreto Rehuf. Esse dispositivo propôs um mecanismo de financiamento paritário inovador que permitiu que se aportasse um pouco mais de recursos. Com esses recursos e com controle e avaliação mais criteriosa conseguiu-se avançar em muitas coisas: reestruturou-se física e tecnologicamente algumas unidades; foi possível comprar equipamentos, fazendo compras centralizadas, o que na escala permitiu um custo muito interessante para equipamentos de excelente qualidade; foi possível comprar insumos também da mesma forma, no ganho de escala por fazer pregões nacionais para os itens de maior custo, maior impacto, tanto itens individualmente mais caros, como quimioterápicos e antibióticos, e itens de grande volume e por isso também com grande impacto.

### **Processos de gestão**

Isso melhorou várias coisas. Foram discutidos contratos com gestores do SUS de forma a melho-

rar um pouco o financiamento, mas restavam alguns problemas. Principalmente a melhoria dos processos de gestão, pois o diagnóstico apontou também uma incapacidade virtual de fazer gestão, porque não havia um modelo e não havia formação. A cultura nos hospitais universitários era de que para ser um bom diretor bastava ser um bom professor. E um bom professor de cirurgia nem sempre é um bom diretor de hospital. Então isso levou a uma situação em que havia unidades com melhor gestão, porque a pessoa que estava no comando se preparou, buscou, aprendeu, estudou ou tinha um talento inato para gestão. E havia aquelas gestões que não andavam. Não andavam por falta de modelo.

Não se conseguiu recuperar o quadro de recursos humanos dos hospitais. Foi negociada com o Ministério do Planejamento uma mudança de carreira, uma nova possibilidade, contratos temporários. Discutiu-se durante um ano e nada de conseguiu avançar, também por conta de uma mobilização dos sindicatos da área, que entendiam necessário preservar a carreira original das universidades, que não permitia fixação de profissionais em hipótese alguma. A premissa de que todos os que trabalham no hospital têm de receber o mesmo salário é cruel. Não se contratavam nem se fixavam médicos com o salário inicial da carreira do nível superior das universidades, assim como os outros profissionais. Eram feitos concursos, contratava-se, uma enfermeira permanecia seis meses numa unidade de terapia intensiva sendo capacitada, aprendendo e, em seguida, ela ia para o mercado para ganhar três, quatro, cinco vezes o que ganhava no HU. Esse era um perfil cruel e esta carreira, no modelo do regime jurídico único que tinha se instalado nas universidades, com a cultura que tinha se instalado, também era muito complicada: controle de frequência é pecado, mas os profissionais são pagos com dinheiro público e não vão trabalhar. Como essa foi a situação encontrada, havia a necessidade de criar outro regime, outro modelo.

### Ideias novas

O modelo de integração com a universidade e com as atividades de ensino e pesquisa também carecia de aprimoramento e isso demandava pessoas novas. Ideias novas, um arejamento do quadro. A solução encontrada pelo governo federal foi a cria-

ção da EBSEH. Da rede de hospitais universitários apenas um sobreviveu ao período das vacas magras ileso. Conseguiu manter-se com boa qualidade, alta performance, alta tecnologia, alunos satisfeitos, professores pesquisando intensamente e a população altamente satisfeita com o resultado. Era o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o hospital da UFRGS, criado na forma de empresa pública, já há mais de 40 anos. Com esse modelo, ele passou ao largo da crise. Praticava uma contratação no modelo CLT, como uma empresa pública, como uma estatal. Tinha financiamento direto para a folha e é isso que o preservou, porque o que consome a maior parte do recurso dos hospitais é a folha de pagamento.

## A EBSEH é uma ferramenta de gestão que o MEC criou para apoiar suas universidades no gerenciamento dos seus hospitais.

Esse modelo passou a ser buscado, mas havia a crítica de ele apresentar dupla porta. Frente a isso, o modelo foi estudado em suas vantagens e desvantagens para tentar encontrar uma proposta diferente. Havia uma enorme pressão dos órgãos de controle, por conta das contratações irregulares das fundações de apoio. No Tribunal de Contas da União (TCU), desde 2006, já havia acórdãos determinando ao MEC e às universidades que terminassem esses vínculos precários. Foram feitas diversas dilações de prazo até que, em 2011, o último acórdão previa que até dezembro de 2012 seria necessário dar uma resposta. E nesse contexto criou-se a lei da EBSEH, muito discutida no plenário da Câmara, no Congresso. A primeira medida provisória caiu, num contexto político que não envolvia necessariamente a EBSEH. Assim, partiu-se para um projeto de lei, aprovado em dezembro de 2011.

A EBSEH é uma ferramenta de gestão que o MEC criou para apoiar suas universidades no gerenciamento dos seus hospitais. Portanto, a EBSEH é MEC, vinculada diretamente ao gabinete do ministro da Educação e tem a difícil tarefa de buscar esses consensos. Num ambiente integralmente inserido no SUS, fazer o casamento das necessidades das universidades com as suas áreas acadêmicas, nos seus cursos da saúde e outros, de administração, de direito, de engenharia, enfim todos os cursos com

os hospitais universitários e atendendo às necessidades do sistema.

### **Contratação de pessoal**

O grande problema, desde o início e que continua existindo, é a questão de pessoal. Então, a migração de um modelo de contratação por regime jurídico único para um modelo de contratação CLT é gradual e durante um bom tempo a EBSEH tem os dois regimes funcionando simultaneamente. É sempre importante olhar o que diz a lei. A lei cria uma empresa pública unipessoal com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio e com capital social integralmente de propriedade da União. Isso acaba com o primeiro debate, que é aquele da privatização. É uma empresa pública, 100% pública, com recursos totalmente públicos, do Ministério da Educação, criada para gerenciar unidades do Ministério da Educação.

A lei da EBSEH determina que ela tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e afins. E fazer serviços de apoio ao ensino, à pesquisa, à extensão, ao ensino/aprendizagem de pessoas, observada a autonomia das universidades, o que foi outro grande conflito. A EBSEH terá ingerência na autonomia da universidade, lembrando que os parágrafos do artigo terceiro reforçam que as atividades de assistência estão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do SUS. Entra uma discussão que sempre vem à tona: a colocação de um artigo que prevê que a EBSEH poderá ter o ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei n.º 9.656 de 3 de junho de 1998 que permite que, se pacientes que têm convênios privados forem atendidos no serviço público, o gestor deve ser notificado e tem o direito de pedir o ressarcimento. Então, de novo, esse foi um item que os sindicatos usaram muito para dizer: "Olha lá, olha a privatização. Olha, vai atender convênio". Afinal, quais os objetivos da EBSEH? São que os HUs possam prestar assistência de excelência dentro do SUS para dar condições adequadas para o ensino. É simples assim. O corpo dirigente da EBSEH sempre foi composto por docentes com uma história longa de carreira em universidades federais. E o entendimento deles é que não se ensina bem se não houver condição de assistência ideal.

### **Falta de condições**

Os alunos estavam sendo ensinados em ambientes destroçados, com equipamentos precários, sem

modelos, sem protocolo, sem gestão. Não é esse o profissional que o SUS deseja. O profissional que deve ser formado precisa entender que meta pactuada com o gestor é para ser cumprida, aprender que pacientes devem ser atendidos com dignidade e em boas condições e ter acesso ao que há de melhor em evidências científicas e alta tecnologia, porque o mundo gira rápido demais. Os alunos de graduação, mas principalmente os especializando, precisam ter contato com essas inovações, porque a rede de hospitais universitários tem um perfil de alta complexidade importante e é onde se cultiva o celeiro de especialistas para o país. A premissa é que, sem qualidade, não se ensina. Caso contrário, reproduz-se a mediocridade.

