

# Gestão e Saúde



## Entrevista

José Gomes Temporão  
Ministro da Saúde

## Artigos

Dimensionamento de Recursos  
Humanos em Saúde

Ana Maria Malik e Claudia Campos

Fundações Estatais de Direito Privado:  
A Experiência do Rio de Janeiro

Irineu Frare e Elaine Santiago Simmer

Contratos de Gestão e  
Indicadores de Desempenho

Denise Schout e Wilson Rezende

Governança Corporativa e Hospitais  
de Ensino: Um Aprendizado Possível?

Leonardo Carâp e Bárbara Caldas



CADERNOS

# FGV Projetos

---

**CADERNOS FGV PROJETOS**

*Publicação periódica da FGV Projetos.  
Os artigos são de responsabilidade dos autores e não refletem,  
necessariamente, a opinião da FGV.*

**FGV PROJETOS**

Diretor Executivo	Cesar Cunha Campos
Diretor Técnico	Ricardo Simonsen
Diretor de Controle	Antônio Carlos Kfourri Aidar
Vice-Diretor de Projetos	Francisco Eduardo Torres de Sã
Vice-Diretor de Estratégia e Mercado	Sidnei Gonzalez

Editor-Chefe	Sidnei Gonzalez
Coordenador Editorial	Carlos Augusto Costa
Coordenadora de Comunicação	Melina Bandeira
Assistente de Produção	Júlia Brasília
Designer Assistente	Maria João Pessoa Macedo
Estagiária de Comunicação	Amanda Baião e Bianca Berardo
Revisoras Linguísticas	Grabiela Costa e Petruska Perrut
Tradutora	Elvyn Marshall

Projeto Gráfico	Dulado Design   <a href="http://www.dulado.com.br">www.dulado.com.br</a>
Impressão	Gráfica Nova Brasileira
Tiragem	2.000 exemplares
Fotos	Banco de imagem FGV Projetos   <a href="http://www.sxc.hu">www.sxc.hu</a>   <a href="http://www.shutterstock.com">www.shutterstock.com</a>



*Instituição de caráter técnico-científico, educativo e filantrópico, criada em 20 de dezembro de 1944 como pessoa jurídica de direito privado, tem por finalidade atuar, de forma ampla, em todas as matérias de caráter científico, com ênfase no campo das ciências sociais: administração, direito e economia, contribuindo para o desenvolvimento econômico-social do país.*

Sede	Praia de Botafogo, 190, Rio de Janeiro - RJ, CEP 22250-900 ou Caixa Postal 62.591 CEP 22257-970, Tel: (21) 3799-5498, <a href="http://www.fgv.br">www.fgv.br</a>
------	---

Primeiro Presidente Fundador	Luiz Simões Lopes
------------------------------	-------------------

Presidente	Carlos Ivan Simonsen Leal
------------	---------------------------

Vice-Presidentes	Sergio Franklin Quintella, Francisco Oswaldo Neves Dornelles e Marcos Cintra Cavalcante de Albuquerque
------------------	--

Presidente	Carlos Ivan Simonsen Leal
------------	---------------------------

Vice-Presidentes	Sergio Franklin Quintella, Francisco Oswaldo Neves Dornelles e Marcos Cintra Cavalcante de Albuquerque
------------------	--

Vogais	Armando Klabin, Carlos Alberto Pires de Carvalho e Albuquerque, Ernane Galvéas, José Luiz Miranda, Lindolpho de Carvalho Dias, Manoel Pio Correa Júnior, Marçílio Marques Moreira e Roberto Paulo Cezar de Andrade
--------	--

Suplentes	Alfredo Américo de Souza Rangel, Antonio Monteiro de Castro Filho, Cristiano Buarque Franco Neto, Eduardo Baptista Vianna, Jacob Palis Júnior, José Ermírio de Moraes Neto, José Julio de Almeida Senna, Marcelo José Basílio de Souza Marinho e Nestor Jost.
-----------	---

Presidente	Carlos Alberto Lenz César Protásio
------------	------------------------------------

Vice-Presidente	João Alfredo Dias Lins (Klabin Irmãos e Cia)
-----------------	--

Vogais	Alexandre Koch Torres de Assis, Angélica Moreira da Silva (Federação Brasileira de Bancos), Carlos Moacyr Gomes de Almeida, Celso Batalha (Publicis Brasil Comunicação Ltda), Dante Letti (Souza Cruz S/A), Edmundo Penna Barbosa da Silva, Heitor Chagas de Oliveira, Hélio Ribeiro Duarte (HSBC Investment Bank Brasil S.A - Banco de Investimento), Jorge Gerdau Johannpeter (Gerdau S.A), Lázaro de Mello Brandão (Banco Bradesco S.A), Luiz Chor (Chozil Engenharia Ltda), Marcelo Serfaty, Marcio João de Andrade Fortes, Mauro Sérgio da Silva Cabral (IRB-Brasil Resseguros S.A), Raul Calfat (Votorantim Participações S.A), Romeo de Figueiredo Temporal (Estado da Bahia), Ronaldo Mendonça Vilela (Sindicato das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Resseguros no Estado do Rio de Janeiro e do Espírito Santo) e Sérgio Ribeiro da Costa Werlang.
--------	---

Suplentes	Aldo Floris, Brascan Brasil Ltda, Gilberto Duarte Prado, Luiz Roberto Nascimento Silva, Ney Coe de Oliveira, Nilson Teixeira (Banco de Investimentos Crédit Suisse S.A), Olavo Monteiro de Carvalho (Monteiro Aranha Participações S.A), Patrick de Larragoiti Lucas (Sul América Companhia Nacional de Seguros), Pedro Aguiar de Freitas (Cia. Vale do Rio Doce), Pedro Henrique Mariani Bittencourt (Banco BBM S.A), Rui Barreto (Café Solúvel Brasília S.A) e Sérgio Lins Andrade (Andrade Gutierrez S.A).
-----------	---

*Este Caderno está disponível para download no site da FGV Projetos:  
[www.fgv.br/fgvprojetos](http://www.fgv.br/fgvprojetos)*

**CONSELHO DIRETOR**
**CONSELHO CURADOR**

## Editorial

**06** Cesar Cunha Campos

## Entrevistas

**08** com José Gomes Temporão

**16** com Paulo Barbanti

## Artigos

**21** Dimensionamento de recursos humanos em saúde ou a vida como ela é  
Ana Maria Malik e Claudia Valentina de Arruda Campos

**27** Fundações estatais de direito privado: a experiência do Rio de Janeiro  
Irineu Frare e Elaine Santiago Simmer

**35** Governança corporativa e hospitais de ensino: um aprendizado possível?  
Leonardo Justin Caráp e Bárbara do Nascimento Caldas

**42** Contratos de gestão e sistema de indicadores de desempenho  
Denise Schout e Wilson Rezende

**47** Fundação estatal e alternativas organizacionais para a área da saúde  
Djair Picchiali e Luciano Junqueira

**53** O Plano Estadual de Saúde e o Pacto pela Saúde em São Paulo  
Renilson Rehem e Ana Maria Malik

**61** A regulação no Sistema Único de Saúde: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
Vanessa Chaer Kishima, Luiz Maria Ramos Filho e Benedicto Accacio Borges Neto

**70** Humanização  
Clara Sette Whitaker Ferreira e Pubenza López Castellanos

## Editorial

Cesar Cunha Campos  
*diretoria.executiva@fgv.br*





**O** Cadernos FGV Projetos apresenta a 2ª edição do tema Gestão e Saúde, uma iniciativa da FGV Projetos, unidade de extensão de ensino e pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, em parceria com o Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde (GVsaúde) da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP).

Na primeira edição do Cadernos Gestão e Saúde, a publicação voltou-se para o setor privado e teve como entrevistado o Professor Adib Jatene, ex-Secretário de Estado da Saúde de São Paulo e ex-Ministro da Saúde. Este segundo número, por sua vez, tem como foco o setor público, e traz uma entrevista inédita com o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, uma das primeiras autoridades da área de saúde a acreditar e incentivar o modelo das Fundações Estatais de Direito Privado, como alternativa de gestão na área de saúde no Brasil, especialmente na defesa de uma maior autonomia e comprometimento com resultados.

Os artigos tratam de alguns assuntos que constam na agenda governamental no período de 2007 a 2009, como o tema das Fundações Estatais de Direito Privado e também o Pacto pela Saúde, incentivados nacionalmente e realizados pelos estados em parceria com os municípios.

Neste contexto, também são apresentadas algumas das diretrizes públicas para a prestação de serviços de Saúde, públicos e privados, como, por exemplo, a humanização da assistência. Retornamos ao tema, por considerá-lo de extrema relevância ao debate atual, embora o assunto ainda não apresente soluções à vista para todos. Da mesma forma, a regulação vem aumentando seu espaço a fim de garantir o acesso da população à prestação de serviços geridos pelo setor público.

Finalmente, este caderno aborda a questão da atuação dos recursos humanos em saúde, tema que no setor privado já é tratado com extrema importância e vem obtendo bons resultados, mas ainda sem grande relevância e investimentos por parte dos gestores de serviços públicos de saúde no Brasil.

Boa Leitura! ■

# Entrevista com José Gomes Temporão

FGV Projetos

■ José Gomes Temporão  
Ministro da Saúde

■  
*Minister of Health*

## RESUMO

O Ministro José Gomes Temporão assumiu o cargo no Ministério da Saúde com um desafio que já fazia parte das discussões acadêmicas desde seus tempos de médico sanitário e docente de saúde pública: cuidar do subfinanciamento do setor, reconhecido vilão para a correta atenção à saúde. Porém, ele sabia que as transformações ocorridas por trás deste cenário desde a Constituição de 1988, com o seu forte caráter de inclusão e efetiva socialização do sistema, exigiriam mais que o simples aporte extra de recursos.

Assim, definiu como objetivo estratégico modernizar e profissionalizar a Gestão do Sistema de Saúde. E, compondo a sua agenda de prioridades, foi eleito esse novo desafio como o elemento-chave para o sucesso de qualquer formulação de política de saúde capaz de assumir a atenção à saúde para a totalidade da população de 190 milhões de habitantes (dos quais 80% dependem exclusivamente do SUS), contra uma clientela anterior de apenas 30 milhões.

## ABSTRACT

*Minister José Gomes Temporão took over the Ministry of Health with a challenge that has been part of academic discussions since his days as a public health officer and lecturer in public healthcare: the shortage of funds in the sector, which has been the bane of sound healthcare. Yet, he was aware that the changes behind the scenes since the 1988, Brazilian Constitution, with its strong inclusive character and effective socialization of the healthcare system, would require more than just an extra input of funds.*

*His strategy, therefore, was to upgrade and professionalize the health system administration. When drawing up his agenda of priorities, this new challenge was elected the key-element to a successful formulation of any health policy that could provide healthcare to the 190 million inhabitant Brazilian population (80% of which depend solely on the National Healthcare System - SUS, in Portuguese), compared to an earlier total of only 30 million patients.*

A busca constante da eficiência das operações foi a forma com que o Ministério da Saúde percebeu a possibilidade de concretizar e consolidar os princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, foi preciso romper com antigos paradigmas vigentes no serviço público, que somava gestores insatisfeitos com trabalhadores desmotivados, e também implementar estudos de modelos alternativos de Gestão, buscando novos e melhores resultados para as organizações e para a sociedade.

Mesmo com um considerável avanço no uso eficiente dos recursos (o que já foi demonstrado por estudo do IPEA, que mostrou o Brasil liderando 32 países pesquisados), novos estudos foram implementados visando à melhoria do sistema, tendo como resultado o desenvolvimento do Modelo de Fundações Estatais, como ferramenta de responsabilização e de prestação de contas.

Este modelo permitirá, especialmente para as complexas organizações hospitalares, que estas definições estejam estabelecidas de forma inequívoca em contratos e que possam conformar a base estrutural de uma rede de atenção baseada em resultados, agregando hospitais dos Ministérios da Saúde e da Educação e o desenvolvimento de parcerias com estados e municípios numa rede possível de até 2.000 hospitais.

*Constant search for efficiency in operations was the Health Ministry's path to accomplish and consolidate SUS' principles and guidelines. It was mandatory to break away from the outdated paradigms prevailing in the public service - which ranged from discontented administrators to unmotivated workers -, and implement studies of alternative management models to achieve better results for both organizations and society.*

*Even with the considerable progress in the efficient use of resources (as confirmed by an IPEA study, ranking Brazil at the head of 32 countries surveyed), new studies were implemented to improve the system, resulting in the creation of the State Foundations Model as an instrument for accountability and responsibility.*

*In the specific case of complex hospital organizations, this model will permit that not only definitions are unambiguously established in contracts, but also the foundations of a result-based healthcare network are laid. The expected outcome is an increase in the number of hospitals under the Ministries of Health and Education, and the development of partnerships with state and local governments in a network of 2,000 hospitals.*



**FGV PROJETOS - O senhor iniciou sua gestão no Ministério da Saúde introduzindo uma nova cultura de modernização da gestão de saúde no Brasil. Como o senhor analisa a área de saúde pública hoje?**

*Min. Temporão* - Considero que estamos no caminho certo. O Brasil vem construindo, desde 1988, um sistema destinado a garantir a todos os cidadãos o acesso universal, equânime e integral aos serviços públicos de saúde. É sempre nesse horizonte que temos trabalhado em parceria com os estados e municípios. O nosso presente desafio é buscar imprimir uma gestão adequada ao Sistema Único de Saúde, o que significa enfrentar o seu subfinanciamento crônico e proporcionar uma mudança administrativa, que seja mais eficiente para a prestação de serviços à população.

Nesse cenário, basta verificar uma pesquisa divulgada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano passado. A despesa de consumo final com bens e serviços de saúde, em 2005, foi de R\$ 171,6 bilhões. Desse total, as famílias gastaram R\$ 103,2 bilhões, a administração pública, R\$ 66,6 bilhões (3,1%), e as instituições sem fins lucrativos, R\$ 1,8 bilhão. Ou seja, o governo gasta pouco em saúde.

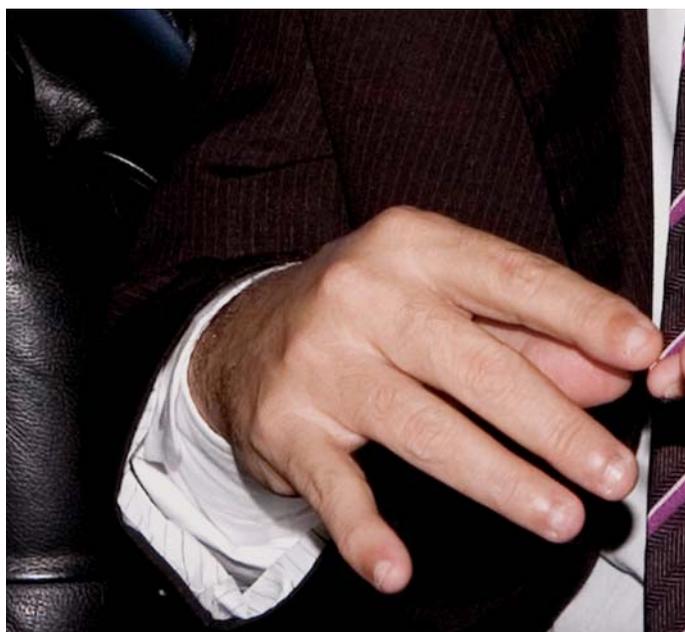
É nessa linha - da gestão inteligente, dos gastos racionais, da valorização profissional, do cumprimento de metas - que as políticas de saúde vêm sendo desenvolvidas. Eixos importantes desta ação estão em tramitação no Congresso Nacional, como o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado e a regulamentação da Emenda Constitucional de nº 29. Enquanto o primeiro estabelece parâmetros sobre o que são gastos em saúde, garantindo a aplicação correta de recursos para o setor e trazendo novas fontes de financiamento para o setor, o segundo cria uma nova figura jurídica que dará mais agilidade e qualidade para os serviços de saúde, principalmente aqueles relacionados aos hospitais públicos, que deverão atender por contratos de metas de atendimento e qualidade.