O planejamento estratégico de 2015 define com clareza quem são os clientes da EBSEH. Eles têm uma função junto ao SUS de prestar serviços de excelência às universidades, porque devem oferecer cenário de prática que dê condições para exercer a função da universidade que é ensinar, pesquisar, enfim. A EBSEH tem um conjunto formado por uma sede em Brasília e uma rede de hospitais interligados, mas independentes. As unidades dos hospitais têm vida própria, gestão própria, mas são coordenadas por uma sede que faz as articulações e as integrações. Os hospitais também são clientes da sede, na medida em que esta provê condições para que eles possam trabalhar.

O mapa estratégico para 2015/2016 desenhou objetivos de resultado. Os de resultado imediato são: melhorar o desempenho da contratualização com o SUS (rever contratos); ofertar serviços mais adequados; cumprir as metas e melhorar a qualidade da atenção à saúde, porque não adianta só discutir produção. Além disso, deve melhorar as condições dos hospitais como cenário de prática para o ensino e a pesquisa. Para atingir tais premissas, existem objetivos habilitadores: garantir o provimento e desenvolvimento da força de trabalho; viabilizar a infraestrutura, implementar soluções de tecnologia de informação; aprimorar a gestão; disponibilizar recursos orçamentários e financeiros necessários; e viabilizar a integralidade do cuidado na atenção, para mudar o modelo de atenção dentro dos hospitais. A missão é aprimorar a gestão dos hospitais universitários federais e congêneres. Estes estão na lei para poder atender a um pedido do Ministério da Saúde. Nosso objeto básico tem sido os hospitais universitários federais. As visões de longo prazo: até 2016, estruturar a rede de hos-

pitais com alcance gradual dos resultados contratualizados com o SUS.

A EBSEERH pertence ao MEC, mas seu discurso é cumprir as metas do SUS, porque se isto não for feito não será criado um modelo. No final de 2014, na apresentação para o Conselho de Administração do balanço de resultados, eram 36 meses de história, mas apenas 23 de efetivo funcionamento (considerado após a aprovação do plano de cargos e do quadro). Em fevereiro de 2012 saiu uma notícia no Correio Brasiliense dizendo que a EBSEERH era empresa de um homem só. Porque ela só tinha o presidente nomeado. Então foi uma construção rápida, complexa, mas bastante efetiva.

### Boas práticas

O modelo de gestão é de processo baseado em boas práticas, definidas em conjunto com os hospitais. Todas as construções são coletivas a partir das experiências que os hospitais têm para criar modelos, com base em evidências científicas, discussão com o conjunto de hospitais e parcerias para aprendizados. Existe uma parceria importantíssima com o Hospital Sírio-Libanês para capacitação e gestão dos hospitais. Dez hospitais fizeram com o apoio das equipes do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês os seus planos diretores estratégicos e em 2015 serão feitos mais 15 hospitais. A Associação Columbus, entidade europeia que faz a integração entre universidades da América Latina e Europa, serve de *benchmark* internacional e o Consórcio da Catalunha tem atribuições muito similares às da EBSEERH. Tem um consórcio de hospitais públicos gerenciados por meio de um modelo de interesse.

Em março de 2015 foram atingidos 30 contratos assinados. O Rio de Janeiro está pensando no assunto e mais um conjunto de universidades onde estão sendo dimensionados serviços e pessoal, porque pessoal é o nó górdio da história. Após dimensionar o quadro de pessoal e obter a aprovação do Ministério do Planejamento para fazer os concursos, firma-se o contrato. O modelo de trabalho é um contrato de

gestão gratuito com a universidade, que tem de ser formalizado nas regras da Lei n.º 8.666. No conjunto de hospitais, existe a premissa de ampliação e abertura de leitos que estavam fechados. Então, desse conjunto que foi avaliado, a proposta é abrir 32% dos leitos a mais do que existem com um quadro de vagas autorizadas para concurso de 29 mil. Ou seja, em relação ao quadro de pessoal existente, composto de servidores e daqueles com vínculos precários considerados indesejáveis pelo TCU, estão sendo acrescentadas 18 mil pessoas na rede de hospitais. Já existem, em março de 2015, 24 concursos homologados, 25 mil pessoas contratadas.

As soluções estão sendo construídas em conjunto com os hospitais. Na rede, cada hospital tem algo de muito bom para compartilhar com os seus parceiros. A premissa de que temos grandes instituições que são modelos e que serão o farol para todos os demais cai por terra: há grandes instituições com excelentes modelos, mas há pequenas instituições, bastante deterioradas, com equipes maravilhosas fazendo trabalhos importantíssimos. Então a premissa da EBSEERH é juntar as pessoas, fazer com que elas discutam os processos e proponham protocolos e modelos.

Cabe à sede viabilizar sua implementação. Já se obtiveram grandes melhorias. O *feedback* das universidades, dos reitores, dos docentes tem sido muito positivo. Não se resolveu tudo e não se vai resolver tudo em curto espaço de tempo. O ministro Haddad quando propôs essa saída lá atrás, já dizia: "Olha, vocês vão sem muita sede ao pote porque esse é projeto para dez anos. Não é um projeto imediato. Até porque o tamanho dos problemas é muito grande". Mas já se está conseguindo criar a noção de rede. Os hospitais comportam-se e conversam na condição de uma rede. Tecnologia da informação é muito importante para ter um modelo de gestão informatizado unificado em que os hospitais podem trocar dados e informações. Toda sexta-feira de manhã é feita uma videoconferência com os 30 superintendentes e suas equipes para esclarecer dúvidas, trocar ideias e alinhar conceitos, alinhar modelos. A ideia é criar um modelo de gestão, que não existia.

# Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS

**Eduardo Ribeiro Adriano**

Coordenador da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CGCSS - SES)

**A INTENÇÃO É DIVIDIR** um pouco a experiência exitosa do governo do Estado de São Paulo com 17 anos de parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS) para a gestão de equipamentos próprios de saúde do Estado. Falar em Organização Social de Saúde é, por definição, falar de uma entidade privada sem fins lucrativos que, por força de lei, se apresentou ao Estado pleiteando qualificação para gerir equipamentos públicos de saúde.

A partir dessa qualificação, a OSS está autorizada a firmar, com a respectiva esfera de governo, um contrato de gestão. No caso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, esse contrato se presta à gestão de um equipamento de saúde próprio estadual que, de forma alguma, perde sua qualidade de equipamento exclusivamente voltado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Seu atendimento é 100% para o SUS, embora seja gerido por uma OSS.

O histórico da estruturação do SUS é bastante conhecido. No entanto, é importante lembrar que, apesar das dificuldades, muitos foram os avanços obtidos. A era pré-SUS é de desigualdades de direito de acesso e cidadãos de duas categorias, os previdenciários e os sem cobertura, sendo que o sistema previdenciário privilegiava basicamente medicina curativa e não preventiva. Era um cenário de grandes desigualdades epidemiológicas (em 1980 havia quase 83 óbitos em menores de um ano para 1 mil nascidos vivos, com grandes desigualdades entre as regiões – Nordeste, 117 enquanto Sudeste, 57, no mesmo ano). Os princípios de universalidade, saúde para todos, integralidade, atenção a toda a sociedade e equidade – que é dar o tratamento específico a depender da necessidade de cada um –, baseados em diretrizes de descentralização e hierarquização e participação popular mudaram essa realidade.

Na Constituição, o SUS vem nos artigos 196 e subsequentes, sendo que no 196 já se apresenta o âmbito de atuação do SUS, quando se afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

## Parceria entre público e privado

De fato, o SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, a de n.º 8080 de 1990, que traz

os alicerces que construíram a possibilidade da parceria entre o poder público e a iniciativa privada na construção de um sistema melhor. No artigo 24, da mesma lei, temos que, quando as disponibilidades forem insuficientes, está o SUS autorizado a recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, sendo que essa participação complementar deve ser formalizada mediante contrato ou convênio e que as filantrópicas e as sem fins lucrativos deverão ter preferência na participação complementar ao SUS. O SUS organizou-se, houve uma importante ampliação do acesso à saúde e ele se tornou um dos sistemas públicos de saúde mais pujantes do mundo.

O estado de São Paulo tem cerca de 44 milhões de habitantes, 22% da população do Brasil; uma cobertura de saúde complementar que, em algumas regiões chega a 43%, 45%, uma expectativa de vida crescente (já passando da faixa dos 75 anos); mortalidade infantil de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos; cobertura de pré-natal com sete ou mais consultas de 76%; e estrutura na gestão da saúde bastante regionalizada, com 63 regiões de saúde e 17 redes regionais de atenção à saúde.

Uma característica importante da estrutura do SUS em São Paulo é a rede própria do governo do Estado, que conta com 61 ambulatórios, nove dos quais administrados diretamente pelo Estado, e 52 ambulatórios médicos de especialidades, unidades estaduais administradas por organizações sociais; 91 hospitais, dos quais 43 da administração direta, 40 administrados por organização social e oito hospitais de ensino vinculados a autarquias e fundações. Além disso, 15 unidades da rede de reabilitação Lucy Montoro em parceria com a Secretaria dos Direitos da Pessoa com

Deficiência e uma rede conveniada sob gestão estadual, que tem cerca de 150 serviços contratualizados. Dentro desse contexto da rede própria, os hospitais geridos por organização social têm importância bastante significativa, representando cerca de metade da oferta de leitos.

A implantação da parceria com as OSS em São Paulo deu-se em 1998 num cenário em que havia 17 obras inacabadas em hospitais de gestões anteriores que necessitavam ser finalizadas, equipadas e gerenciadas. Enfrentava-se um cenário de restrição à ampliação de gastos com pessoal, por conta da lei de responsabilidade fiscal. E nesse contexto, no esteio da Lei Federal n.º 9.637 de maio de 1998, foi publicada a Lei Complementar n.º 846 de 1998, que regula a qualificação de entidades como organizações sociais no Estado de São Paulo para gerenciamento de equipamentos públicos.

Em março de 2015, eram 35 entidades qualificadas como OSS no estado; dessas, 29 mantêm contratos de gestão firmados com o governo do Estado de São Paulo para gerenciar 40 hospitais, 52 ambulatórios médicos de especialidades, sete unidades de reabilitação da rede Lucy Montoro, três serviços estaduais de diagnóstico por imagem, uma central estadual de armazenamento e distribuição de insumos de saúde (Ceadis), três centros estaduais de análises clínicas e uma Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (Cross), central essa que faz toda a articulação para que a Secretaria de Saúde possa dar uma estrutura em rede a todos os seus equipamentos estaduais. Ou seja, até março de 2015, eram 107 equipamentos estaduais sob gestão de OSS. Há hospitais predominantemente concentrados na Região Metropolitana de São Paulo, além de alguns de grande porte no interior (Hospital Regional de Presidente Prudente, Hospital Universitário de Taubaté, dentre outros).

### Regras contratuais

O contrato de gestão que rege a parceria pública com a OSS é baseado em metas e resultados. Tal documento aponta uma série de obrigações da contratada, que não se restringem à produção. Os resultados também têm de evidenciar qualidade. Todos os contratos de gestão estão disponíveis para acesso livre no portal da transparência no governo do Estado de São Paulo, bem como os seus termos aditivos eventuais ao longo dos exercícios. Então, esses 40 hospitais produziram, em 2014, cerca de 345 mil saídas hospitalares; 1 milhão e 900 mil consultas

ambulatoriais; mais de 2 milhões de atendimentos de urgência; entre outros resultados.

Esses 40 hospitais funcionam com 41.850 funcionários, dos quais 7.725 são médicos. Possuem cerca de 7 mil leitos operacionais ao SUS. Em relação aos ambulatórios médicos de especialidade, estes diferem dos ambulatórios comuns, uma vez que têm no seu escopo de trabalho a função de fazer diagnósticos, implementar tratamentos e devolver o paciente à rede básica, servindo como uma camada intermediária de assistência ao SUS entre as unidades básicas e os hospitais. São 52 ambulatórios médicos de especialidades que se encontram de forma descentralizada em todas as regiões do estado. Da mesma forma que nos hospitais, os contratos de gestão referentes aos Ambulatórios Médicos Especializados (AME) sempre buscam metas e resultados. Em 2014, foram mais de 5,5 milhões de consultas entre médicas e não-médicas. Os 52 AMEs possuem 11.190 funcionários, dos quais 3.567 são médicos especialistas.

Como mencionamos, a parceria começou em 1998. O início deu-se com a implantação de hospitais; os AMEs começaram aqui em 2005 e a implementação tem sido contínua. Desta forma, ano a ano o governo do Estado busca ofertar à população novos serviços, sejam eles hospitais, ambulatórios ou serviços de apoio mais estratégico, por meio da parceria com organizações sociais. Outra modalidade de serviço também sob gestão de OSS é a rede de reabilitação Lucy Montoro: hoje são sete unidades, entre institutos, centros e serviços, que contam com 868 funcionários, dos quais 19 médicos, pois o foco é a reabilitação, sendo o médico o condutor dos processos e o núcleo é a equipe multidisciplinar.

### Inovação e sucesso

Quanto aos serviços de apoio, foi uma experiência inovadora e de sucesso, que tem como objetivo atender ao conjunto de unidades próprias estaduais, sejam elas da administração direta ou administradas mediante contrato de gestão. São três centros estaduais de análises clínicas (laboratórios que centralizam a realização de análises clínicas de 62 unidades, hospitais e ambulatórios); três serviços estaduais de diagnósticos por imagem, que da mesma forma fazem a gestão dos serviços de imagem de 43 unidades (hospitais e AMEs), captando as imagens, emitindo laudos remotamente e devolvendo às unidades em até quatro horas após a solicitação; uma central de distribuição de insumos de saúde e uma central de regulação de oferta de serviços de saúde.



Os três laboratórios (Centros de Análises Clínicas - Ceacs) representaram um grande passo na direção da economicidade no segmento de serviços de apoio. Essa centralização permitiu que 62 unidades demandadoras, entre hospitais e ambulatorios, passassem a ter como executante dos seus exames de análises clínicas esses três Ceacs. Trata-se de uma ordem de grandeza de 22 milhões de análises clínicas por ano. O ticket médio unitário era de R\$ 15 antes da implantação desses três serviços e hoje gira em torno de R\$ 4,50, incorporando todas as complexidades de exames e atendendo inclusive os hospitais oncológicos em toda a sua complexidade.

Existe na secretaria um sistema de acompanhamento da execução desses contratos de análises clínicas que é o Sistema de Regulação Laboratorial (Reglab). Por meio desse sistema de informação, a secretaria acompanha um a um todos os exames realizados. O exame é realizado pelo Ceac, confirmado pelo solicitante e a SES tem acesso a todas as informações via sistema, inclusive ao laudo do exame.

Os serviços de diagnóstico por imagem tiveram o mesmo objetivo: modernizar os departamentos em cada hospital. Há três centrais de imagem que são centrais de laudos. Cada uma tem de 20 a 25 baias com radiologistas subespecialistas nas áreas, atendendo sete dias por semana, 24 horas por dia, recebendo exames de imagem de 43 unidades entre hospitais e ambulatorios. No ano de 2014, foram realizados mais 2 milhões e 300 mil laudos nessas três centrais, atendendo a parâmetros de qualidade e de tempo de resposta muito importantes. Um problema grave aqui que se conseguiu resolver era a demora para um laudo de ressonância que podia chegar a uma semana, dez dias. Aqui o parâmetro para exame é 10 minutos de tempo de captação. Então, o exame feito em 10 minutos chega na central e é devolvido à unidade solicitante em até quatro horas.

Outro serviço de apoio também sob gestão de organização social é a Central Estadual De Armazenamento de Distribuição de Insumos de Saúde (Ceadis). Fisicamente, ela localiza-se numa planta de 4.250 m<sup>2</sup> no bairro da Companhia de Entrepósitos e Armazéns Gerais de São Paulo (Ceagesp), aqui em São Paulo, e atende a 19 unidades estaduais, movimentando mais de 6.700 itens por mês e atendendo a mais de 73 mil pedidos, com estoque médio armazenado de R\$ 28 milhões. Cada uma das unidades

continua adquirindo os seus insumos (tanto hospitais da administração direta quanto aqueles sob contrato de gestão).