**FGV PROJETOS - Quais os principais avanços percebidos?**

*Min. Temporão* - O balanço é muito positivo. As pessoas se esquecem como era o sistema de saúde antes da

implantação do SUS. Há 20 anos, existiam três tipos de brasileiros: uma parte da população rica, que podia pagar diretamente consultas, exames e internações; uma outra parcela, os trabalhadores com carteira assinada, que tinha direito à saúde pela Previdência Social; e a terceira, formada pela maioria, que não tinha direito a absolutamente nada, ou seja, era objeto da filantropia e da caridade.

Apenas em 1988, com a nova Constituição e a estruturação do Sistema Único de Saúde, todos os brasileiros passaram a ter acesso à saúde como um direito.



Um salto de cobertura de 30 milhões de pessoas para 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas atualmente dependem exclusivamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde. Isso, por si só, já justifica essa política.

Assim, houve grandes avanços, que se expressam por um aumento da cobertura da população por políticas de saúde, como os programas Saúde da Família, Política de Humanização, Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), acesso a medicamentos de alto custo, Brasil Sorridente e DST/ AIDS, Programa Nacional de Imunização, Controle do Tabagismo, entre outros avanços e conquistas obtidos nesse período.

Em que pesem as dificuldades históricas e estru-

turais de implementação de um projeto da envergadura do SUS, a abrangência e o impacto do SUS atingiu marcos recentes incontestáveis, em que se destacam: 5.900 hospitais credenciados, 64 mil unidades de atenção primária, 28 mil Equipes de Saúde da Família (ESF), realização de 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 15,8 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de quimio e radioterapia e 11,3 milhões de internações.

**FGV PROJETOS - E quais foram os principais benefícios para a sociedade brasileira?**



*Min. Temporão* - Temos respostas positivas como as apontadas pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada de dez em dez anos e divulgada em julho de 2008. As políticas sociais implementadas no país resultaram em significativa melhoria de vida de mulheres e crianças, que passaram a ter maior acesso aos serviços de saúde, assistência médico-hospitalar, medicamentos e métodos contraceptivos.

Nos últimos dez anos, por exemplo, houve redução em mais de 50% da desnutrição das crianças menores de cinco anos, além de um aumento no acesso a serviços de saúde, programas de transferência de renda e melhorias sociais, como também um maior poder aquisitivo

da população. Além disso, houve uma queda de 44% na mortalidade infantil.

Analisando programas específicos, há casos de grande impacto com a Estratégia do Saúde da Família. Ao longo de seus 15 anos de existência, a ESF contribuiu significativamente para a melhora dos indicadores do país. Nas áreas de maior cobertura, permitiu a diminuição de atendimentos hospitalares. Somente para casos de AVC (Acidentes Vasculares Cerebrais), entre 1998 e 2004, houve uma redução de 28% no número de internações, em que a ESF cobre mais de 70% da população. Estudos indicam que, a cada 10% de aumento na cobertura populacional pelas equipes do programa, há uma redução de 4,6% na mortalidade infantil.

**FGV PROJETOS - Em relação aos países mais desenvolvidos, onde ainda temos que avançar no aspecto da gestão pública de saúde?**

*Min. Temporão* - O país está promovendo uma grande reflexão e ação para modificar a atenção à saúde da população. Não é de hoje que o modelo adotado de centralização do atendimento nos hospitais é inadequado e não se traduz em cidadania e direito à saúde. No mundo, os sistemas de saúde universais de qualidade promoveram a ampliação da promoção da saúde, da educação e da difusão de informações. São modelos de países como Inglaterra, França, Espanha e Canadá, que implementaram uma rede de atenção básica resolutive e capaz de atender até 85% das necessidades de saúde da população.

No Brasil, tal medida é essencial a nos defrontarmos com a realidade dos serviços oferecidos e mudanças dos hábitos da população, como na alimentação e no sedentarismo, e com o envelhecimento da população. A situação pressiona o sistema público com o peso de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e cânceres, e a responsabilidade de proporcionar um envelhecimento ativo da população.

Essa mudança no atendimento, que estamos promovendo com programas como a Saúde da Família e expansão da atenção básica, deve ser acompanhada de novos instrumentos de gestão. O Ministério da Saúde defende a aprovação e adoção de Fundações Estatais de

Direito Privado para os hospitais públicos. Este modelo já faz parte do cotidiano da administração pública de países como Chile, Portugal, França e Inglaterra, de forma bem-sucedida.

O modelo de Fundação Estatal proposto pelo Governo Federal consagra uma mudança significativa no interior da administração pública. Introduce importante grau de autonomia na gestão, ao mesmo tempo em que aumentam as exigências por compromissos com resultados. Finalmente, o modelo garante controle interno e externo, de modo a assegurar aos cidadãos transparência na gestão e responsabilidade pelos resultados.

“*Essa mudança no atendimento, que estamos promovendo com programas como a Saúde da Família e expansão de atenção básica, deve ser acompanhada de novos instrumentos de gestão.*”

*José Gomes Temporão*

**FGV PROJETOS - Existem estatísticas que mostram esse avanço no Brasil?**

*Min. Temporão* - É importante dizer que o Brasil vem fazendo o seu dever de casa. Uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), divulgada em janeiro, colocou o Brasil em primeiro lugar em eficiência nos gastos com saúde, entre 32 países pesquisados, a maioria deles desenvolvidos. Segundo o estudo, os investimentos em Saúde, no Brasil, produzem resultados melhores do que nos demais países analisados, integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

O relatório do IPEA mostra que o Brasil está no caminho certo. Esses dados demonstram que o SUS, as suas principais políticas, as suas principais estratégias e programas, mesmo com o subfinanciamento, consegue dar o retorno para a sociedade brasileira.

No *ranking* dos dez mais eficientes, o Brasil está na frente de Turquia, México, Hungria, Eslováquia, Polônia, Coreia, República Tcheca, Portugal e, em último lugar, os Estados Unidos. Dos 32 analisados, a Islândia recebeu a pior avaliação. O estudo, intitulado “Brasil e OCDE: avaliação da eficiência em sistemas de saúde”, cruzou os investimentos em saúde de cada país e as melhorias alcançadas em diversas áreas:

esperança de vida ao nascer para homens; esperança de vida ao nascer para mulheres; índice de sobrevivência infantil; anos de vida recuperados para doenças transmissíveis; anos de vida recuperados para doenças não transmissíveis; anos de vida recuperados para causas externas; tamanho da população; e a área geográfica.

A pesquisa indica que, no Brasil, o aumento de 1% no gasto *per capita* faz com que o número de mortes de crianças até um ano diminua de 22 para 10 em cada 1.000. E mais: um incremento de 1% no gasto *per capita* gera um aumento de 5 anos na esperança de vida do brasileiro.

Os países analisados foram Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Canadá, Coreia, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Luxemburgo, México, Nova Zelândia, Noruega, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, Suécia, Suíça e Turquia.

**FGV PROJETOS - O senhor defende uma nova modelagem institucional de gestão de saúde, especificamente com relação às Fundações Estatais de Direito Privado. Quais as principais vantagens em sua opinião?**

*Min. Temporão* - Essa nova figura jurídica trará mais agilidade e eficiência na administração de serviços prestados à população. O projeto muda completamente a qualidade do funcionamento do serviço público e resolve problemas estruturais, especialmente na área social.

Qual a realidade em que vivemos hoje? Um quadro de profissionais desmotivados, com salários baixos e, em diversas situações, com condições indignas e contratos precários. Os gestores, por sua vez, vivem desapontados com um modelo que não responde às suas necessidades como administradores de recursos públicos.

Dispomos de formas precárias e, muitas vezes, irregulares de contratação de pessoal nos hospitais públicos. Por meio de metas de prestação de serviços e de qualidade, a Fundação Estatal de Direito Privado favoreceria à regularização dessa situação.

Em princípio, esse projeto atingiria cerca de 200 hospitais federais ligados aos Ministérios da Saúde e da Educação. O vínculo com o Ministério permanece, com metas claras estabelecidas no contrato de gestão. Com a adesão de estados e municípios, essa modalidade de administração pode atingir até 2.000 hospitais, dos mais de 5.000 vinculados ao Sistema Único de Saúde.

**FGV PROJETOS** - Há cerca de um ano esse assunto estava em pauta, tanto nas discussões da área de saúde quanto na imprensa, mas hoje não mais. O governo pretende retomar essa questão?

*Min. Temporão* - A defesa do projeto que cria as Fundações Estatais de Direito Privado nunca foi abandonada. Assim como a regulamentação da Emenda Constitucional 29 - que definirá o que são gastos em saúde - o projeto está entre os itens prioritários de nossa pauta no Congresso Nacional para este ano.

A gestão do sistema é um dos desafios que temos que enfrentar para continuar ampliando a cobertura e o acesso dos brasileiros às políticas e também a qualidade do serviço oferecido à população. Estamos conscientes da necessidade de melhorar a qualidade do gasto e encontrar arranjos e estratégias institucionais que permitam usar melhor os recursos existentes.

O projeto de lei que cria as Fundações Estatais é justamente uma das respostas para esse gargalo. Para os hospitais públicos, são estruturas mais dinâmicas, com concurso para contratação de pessoal em regime de CLT, e formas de licitação para compra de materiais e equipamentos, com mais agilidade. Atenderá ao interesse estritamente público, por meio de contrato que estabelece quantidade de atendimentos e qualidade do serviço.

**FGV PROJETOS** - Como está o projeto de lei que tramita no Congresso para a criação das Fundações Públicas de Direito Privado?

*Min. Temporão* - O projeto de lei complementar que cria as Fundações Estatais de Direito Privado (PLP 92/2007) já foi aprovado em todas as comissões por onde tramitou na Câmara dos Deputados, e aguarda votação em Plenário.

**FGV PROJETOS** - Existem experiências relevantes nesse sentido no Brasil?

*Min. Temporão* - Pelo menos cinco estados brasileiros - Acre, Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro e Sergipe - já têm projetos de Fundação Estatal em andamento. São projetos muito interessantes. Na Bahia, por exemplo, o modelo será utilizado também para expandir a atenção básica.

Esse é exatamente o objetivo da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), anunciada pelo governo da Bahia como mecanismo para qualificar a estratégia no estado. Nesse modelo, a fundação será responsável pelo planejamento de concursos, distribuição das equipes, mobilização, avaliação, remuneração e educação permanente dos profissionais.

Em visita recente que fiz à Bahia, recebi do Secretário de Saúde do Estado, Jorge Solla, a informação de que pelo menos 170 municípios baianos manifestaram interesse em aderir a esse modelo de gestão, dos quais 55 já aprovaram legislações que permitem a implementação das fundações em nível municipal.

“ *No caso específico da saúde, tenho a convicção de que as fundações vão contribuir para a expansão dos serviços públicos e para dar agilidade e transparência ao padrão de gestão.* ”

*José Gomes Temporão*

**FGV PROJETOS** - O estado do Rio de Janeiro foi um dos pioneiros na aprovação de criação das Fundações Estatais de Direito Privado. Tendo em vista o seu amplo conhecimento a respeito do sistema de saúde pública do Rio de Janeiro, qual sua opinião sobre esse projeto?

*Min. Temporão* - Venho acompanhando as discussões sobre o projeto de Fundações Estatais no Rio de Janeiro, que têm por mérito propor uma solução para um problema que não diz respeito apenas àquele estado: a impossibilidade de criar condições para que o estado ofereça a seus profissionais salários e condições compatíveis com a realidade de mercado, que gera ainda um número absurdo de contratações temporárias sem critério algum.

Recordo-me de ouvir, por diversas vezes, do Secretário de Saúde do Rio de Janeiro, Sérgio Côrtes, queixas sobre o esvaziamento de profissionais qualificados, causado pela baixa remuneração e pelo abuso na contratação de mão-de-obra terceirizada, sem a menor prestação de contas ao poder público.

É importante destacar também que, a despeito de experiências tão interessantes que estão sendo desenvolvidas no País, as Fundações Estatais de Direito Privado não são um modelo exclusivamente brasileiro. O projeto que tramita na Câmara dos Deputados traz para o estado inovações que estão sendo experimentadas em outros países, como citei anteriormente - Chile, Portugal, França e Inglaterra.

No caso específico da saúde, tenho a convicção de que as fundações vão contribuir para a expansão dos serviços públicos e para dar agilidade e transparência ao padrão de gestão. ■

## Entrevista com Paulo Barbanti

FGV Projetos

■ Paulo Barbanti

Presidente do Grupo Notre Dame Intermédica

■  
*Chairman of the Notre Dame Intermédica Group*

### RESUMO

Desde a criação da nova Constituição Federal do Brasil, aprovada em 1998, o Setor de Saúde tem passado por sucessivas reformas com o objetivo primordial de aperfeiçoamento do sistema, visando à oferta de um atendimento mais eficiente e amplo que atenda as necessidades de toda a população. O principal programa criado com a aprovação da Carta Constitucional e implementado em âmbito federal é o Sistema Único de Saúde (SUS), com a missão de possibilitar o acesso de todos os brasileiros à saúde, como um direito do cidadão e um dever do estado.

A implementação desse sistema viabilizou a ampliação de programas de saúde, mas o setor ainda enfrenta desafios consideráveis nos aspectos, principalmente, estruturais. Os principais problemas identificados se encontram no âmbito do subfinanciamento e da qualidade da gestão, verdadeiros obstáculos à ampliação da cobertura e do acesso às políticas que acabam por comprometer a qualidade do serviço prestado.

### ABSTRACT

*Since the approval of the New Brazilian Federal Constitution in 1988, the healthcare system has seen successive reforms aiming at improving its organization and offering a more efficient and comprehensive service that would meet the needs of the entire population. The main program created under the aegis of the Constitutional Charter and implemented at federal level is the National Unified Healthcare System (SUS), with the mission of ensuring to all Brazilians access to healthcare, as a civil right and a duty of the state.*

*The system's implementation fostered the expansion of healthcare programs, but the health sector still faces considerable challenges, especially as to its structure. The core problems relate to underfunding and the quality of administration, which are major obstacles to the deployment of healthcare and access to policies and end up compromising the quality of the service provided. In an interview with "Cadernos FGV Projetos," Dr. Paulo Sérgio Barros Barbanti, chairman of*

Em entrevista ao “Cadernos FGV Projetos”, o Dr. Paulo Sérgio Barros Barbanti, presidente do grupo Notre Dame Intermédica, maior empresa brasileira do setor de planos de saúde em número de usuários, faz uma análise do desenvolvimento do setor, abordando estas questões de âmbito estrutural e apontando perspectivas para o aperfeiçoamento da estrutura vigente no país.

Barbanti fundou o Grupo Notredame Intermédica há 30 anos, sendo seu atual presidente. É Membro do MBC, do Conselho da ADVB e do Conselho de Ex-Presidentes da Alami. Foi membro do Conselho Nacional de Saúde (1991-1994), da Câmara de Saúde Suplementar (1998-1999) e diretor da FIESP-Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (1989-1991).

*the Notre Dame Intermédica Group, the largest Brazilian company in the health insurance sector in number of users, analyses the development of the segment by addressing those structural issues and highlighting prospects for improving its present configuration.*

*Barbanti founded the Notre Dame Intermédica Group 30 years ago, and is its current chairman. He is also a member of MBC (Movement for Competitive Brazil), of the Council of ADVB (the Brazilian Sales and Marketing Leaders Association) and the Council of Former Presidents of Alami (Latin American Private Healthcare System Association). He is a former member of the National Health Council (1991-1994), of the Board of Supplementary Healthcare (1998-1999) and director of FIESP - the Federation of Industries of São Paulo State (1989-1991).*



**GVsaúde - Como o senhor analisa o setor de saúde no Brasil e a parceria entre os setores público e privado?**

*Paulo Barbanti* - O *mix* público-privado é a melhor forma de alinhamento de ações na busca de resolver os problemas de saúde do país. Sob esta premissa é que a política nacional de saúde dos países deveria se alinhar. E, num certo sentido, estão assim alinhadas. É claro que isto não ocorre nos EUA. No Brasil, não seria diferente, eleger o *mix* como a solução, porém, mesmo que o fosse, deveria vir despido de qualquer "ideologização", de forma que posições radicais não norteassem as ações.