Todas as ordens de empenho ou as ordens de compra, uma vez feitas pelas unidades, são encaminhadas via portal web para a Ceadis, ao mesmo tempo em que se informa ao fornecedor que o local de entrega daquela aquisição é no galpão Ceadis. Via portal web, o fornecedor agenda a entrega e diariamente a Ceadis reabastece cada um desses hospitais, sob o sistema Kanban<sup>1</sup>, em que os hospitais são equipados com armários com gavetas de duplo compartimento. Cada compartimento é suficiente para abastecer o setor por dois dias. Ocorrem duas leituras por dia em cada um desses hospitais, a leitura do Kanban gera um pedido de reabastecimento e a gaveta é reabastecida no dia seguinte. Isso trouxe alguns benefícios importantes para as unidades. Primeiro, a reorganização local: hospitais que tinham três, quatro meses de estoque de determinados itens (principalmente hospitais da administração direta, que têm maior dificuldade na aquisição) passam a ter maior segurança no consumo e com isso a possibilidade de manter menor saldo de estoque.

A Cross é outra unidade estadual sob gestão de organização social, cujo objetivo é operacionalizar a regulação de oferta de serviços de saúde ambulatoriais e de emergências de toda a rede do Estado: os filantrópicos, os contratualizados, os municípios, toda a rede. A Cross é uma ferramenta operacionalizada na Secretaria de Estado da Saúde pela Coordenadoria de Regiões de Saúde, que tem no seu escopo de atribuições executar essa regulação. Existe um portal web, para permitir abrangência a partir da conexão com a internet. A central está instalada em dois andares na região da Praça da República, no edifício Andraus, com 1.500 m<sup>2</sup> e 336 funcionários (dos quais 117 médicos). É uma força de trabalho bastante qualificada para fazer a regulação na ponta. Participam desse sistema hoje 2.975 unidades solicitantes e 726 unidades que oferecem serviços para a rede. Essa ferramenta regulou em 2014 mais de 7 milhões de consultas ambulatoriais, mais de 5 milhões de exames e procedimentos ambulatoriais e mais 137 mil casos de urgência e emergência. Toda a regulação de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) das unidades próprias estaduais do Estado de São Paulo está na Cross.

1. Termo utilizado em administração da produção. É um cartão de sinalização que controla os fluxos de produção ou transportes em uma indústria.

Para acompanhar esse conjunto de 107 serviços no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, existe a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), que faz o acompanhamento basicamente em três macroprocessos. Primeiro a elaboração do contrato, do instrumento contratual; a seguir passa-se ao acompanhamento executivo físico financeiro e dos indicadores de qualidade de cada um desses contratos; cada contrato desses culmina com uma prestação de contas e cumprimento das exigências legais.

### **Acompanhamento de contrato**

Para construir o contrato de gestão, uma vez que a entidade é qualificada pelo poder público como organização social, ela está habilitada a participar de uma convocação pública. Cada novo equipamento que será objeto de gestão por organização social é submetido a uma convocação pública em que as entidades qualificadas como OS podem apresentar-se para manifestar interesse e entregar um projeto assistencial para aquela unidade. Esse projeto passa por uma série de análises técnicas dentro da secretaria, no que se refere à proposta assistencial, ao custo, ao custeio, ao investimento. Essas análises são encaminhadas ao secretário de Estado da Saúde, que tem a prerrogativa legal de definir qual será a OS gestora do equipamento objeto dessa convocação. Feito isso, publica-se em Diário Oficial e encaminha-se para o Tribunal de Contas, em cinco dias passados da convocação.

O segundo ponto é o acompanhamento da execução desses contratos, não só em bases de metas quantitativas, mas também indicadores de qualidade, mensalmente. Trimestralmente, há reuniões com cada um dos 107 gestores, que comparecem à secretaria para uma reunião em que estão presentes também representantes do departamento regional de saúde onde o equipamento está inserido e técnicos da CGCSS para fazer o realinhamento e eventualmente alguma repactuação que se faça necessária.

Trimestralmente avaliam-se indicadores de qualidade e semestralmente de produção, o que pode gerar realinhamentos contratuais realizados por meio de termos aditivos. Há prestação de contas para todos os órgãos internos e externos de fiscalização. Desde 1998, ano a ano, cada unidade gera um processo de prestação de contas no Tribunal de Contas no qual se busca esgotar quaisquer dúvidas. Prestam-se contas à Secretaria da Fazenda, ao Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus), ao Ministério Público, à Assembleia Legislativa e a todo e qualquer órgão que se apresente solicitando informações.

Existem sistemas de informação que são próprios da Secretaria de Estado. Todas as OSS alimentam-no mensalmente com informações que passam por um crivo técnico da coordenadoria. A data de inserção desses dados é um indicador do contrato, porque se não fosse assim certamente nós não conseguiríamos dar continuidade a esse trabalho. O Reglab é um sistema de informação específico para acompanhar a realização dos exames laboratoriais. Há ainda um sistema de informação de acompanhamento da produção SUS de cada unidade, acompanhamento esse que tem como objetivo "lastrear" as informações encaminhadas. Por exemplo, quando se está diante da informação da unidade de que foram atendidos 200 pacientes, vamos em busca de pelo menos 200 Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs). Todas as informações têm lastro, para que não seja uma simples alimentação do sistema.

Também há controle de patrimônio, porque todos os bens que estão lá são públicos estaduais, dos quais a entidade gestora do momento tem o termo de permissão de uso. Os contratos têm vigência de 60 meses, mas a cada 12 meses é feito um termo aditivo repactuando metas e financiamento. Esse conjunto de unidades demanda do poder público um grande esforço de investimento. No ano de 2014, esse conjunto de 107 unidades demandou um aporte de mais de R\$ 4 bilhões na sua manutenção.

# Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS

**Jorge Motta**

Diretor técnico do Hospital do Subúrbio (HS) – Salvador/Bahia

## **ASPARCERIAS** público-privadas

O momento de discussão é importante porque qualquer cenário é uma oportunidade de troca de ideias. As dificuldades e vicissitudes enfrentadas pelo Hospital do Subúrbio, mesmo localizado um pouco distante daqui, no Estado da Bahia, não são muito diferentes daquelas enfrentadas seja na realidade dos hospitais universitários, seja na dos hospitais públicos da rede de urgências, seja também a dos hospitais da estrutura de rede complementar em todo o Brasil.

O Hospital do Subúrbio surge como unidade de urgência e emergência de alta complexidade, situada numa região extremamente carente da cidade de Salvador. O subúrbio ferroviário de Salvador começou a ter uma estrutura mais formal na década de 70 e, até o ano de 2010, a primeira unidade hospitalar de alta complexidade que surgiu naquela região foi o Hospital do Subúrbio. Uma região extremamente carente do ponto de vista de serviços básicos, de serviços sanitários, de segurança pública, de transporte, de educação, mas com uma população muito diferenciada no sentido de conhecer seus direitos e muito partícipe do processo.

O hospital foi pensado pela Secretaria de Saúde como uma oportunidade de reestruturação e requalificação da rede de urgências, complementando o que já existia. Numa busca de desbravar o caminho em direção a uma saúde pública melhor, o perfil do hospital foi desenhado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) como hospital de urgência e emergência para pacientes adultos e pediátricos, tanto em situações puramente agudas como aquelas com casos mais crônicos agudizados por demanda espontânea e por demanda referenciada. Ele não foi feito com estrutura ambulatorial eletiva, embora tenha uma estrutura de ambulatório de egressos na qual é possível fornecer o seguimento dos pacientes.

O grande volume de atendimento do Hospital do Subúrbio é cirúrgico; 43% das suas internações são cirúrgicas, das quais o trauma é a principal causa. Os pacientes clínicos respondem por 38% das internações. O restante são internações pediátricas.

### **Atuação clara**

O projeto do hospital surgiu com definição de atuação muito bem descrita, culminando na identificação dos seus objetivos e nas suas metas contratuais. As metas contratuais são definidas e pactuadas com o poder público, tanto quantitativas como qualitativas, e norteiam e muito a atuação assistencial e gerencial do serviço. O cumprimento das metas está diretamente relacionado à remuneração pelos serviços prestados pela instituição, o recebimento de sua contraprestação mensal fixa.

As metas quantitativas correspondem a 70% da contraprestação financeira do hospital; as metas qualitativas, a 30% da contraprestação. As metas quantitativas estão relacionadas à internação, com a avaliação das saídas hospitalares, do atendimento ambulatorial e de urgência/emergência, dos procedimentos realizados e a produção de exames em Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT), com o quantitativo de exames produzidos.

Em relação às metas qualitativas, há um rol de 31 indicadores qualitativos, alguns clássicos, outros não tão clássicos. Entre os quais a satisfação do usuário e a certificação em qualidade. O hospital optou pelo modelo da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Hoje a instituição é acreditada ONA nível II, apesar de seus pouco mais de cinco anos de existência.

O modelo está dentro da lógica de requalificação da urgência e emergência numa região extremamente carente, num distrito extremamente carente. Cerca de 22% da população de Salvador está na região do Subúrbio Ferroviário, que é densamente povoada. Segundo dados da Secretaria de Segurança Pública, mais ou menos 33% da criminalidade encontra-se situada nesta região.

O hospital ainda tangencia a principal via de acesso a Salvador que é a BR 324, então tudo leva à vocação dessa instituição a esse perfil de urgência e emergência, numa assistência a uma comunidade que necessita desse suporte. Esse propósito, gerenciado pelo público ou pelo privado, não deixa de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) porque desde o seu nascimento seu foco principal é a preservação dos princípios do SUS. O Hospital do Subúrbio, gerido hoje pela Prodal Saúde, que venceu a licitação, traz consigo uma premissa principal que é vir para cumprir os princípios do SUS. A partir do momento em que o hospital respeita os princípios e a prática, ele traz um fortalecimento ao SUS e favorece, com organização e disciplina, melhores condições no enfrentamento dos problemas do sistema de saúde, sejam aqueles ligados à gestão, assistência em si, e/ou ao subfinanciamento.

Lidar com metas e controle num cenário em que a cultura ainda não é voltada para isso é um grande desafio, para o qual é necessário preparar as pessoas. 94% das internações vêm da urgência e emergência; em torno de 6% vêm do ambulatório de egressos.

## Epidemiologia

A primeira estratégia para lidar com isso é a fundamentação epidemiológica. No hospital existe uma sanitarista de formação, com 25 anos de experiência em saúde pública, 15 anos de experiência em projetos sociais e agora em uma fase de reestruturação de envolvimento com outros modelos. Ela é a nossa diretora geral, a líder institucional. A epidemiologia foi a estratégia utilizada para estruturar toda a nossa organização, a partir da necessidade da população.

Outro ponto estratégico em relação ao trabalho foi a opção pela cultura da segurança do paciente, a cultura da qualidade. Esta é uma meta contratual que a direção teve a satisfação de implementar, particularmente pelos benefícios reais observados na prática assistencial. Foi necessário trabalhar governança clínica, estruturando dentro da instituição os seus processos estratégicos, dentro de cada processo estratégico o foco no acesso, o foco nas pessoas, o foco nas linhas do cuidado. No Estado da Bahia, o modelo assistencial, às vezes, é muito cruel, afastando o médico do conceito horizontal e do conceito mais próximo ao paciente. Observa-se isto tanto na medicina privada, quanto na medicina pública.

Um modelo fragmentado no qual na segunda-feira esteja o dr. A, na terça o dr. B, na quarta o

dr. C, na quinta o dr. A volta e desfaz tudo o que foi feito antes. Essa falta de continuidade, de horizontalidade, interfere na assistência. Na proposta de governança foi feita a reestruturação de processos estratégicos, da própria assistência, a cada processo, e da interação entre processos.

No Estado da Bahia, a chamada medicina hospitalar era muito incipiente e o Hospital do Subúrbio foi o primeiro hospital público a incorporar este conceito. Tudo isso sem perder foco no que é política de SUS: é um hospital que trabalha com acolhimento, classificação de risco; que trabalha com o Humaniza SUS, um hospital que tem todo o cuidado de preservar essas políticas e essas diretrizes.

A ética é usada intensamente, pois é uma ferramenta fundamental em qualquer estruturação de política de gestão, de gerenciamento de unidade; uma ferramenta fundamental na funcionalidade, na operação correta da prática médica. E, dentro dessa estrutura de cultura de qualidade e de segurança do paciente, não só a organização por processos, não só o modelo assistencial em si com a medicina hospitalar, com a governança ética, mas também o ensino. Trata-se de um instrumento, uma ferramenta para formar equipes e pessoas cada vez melhores, embora isso não seja uma meta contratual. Isso vem sendo feito com contrato de cooperação técnica com a Universidade Federal da Bahia, com a Escola Baiana de Medicina e outras instituições, trabalhando a figura do graduando de Medicina, mas também de outras disciplinas nesse exercício da multidisciplinaridade. O hospital já teve a chance de oferecer campo de estágio, de experiência em torno desses quatro anos, a cerca de 1.200 pessoas.

Nesse fomento ao ensino, também veio a residência médica, com apoio do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde às residências médicas nas áreas básicas, para o perfil do hospital, a clínica médica, a cirurgia do trauma, a ortopedia e pediatria. Além disso, há campo de estágio em caráter opcional para outras residências do município de Salvador e do Estado. Ensino é um ponto estratégico de trabalho.

Outro aspecto fundamental é a transparência do hospital. Parte dela foi pensada desde o modelo contratual. O hospital tem vários canais de comunicação, não só com o usuário, mas com o poder concedente, contratante do serviço. Também há metas pactuadas acompanhadas regularmente pela própria Secretaria de Saúde do Estado, verificadas, levantadas mensalmente, avaliadas trimestralmente.

O Hospital do Subúrbio é um dos mais auditados do país, e isso é bom. Isso construiu na equipe cada vez mais a importância da auditoria, porque ela torna as pessoas mais atentas e fortalece sua atuação.

No Hospital do Subúrbio há auditoria do SUS, auditoria da comissão específica de acompanhamento da Sesab, auditoria geral do Estado que frequenta e acompanha o hospital, do Tribunal de Contas do Estado, de um verificador independente colocado em contrato para tanto, definido pelo Estado e custeado pela instituição (no caso, a Deloitte, que acessa o banco de dados junto com a Comissão de Acompanhamento e Gestão do Contrato e define sobre a validade ou não daqueles dados e indicadores apresentados). Ainda há a avaliação da instituição certificadora, que no Subúrbio é o Instituto Qualisa de Gestão que faz isso certificando por meio da ONA.

Essas demonstrações – contábeis e assistenciais – são feitas regularmente, para apresentar à secretaria e ao público no próprio *site*. O hospital ainda desenvolveu uma ferramenta própria para acompanhamento online da instituição em plataforma móvel, em smartphone. Qualquer um pode entrar via *googleplay* ou na *apple store* e pegar lá. O HS agora é um aplicativo que permite acompanhar o que ocorre no hospital, desde o indicador do contrato até indicadores outros que também são importantes para o acompanhamento do próprio usuário. Por exemplo, qual está sendo o tempo médio de espera por classificação de risco entre a recepção e o atendimento do médico. Isso é renovado a cada 30 minutos no aplicativo e está disponível para o público, para a Secretaria da Saúde do Estado, para o gestor da unidade, para o usuário.

Nada disso seria interessante se não estivesse embebido da aproximação com a comunidade, que começou antes da abertura do hospital. A equipe de gestão que está dentro do hospital começou em maio de 2010 e o hospital foi inaugurado em setembro de 2010. Portanto, desde maio de 2010 começou a estruturação da equipe, com encontros com a população que, apesar de bastante sofrida, é muito envolvida e busca suas melhorias. A construção desse contato permitiu que a população propusesse seus objetivos, até para poder ter a sensação de pertencimento.