**GVsaúde - Nesse *mix* público-privado, quais atribuições ficam mais a cargo do Estado e quais ficam mais com o setor privado?**

*Paulo Barbanti* - Eu não saberia definir ao certo. Mas, por exemplo, o que o Estado faz bem? O Estado faz bem toda a vigilância, então, não é o caso do privado intervir. E toda a imunização também, visto que, sob a iniciativa do Estado, erradicamos uma série de doenças. O Estado é importante para preservar o conceito de saúde pública. O privado, mesmo no *mix*, deve trabalhar dentro desse conceito, de medicina social.

A divisão existe, mas não altera o conceito. O privado deve tomar a iniciativa em áreas em que o Estado não atua. Por exemplo, os planos diferenciados de saúde desobrigam o Estado. E é bom que o privado faça, porque o Estado tem que se preocupar com a base da pirâmide.

**GVsaúde - Então, na sua opinião, a atenção primária ficaria por conta do Estado?**

*Paulo Barbanti* - Não, vejamos pela nossa experiência. Desenvolvemos um bom trabalho numa população muito grande. Assumimos os cuidados primário, secundário e o terciário. Eu acho que tanto o privado quanto o público podem assumir responsabilidades.

**GVsaúde - Como está a oferta de serviço de saúde? Está sendo cumprida a proposta de ressarcimento por parte do setor privado ao SUS, nas situações em que o SUS atende um paciente com plano de saúde?**

*Paulo Barbanti* - O mercado tem ressarcido muito pouco. Primeiro, porque se discute a constitucionalidade da medida. Do ponto de vista do cidadão, ele paga dois planos de saúde, um público e outro privado. E tem direito de usar os dois. No privado, ele tem um limite, porque não comprou um plano universal, que cubra tudo. Há uma área de abrangência. A pessoa comprou um plano com uma determinada rede e abrangência autorizadas pela Agência Nacional de Saúde. Se o indivíduo faz uso de outras conveniências, o problema não é de quem vendeu o plano. Por que, então, usa o SUS? Por muitos motivos. Pode ser que haja uma rede mais perto de casa, pode ser que conheça o médico e se identifique com ele.

Considerando a rede SUS como está, desenhamos uma proposta, muito interessante, que infelizmente não avançou. A ideia era de que as empresas pagassem um percentual do prêmio delas por mês, visando atender a essas situações inesperadas,

para as quais não há encaminhamento. Agora, nesses casos imprevisíveis que acontecem, não por culpa da operadora ou do Estado, em vez de ser um valor variável, propusemos que fosse um percentual do faturamento. Não um valor fixo: um real, dois por usuário, mas um percentual do faturamento.

**GVsaúde - De que forma podemos apresentar ao usuário os serviços aos quais tem direito?**

*Paulo Barbanti* - Procuramos indicar o plano dentro do que ele pode usar, mostrar a estrutura à qual ele pode ter acesso, através de manuais de orientação, palestras etc.

**GVsaúde - E, então, como educar esse usuário?**

*Paulo Barbanti* - A educação do usuário é fundamental. Nós procuramos educar na utilização do serviço, através de conteúdo informativo disponibilizado em diversos meios de divulgação. O plano não é para impedir acessibilidade. Muito pelo contrário, porque dar acesso e qualidade reduz custo, além de, fundamentalmente, melhorar a qualidade de vida das pessoas.

**GVsaúde - Como você disse, não só o Estado deve fazer saúde pública, como também não só o privado deve fazer *fee for service*. Há anos, diz-se que o *fee for service***

**vai acabar, no entanto, quase tudo continua mais ou menos nesse modelo. Qual a sua opinião sobre isso?**

*Paulo Barbanti* - O *fee for service* é a forma encontrada pelo Estado para comprar serviço. O Estado não está procurando formas alternativas de comprar serviço. Ele poderia minimizar o custo, deixando uma participação mais forte da iniciativa privada, através do plano de saúde.

**GVsaúde - Mas, hoje, o setor privado não usa *fee for service*?**

*Paulo Barbanti* - Usa, mas muito pouco. Por exemplo, há operadoras que em tese vendem planos mais elitizados. Já outras atendem basicamente a população C, D. Hoje, no setor privado, o *fee for service* é mais comum nas compras de serviços das operadoras de planos de saúde classe A.

**GVsaúde - De onde vem, então, a arrecadação para cobrir todo esse gasto com saúde?**

*Paulo Barbanti* - Hoje, vem parte do público e parte do privado. E todo mundo sabe que as fontes de custeio deixam a desejar.

**GVsaúde - Você acredita que no futuro a área da saúde passará a ter uma gestão profissionalizada? Há diferença entre ser da área de saúde e ser gestor de saúde?**

*Paulo Barbanti* - O ideal seria que o gestor tivesse formação em saúde, ou o médico com capacidade de gestão, mas é difícil encontrar alguém com formação em saúde e gestão. Valem as duas coisas. Tivemos alguns administradores que aprenderam algumas coisas, sabem enxergar e indicar qual médico deve gerenciar

uma determinada área ou estrutura. Hoje há carência de recursos humanos na área.

**GVsaúde - Há semelhança entre o raciocínio empreendedor e médico?**

*Paulo Barbanti* - Acho que a criatividade é um dom do médico, é uma arte. O diagnóstico exige muito a junção de fatos, criar dentro do que existe. Uma empresa é a

“ *O mix público-privado é a melhor forma de alinhamento de ações na busca de resolver os problemas de saúde do país. Sob esta premissa é que a política nacional de saúde dos países deveria se alinhar.* ”

*Paulo Barbanti*

mesma coisa. É igual a um ser humano. Você tem que mantê-la saudável, e ela também envelhece. Você tem que mudar as pessoas, tem que estar permanentemente criando outras fórmulas. Quando juntam as duas coisas, por ser a mesma atividade, você tem mais elementos para trabalhar, tem mais argumento para discutir, mais proposta para fazer em termos de inovação... O fato de ser do mesmo ramo só contribui.

**GVsaúde - E o relacionamento das empresas com os prestadores?**

*Paulo Barbanti* - Eu acho que a relação melhorou entre os prestadores e os hospitais, há mais diálogo e entendimento.

**GVsaúde - Existe um Programa de Qualificação na área de saúde suplementar. Você acredita que esta iniciativa vá funcionar?**

*Paulo Barbanti* - Tudo vai ajudar se for nessa direção. Contudo, deve-se trabalhar dentro de um conceito puramente capitalista ou pensando puramente na melhora da rede de atendimento que você oferece? Ou, ainda, oferecendo assistência à saúde? Estas questões devem ser ponderadas.

**GVsaúde - O que muda com a aprovação da nova lei?**

*Paulo Barbanti* - Você terá portabilidade em tudo e em saúde também. A lógica econômica deve andar junto com a lógica social nesse tipo de atividade. Não é possível que uma empresa que trabalha com saúde, com medicamento, com equipamento, tenha a mesma lógica capitalista de quem faz parafuso. É uma área diferente das demais, portanto, tem que ser pensada de forma diferente. Isso não é um pensamento nem neoliberal nem socialista, é preciso unir os dois pensamentos.

Não adianta abrir um hospital, se não investir na melhoria da gestão em saúde. O resultado financeiro é subproduto.

O que acontece na ANS? Se eles pensarem com a cabeça de seguradora, vão fazer um tipo de legislação. Se pensarem como plano médico irão fazer outro. As necessidades são diferentes. Deveria ser uma coisa única, ou seja, todos deveriam ter manutenção da saúde, preservação da saúde e recuperação. E essa proposta você não encontra em um país que só privatiza. Nos EUA, eles fazem prevenção, mas não têm a preocupação integral da assistência em saúde. Aqui, você tem os elementos para fazer isso e montar uma estrutura de seguro público-privado. É preciso ampliar um pouco esse lado conceitual. ■

# Dimensionamento de recursos humanos em saúde ou a vida como ela é

Ana Maria Malik e Claudia Valentina de Arruda Campos

Ana Maria Malik

Doutora pela USP, Mestre pela FGV-EAESP, Professora da FGV-EAESP e Coordenadora do GVsaúde.

*PhD from USP, Master's from FGV-EAESP, Professor at FGV-EAESP and Coordinator of GVsaúde.*

Claudia Valentina de Arruda Campos

Administradora de empresas, psicóloga, mestre em administração pela EAESP, consultora FGV Projetos.

*Business Administrator, Psychologist, MBA from EAESP, Consultant for FGV Projetos.*

## RESUMO

O artigo traz algumas questões sobre a utilidade, os limites e as potencialidades de se desenvolver um cálculo de pessoal para serviços de saúde em geral e hospitais em particular. Aborda as necessidades e expectativas dos gestores e a existência de parâmetros, as variáveis a serem consideradas e os custos em que se incorre em processos de tentativa e erro. Além disso, discutem-se competências, a legislação e as necessidades de adaptação de formas de quantificação provenientes de realidades diferentes. Finalmente, dá-se destaque à importância do papel do gestor para o sucesso de qualquer quadro definido.

## ABSTRACT

*The article addresses some issues on utility, boundaries and potentiality when calculating the demands on personnel for health services in general and hospitals in particular. It discusses administrators' needs and expectations, as well as the existence of parameters, the variables to be considered and the costs incurred in trial and error procedures. It also tackles competences, legislation and the need to adapt quantification systems deriving from different realities. Lastly, it stresses the importance of the administrator's role in the success of any given situation.*



## SONHAR MAIS OU UM SONHO IMPOSSÍVEL

Os gestores, entre os quais estão os da área da saúde, procuram alguns números gerais absolutamente improváveis de serem obtidos. Alguns deles têm a ver com produtividades ótimas, outros com resultados assistenciais. Outros se preocupam com os custos, com a utilização de diferentes itens de consumo, não necessariamente controláveis, por mais que se tente. Ou ainda com quantos pacientes podem chegar em um dado período, como se a procura dos pacientes pudesse ser controlada.

Um dos números mais desejados se relaciona à utopia de um quadro de pessoal que sirva para hospitais e/ou para ambulatorios, laboratórios e qualquer outro tipo de unidade. Em primeiro lugar, serviços públicos trabalham com lotações diferentes das dos privados. Serviços de alta complexidade requerem número e tipos de formação diferentes dos de complexidade mais baixa. Instalações que funcionam durante as 24 horas do dia têm necessidades diferentes das que funcionam em horário comercial. A forma de organização também influencia, porque é diferente operacionalizar o conceito de plantonistas (profissionais que cumprem toda sua carga horária semanal num único dia) ou a ideia de horizontalidade, em que as pessoas trabalham na unidade todos os dias (pelo menos todos os dias úteis) da semana. Finalmente, a estratégia adotada influencia na quantidade de pessoas necessárias para o funcionamen-

to de uma organização, tanto no setor público quanto no privado. Em segundo lugar, existem as culturas de cada serviço, que admitem suas peculiaridades. Há lugares em que faltas e atrasos são aceitos, lugares onde folgas são vistas como alternativas de remuneração, serviços onde há horários de café mais ou menos longos, usados com diversas finalidades.

Ainda vale a pena lembrar a existência de serviços que contratam pessoas físicas e outros que contratam empresas. Estas são controladas e remuneradas por meio de indicadores de produtividade e não por *head count*. E trazem para a contratante uma série de características diferentes, no que diz respeito à autoridade, liderança, responsabilidade, cultura e outras questões pertinentes à gestão de pessoas, transcendendo os aspectos de quadro de pessoal.

Estabilidade de funcionários ou contratações temporárias, direitos trabalhistas levam a resultados diferentes no cálculo do número de trabalhadores. Em alguns países, existe uma possibilidade maior de uniformização desses cálculos, porque em vez de se quantificar funcionários que trabalham com o conceito de *full-time equivalent*, leva-se em consideração a quantidade de pessoas que seria necessária, caso todos fossem contratados em regime de tempo integral.

## O MUNDO DA SAÚDE OU O PALCO ILUMINADO

As unidades em que se prestam serviços na área de assistência à saúde costumam ser qualificadas como locais onde há pessoas cuidando de pessoas. Aceitando esta premissa, pode-se dizer que cuidar de gente toma mais tempo que funcionar numa linha de montagem, porque a esteira não pede tempo para descansar, nem requer explicações, enquanto que pacientes podem querer repousar entre procedimentos, ir ao banheiro, se queixar, tirar dúvidas. Por outro lado, os cuidadores podem ter dificuldades com alguns pacientes e não com outros, por diversos motivos. E há quem seja hábil e quem tenha problemas de destreza, embora seja talentoso para cuidar.

Existem padrões internacionais cuja origem se perde. Assim, a duração de uma consulta para um paciente de retorno no modelo de assistência do National Health Service (NHS) britânico, medida há muitos anos, é multiplicada pelo número de vezes em que este tempo cabe no período útil de uma unidade. Este número compõe o total de pacientes a atender durante um período, independente do tempo que o profissional passe no serviço. Indicadores de horas de cuidado para pacientes em diferentes tipos de unidade, pensados numa tecnologia específica, se tornam o credo de uma profissão ou de uma palavra de ordem (como o assunto humanização).

Falar em assistência ao parto, por exemplo, em termos de tempo de cuidado, é diferente quando se refere a parto normal ou a parto cesáreo. Mesmo quando se fala em parto normal, há diversos tipos, que requerem mais ou menos pessoas para prestar atenção, um conjunto maior ou menor de competências juntas e, conseqüentemente, um número relativo de horas de profissionais.

A competência e a experiência de quem trabalha fazem diferença na quantificação de horas por produção. O exercício da supervisão consome tempo, a atividade de acompanhamento de alunos ou de visitantes, a necessidade de checagem dos procedimentos, o tipo de planta física existente, a disponibilidade ou não de computadores, e se eles estão ou não em rede, até mesmo o número e o estado de manutenção dos elevadores faz diferença na necessidade de pessoal nas diversas unidades. Todas essas características implicam diferentes necessidades de deslocamento, de tempo de movimentação, de atividades realizadas.

A quantificação do quadro, por outro lado, tem um aspecto mais concreto, que é o quanto ela significa em termos de recursos financeiros, mais diretamente salários e encargos. Há quem pense em reduzir este tipo de custo, por meio de contratação de empresas, cooperativas e outros prestadores de serviço (indivíduos ou organizações). As pessoas se esquecem que com este tipo de solução pode haver maior risco de ações judiciais, gerando custos inesperados. As pessoas se esquecem dos custos das demissões, dos treinamentos, dos processos de recrutamento, do grau de comprometimento, frequentemente menor que o daqueles contratados regularmente.

No Brasil, existem diversas leis regulando e regulamentando as cargas horárias de diferentes categorias profissionais. Por exemplo, médicos e professores podem ter dois empregos públicos. Técnicos de Raios X, entre outros, têm uma legislação que cuida de quantas horas eles podem passar perto de uma fonte de radiação e quantas horas eles devem passar distantes dela. No entanto, com isso, não se discrimina quantos empregos o mesmo profissional pode ter. Ele acaba, portanto, submetido a mais riscos do que deveria. Na enfermagem, há possibilidades de trabalhar qualquer número de horas semanais entre 20 e 44, sendo que cada somada traz vantagens e desvantagens. E a carga horária não significa necessariamente horas de cuidado prestado. Há países em que o contrato de trabalho especifica, por exemplo, 40% do que seria o período integral; neste caso, sabe-se que a instituição contará com o trabalhador este número de horas. Existe a flexibilidade de se modificar os contratos. Aqui, com muita frequência se utiliza a prática das horas extras (mesmo sem necessidade), como uma forma de aumentar vencimentos, sem mexer na folha de pagamentos formal.

Ainda existe no país a prática de algumas categorias profissionais serem obrigadas a bater cartão de ponto, enquanto que outras mal se consideram obrigadas a estar presentes no local de trabalho. E, nesta circunstância, tendo em vista a baixa qualificação de gerentes, fato relativamente comum no setor, presença não necessariamente se traduz em trabalho. O médico, profissional considerado crítico, por ser em função de sua atividade que se incorre na maior parte dos custos do setor, e, ao mesmo tempo, por ser este o profissional em função de quem são geradas boa parte das receitas, pode ser contratado como pessoa física, pessoa jurídica, por intermédio de empresas (aqui sendo considerado um funcionário), mas também pode ser usuário das instalações e equipamentos disponíveis (o termo em inglês para isso é ter *institutional privileges*). Nesta última condição, ele não apenas costuma receber tratamento de cliente preferencial, interferindo nos processos e nos seus controles, como ainda assume uma posição diferente da de prestador de serviços.