## Interação

Um dos desafios em relação à estratégia está na interação com a rede. O modelo está oferecendo a

oportunidade de ver melhor um ambiente que não era visto, do paciente que era atendido em outras regiões, gerando informações totalmente truncadas. Atualmente, 15% dos pacientes internados são do interior do Estado da Bahia. Quando o Hospital Subúrbio chegou ao distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador, parecia que havia uma pirâmide invertida. Depois da implantação do Hospital do Subúrbio, com toda essa provocação já vieram Unidades de Pronto Atendimento (Upas), já veio Hospital de Retaguarda e hoje já se discute Unidade de Atendimento Especializado.

Novos modelos surgem a partir de lacunas e se hoje há tantos modelos é porque as lacunas eram muitas, o que deu oportunidades a todos os modelos surgirem, com o propósito de preencher essas lacunas, levantadas pelo usuário e pela equipe de saúde. O diagnóstico atual, para o qual não se pode fechar os olhos, incomoda a todos, e não adianta querer um resultado novo fazendo o mesmo. É necessário fazer algo diferente. Por isso, a necessidade real de estudar diferentes modelos de acordo com a realidade de cada unidade, porque num país desse tamanho não há um modelo único para atender a todos. As realidades são muito distintas e variáveis. Os princípios têm que ser fundamentos para todos. Nenhum modelo pode ferir ou ir de encontro a qualquer princípio do SUS.

Mário Sérgio Cortella<sup>1</sup> diz que: “Precisamos nos mobilizar cada vez mais, para nos motivar cada vez mais, para não sermos conformados e ajustados, adaptados como a água que se adapta ao copo, se adapta à garrafa, se adapta a qualquer recipiente que se coloque, mas se deixar ela aqui paradinha muito tempo ela fede e transmite doenças”. Nenhum modelo precisa distanciar o gestor público da execução.

Às vezes o que mata o modelo é isso: “Ah, vou terceirizar e deixa terceirizar”. É como se estivesse entregando. É necessário discutir se é a melhor opção para aquela comunidade, para aquela realidade, para aquela sociedade, para aquele micro-ambiente. É preciso estar colado na situação, na execução, na produção e na opinião do usuário. Nenhum paciente diz que procurou o hospital A porque o modelo lá é tal ou o B porque o modelo é aquele outro. Não, eles procuram o hospital por terem sido bem assistidos e terem seu problema resolvido.

1. Mario Sergio Cortella é filósofo, escritor, educador, palestrante e professor universitário brasileiro

# Diferentes estratégias de gestão de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS

**Gonzalo Vecina Neto**

Professor assistente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

## AS ENTIDADES filantrópicas de excelência

De início, um pouco de história. As entidades privadas podem ter ou não finalidade lucrativa. As sem finalidades lucrativas têm direito a imunidades tributárias. Como não têm objetivo de lucro, ou seja, seu resultado deve sempre ser reinvestido na organização, elas são imunes ao Imposto de Renda, por exemplo.

Porém, além das imunidades, a legislação, por orientação da Constituição e do ordenamento jurídico posterior, também propôs isenções e a atual Constituição somente perpetuou o que já existia na legislação brasileira. Imunidades criam uma situação congênita, de nascimento, e sua contrapartida é o reinvestimento do resultado na operação, que por sua vez está ordinariamente voltada à sociedade, na medida em que as instituições sem finalidades lucrativas atuam nos setores sociais – educação, cultura, saúde, lazer, etc. O objetivo do legislador é transmitir que instituições sem finalidades lucrativas reinvestem todo seu resultado na atividade para a qual foram criadas e portanto as imunidades são merecidas.

Com certeza cabe muita discussão sobre esta afirmação – “estão voltadas para a sociedade”. Existem organizações sem finalidades lucrativas que se aproveitam dessa situação e constituem empresas que conseguem camuflar interesses particulares e somente visam a obter vantagens para seus proprietários. Porém essa discussão situa-se na esfera judicial. O Estado deve fiscalizar estas entidades, cujo objetivo precípua é apoiar a melhoria das condições da vida em sociedade. Por isso, além da regra do reinvestimento dos resultados, existem regras sobre a governança e sobre a remuneração dos proprietários, que devem merecer a atenção e vigilância do Estado. Retomando a discussão acima, além das imunidades, as entidades sem finalidades lucrativas podem também buscar isenções tributárias. Isenções são renúncias que o Estado faz ao recolhimento de impostos e que, para serem concedidas, exigem das entidades uma contrapartida em serviços.

Os impostos que compõem a isenção são: a cota parte patronal do Instituto Nacional do Seguro So-

cial (INSS); contribuição ao “Sistema S” (Sesc, Sesi, Senac, etc); contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins); e Programa de Integração Social (PIS). Estas renúncias significam um financiamento importante para as instituições que conseguem fazer jus a elas.

No setor saúde, grosso modo, pode-se estimar em torno de 10% do total da receita líquida das instituições a somatória das isenções. Também deve ser registrado que muitos advogados têm teses de que algumas dessas isenções, de acordo com o espírito da lei maior e a interpretação deles, são na verdade imunidades (que requerem como contrapartida apenas o reinvestimento de resultados e não a prestação de serviços). Assim existem muitos processos, inclusive no Supremo Tribunal Federal (STF), discutindo essas teses com consequências no mínimo desastrosas para a sociedade, tanto em termos de recolhimento de impostos como de prestação de serviços nas três grandes áreas do setor social – educação, saúde e assistência social propriamente dita.

### Entidades filantrópicas

As instituições que cumpriam com os requisitos exigidos para terem direito às isenções, ou seja, entregavam serviços à sociedade, como na educação – vagas gratuitas aos pobres ou vagas em creches ou asilos - na assistência social ou assistência médica na saúde, recebiam de um colegiado ligado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome o Certificado de Beneficência e passavam a ser chamadas de filantrópicas. Na área da saúde, a filantropia passou ser quase sinônimo de Santa Casa. Mas existem muitos hospitais que são de comunidades (outras religiões, comunidades de imigrantes) ou de sindicatos, etc. Historicamente nas áreas sociais no Brasil, até a Consti-

tuição de 88, as organizações filantrópicas tinham um importante trabalho de prestação de serviços assistencialistas na sociedade com bem pouca ação do Estado em sua estruturação e obviamente faziam parte do tecido social de forma coerente a sua própria estruturação. Em outras palavras, organizavam-se à sombra da estrutura de poder e serviam-no. Um modelo que pode ser chamado de “casa grande e senzala”, em todas as três áreas de atuação.

Na saúde (não serão analisados os outros setores), até a Constituição Federal de 88, os hospitais filantrópicos deveriam oferecer serviços no valor de pelo menos 20% de sua receita bruta, valorada através de sua própria tabela de preços, aos pobres, então identificados no processo de atenção na categoria de indigentes e sem nenhuma regulação do Estado. Quem definia quem seria atendido era a instituição filantrópica. Após a nova Constituição, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da universalidade da atenção, todos os brasileiros passaram a ter direito à assistência à saúde e os cidadãos indigentes deixaram de existir. O ordenamento jurídico foi revisitado a partir do § 7 do artigo 195 da nova Constituição e em 1993 foi publicada a Lei n.º 8742/93 que reorganiza a assistência social beneficente.

A regra geral da saúde passou a ser atender 60% de sua capacidade operacional por meio da prestação de serviços ao SUS, sendo remunerado por esta por meio das suas próprias tabelas, bastante defasadas, e cuja diferença seria compensada pela renúncia fiscal e pelo atendimento aos pacientes do sistema privado. Esta defasagem das tabelas do SUS em relação aos custos do atendimento situa-se em torno de 40%, embora esta estimativa esteja sujeita a muitas variáveis, como complexidade do ato praticado, existência de escalas, sofisticação, etc. Muito também se discutiu em relação ao significado dos 60%. Dos pacientes-dia? Das internações? Da somatória de tudo o que o hospital ou serviço faz? Com as diferentes interpretações e a falta de fiscalização do Estado, floresceram as entidades “filantrópicas” que produzem(em) demonstrações falsas.

Alguns hospitais continuaram a seguir a regra anterior, atendendo pacientes com renda familiar inferior a três salários mínimos (condição descrita na lei para definir risco social) e oferecendo seus serviços até o limite de 20% da receita bruta valorada por sua própria tabela de preços. Isto em função da falta de definição dos 60% e da notória defasagem das tabelas do SUS que inviabilizavam o funciona-

mento destes hospitais, em particular os mais complexos. Esta situação criou um risco jurídico para estes hospitais. Apesar da fragilidade do arcabouço jurídico, não estava claro na legislação se esta regra ainda era válida para o setor saúde.

Nesse meio tempo, entre 1993 e 2006, realizaram-se muitas discussões, promulgação de decretos, medidas provisórias, portarias, que foram dando um novo arranjo ao setor. A Lei n.º 12101/2009 e seu decreto regulamentador, 7237/2010, vieram criar um clima de mais segurança jurídica no setor. Paralelamente também o Ministério da Saúde clareou bastante o conceito dos 60%, mas não melhorou a fiscalização, em grande medida da responsabilidade dos municípios. De qualquer forma, a definição da entrega dos certificados de beneficência passou para o âmbito do próprio Ministério da Saúde, que passou a avaliar se a instituição cumpriu ou não com os requisitos que a gabaritam a receber as isenções.

### Hospitais de excelência

O que a lei trouxe de novo foi a possibilidade de que uma nova categoria de hospitais aparecesse – os hospitais de excelência. A excelência é definida pela obtenção de uma acreditação. Assim, hospitais sem finalidades lucrativas, com uma acreditação aceita pelo Ministério, podem ser considerados de excelência, se assim o requisitarem e prestarem contas dentro do arranjo jurídico determinado. Basicamente o hospital de excelência deve devolver sua renúncia fiscal ao SUS por meio da prestação de serviços nas áreas de educação, pesquisa, apoio ao desenvolvimento do SUS e assistência médica (esta, limitada a 30% do total da renúncia). Esses serviços serão valorados pelo seu custo e essa apuração deverá ser fiscalizada pelo Ministério e pela Receita Federal. Dentro do Ministério da Saúde, os hospitais de excelência, que são seis hoje no país (Hospital Sírio-Libanês (HSL), Hospital Israelita Albert Einstein (Hiae), Hospital Samaritano, Hospital do Coração, Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Hospital Moimão de Ventos (HMOV) deram origem ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi.) Este programa tem a tarefa de analisar os projetos propostos por estes hospitais, aprová-los, acompanhá-los e fiscalizá-los após o recebimento da prestação de contas que é trienal. Obviamente este é um projeto bastante recente e deverá receber, nos próximos anos, um acompanhamento cuidadoso. Pelo *site* do Ministério é possível verificar os projetos executados e em execução. E o balanço é bastante

positivo, apesar de que este olhar poderá ter diferentes vieses. É o que se buscará discutir à frente.

## Gestão de serviços de saúde (hospitais) nos dias atuais no Brasil

Gestão é atingir os objetivos de uma organização por meio da mobilização de recursos. Assim parece bastante simples, mas não o é. Recursos podem ser entendidos como conhecimentos, tecnologias, processos, equipamentos, materiais, pessoas. Objetivos que muitos pensadores da área de gestão indicam ser o aspecto mais delicado de uma organização: definir o “o que” a organização deve fazer para poder ter sua existência justificada na sociedade provavelmente é um ponto mais complexo que a mobilização de recursos. De qualquer forma, as últimas quatro décadas viram a área da gestão passar por uma revolução bastante complexa. A ideia de estratégia, principalmente após a Segunda Grande Guerra Mundial, e a ideia de aferição da qualidade, entendida como a referência que deve ser sempre alcançada, criaram um primeiro movimento experimentado principalmente na reconstrução dos países destruídos. As ideias de Ansoff<sup>1</sup> e Juran<sup>2</sup> são exemplos desses movimentos.

Esse movimento foi turbinado no início dos anos 70 pela revolução comunicacional – a aldeia global de McLuhan<sup>3</sup> – e o advento do acesso mais universal do processamento eletrônico de dados que por sua vez ganhou nos anos seguintes dois fantásticos dinamizadores – o PC *personal computer* e a rede *web*. Este conjunto de elementos transformou trabalhadores e consumidores. Aumentou muito a sua necessidade de ter coisas, fazer coisas e transformar a sua realidade e a do mundo. No mundo das revoluções não se conseguiu ir onde o mundo das disrupções acabou chegando no final do século passado. Estas transformações trouxeram novas ferramentas para o campo da gestão, novos conceitos inimagináveis até então. Zero estoque, zero defeito, customização, *balanced scorecard*<sup>4</sup> (a empresa em uma folha), produção em-

purada x produção puxada, gestão da clínica, segurança do paciente, enfim um sem número de novas formas de aumentar a eficiência sem comprometer a eficácia. E tendo como resultado mais lucro, mais acesso e mais impacto social.

## Novos riscos

O mundo melhorou? Sim, mas passou a correr novos riscos, como o ambiental, o crescimento das desigualdades e a necessidade de revisitar o papel do Estado, considerando-o como provedor de bem-estar social. Esse é o Estado a ser revisitado. O Estado tradicional daqueles tempos passados não somente construía bem-estar social como ele próprio era seu produtor. Porém, com a revolução tecnológica pela qual passou o campo da gestão o Estado, com sua multiplicidade de funções e a necessidade de usar isonomicamente seus recursos, passou a não ser capaz de alcançar os padrões de eficiência que o setor privado alcança. E este foi um movimento que muitos países começaram a fazer: o Estado saiu do fazer e passou a preocupar-se com a entrega através do desenvolvimento de uma nova função – a regulação. No Brasil o fim da ditadura, o processo de redemocratização, a necessidade de diminuir desigualdades, de controlar a inflação, o processo de globalização e a revolução da gestão aconteceram concomitantemente e a dialética desse complexo processo induziu a muitos erros de avaliação e confusões sobre a necessidade de um novo papel do Estado construtor de bem-estar social.

Na área da saúde, essas complexidades foram maximizadas pela própria questão dos significados da saúde para a sociedade. Assim a questão do com e sem finalidade de lucro confundiu-se com o público x estatal x privado x particular. E o privado virou um patinho feio, mesmo quando estatal. Essa foi a manifestação do Conselho Nacional de Saúde quando da análise da proposta das fundações estatais de direito privado. A proposta não foi aceita quando o que propunha era um instrumento de melhoria da gestão

1. Igor Ansoff professor e consultor conhecido como o pai da gestão estratégica.

2. Joseph Moses Juran foi um consultor de negócios famoso por seu trabalho com qualidade e gestão da qualidade.

3. Aldeia Global é um termo criado pelo filósofo canadense Herbert Marshall McLuhan, com o intuito de indicar que as novas tecnologias eletrônicas tendem a encurtar distâncias e o progresso tecnológico tende a reduzir todo o planeta à mesma situação que ocorre em uma aldeia: um mundo em que todos estariam, de certa forma, interligados.

4. É uma metodologia de medição e gestão de desempenho desenvolvida pelos professores da Harvard Business School (HBS) Robert Kaplan e David Norton, em 1992.



do Estado. O conselho concluiu que elas eram privatizantes e mercantilistas. Na confusão público x privado paira ainda a discussão do lucro. Não lucro em uma sociedade capitalista em que 60% da rede hospitalar é privada e a atenção primária realizada pela estratégia da saúde da família é predominantemente oferecida pela iniciativa pública, embora gerenciada pela privada. A questão não deve ser lucro ou não lucro e sim regulação das atividades no campo da saúde que têm como objetivo o lucro. E muita transparência das organizações que realizam as atividades regulatórias para protegê-las da captura por parte dos agentes econômicos.