## ASSISTÊNCIA À SAÚDE NÃO É SÓ VOCAÇÃO OU A CESAR O QUE É DE CESAR

O setor da saúde é, por definição, multiprofissional. Contudo, isto não é sinônimo de trabalho em equipe, como muitos acreditam. Trata-se de uma atividade na qual muitos conhecimentos são requeridos, em função de muitas áreas de conhecimento. Existe a fantasia de que para se trabalhar com saúde, a formação deva ser de alto nível, bem como o grau de especialização. A observação do cotidiano mostra, porém, que há pessoas semialfabetizadas trabalhando, que a educação permanente não é a norma, e que, ao mesmo tempo, há muitas especialidades e subespecialidades dificultando a aplicação do princípio básico da divisão de trabalho.

Quantificar trabalhadores num hospital, por exemplo, pode significar seguir todas as legislações e normas de conselhos profissionais. No entanto, os conselhos têm seus objetivos, que não necessariamente se coadunam com os da gestão dos serviços. Cada um tende a defender a prática profissional dos seus afiliados. Considerando que nos serviços de saúde há profissionais filiados a diversos conselhos, alguns diretamente relacionados ao setor e outros provenientes de diferentes áreas de trabalho, não necessariamente voltados à cultura dos serviços, cabe sempre uma dúvida em relação a qual será o limite da quantidade de pessoas/profissionais que a organização comporta.

Um dos outros pontos de vista plausíveis para a quantificação de pessoal é o da gestão de nível central, que tende a tentar reduzir (racionalizar?) este número. Ou o da gestão local, que olha para a situação cotidiana, ou seja, considera a idade dos atuais ocupantes das posições existentes, sua capacitação real, seu funcionamento na cultura vigente. Pode ser que o número realmente necessário não seja nem aquele preconizado pela lei, nem o defendido pelo chefe da unidade, nem o do diretor do serviço.

Os algoritmos de cálculo existentes podem, todos, ser considerados adequados. No entanto, eles não devem ser considerados como verdade absoluta, porque sua utilidade depende de todas as condições nas quais se encontra o local em que serão aplicados. Dependem, ainda, dos gerentes, das quantidades de recursos disponíveis e, acima de tudo, do serviço que se quer prestar. Se o que se busca é pleno emprego, as variáveis colocadas nos algoritmos devem responder a este objetivo. Se o interesse é prestação de alta qualidade técnica, é preciso rever especialidades, subespecialidades e capacitações (e até prever pessoas a mais, para haver tempo para educação continuada no serviço). Se o interesse é trabalhar em função de restrições orçamentárias, há outras possibilidades de correção.

## CONCLUSÃO OU ALÉM DO ARCO-ÍRIS

Em resumo, é possível quantificar necessidades de recursos humanos. Para que a quantificação faça sentido, quem encomenda deve ter claras as premissas com as quais trabalha. Ao mesmo tempo, quem faz a planilha de quantificação precisa reconhecer os limites de seu instrumento e garantir que os gestores e gerentes que virão a utilizá-la também os conheçam.

Nada substitui a competência, o comprometimento, o olhar dos gerentes sobre o funcionamento das pessoas e dos processos sob sua responsabilidade na organização. Há muitas técnicas possíveis e muitos modelos aceitáveis. O tomador de decisões deve saber o que ele quer e, dessa forma, as bases de cálculo serão úteis. Conhecida a base de cálculo, a causa dos resultados pouco satisfatórios observados nos serviços poderá ser compreendida. Isto pode levar a mudanças na tabela, na questão pontual do trabalho ou na organização como um todo.

Não é possível fechar os olhos para o fato de os instrumentos nunca serem neutros. As variáveis, portanto, que se colocam numa planilha de cálculo respondem à lógica de quem as colocou, mesmo que elas não sejam explícitas. Porque, aliás, elas dificilmente são explícitas... ■■



# Fundações estatais de direito privado: a experiência do Rio de Janeiro

Irineu Frare e Elaine Santiago Simmer

## Irineu Frare

Mestre em administração Pública pela EBAPE - FGV. Professor nos cursos de Pós-graduação da FGV, professor-tutor da FGV Online e consultor da FGV Projetos.

*Master's in Public Administration from EBAPE - FGV. Professor of Post-Graduate courses at FGV, Tutor Professor at FGV Online and Consultant for FGV Projetos.*

## Elaine Santiago Simmer

Médica - Assessora Técnica Especial da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, Coordenadora do Projeto Fundações Estatais - SESDEC/RJ, Mestre em Políticas e Planejamento em Saúde - UFRJ, Pesquisadora IESC - UFRJ e Técnica da Área de Gestão - Ministério da Saúde.

*Master's in Healthcare Policy and Planning - UFRJ, Physician - Special Technical Advisor to the State Healthcare and Civil Defense Department, Coordinator of the State Foundations Project - SESDEC/RJ, Researcher at IESC - UFRJ, and Management Technician with the Ministry of Health.*

## RESUMO

Esse artigo apresenta a experiência do Projeto de Criação das Fundações Estatais de Direito Privado, desenvolvido pela Secretaria de Saúde e Defesa Civil - SESDEC com apoio da FGV Projetos. Foram 15 meses de trabalho e estudos que resultaram em uma modelagem organizacional, jurídica e operacional que estabelece as bases para uma gestão em saúde mais descentralizada, dentro de uma lógica de controle por resultados, visando efetiva melhora na atenção à saúde. Desse modo, o artigo versa sobre as premissas e a metodologia que sustentaram o desenvolvimento do trabalho, os principais desafios encontrados, os resultados mais importantes e as perspectivas para o processo de implantação, ora em andamento.

## ABSTRACT

*This article describes the experience of the Project for the Creation of Private Rights State Foundations, developed by the Healthcare and Civil Defense Secretariat (SESDEC), with support from FGV Projetos. Fifteen months of work and study resulted in a legal, operational and organizational model that lays the foundations for more decentralized healthcare administration, within a result-controlled scope that aims at effectively improving healthcare. The article also discusses the premises and methodology supporting the work, the main challenges, the most important results and the prospects for implementing the ongoing process.*



## CONTEXTO DA ORIGEM DAS FUNDAÇÕES ESTATAIS DE DIREITO PRIVADO

O modelo de administração pública direta ao longo dos anos mostrou-se incapaz de acompanhar as constantes demandas, apresentando particular dificuldade em ampliar a capacidade de funcionamento das suas Unidades de Saúde e de se adaptar à nova realidade, sem abrir mão dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

No início de 2005, o Governo Federal reconhecendo que o Estado brasileiro estava defasado, no que se refere a usar instrumentos gerenciais que aumentassem a sua eficiência no campo da prestação de serviços, iniciou uma série de estudos sobre as atuais formas jurídico-institucionais da administração pública, particularmente visando à superação de estrangulamento na área hospitalar. O objetivo deste processo era propor ajustes na gestão pública, utilizando mecanismos legais que permitissem maior autonomia, sem, contudo, abandonar o controle pelo Estado brasileiro.

É da eminente necessidade de dotar o Governo de agilidade e eficácia no atendimento das demandas, que surge o Projeto Fundação Estatal de Direito Privado, que tem em sua essência o objetivo de aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritariamente sociais.

A Fundação Estatal de Direito Privado é um organismo da Administração Pública com flexibilidade e autonomia mais amplas do que as atuais autarquias e Fundações Estatais de Direito Público, podendo dispor de instrumentos administrativos de natureza privada e, nesse sentido, é comparável a uma empresa estatal. Assim, a Fundação Estatal de Direito Privado constitui uma modalidade de descentralização administrativa, inserida na administração pública indireta, ao lado das Empresas Públicas e Sociedade de Economia Mista e sujeita ao controle estatal, para que a vontade do ente público que a instituiu seja cumprida.

Cabe destacar três pontos fundamentais que devem ser considerados na criação de uma Fundação Estatal de Direito Privado, a partir do novo modelo jurídico-institucional proposto:

- ✔ O estabelecimento de metas de desempenho para cada serviço a ser prestado, vinculadas diretamente aos recursos que serão recebidos pelas Fundações, mediante contrato, diferentemente das entidades públicas integrantes do orçamento público;
- ✔ O comprometimento dos seus dirigentes com as metas contratadas e a vinculação dos respectivos mandatos ao êxito da gestão; e
- ✔ A utilização de um sistema de governança profissional democrático, com participação social e subordinado a controles internos e externos da Administração Pública.

Esse modelo também exige a criação de um órgão público supervisor, que deve incluir os seguintes tópicos:

- ✔ Competência para definir as metas de desempenho e os demais dispositivos do contrato, além de monitorar e avaliar seus resultados;
- ✔ Critérios profissionais na escolha de dirigentes, com a definição de metas por resultado e com a implementação de um sistema de monitoramento;
- ✔ Democratização dos Conselhos Curadores ou de Administração; e
- ✔ Consolidação e socialização de bens e serviços públicos.

Cumprir destacar que, do ponto de vista jurídico, a constituição da Fundação efetiva-se com o registro de seus atos constituídos no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, na forma prescrita pelo Código Civil. Assim, a transformação de órgão ou entidade de direito público em Fundação Estatal de Direito Privado, deverá ocorrer em um processo criterioso de preparação para assumir o novo modelo jurídico-institucional, visando, especialmente, capacitar a organização a atuar sob os paradigmas da gestão por resultados.

Foi nesse contexto, de busca por organizações públicas mais eficientes, iniciado pelo Governo Federal, que a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro estabeleceu o seu primeiro marco com a Lei Complementar Nº 118, de 29 de novembro de 2007, que definiu a atividade de saúde como área de atuação estatal sujeita a desempenho por Fundação Estatal, nos termos do inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal. Em seguida, aprovou a Lei nº 5.164/07, que autorizou o Poder Executivo a instituir, nos termos do art. 37, inciso XIX, da Constituição Federal, a instituição de 3 Fundações Estatais na área da Saúde Pública, com as denominações de Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante.

A partir desse momento, a Secretaria de Saúde e Defesa Civil - SESDEC solicitou à FGV Projetos um assessoramento técnico para elaboração de toda a modelagem organizacional, jurídica e operacional do projeto.

## PRESSUPOSTOS DO PROJETO

A estruturação do Projeto considerava alguns pressupostos que nortearam as análises e propostas desenvolvidas, dos quais se destacam:

A) **REDEFINIÇÃO DO PAPEL DA SESDEC** - que passa de formuladora e executora de políticas públicas para apenas formuladora, dentro de uma lógica que privilegia a atuação do Estado como catalisador de demandas sociais - sob perspectiva de transformar as demandas sociais em serviços que atendam à sociedade, mas não necessariamente executados pelo órgão da administração direta.

B) **MELHORIA NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO** - A área de RH é um dos pontos mais críticos do SUS. Portanto, a introdução de uma perspectiva de carreira para o corpo funcional, com a adoção de um Plano de Empregos Cargos e Salários, reajuste salarial e a contratação via CLT, por meio de concurso público, tem como meta eliminar a precarização do trabalho, os contratos por fundações de apoio, terceirizações e baixos salários para algumas categorias.

C) **GESTÃO POR RESULTADOS** - A autonomia conferida possuirá uma contrapartida muito forte com a adoção de contrato de gestão como principal instrumento de controle e acompanhamento - tanto no âmbito da relação entre a SESDEC e as Fundações, como desta com suas unidades - que também poderão e deverão replicar a lógica de contratualização com suas unidades funcionais. Assim, o controle externo sobre as unidades de saúde, sua produção, sua qualidade e seus recursos será muito maior.

D) **MAIOR TRANSPARÊNCIA E CONTROLE SOCIAL (ACCOUNTABILITY)** - A autonomia conferida possuirá uma contrapartida muito forte com a adoção de contrato de gestão como principal instrumento de controle e acompanhamento - tanto no âmbito da relação entre a SESDEC e as Fundações, como desta com suas unidades - que também poderão e deverão replicar a lógica de contratualização com suas unidades funcionais. Assim, o controle externo sobre as unidades de saúde, sua produção, sua qualidade e seus recursos será muito maior.

Obviamente, esses pressupostos têm como objetivo, além das questões organizacionais, estabelecer uma prestação de serviços de saúde efetivos, eficientes e eficazes.



## A METODOLOGIA DO TRABALHO

O Projeto foi concebido a partir de três módulos de trabalho que se desenvolveram dentro de um projeto piloto com 5 unidades prestadoras de serviço - 3 hospitais de urgência e emergência; 1 hospital geral; e 1 instituto. Os módulos de trabalho contemplavam um leque de ações de caráter estratégico-institucional e operacional.

Os aspectos de ordem estratégico-institucional foram tratados dentro do módulo denominado “Institucional - Criação das Fundações Estatais”, no qual desenvolveram-se os seguintes tópicos: estudos jurídicos, redação do estatuto e regimento das Fundações; um plano de comunicação para o projeto; uma pesquisa de fatores críticos de sucesso; uma análise de *benchmarking*; avaliação de todo o sistema de gestão de pessoas; a modelagem organizacional das fundações estaduais; análise do plano de suprimentos e a de tecnologia da informação e comunicação.

O módulo “Reestruturação das Unidades Prestadoras de Serviços” trabalhou os aspectos de ordem mais operacional a partir do: diagnóstico da situação institucional, patrimonial e de contratos; diagnóstico dos serviços e produção das unidades prestadoras de serviços; diagnóstico dos recursos humanos (censo) das unidades prestadoras de serviços; análise da oferta e demanda de serviços; - mapeamento dos macroprocessos e processos críticos da UPS; - redefinição do modelo de produção e de prestação de contas; e definição das ferramentas de TI.

O último módulo, “Implantação e Acompanhamento”, tinha seu foco na operacionalização e implantação das definições construídas nos módulos anteriores, a partir de: desenvolvimento de um sistema de indicadores de desempenho; elaboração dos contratos de gestão (contemplando o plano operativo); incorporação de 5 unidades prestadoras de serviços; realização de um programa de treinamento e desenvolvimento; e acompanhamento e incorporação das outras unidades.

Cabe ressaltar que a divisão entre estratégico-institucional e operacional foi feita com o objetivo de organizar o trabalho, sendo que em última instância estes elementos têm uma relação de interdependência muito grande, e que muitas das áreas são ao mesmo tempo operacionais e estratégicas.

## DESAFIOS DO PROJETO

Um projeto dessa envergadura encontra uma série de desafios e resistências, que são apresentados a seguir:

- Obtenção de informações - capacidade instalada (leitos, equipamentos, funcionários); pessoal (vínculos por unidade, situação atual do funcionário, alta rotatividade de pessoal); dados de produção; e diversas e divergentes fontes de origem (SESDEC; unidade; SUS).

- Modelagem organizacional - dificuldade em modelar as gerências e assessorias dentro de uma perspectiva matricial, já que a estrutura definida em Lei apresentava uma estrutura de direção hierarquizada e verticalizada.

- Definição de quais unidades deveriam ser incorporadas primeiro - as mais estruturadas e organizadas, o que traria uma visibilidade e credibilidade inicial ao projeto, ou as menos organizadas, que, com algum grau de implementação dos ajustes sugeridos poderiam resultar em grandes avanços à atenção à saúde. Havendo a incorporação das melhores unidades, corria-se o risco, caso o projeto encontrasse muita resistência, de “desorganizar” o que estava funcionando bem - lembran-

do que nessas unidades existe uma identidade do corpo funcional mais institucionalizada. No caso das unidades menos estruturadas, corria-se o risco de não haver transformações no tempo necessário para que isso alavancasse o modelo, no sentido de atrair os envolvidos para as Fundações.

- Definição dos salários - Uma remuneração competitiva e de mercado, tanto da área assistencial como da administrativa, foi definida a partir de uma pesquisa salarial. Foi respeitado o teto salarial estadual e realizados estudos sobre o impacto salarial.