Então quais são os desafios a serem enfrentados pela gestão? Resumidamente e com objetivo de estimular o debate, apontam-se alguns desafios:

**Regulação** - aqui entendida como um conjunto de atividades desenvolvidas pelo Estado para construir o bem-estar social, é um desafio da sociedade. Definir bem-estar social e como financiá-lo é uma discussão aberta na saúde que é subfinanciada no país. Em seguida vem a discussão do que regular. O Estado deve determinar que serviços podem funcionar inclusive no setor privado? O Estado deve regular a oferta de serviços de saúde? Na medida em que existe risco nos serviços oferecidos, sim deve. Por exemplo, uma equipe de cirurgia cardíaca que opera menos de 200 casos por ano tem resultados piores (risco/dano) do que outra com um movimento maior. A oferta de serviços de alta complexidade, como tomografias, ressonâncias magnéticas nucleares, deve, como acontece em outros países, passar pela regulação do Estado, independentemente se vão atuar exclusivamente no SUS ou não. E a justificativa é que o Estado deve oferecer universalmente a gestão de risco à sociedade. Portanto trata-se de definir de maneira ampla a função regulação e construir um Estado capaz de oferecê-la à sociedade. Regular acesso, oferta e as coberturas dentro do SUS e dentro da medicina privada, a medicina suplementar.

**Reforma administrativa** - Este é um dos macro desafios do Estado brasileiro. Faz ombro com outras reformas estruturais fundamentais como a tributária, a fiscal e a política. Mas é o patinho feio. A administrativa é vista entre as reformas como a última a ser pensada por envolver o fazer do Esta-

do e pela desmotivação de enfrentar a discussão sobre a eficiência do Estado na sociedade. Desde a criação do Departamento da Administração do Pessoal na ditadura Vargas, passando pelo Decreto-lei n.º 200/67 da ditadura militar e pela reforma administrativa Bresser<sup>5</sup> no governo Fernando Henrique Cardoso, busca-se uma saída para a questão da eficiência. Estas reformas conseguiram alguns avanços, mas estes em parte foram compensados por outros retrocessos.

Assim a Constituição de 88 esterilizou as alternativas do Decreto-lei n.º 200. Autarquizou as fundações estatais e acabou com a possibilidade da existência das fundações de direito privado. Esta última foi parcialmente recuperada a partir da reforma Bresser, mas com uma solução ruim na área de pessoal (emprego público). Da mesma forma, as autarquias perderam muito de sua capacidade de atuação e mesmo as empresas públicas foram muito tolhidas. Ocorreu nos anos de redemocratização um movimento pendular de negar a autonomia e o processo de descentralização da gestão. Paralelamente os Tribunais de Contas passaram a agir na gestão e não na fiscalização. Obras e serviços hoje são analisados *ex ante* e não *ex post* como deveria ser a função destas cortes. Assim, o que se tem é uma desresponsabilização do Executivo em relação a suas obrigações. O Estado brasileiro é muito atrasado e precisa de uma reforma de sua estrutura legal. Ele está próximo à paralisia e aí tem tentado lançar mão de alternativas, em particular oriundas da reforma Bresser, que no entanto ainda são relativamente incipientes.

**Cooperação público-privada** - Neste caso se enquadram as parcerias com a iniciativa privada. Não confundir com Parceria Público Privada (PPP), que é um modelo interessante e que na saúde ocorre neste momento apenas na experiência do Hospital do Subúrbio em Salvador com excelentes resultados. Este tópico enquadra-se na área da reforma administrativa. E, de novo, seu grande desafio é a capacidade de o Estado definir o que quer e construir uma relação transparente com o contratado, que é sempre uma organização privada com finalidade lucrativa. O que se refere como parceria com a iniciativa privada aqui restringe-se às parcerias com entidades sem finalidades lucrativas e estão no campo da cooperação público-privada. Básica-

5. Luiz Carlos Bresser-Pereira foi Ministro da Administração e Reforma do Estado de 1995-1998 no Governo de Fernando Henrique Cardoso.

mente são as relações desenvolvidas entre organizações sociais e o Estado. Hoje muitos estados e municípios têm experiências para serem analisadas e até mesmo já existem os maus exemplos que também devem ser analisados. Eles normalmente revelam uma incapacidade do Estado em escolher instituições e em particular mostram sua incapacidade em fiscalizar, dar transparência à relação com estas instituições. Certamente as melhores experiências do Brasil com este modelo ocorrem em São Paulo (estado e município).

É neste tópico que se inserem os hospitais de excelência e o Proadi. Também alguns dos hospitais de excelência trataram de criar suas organizações sociais para desenvolver suas parcerias com a administração pública. O HSL administra três hospitais públicos, o Hiae administra dois hospitais públicos e o HMV criou e administra um hospital dedicado a atender o SUS.

**Terceirização** - O modelo acima exposto pode ser considerado uma terceirização, mas dado não ter lucro envolvido é um modelo de cooperação. No entanto, as questões tecnológicas e de escala econômica trouxeram para o campo da saúde a necessidade de pensar na terceirização de áreas menos nobres, como a limpeza, segurança patrimonial, manutenção, lavanderia e áreas mais nobres, como os serviços de patologia clínica, diagnóstico por imagens, anatomia patológica e até a contratação de equipes médicas como ocorre na anestesia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pronto-socorro. Este movimento é, em grande medida, fruto da incapacidade de trabalhar com as limitações da administração pública. Porque terceirizar a limpeza? Principalmente pela impossibilidade de responder ao *turnover*<sup>6</sup> dessa área com o instrumento do concurso público. E da mesma maneira, nas áreas mais sofisticadas, pela incapacidade de acompanhar as práticas de remuneração do mercado como ocorre na área de imagem ou de anestesia. Ou a incapacidade de montar sistemas de realização de exames laboratoriais com escalas econômicas (que o setor público tem), mas que exigem uma dinâmica na

manutenção da capacidade de gerenciar a tecnologia e repor equipamentos e materiais que a Lei n.º 8666 não permite.

**Aferição de resultados** - Medir. Esse é o desafio. Nada é adequadamente medido. Principalmente na área pública, em particular decorrente da baixa informatização, medir é uma tarefa mal realizada. Com certeza buscar explicar essa incapacidade utilizando como causa um meio – a informatização – também é em parte um equívoco. Na verdade realça-se o baixo nível de informatização como forma de destacar o atraso do setor público na utilização da tecnologia da informação que trouxe um empoderamento organizacional fundamental. Mas a incapacidade de medir tem que ver muito mais com a incapacidade de definir objetivos e construir indicadores adequados. Essa incapacidade de medir é também reflexo da falta de transparência das ações do Estado na sociedade e que é um fato histórico. Talvez essa seja a transformação mais exigida hoje. Como o Estado estabelecerá vínculos com a sociedade a quem ele deve servir? A sensação que se tem é que existe uma inversão nos elementos que se analisam e aí os meios ocupam um espaço desproporcional em relação aos fins. Assim é mais importante fazer do que entregar. Ser lucrativo ou não é anterior à discussão das entregas e em particular a discussão da capacidade de ser mais eficiente e, em o sendo, de gerar mais impacto.

Com certeza existe pouco acúmulo nesta discussão e, em parte, os atores da saúde no Brasil têm, envergonhadamente, evitado discutir com profundidade a questão da gestão. A entrada dos seis hospitais de excelência nessa equação traz uma oportunidade a mais para aumentar esse acúmulo que talvez gere a massa crítica que transforme a realidade. Finalmente um antigo ditado espanhol que se refere a uma derrota para os árabes talvez possa servir de lição para os dias atuais: “Vieram os sarracenos e nos derrotaram, porque Deus ajuda os maus quando estes são em maior número que os bons”. Temos que buscar mais bons e eles virão do bom debate.

6. Termo utilizado pelos Recursos Humanos (RH) para determinar a taxa média entre admissões e desligamentos em relação ao efetivo médio em uma empresa.