- Comunicação - ponto vital do projeto, a comunicação depende de informações, e acima de tudo, de definições que demandam tempo e análises aprofundadas para serem tomadas. Desse modo, o *trade-off* está na ansiedade por informação por parte dos envolvidos no processo - funcionários, dirigentes e prestadores de serviços - e a capacidade de geração das análises e tomada de decisão dos gestores. Cabe lembrar, que muitas das decisões fogem ao âmbito da SESDEC, constituindo questões de Estado.

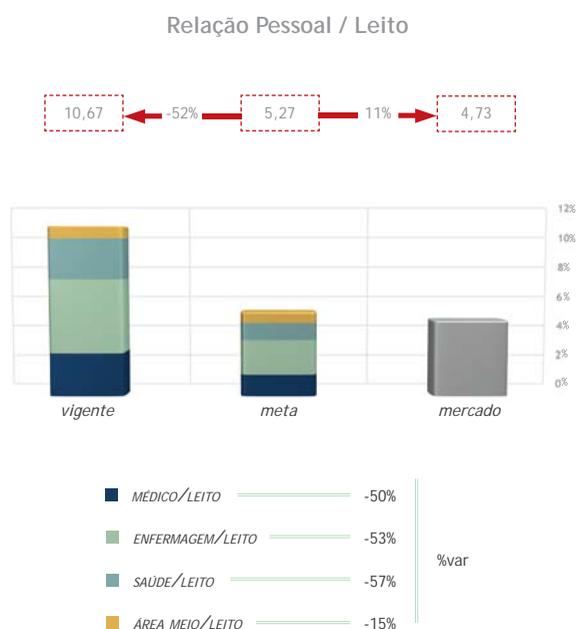
## PRINCIPAIS RESULTADOS

### DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

- Desenvolvimento de uma ferramenta para dimensionamento de pessoal. Essa ferramenta permitiu sistematizar uma metodologia, que até então dependia em grande parte do conhecimento tácito de médicos e enfermeiros que conhecem a rotina do hospital. Essa ferramenta permitiu produzir um dimensionamento mais racional e menos subjetivo.

- A partir do dimensionamento, chegou-se a uma proposta de redução de 34% de seu quantitativo, lotado nas 5 UPSs, e já contemplando aumento de 34% da oferta de leitos dessas 5 unidades.

- Com a implantação dessa proposta de readequação do quadro de pessoal, atinge-se uma melhoria nos indicadores operacionais, com a relação funcionário/leito, passando de 10,67 (atual) para 5,27, como apresentado no gráfico a seguir:



#### ANÁLISE COMPARATIVA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS

Serviços de terceiros de nutrição, alimentação hospitalar; coleta de lixo; limpeza e manutenção predial, comparando com a forma de contratação e custos com as OSS de São Paulo. Isso permitiu à SESDEC verificar a possibilidade de renegociar seus contratos dentro de novos parâmetros.

#### ELABORAÇÃO DE MINUTAS DE TERMOS DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DESSES SERVIÇOS DE TERCEIROS

Os termos foram estruturados dentro de parâmetros mais efetivos para controle desses contratos, a partir de experiências de São Paulo e Minas Gerais. O objetivo é que as Fundações possam utilizar essas minutas para realizar ou renegociar contratações desses serviços.

#### PLANO DE EMPREGOS, CARGOS E SALÁRIOS

Com avaliação nos níveis institucional (hospital); departamental (unidade funcional) e individual. Avaliação de competências envolvendo conhecimento técnico-profissional; competência interativa; competência emocional; e competência de comprometimento.

#### SIMULADOR PARA O CONTRATO DE GESTÃO

Foi desenvolvida uma ferramenta para elaboração e medição do contrato de gestão, contemplando 3 grandes áreas - Planejamento, Produção e Qualidade. A área de planejamento conta com mais de 70 variáveis de controle, a de produção, mais de 100, e a de qualidade, mais de 90. Apesar da abrangência dessas variáveis, é possível adotar apenas parte delas, quando o grau de detalhamento não for considerado importante. Sabe-se que, nos primeiros anos, à semelhança do que ocorreu com as OSS em São Paulo, não será possível adotar o maior nível de detalhamento. Os recursos são definidos em função de faixas de atingimento de pontos, em cada uma das 3 esferas, sendo que as áreas de Planejamento e de Produção somam 100% dos recursos, e a de Qualidade entra como um ganho extra de 5% sobre o orçamento definido.

#### MODELAGEM ORGANIZACIONAL DAS FUNDAÇÕES

Foi desenvolvida dentro de uma perspectiva de governança institucional, tendo por finalidade conceber um caráter estratégico para algumas áreas. Em consequência disso, destacam-se alguns pontos:

✓ A área de Tecnologia da Informação foi vinculada à diretoria de Planejamento e Gestão do Contrato de Metas, dado o caráter estratégico que a TI tem assumido na área de saúde. Sabe-se que a capacidade de planejamento está diretamente ligada ao nível de informatização de metas - de produção, qualidade - além de possibilitar um efetivo controle dos custos envolvidos.

✓ A diretoria técnico-assistencial foi dividida em duas grandes gerências: a clínica e a de operações. A primeira deverá ocupar-se da concretização do perfil estabelecido para as unidades, adequando protocolos e *guidelines* de ofertas às necessidades em saúde e demandas decorrentes. A segunda será responsável pela normalização e facilitação dos processos identificados, permitindo a correta gestão da clínica.

✓ A área de suprimentos também é estratégica, mas no caso das Fundações, essa área será apenas a centralizadora das necessidades encaminhadas pelas UPS - estas, sim, deverão planejar, sistematizar sua série histórica e programar seu consumo. A lógica aqui é *bottom-up*.

✓ Essa modelagem, como ficou evidente, procurou posicionar a Diretoria administrativa-financeira dentro de uma lógica de atividade-meio, retirando desta as áreas que comumente, no setor público, fazem parte de suas atribuições, como Tecnologia da Informação e Recursos Humanos.

#### CENTRO DE CUSTOS

O modelo de centro de custos foi elaborado a partir de unidades funcionais, seguindo a lógica de prestação de serviços das unidades e alinhando ao modelo de contratualização do projeto (SESDEC - Fundações - UPS

- Unidades Funcionais). Com a incorporação de sistemas de tecnologia da informação, os Centros de Custos serão o principal instrumento para a gestão financeira e contábil das Fundações. Também servirão de base para o controle da eficiência e efetividade dessas instituições (nos níveis institucional e operacional), tanto pelos gestores das FEs quanto para a SESDEC.

✓ Queda de alguns mitos

✓ **Falta de médicos** - no processo de levantamento, verificou-se que em alguns casos não é uma questão de insuficiência do quantitativo de médicos nos quadros da SESDEC, mas sim de dificuldades no controle e na organização dos plantões, o que acaba por gerar um alto índice de absenteísmo. Isso ficou evidente quando foi realizado o dimensionamento de pessoal, apresentado anteriormente;

✓ **Quadro de pessoal em vias de aposentadoria** - acreditava-se que o quadro de funcionários era composto por uma maioria na condição de aposentadoria. O que se verificou foi que nesses 5 hospitais apenas 0,6 a 1,3%

dos funcionários, em atividade, têm a possibilidade de se aposentar com base no tempo de serviço;

✓ **Superlotação dos hospitais** - é quase senso comum que os hospitais têm superlotação, quando na verdade o que ocorre é a falta de integração entre a emergência e a internação. Os pronto-socorros de fato ficam lotados, mas as enfermarias têm baixa utilização. Isso ocorre principalmente pela inexistência do NIR - Núcleo Interno de Regulação, que não consegue estabelecer uma dinâmica de regularização dos leitos dentro das unidades hospitalares;

✓ **Altos custos das cooperativas** - acreditava-se que o custo de contratação das cooperativas era muito alto. Na verdade, os encargos são bem menores (em comparação à contratação CLT e por Pessoa Jurídica) e semelhantes aos dos funcionários estatutários. Quando se avaliou o impacto na substituição dos cooperativados por funcionários CLT, verificou-se que o impacto financeiro era muito alto.

## PRINCIPAIS RESULTADOS

O Rio de Janeiro foi um dos pioneiros na aprovação da Lei que autorizou a criação das Fundações Estatais de Direito Privado; também saiu na frente na estruturação de um modelo de gestão para a operacionalização do Projeto - objeto desse artigo; e, mais importante, será o primeiro estado a implementar essas organizações em larga escala.

Os desafios no processo de implantação, alguns deles descritos nesse artigo, são os mesmos de qualquer processo de mudança com resistências internas e externas; recursos escassos; ambiente político instável; possibilidades de questionamentos jurídicos ao modelo, entre outros. Entretanto, a crise econômica e a consequente queda na arrecadação são elementos novos que não eram contemplados quando da concepção do modelo. Se já existia um déficit de recursos, este hoje é mais significativo.

É nesse contexto que caberá à direção das Funda-

ções Estatais, em conjunto com os gestores da SESDEC, a implementação do modelo que resguarde suas principais características - agilidade, efetividade, resolutividade e inovação na atenção à saúde; transparência, valorização e profissionalização de seus profissionais - e que seja, ao mesmo tempo, viável do ponto de vista econômico-financeiro e político-institucional. É fundamental, para que isto ocorra, que seja tomado todo cuidado para evitar a ingerência político-partidária nas instituições de saúde e a não observância de critérios de competência técnico-profissional e compromisso sanitário para a ocupação de cargos de direção.

Finalmente, deve-se ter sempre em foco que esse é um processo gradativo e que implicará um grande esforço de desenvolvimento gerencial e deverá garantir a efetiva participação do controle social, e também não esquecer o postulado "O empenho político é um ingrediente fundamental da equação pública". ■

# Governança corporativa e hospitais de ensino: um aprendizado possível?

Leonardo Justin Carâp e Bárbara do Nascimento Caldas

## ■ Leonardo Justin Carâp

Doutor pela Coppe/UFRJ, Mestre pela FGV-EAESP, Professor da UFF e Coordenador de Projetos na área de Saúde da FGV Projetos.

*PhD from Coppe/UFRJ, Master's from FGV-EAESP, Professor with UFF and Healthcare Projects Coordinator for FGV Projetos.*

## ■ Bárbara do Nascimento Caldas

Mestre pela FGV-EAESP e Médica do Ministério da Saúde.

*Master's from FGV-EAESP and Physician with the Ministry of Health.*

## RESUMO

Este texto traz à discussão a forma como complexas organizações hospitalares - especificamente hospitais públicos de ensino - poderiam beneficiar-se e à sociedade a qual prestam seus serviços, pela adoção de normas utilizadas na governança das corporações. A Política Interministerial (MS e MEC) desenvolvida pelo Governo Federal, com foco nos Hospitais de Ensino, busca redefinir e normalizar a atuação dessas instituições para o cumprimento de suas finalidades através da inserção no SUS. Entretanto, a Academia, tradicionalmente, se mantém ao largo das questões discutidas pelos formuladores do SUS, negando provimento às suas diretrizes e optando por uma lógica própria de atuação. Sugere-se neste texto que a adoção de normas de boa governança seja capaz de conferir transparência, equidade de tratamento dos interessados e prestação de contas.

## ABSTRACT

*This text discusses how complex hospital organizations - namely government-run school-hospitals -, as well as society to which such organizations provide services, could benefit from the adoption of governance standards used in corporations. The federal government joint policy for the Ministry of Health and Ministry of Education and Culture (MS and MEC, in Portuguese), which focuses on school-hospitals, looks to redefine and normalize the role of such institutions in reaching their goals by insertion in the National Unified Healthcare System (SUS). The academic society, however, is traditionally reluctant to be involved in issues discussed among SUS's devisers, by not only refusing to contribute with guidelines, but also choosing their own operating logic. This text suggests the implementation of good-governance standards capable of providing transparency, equitable treatment to stakeholders and accountability.*

## INTRODUÇÃO

As organizações de saúde são instituições de grande complexidade, a começar pela natureza do produto esperado: melhora no estado de saúde de seres humanos. Dentre essas instituições, a que atinge o maior grau de complexidade, sem nenhuma dúvida, é o hospital. Para habilitar-se na consecução de seus objetivos, esta organização necessita concentrar recursos financeiros, tecnológicos e humanos, sendo ao mesmo tempo capital intensivo e mão-de-obra intensiva. Prova disso é o fato de que aos hospitais se destinam de 75 a 85% dos gastos com saúde (BUENO apud MARIN e NOVAES, 2004).

As características acima fazem com que a gerência de hospitais se configure num enorme desafio. Há um desafio ainda maior quando aos elementos descritos soma-se a participação da dinâmica da Academia, com toda sua riqueza de poderes e simbolismos nos Hospitais de Ensino (HEs), que podem ser definidos como aqueles que, além de prestarem assistência à saúde da população, desempenham atividades de capacitação de recursos humanos (ZUCCHI et al, 1998).

Assim como observado em outros segmentos do setor de saúde, o desenvolvimento organizacional dos HEs vem acontecendo à margem de uma diretriz superior adequada, e seus projetos vêm se desenvolvendo sem um respaldo maior em configurações estratégicas formais, que poderiam melhor avaliar os procedimentos, os dimensionamentos e os resultados.

A preocupação administrativa predominante continua posicionada muito fortemente nas análises operacionais, no dia-a-dia dos fechamentos de contas hospitalares, na falta de recursos, na apuração estritamente contábil dos custos de procedimentos, na aplicação de tabelas de prestação de serviços, nas discussões infundáveis sobre inadequações de preços unitários aos custos dos serviços médicos e outros mais, sem que isso seja uma consequência das diretrizes institucionais aplicadas à organização, nem que os elementos estratégicos capazes de ultrapassar a órbita de atenção às minúcias, sejam valorados e integrem a agenda dos dirigentes.



Porém, como nos lembra Porter (1996), o centro da atividade de um dirigente não é a busca da eficiência produtiva, e sim a estratégia da organização: definindo e comunicando a posição da organização, fazendo *trade-offs*, e buscando o ajuste entre as atividades desenvolvidas.

Dessa forma, falta em geral uma preocupação estratégica nesse ambiente focado, principalmente, na geração de recursos para a sobrevivência diária e para o atendimento a grandes massas populacionais com baixa capacidade para o desenvolvimento e implantação de projetos que visem à estabilidade político-institucional e a governabilidade institucional.

Conseqüentemente, as ferramentas operacionais são preferencialmente utilizadas em detrimento das formulações estratégicas e das diretrizes políticas e institucionais, o que significa dizer que a preocupação com o futuro termina não tendo espaço nessas organizações.

Nas corporações, a experiência mostrou que soluções de curto prazo não são capazes de trazer nem estabilidade nem ganho para os acionistas, principalmente os pequenos. Por isso, regras de boa governança foram estabelecidas para a proteção deste grupo.

A utilização dos conceitos desenvolvidos e dos ensinamentos obtidos no ambiente das Corporações para uma possível transferência e adaptação, como um Modelo de Governança para o setor público de saúde brasileiro, poderia ter essa mesma característica de proteção. Neste caso, proteção para o grupo de pacientes, principalmente, e para os trabalhadores subsidiariamente.

## GOVERNANÇA CORPORATIVA

A economia brasileira tem passado por profundas mudanças na estrutura de propriedade e gestão de suas principais empresas. As relações outrora estáveis, quase simbióticas, entre acionistas e administradores das empresas estatais e das empresas privadas familiares, de capital aberto ou fechado, estão sendo "problematizadas" com a reestruturação societária provocada pelas privatizações e com a entrada de novos *players* nas empresas do setor privado, em especial de investidores estrangeiros.

Se, por um lado, essas mudanças facilitam o acesso a novos financiamentos e promovem a modernização da gestão, por outro, devido à tendência de separar a propriedade e a gestão mais nitidamente, criam um problema de monitoramento das relações entre os acionistas e os administradores. Do ponto de vista dos acionistas, uma gestão profissionalizada implica delegar autonomia aos administradores, tornando-se inevitáveis as assimetrias informacionais decorrentes da nova separação de poderes, o que pode levar a uma divergência de interesses.

A transformação de uma estrutura de propriedade e gestão, que outrora facilitava um alinhamento quase automático dos interesses das duas partes, torna necessária a institucionalização de mecanismos para reaproximá-los. Este conjunto de questões envolvendo a relação entre propriedade e gestão pode ser tratado no âmbito

do conceito de Governança Corporativa, tema que tem sido muito discutido nos últimos anos em países industrializados, principalmente anglo-saxões, onde se avalia a relativa eficácia institucional de modelos alternativos de Governança Corporativa e os seus impactos sobre a competitividade das empresas e nações.

Em 1995, foi criado, no Brasil, o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC). Dentre suas várias atribuições, uma foi a de elaborar um Código de Melhores Práticas de Governança Corporativa. Considerando que esta instituição está totalmente voltada para o tema, parece importante conhecer sua definição de Governança Corporativa: "É o sistema pelo qual as sociedades são dirigidas e monitoradas, envolvendo os relacionamentos entre Acionistas/Cotistas, Conselho de Administração, Diretoria, Auditoria Independente e Conselho Fiscal. As boas práticas de Governança Corporativa têm a finalidade de aumentar o valor da organização, facilitar seu acesso ao capital e contribuir para sua perenidade." (IBGC, 2004, p.6).

De acordo com esse Código, para se atuar com boas práticas, os princípios básicos a considerar são a transparência, a equidade, a prestação de contas e a responsabilidade corporativa. Estes princípios devem ser aplicados à organização como um todo, aos sócios, aos membros do conselho de administração, a toda a linha de gestão, à auditoria interna e aos membros do conselho fiscal. E é necessário que a empresa possua um código de conduta para resolução de conflitos.

Resumindo, um sistema de Governança Corporativa é composto pelo conjunto de instituições, regulamentos e convenções culturais que rege a relação entre a administração das empresas e os acionistas, ou outros grupos aos quais as administrações devem prestar con-

tas. As características e o desenvolvimento desses modelos, que podem ser associados a grupos de países, refletem as peculiaridades de formas distintas de organização e prioridades políticas e sociais diversas.

## MODELO DE GOVERNANÇA E HOSPITAIS DE ENSINO COM INSERÇÃO NO SUS

Em ambientes corporativos, é mandatário identificar os principais grupos de interesse e a sua atuação. Isso nos serve de ensinamento e, se observarmos a defesa do pequeno investidor ocasionada pelo modelo, podemos extrapolar isso como proposta para o nosso setor.

Como é sabido, as boas práticas de Governança visam, sobretudo, proteger o pequeno investidor que financia, mas não controla nem dirige.

Ao Sistema Único de Saúde (SUS), como principal financiador dos hospitais de ensino, deve, ser atribuído o papel de *stakeholder*, o que nunca esteve claro nas relações desenvolvidas até aqui. Porém, o atual governo tem atuado para deixar isso bastante transparente.

Por meio de uma Política Interministerial envolvendo os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), a atual gestão federal está buscando redefinir o papel dos Hospitais de Ensino, a começar pelas ações de Certificação desses hospitais, que só é conseguida através da comprovação de integração da unidade ao sistema de saúde local (esfera municipal do SUS).

Admitimos também, para fins de comparação, que os recursos do SUS são, na verdade, o investimento de milhares de pequenos investidores (recursos dos impostos pagos).

Finalmente, mas não menos importante, insere-se - na ponta - a relação destes hospitais com o Gestor Municipal e/ou Estadual, que tem sido a relação mais

delicada até o momento, talvez por ser a mais recente, apesar dos contratos de metas estabelecidos por força das normas operacionais do SUS.

A experiência das empresas de capital aberto, ao adotarem boas normas de Governança Corporativa para a solução de seus conflitos e interesses, pode ser de muita utilidade neste setor de diversos *players* que, além de tudo, produzem um serviço de difícil avaliação pelos clientes, num claro sinal de desnível informacional. Esta característica define os mercados imperfeitos que, por isso mesmo, necessitam de regras claras de funcionamento e prestação de contas muito transparentes.

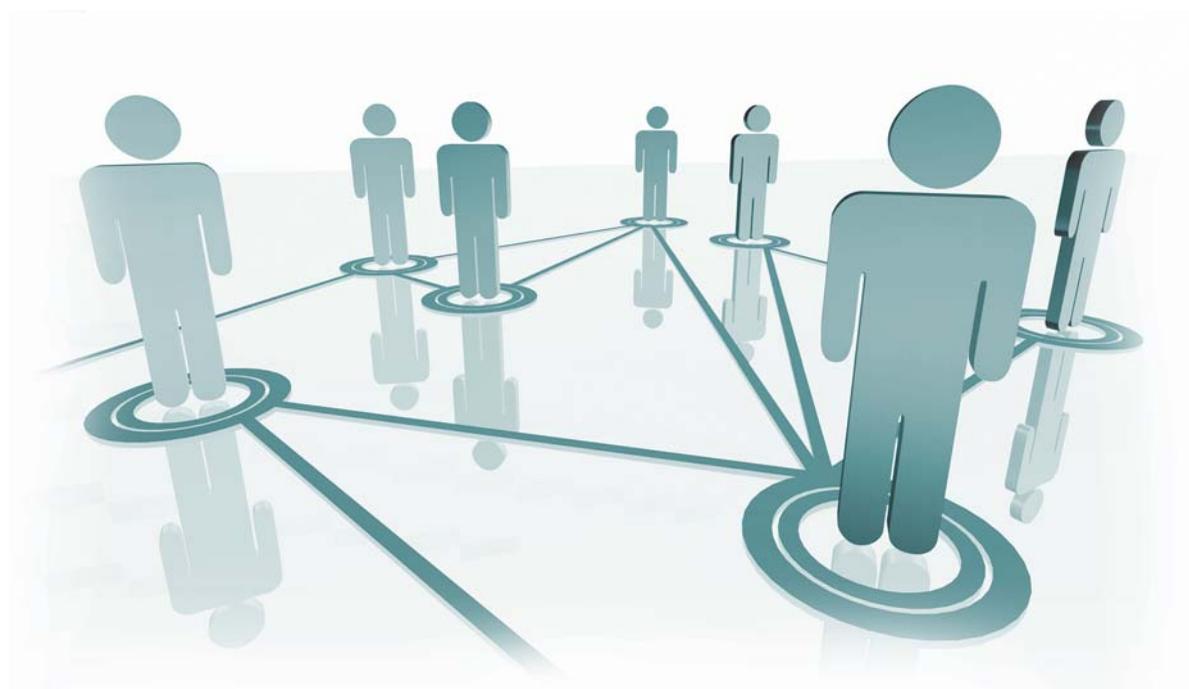
Devemos avaliar e entender essas necessidades a partir da leitura de duas características próprias dos HEs, a saber: as relações institucionais, com suas consequências estruturais internas, e a relação entre os HEs e o gestor local.

As relações institucionais dos HEs, fortemente influenciadas pela lógica da academia, geram, com frequência, realidades distanciadas dos princípios gerais aceitos como “de boas práticas” e determinantes para o sucesso de instituições/organizações em qualquer setor.

Ou seja, por tradição, a academia não julga importante adotar mecanismos de regulação para os HEs que garantam o profissionalismo da gestão e a defesa dos interesses dos clientes e dos financiadores.

As relações com o gestor local, até mesmo pelo pouco tempo para adquirir maturidade e gerar aprendizado, são por vezes conflitantes. O “contrato de metas”, ferramenta que teoricamente deveria regular estas relações, pode se apresentar até mesmo como instrumento de controle e avaliação, mas dificilmente verificaremos na sua aplicação o cumprimento de diretrizes estrategicamente definidas e previamente discutidas na sociedade.

Por fim, sempre que faltar uma construção coletiva baseada em princípios de eficiência, eficácia e efetividade, o contrato perderá a sua capacidade estratégica de responder às necessidades e demandas locais e regionais, limitando-se ao papel de mais um instrumento de compras de serviços, sem privilegiar a questão da formação de Recursos Humanos, a questão da avaliação tecnológica e outras para as quais os “investidores” (cidadãos) gastam os seus “recursos” (impostos).



## PRÁTICAS PARA UM BOM MODELO DE GOVERNANÇA

Relacionando-se todos os interessados na questão (*stakeholders*), vemos que o modelo proposto deverá abranger algumas especificidades importantes e que nos dão a exata dimensão da complexidade das unidades em estudo.

De uma maneira genérica, para caracterizar um bom modelo de Governança para empresas de mercado, é necessário que:

- ✔ Sejam adotados os procedimentos de regulação definidos pelos formuladores e acordados com o setor, em conformidade com seus administradores;
- ✔ Sejam priorizados esforços em busca da transparência na gestão da Governança, em relação às definições estratégicas e das relações com o governo;
- ✔ Exista um Conselho de Administração independente da Diretoria Executiva, a fim de permitir a boa gestão organizacional;
- ✔ O principal executivo da organização não seja o Presidente do Conselho;
- ✔ A quantidade de Conselheiros externos seja superior à de Conselheiros oriundos da própria Instituição; e
- ✔ O Diretor Presidente seja profissional especialmente contratado e devidamente habilitado no setor de serviços a que se dedica.

Deverá inexistir qualquer conflito de interesses entre os componentes da Diretoria e do Conselho, mesmo em suas atividades externas.

Do ponto de vista das relações externas com o Gestor Local, é da mesma forma importante que as regras de Governança Institucional sejam capazes de estender a sua influência à contratualização desenvolvida e que sejam respeitadas as questões estratégicas con-

cernentes a cada Instituição, sem as quais as medidas internas tornam-se vazias de interesse e de resultado prático. Ou seja, de nada adianta definir um modelo de Governança que tenha a preocupação explícita com boas práticas, transparência, profissionalização e responsabilidade social, caso a Instituição tenha que - para sobreviver - submeter-se a contrato que desconsidera suas necessidades e principais características.

O Gestor Local, tendo que regular uma estrutura de Hospital Universitário, às vezes mais complexa que o habitualmente encontrado em sua própria administração, necessita receber apoio para a adoção de boas práticas de Governança ele próprio, mesmo que em alguns casos já esteja em bom caminho com a atuação do Conselho Municipal de Saúde e outros instrumentos.

Resumindo, Governança é o conjunto de práticas que tem por finalidade otimizar o desempenho de uma organização ao proteger todas as partes interessadas, tais como financiadores, trabalhadores, fornecedores e credores, facilitando o acesso ao Investimento.

A análise das práticas de Governança aplicada às políticas públicas deverá envolver, principalmente: transparência, equidade de tratamento dos interessados e prestação de contas.

Para os diversos grupos de interesse, a análise destas práticas auxilia na decisão de investimento/fornecimento, pois a governança determina o nível e as formas de atuação que estes podem ter na Organização, possibilitando-lhes exercer influência no desempenho da mesma e/ou alcançar seus objetivos científicos ou comerciais, ou mesmo de campo de trabalho confiável.



## CONCLUSÃO

O objetivo das corporações em aumentar o valor da companhia pela adoção de regras de boa Governança, posto que boas práticas nesse campo repercutem na redução de seu custo de capital, aumentando sua viabilidade no mercado, pode ser pensado para o setor público de saúde como uma base para a análise e garantia de valor para a sociedade (nesse caso, representada pelos financiadores) em sua decisão de investimento.

Para exemplificar a necessidade deste juízo de valor, devemos lembrar que os investidores financiam companhias sujeitando-se sempre ao risco de apropriação indevida de parcela do lucro do seu investimento.

A adoção de boas práticas de Governança Corporativa constitui um conjunto de mecanismos, através dos quais investidores, incluindo controladores, se protegem contra desvios de ativos por indivíduos que têm poder de influenciar ou tomar decisões em nome da companhia.

Organizações com um sistema de Governança que proteja todos os investidores, e os demais atores que nelas tenham interesses, tendem a gerar mais valor, porque os investidores reconhecem que o retorno dos seus investimentos será usufruído igualmente por todos.

Da mesma forma, Instituições Públicas de Saúde - como são os de complexos Hospitais Universitários - ao adotarem boas práticas de governança corporativa como modelo, passam a gerar credibilidade (valor) para a sociedade que nelas investe e ali busca retribuição por seu esforço financeiro, seja na formação de recursos humanos e no desenvolvimento tecnológico, seja na prestação de serviços resolutivos, com garantia de acesso e qualidade. ■■

# Contratos de gestão e sistema de indicadores de desempenho

Denise Schout e Wilson Rezende

## Denise Schout

Médica, mestre em medicina, doutora em medicina, consultora da FGV Projetos, professora e pesquisadora associada do GVsaúde.

*Physician, MBA, PhD in medicine, consultant for FGV Projetos, professor and researcher associated with GVsaúde.*

## Wilson Rezende

Economista, mestre em administração de empresas, consultor da FGV Projetos, professor e pesquisador associado do GVsaúde.

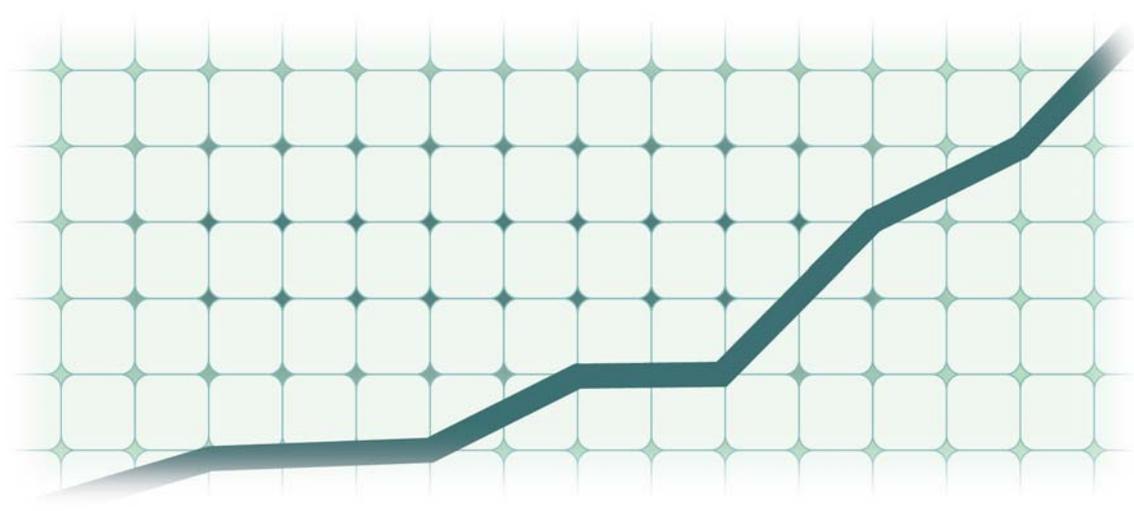
*Economist, MBA, consultant for FGV Projetos, professor and researcher associated with GVsaúde.*

## RESUMO

O uso cada vez mais frequente de instrumentos como o Contrato de Gestão, pautando a relação entre entidades coordenadoras e as unidades executoras de serviços de saúde, coloca como questão fundamental a escolha da cesta de indicadores que irão possibilitar o acompanhamento desses contratos. Reconhecendo que essa escolha depende, entre outros fatores, do modelo assistencial adotado e do nível hierárquico da unidade de acompanhamento, este artigo apresenta como se calcula um conjunto de indicadores, incluindo o seu significado, que pelo seu caráter estratégico deverá necessariamente estar presente em qualquer situação.

## ABSTRACT

*The increasingly prevalent use of instruments such as the Management Contract to regulate the relationship between coordinating agencies and executive units of healthcare services, raises the key question of the choice of a set of indicators to assist in monitoring these contracts. Acknowledging the fact that the choice depends, among other factors, on the healthcare model adopted and the hierarchical level of the monitoring unit, this article shows how a set of indicators is selected, including its significance, which due to its strategic nature shall of necessity be present in any situation.*



## INTRODUÇÃO

A partir do momento em que o processo de reorganização do setor público brasileiro privilegia a instituição de contratos e/ou convênios de gestão, na relação entre as unidades coordenadoras e as unidades executoras, a questão dos indicadores de desempenho, que farão parte dos Planos Operativos Anuais e dos Contratos de Gestão, assume importância capital. Torna-se fundamental a definição de um Sistema de Indicadores de Desempenho que dê conta de construir uma cesta de indicadores com o objetivo de dar suporte à implantação de novo modelo de relacionamento entre as partes, agora francamente voltado para resultados.

Na área da saúde, objeto deste artigo, uma parcela significativa dos indicadores está voltada para o acompanhamento do conjunto de atividades e processos que ocorrem no hospital. Neste, na condição de principal elemento do sistema, recaem as maiores preocupações por parte dos gestores de políticas públicas. A ênfase no controle de custos, na racionalização da alocação e utilização dos leitos, a necessidade de maximizar a utilização das unidades produtivas, o uso de medicamentos de alto custo etc. são questões de extrema importância para a gestão do sistema de serviços de saúde. Soma-se a isso o fato do setor ser intensivo na utilização de mão-de-obra especializada e de alto custo, o que faz com que os recursos necessários para atender as necessidades da população atinjam somas vultosas.

Como garantir a utilização mais racional possível dos recursos, sempre escassos? Essas questões ganham maior relevância quando se tem que fazer escolhas e definir prioridades de investimento na perspectiva de agravamento das necessidades de atenção mais complexas, dado pelo envelhecimento populacional associado à maior prevalência de co-morbidades. Daí a importância de haver um conjunto de indicadores que possibilite a avaliação das Unidades Produtoras de Serviços Públicos de Saúde.

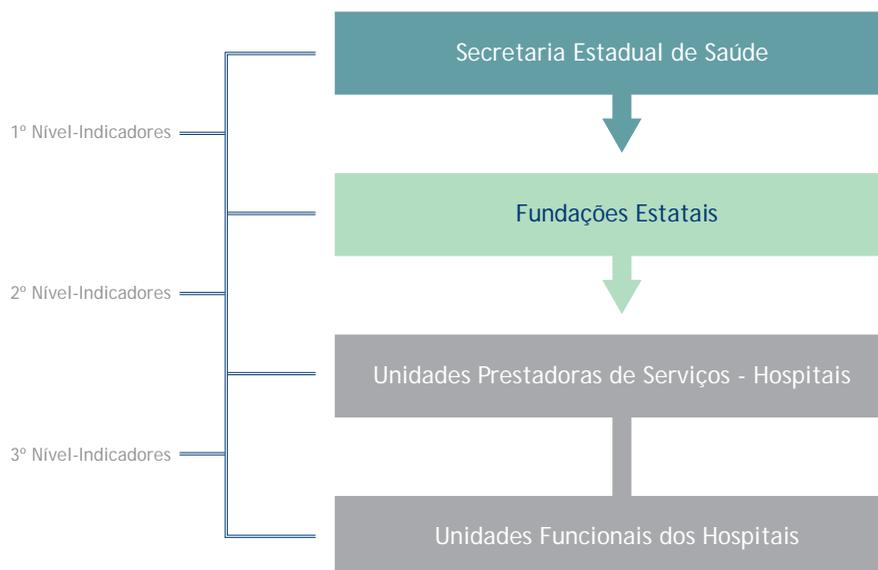
Para expor um modelo de avaliação dos processos e resultados da rede de serviços de saúde e dos prestadores hospitalares, utilizou-se como referência principal a proposta do grupo de pesquisa denominado Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS). Baseado em extensa revisão dos sistemas de saúde no mundo, ele apresenta proposta de matriz de avaliação e indicadores para avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde brasileiros.

## O USO DE CONTRATO DE GESTÃO E DE INDICADORES DE DESEMPENHO

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo foi uma das pioneiras no uso do contrato de gestão e de indicadores de desempenho, quando estabeleceu vínculo com Organizações Sociais de Saúde para prestação de serviços à população usuária do Sistema Único de Saúde. Ela já dispõe de uma série histórica que mostra a importância de um conjunto grande de indicadores usados ao longo de vários anos, em relação ao qual houve adesão dos hospitais informantes.

Outra experiência importante está sendo desenvolvida na Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (SESDEC) atualmente em processo de organização do sistema estadual de atenção à saúde sob a ótica das Fundações Públicas de Direito Privado.

No Rio de Janeiro, o sistema está articulado em três níveis, conforme figura abaixo:



## INDICADORES

Indicadores são utilizados para discriminar o cuidado oferecido. Servem como marcadores de *performance* e permitem o estabelecimento de padrões, o acompanhamento e a comparação entre diferentes instituições. Um indicador, isoladamente, pode ter pouco poder de explicação; um conjunto articulado de indicadores, analisado de forma criteriosa e crítica, é extremamente relevante para o gestor, esteja ele na coordenação central ou na unidade de produção.

Um conjunto de informações monitoradas subsidia os gestores nos diversos níveis de avaliação, para desenvolver ações que permitam alcançar melhores práticas gerenciais e assistenciais. Assim, é possível levar em conta fatores críticos de sucesso, que impactarão a assistência à saúde oferecida à população.

## DEFINIÇÃO DO SISTEMA DE MONITORAMENTO

A seleção dos indicadores depende de três premissas: primeiro - a definição do modelo assistencial a ser adotado na região onde o projeto será implementado; segundo - a escolha de uma matriz de avaliação com várias dimensões que englobem várias perspectivas das organizações; terceiro - devem ser consideradas a validade, confiabilidade, reprodutibilidade e interpretabilidade dos indicadores que irão compor o sistema de monitoramento.

Na definição do sistema é essencial que os indicadores a serem acompanhados pela Secretaria de Saúde sejam diferentes daqueles que serão acompanhados pela Unidade de Coordenação ou pela Unidade Hospitalar ou Unidade Funcional. No entanto, é importante do ponto de vista estratégico e gerencial compor um conjunto de indicadores comuns, a serem seguidos da Unidade Funcional até o nível central da Secretaria. O quadro a seguir apresenta este grupo de indicadores, que atende as premissas citadas anteriormente e que possibilita acompanhar efetividade, qualidade e segurança assistencial, aceitabilidade e gestão dos serviços.

Indicadores	Numerador	Denominador	Valor Ideal
Taxa de Ocupação Hospitalar (%)	Nº de pacientes-dia x 100	Nº de leitos-dia operacionais	75 a 85%
Tempo Médio de Permanência Global (dias)	Nº de pacientes-dia	Nº de saídas	6 a 8 dias
Índice de Giro (Rotatividade)	Nº de saídas	Nº de leitos operacionais	3 a 5 saídas por leitos
Índice de Intervalo de Substituição	(1 - Taxa de Ocupação Hospitalar) x Média de Permanência	Taxa de Ocupação Hospitalar	0,8 a 1,5 dias
Taxa de Mortalidade Institucional (%)	Nº de óbitos >= 24 horas x 100	Nº de saídas	1 a 2%
Taxa de Mortalidade Hospitalar (%)	Nº total de óbitos x 100	Nº de saídas	2 a 3%
Taxa de Mortalidade Cirúrgica (%)	Óbitos cirúrgicos (até 7 dias) x 100	Nº de pacientes operados	menor que 1%
Taxa de Densidade de Incidência de IH de corrente sanguínea associada a CVC	Nº de Infecções hospitalares de corrente sanguínea x 1.000	Nº de Cateter Venoso Central-dia	5 a 10/ 1000 cateter-dia
Taxa de Densidade de Incidência de IH nas UTI's	Nº de Infecções hospitalares x 1.000	Total de pacientes-dia das UTIs	20 a 25/1000 pacientes-dia
Taxa de cesariana em primigesta	Nº de partos cesariana	Nº de parturientes primigestas	20 a 25%
Taxa de enfermeiro/leito	Nº de enfermeiros assistenciais	Nº de leitos operacionais	0,25 a 0,30 /leito
Taxa de Enfermagem/leito	Nº de técnicos de enfermagem	Nº de leitos operacionais	Nº de leitos operacionais
Índice de satisfação do Usuário	Nº de respostas ótimo e bom	Total de questionários	80% de bom e excelente
Preenchimento/alimentação do SIH (%)	Nº de saídas preenchidas	Total de saídas (AIH)	100%
Preenchimento/alimentação do CNES (%)	Nº de itens preenchidos do CNES	Total de itens do CNES	100%
Prontuários auditados (%)	Nº de prontuários revisados	Total de saídas (total de prontuários)	25%
Revisão do preenchimento dos atestados de óbito	Nº de prontuários de óbitos revisados	Total de óbitos	100%
Preenchimento do Diagnóstico Principal	Nº de prontuários com diagnóstico principal preenchido	Total de saídas	100%
Preenchimento do Diagnóstico Secundário	Nº de prontuários com diagnóstico secundário preenchido	Total de saídas	80%
% do Total de Cirurgias com Termo de Consentimento	Nº de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia com termo de consentimento	Total de pacientes submetidos à cirurgia	100%

## CONCLUSÃO

A definição e implantação do sistema de monitoramento, compondo os planos operativos dos contratos de gestão, constitui um grande desafio. Ele deve estar voltado para monitorar os pontos em que as variações deverão servir de sentinela para ações de intervenção rápida, com vistas a aumentar a eficiência das redes.

As organizações sociais, os hospitais universitários e entidades filantrópicas, entre outros serviços, estão caminhando para estabelecer contratos de gestão com os gestores da saúde. A experiência acumulada, ainda que recente, agregou conhecimentos sobre as melhores estratégias para avaliar e garantir bons resultados assistenciais e gerenciais. Sistemas de *benchmarking* com padronização de informações e análises estratificadas de acordo com a complexidade dos serviços poderão contribuir para avaliar e comparar a rede de serviços, melhorando a equidade e a segurança nos serviços de saúde brasileiros. ■■

# Fundação Estatal e alternativas organizacionais para a área da saúde

Djair Picchiali e Luciano Junqueira

## ■ Djair Picchiali

Doutor pela FGV, professor da FGV-EAESP e pesquisador associado do GVsaúde.

*PhD from FGV, Professor at FGV-EAESP and Researcher with GVsaúde.*

## ■ Luciano A. Prates Junqueira

Doutor em Administração da Saúde pela USP e Professor titular da PUC-SP.

*PhD in Healthcare Administration from USP and Professor at PUC-SP.*

## RESUMO

As Fundações Estatais são colocadas como alternativas organizacionais para a área da Saúde. O objetivo da criação dessas instituições é dar maior flexibilidade organizacional e gerencial ao setor público, mediante estruturas organizacionais mais flexíveis e maior autonomia de decisão para os gestores estatais do setor Saúde. A lógica da proposta e seus objetivos são os mesmos que presidiram a criação das organizações sociais federais no passado. Autonomia e mudança da figura jurídica, sozinhas, não significam maior eficiência das ações destas organizações. Qualquer processo de mudança organizacional, ou mesmo de desenvolvimento organizacional, necessita de alterações em todas as seguintes variáveis, a saber: estrutura, processo, tecnologia, cultura organizacional e comportamento.

## ABSTRACT

*State-owned foundations are seen as organizational alternative models in healthcare. Their creation aims at granting, on the one hand, bigger organizational and managerial flexibility to government-run institutions, by means of more flexible organizational structures, and, on the other hand, more independent decision-making for state administrators in the healthcare sector. The logic and objectives of the proposal to create such foundations are the same of those guiding the creation of federal social organizations in the past. Autonomy and legal change alone do not grant those organizations more efficiency. Any organizational change or development process requires alterations in all following variables: structure, process, technology, organizational culture and behavior.*

## INTRODUÇÃO

As Fundações Estatais de Direito Privado são caracterizadas como um modelo institucional, de apoio a ações sociais. De acordo com a proposta de lei complementar à Constituição (92/07), estas Fundações atuarão no desenvolvimento de atividades sem fins lucrativos, que não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de polícia. As Fundações Estatais diferenciam-se das Fundações Públicas, já existentes, porque estas desempenham serviços típicos de Estado. As Fundações Estatais só entraram em áreas onde o Estado julgue necessária a presença do braço público. As áreas abrangidas são: saúde (hospitais universitários); assistência social; cultura; desporto; ciência e tecnologia; meio ambiente; previdência complementar do servidor público; comunicação social; e promoção do turismo nacional.

## FUNDAÇÕES ESTATAIS

As Fundações Estatais são colocadas como alternativas organizacionais para a área da Saúde. O objetivo da criação dessas instituições é dar maior flexibilidade organizacional e gerencial ao setor público, mediante estruturas organizacionais mais flexíveis e maior autonomia de decisão para os gestores estatais do setor saúde. A lógica da proposta e seus objetivos são os mesmos que presidiram a criação das organizações sociais federais no passado. As Fundações, da forma proposta, tornam-se mais flexíveis e eficientes, por meio da contratação de funcionários celetistas, em vez de estatutários. Com isso, há maior facilidade de contratação e demissão de profissionais, permitindo melhor escolha e alocação de funcionários. Há também maior facilidade de equiparação de salários com os de mercado, podendo contratar e manter funcionários mais qualificados. A administração pública direta, da qual a maioria dos hospitais públicos faz parte, é considerada muito rígida e engessada em termos de procedimentos formais, dificultando a obtenção de melhores resultados.

A criação das novas Fundações permite, também, que novas parcerias públicas e público/privadas sejam estabelecidas, obtendo mais sinergia, melhorando conseqüentemente os serviços sociais e científicos geridos pelo Estado. Com a utilização da contabilidade privada, pode-se conseguir maior facilidade de captação de recursos financeiros e materiais junto à sociedade. O objetivo final com a criação destas instituições é o de melhorar a eficiência (melhor utilização dos recursos e gasto público) e a eficácia (resultados e performance) da operacionalização das políticas públicas e dos serviços sociais prestados à sociedade. A idéia é dar maior autonomia gerencial, inicialmente às universidades e hospitais públicos.

A experiência de gestores públicos, professores e pesquisadores revela que uma maior autonomia decisória e de ações das organizações estatais é necessária, mas não suficiente. Maior autonomia não significa necessariamente maior eficiência, eficácia e efetividade na implantação e operacionalização de políticas públicas de saúde, por meio da estrutura estatal. A melhoria do gasto público, o melhor arranjo dos recursos internos do setor público requer competências organizacionais e individuais, que precisam ser criadas e desenvolvidas pelas instituições. E estas devem estar alinhadas com as estratégias de prestação de serviços adotadas pelas respectivas instituições.

Autonomia e mudança da figura jurídica, sozinhas, não significam maior eficiência das ações destas organizações. Qualquer processo de mudança organizacional, ou desenvolvimento organizacional, que seria uma mudança organizacional planejada, necessita de alterações nas seguintes variáveis: estrutura, processo, tecnologia, cultura e comportamento. O processo de mudança que altera apenas um dos elementos citados geralmente fracassa. Devem-se levar em conta todos os elementos e buscar a sinergia entre eles. Muitas Fundações criadas na década de 70 incluíram, nos seus quadros, funcionários públicos não preparados para a mudança. Estes trouxeram junto, a cultura do funcionalismo, com suas virtudes e defeitos.

Haveria também, a necessidade (e dificuldade) de se alterar os sistemas orçamentário financeiro, de materiais, de serviços patrimônio e de recursos humanos. Não adianta alterar a figura jurídica e a estrutura sem modificar os sistemas de apoio que fazem a organização funcionar. Devemos atuar nos níveis institucional, organizacional, dos processos e sistemas operacionais, em sua totalidade, para que realmente tenhamos as mudanças desejadas.

Temos o exemplo de anos atrás, de uma empresa estatal aérea (que obedecia aos princípios de uma empresa privada, atuando num mercado altamente competitivo, seguindo o conceito explicitado no decreto lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967), que precisava pedir autorização à administração direta, a qual estava subordinada para re-



alizer o treinamento de seus funcionários fora do país. Sabe-se que esta é uma capacitação muito comum em ambiente de empresas internacionalizadas. A empresa pública acabava funcionando como um departamento da administração direta, distorcendo a intenção do decreto-lei.

Poderia-se dar maior autonomia às autarquias e fundações já existentes ligadas ao Estado, por meio da descentralização do poder decisório e/ou das suas competências (poder de decisão).

Complementando o conceito de autonomia, o primeiro passo seria celebrar os contratos de gestão junto às administrações corporativas destas fundações (públicas ou estatais), com indicadores institucionais acordados, de cumprimento de objetivos e metas. Assim, deveriam ser criado o chamado mapa estratégico de controle de resultados, que permitiria verificar os resultados desejados. Num segundo momento, os profissionais da linha de frente na prestação de serviços, ou seja, o professor, o médico, o pesquisador, o policial, etc., atuariam dentro dos padrões de desempenho exigidos, sem diminuir suas responsabilidades, objetiva e compromisso social (*accountability*), obedecendo à ética profissional.

Os contratos de gestão são ferramentas necessárias e estratégicas para melhorar os gastos públicos, a produção dos serviços e a produtividade dos órgãos públicos. Mas é, no entanto, uma ferramenta que ainda precisa ser aperfeiçoada. Seu detalhamento e o envolvimento das unidades capilares da administração pública são fundamentais. A utilização de indicadores quantitativos e qualitativos de avaliação de desempenho institucional e individual e a montagem do mapa estratégico, para verificar se as organizações estão atingindo a finalidade para as quais foram criadas, são outras ferramentas a serem utilizadas.

É essencial neste processo de contratualização das entidades públicas, ou seja, dos gestores públicos (dos mais variados níveis) ganhar em autonomia de gestão, em troca de maior responsabilização e prestação de contas por meio de indicadores. Os indicadores devem ser de uma dimensão, diversidade e profundidade; devem medir variáveis tangíveis (quantidade, amplitude) e intangíveis (qualidade, foco) dos serviços públicos. Lembramos que os recursos orçamentários destinados às Fundações não aparecem no orçamento da união de forma detalhada ou não estarão sujeitos ao contingenciamento. Os recursos serão repassados às Fundações mediante à prestação de serviços e ao cumprimento de metas (contrato de gestão). É importante que a Fundação Estatal tenha conformidade no cumprimento de normas regulamentadoras, expresso nas leis do país, nos estatutos sociais e regimentos internos (*compliance*). Outro ponto é a transparência das informações (*disclosure*), de alta relevância, que impactam as atividades da Fundação e que envolvam riscos, para evitar, por exemplo, as famosas caixas pretas.

A formação profissional do gestor público deve passar por esta visão balanceada dos indicadores de gestão, ou seja, dos indicadores de gastos; de retorno social; de concretização efetiva das políticas públicas; de aprendizado dos funcionários; de crescimento e fortalecimento institucional; de atendimento às necessidades e aspirações

do cidadão, entre outros. A preparação da cultura organizacional é um longo caminho a ser trilhado, não só pelos funcionários e servidores públicos, como também pela sua elite dirigente. O respaldo da sociedade civil organizada e dos cidadãos é importantíssimo. As questões de natureza política também constituem uma variável importante nesse processo de redesenho organizacional da estrutura estatal, bem como a formação dos conselhos de representação e administração. As indicações por parte do governo têm que ser regulamentadas, impondo alguns critérios técnicos, de profissionais que tenham experiência e formação profissional no setor.

O decreto lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, criou as Fundações como entidades da administração indireta, junto com as autarquias e empresas de economia mistas e públicas. Portanto, não se pode assumir que as Fundações Estatais sejam inovações do direito administrativo. As Fundações são entes de cooperação, com recursos destinados a uma finalidade. Elas têm autonomia administrativa e financeira, para a qual a Constituição de 1988 e a própria administração pública impuseram limites. Criou-se a figura da autarquia especial, com mais autonomia decisória, descentralizada, como uma variante da autarquia, que no direito administrativo, em sua origem, já dispunha de autonomia administrativo-financeira.

No direito administrativo brasileiro, a autarquia é um prolongamento da ação do Estado, da mão da administração pública direta nas atividades típicas de Estado. Com a autonomia administrativa, a criação dessas figuras jurídicas, autarquias e suas modalidades vêm tornar mais complexa a gestão da estrutura estatal, piorando, assim, a gestão e seus resultados.

As Fundações são entes de cooperação em busca de uma finalidade que lhes dê fundamento. Há Fundações com recursos privados e Fundações constituídas pelo setor público. Sua criação dependerá da fonte de financiamento e da forma de controle que o instituidor deseja dar. É necessária mais gestão (produção, qualidade, inovação e direção) e o cumprimento das leis já existentes. Historicamente o Brasil tem uma longa tradição de reformas frustradas. As Fundações Estatais sempre foram usadas para contratar pessoas para outras instituições, criando uma profunda distorção, desviando-se de sua finalidade e prestando-se a outros fins.

As autarquias, fundações e empresas do setor público estatal têm que procurar alternativas de gestão corporativa que lhes dêem maior eficiência, eficácia e efetividade gerenciais.

Descentralizar não é apenas transferir competências decisórias. É também desenvolver mecanismos de avaliação e controle, utilizando indicadores que possibilitem aferir resultados, medindo a eficácia e a efetividade das decisões, e conseqüentes ações transferidas.

As organizações do setor público, secretarias, fundações, autarquias, empresas públicas e organizações sociais vão sendo construídas ao longo do tempo, incorporando novos atores e seus interesses tornando mais complexa a gestão pública. Há áreas de atuação que estão sob o domínio do Estado, como parques, jardins, museus, bibliotecas, que poderiam ser administrados pela sociedade civil. A capacidade de intervenção das organizações da sociedade civil poderá ter maior eficácia para a realidade social. É necessário que a gestão pública possua melhor performance, mais fortalecida no seu poder de regulamentação, através das agências e órgãos estatais.

As organizações públicas estatais necessitam, no seu interior, de flexibilidade, criatividade e capacidade de aprender mediante às comunidades de práticas. E externamente buscar um tipo de atuação que as torne parte de uma rede aberta e transparente. Uma rede organizacional que exista e seja mantida tendo em vista os interesses coletivos que orientem as práticas das organizações que a compõe. Essas unidades que compõem a rede das Fundações Estatais estabelecem relações, organizacionais e sociais, para atender objetivos definidos coletivamente tendo em vista o atendimento da população.

A formação de rede entre organizações estatais, privadas e do terceiro setor, como parte estrutural de um modelo de desenvolvimento econômico e social, é fundamental na formulação e implantação de políticas públicas eficazes e efetivas, numa perspectiva inter-setorial e interdisciplinar.

## CONCLUSÃO

As alternativas organizacionais estão postas e devem ser usadas, pois são recursos internos à disposição dos gestores, que com competência, vontade política e compromisso social terão maior probabilidade de obterem os resultados desejados.

As questões discutidas neste texto colocam alguns pontos polêmicos, seja para o entendimento do que vem ocorrendo na gestão das organizações públicas, seja pela necessidade de buscar novos formatos jurídicos que tornem mais eficaz a gestão das políticas públicas. Acredita-se que a mudança do formato organizacional e de seu aparato constitua um dos fatores capazes de alterar as práticas existentes nas instituições estatais gestoras das políticas sociais, em particular da saúde, tornando-as mais eficazes. O que se pode visualizar é que já existem organizações, no caso as fundações, com o formato que se pretende. O importante é fazer valer a concepção, o formato jurídico que deu origem a essa instituição, estabelecendo critérios de gestão, de avaliação de resultados que tenham presentes os interesses coletivos, e não criar outro aparato que pouco traz de novo para a gestão pública estatal. ■■

# O Plano Estadual de Saúde e o Pacto pela Saúde em São Paulo

Renilson Rehem de Souza e Ana Maria Malik

## Renilson Rehem de Souza

Médico, Mestre em Administração da Saúde e Secretário Adjunto de Estado da Saúde de São Paulo.

*Physician with a Master's in Healthcare Administration, and São Paulo State Secretary of Health.*

## Ana Maria Malik

Doutora pela USP, Mestre pela FGV-EAESP, Professora da FGV-EAESP e Coordenadora do GVsaúde.

*PhD from USP, Master's from FGV-EAESP, Professor at FGV-EAESP and Coordinator of GVsaúde.*



## RESUMO

O texto trata do processo de planejamento realizado na Secretaria de Estado da Saúde, à luz das modernas teorias sobre planejamento, o plano estadual de saúde (PES) e dos novos pactos para a saúde. Aborda as novas relações entre o Estado de São Paulo e os municípios, bem como o espaço da Conferência Estadual de Saúde no PES.

## ABSTRACT

*This paper deals with the planning process carried out at the State Health Department, in light of modern planning theories, the State's Healthcare Plan (PES, in Portuguese) and new healthcare pacts. It also addresses the new relationships between the State of São Paulo and its municipalities, as well as the role played by the State Health Conference in the PES.*

## INTRODUÇÃO - O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Embora o plano seja sempre visto como o produto final do planejamento, uma série de autores, principalmente ligados ao setor social, enfatiza a relevância do processo, em detrimento de seu produto. A importância se dá desde a oportunidade de coletar idéias de todos os envolvidos até pelo aumento da viabilidade de sua implantação quando mais atores se tornam interessados e implicados diretamente na sua formulação e na sua implementação.

O principal executivo de uma organização, seja ela uma empresa ou uma secretaria de saúde, certamente tem um planejamento em mente. Na verdade, se trata mais de uma idéia ou de premissas a serem consideradas do que de um plano propriamente dito. A partir dessa idéia, um técnico em planejamento pode desenvolver ou um plano acabado (o desenho mais comum) ou um processo de amplo envolvimento.

A idéia de o planejamento ser separado da execução esteve em voga na teoria há alguns anos e, na prática, é utilizada até hoje. Uma das características do formato que uniria planejamento e execução é o aumento do envolvimento dos trabalhadores com o objeto de seu trabalho, tanto em relação ao “o quê” quanto ao “como”.

Na área da saúde, no setor público, houve desde a Constituição de 1988, durante o processo de implantação do SUS, uma série de planejamentos mais centralizados que, embora elaborados por acordo com as representações dos gestores estaduais e municipais, geraram normalizações centrais, como Normas Gerais (NOBs) e algumas regulamentações. Essas Normas, mesmo sendo o resultado de um longo processo de negociação entre os gestores das três esferas de governo, não conseguem representar as diversas realidades das condições de saúde ou das condições de planejamento vigentes nos diversos recantos do país. No âmbito dos estados e dos municípios apenas se deu a operacionalização das normas, sem o necessário ajuste resultante de um processo local.

Com isso, o período que vai de 1988 até o início dos anos 2000 é considerado um momento no qual a formulação de políticas e o planejamento em saúde, extremamente relevantes até a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, tiveram um refluxo considerável. Nesse momento se destaca a ênfase na descentralização da gestão para os municípios, levando a uma indefinição ou aparente falta de necessidade da gestão estadual do SUS.

Também, nesse período, o modelo de financiamento prevalente seguia o sistema do extinto INAMPS, onde os prestadores de serviços - públicos ou privados - eram remunerados com base na produção de serviços, segundo valores definidos numa Tabela de Procedimentos Hospitalares e outra de Procedimentos Ambulatoriais. Dessa forma, a programação de atividades substituiu, de modo precário, o planejamento e a gestão do sistema de saúde.

No início de 2000, houve um reconhecimento dos limites e dos problemas criados pelo processo de descentralização e do excesso de ênfase na programação. Buscou retomar o preceito constitucional de construção de redes regionalizadas e hierarquizadas, além do processo de planejamento e do papel da gestão estadual.

## O PLANEJAMENTO EM SAÚDE A PARTIR DO FINAL DOS ANOS 90

A criação das agências no nível federal, bem como das organizações sociais de saúde, pode ser considerada exemplo bem-sucedido de formulação e implementação de políticas, com características mais centralizadas. Poucos, nas máquinas onde essas organizações foram geradas, tinham conhecimento das intenções por trás delas, sobre seus objetivos para além de metas numéricas e sobre o que era esperado acontecer na sua vigência. Nas secretarias estaduais de saúde se agravava a perplexidade revelada desde o final dos anos 80, quando se começou a vislumbrar seu novo papel. Seus quadros técnicos continuavam com o mesmo tipo de formação que sempre receberam. O novo papel das SES era falado, mas não construído. Continuava uma relação com os municípios em que havia lutas pelo poder, ignorando o fato de que se tratava de espaços diferentes de atuação, a rigor complementares, em que seria esperada a ocorrência de relações de regulação, não de subordinação. Quanto às secretarias municipais, ocorria quadro de disparidade entre os municípios em relação a sua capacidade de assistência e vigilância à saúde.

Para dar início a um processo eficaz de planejamento, seria fundamental ter claro qual seria seu objeto: A saúde no estado? A prestação de assistência médico-hospitalar no estado? A assistência à saúde em cada uma das regiões do estado? O funcionamento da secretaria de saúde do estado? O funcionamento das secretarias de saúde dos municípios no âmbito do estado?

O número de perguntas é infinito. No entanto, depende da resposta o desencadeamento de uma série de atividades, centralizadas ou não, que requerem in-

formações diferentes e discussões junto a interlocutores variados, entre outras coisas. Também convém perceber as diferenças entre o planejamento realizado para/pelo nível central e aquele realizado pelas pessoas das instâncias regionais ou locais, porque seu conhecimento de aspectos globais e operacionais é distinto.

Com a retomada, em 2000, do entendimento do papel da gestão estadual, reiniciou-se o processo de negociação para a construção de um novo pacto entre os gestores das três esferas de governo, que resultou nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002). Ao retomar o papel da gestão estadual, a NOAS enfatizou a necessidade do planejamento, instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Por outro lado, houve o retorno à iniciativa da NOB 96, de implantar a lógica da Programação e Pactuação Integrada (PPI), concedendo prioridade à Regulação.

Como a NOAS não foi capaz de resolver todos os problemas que pretendia, tornou-se necessário um novo acordo entre os gestores, agora denominado Pacto pela Saúde, formalizado em 2006. Dentre seus princípios, se destaca a retomada da ênfase na regionalização com uma perspectiva mais operacional e com maiores possibilidades de mobilizar os municípios.

## O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E O PACTO PELA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em 2007, os estados, no cumprimento do que estabelecem a Lei nº 8.142 e as normas do SUS, tiveram que elaborar os seus respectivos Planos Estaduais de Saúde para o período de 2008 a 2011. Embora não tenha sido prevista pelo Pacto, a conveniência da integração do processo de pactuação dos municípios e do estado, com a elaboração do Plano Estadual de Saúde, tornou-se óbvia.

Por outro lado, a instância federal do SUS espera a adesão dos municípios no processo de elaboração dos planos estaduais de saúde. Esta pode ser obtida de diversas maneiras, cujos extremos são a discussão individual entre cada estado e cada um de seus municípios, e a

discussão de cada estado com todos os municípios em seu território, coletivamente. Qualquer formato intermediário é possível.

Outro desafio é o de integrar as conclusões das Conferências Estaduais de Saúde a cada Plano Estadual de Saúde. Observa-se todo tipo de desenho, inclusive em função da composição dos municípios e da prática dos diferentes estados. Eles podem ser mais ou menos participativos, no âmbito de cada um dos estados e entre estes e “seus” municípios, mais ou menos normativos, dependendo da visão dos diferentes coordenadores dos processos e com atividades de comunicação mais ou menos adequadas. Uma visão mais prescritiva e uniforme de planejamento seria inviável num país com as características do Brasil.

A elaboração de um novo Plano Estadual de Saúde de São Paulo para o quadriênio 2008 a 2011, além de cumprir uma definição legal, foi necessária para a discussão e o restabelecimento de prioridades e ações para o SUS no estado. O objetivo maior do plano é o contínuo aperfeiçoamento do SUS e a consecução dos fundamentos do sistema: a universalização, a integralidade e a equidade da atenção à saúde no estado de São Paulo.

Houve grandes avanços no desenvolvimento do SUS no estado: extensão do acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção primária como naquela de maior complexidade e desenvolvimento da descentralização e municipalização do sistema. Estes avanços ocasionaram a percepção de novos problemas organizacionais e gerenciais, que exigem reflexão e novas estratégias de enfrentamento.

A elaboração do Plano ocorreu no contexto do Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria MS/GM n.º 399/2006 e regulamentado pela Portaria MS/GM n.º 699/2006, levando em conta as premissas apontadas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do

SUS. Decidiu-se utilizar uma estratégia de elaboração do Plano, de modo a refletir a Política de Saúde desenvolvida no estado, de maneira participativa e contemplando a descentralização regional na saúde (com envolvimento dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS e, em cada um destes, com participação municipal).

A construção do Pacto pela Saúde no estado de São Paulo se deu em sintonia e simultaneamente à elaboração do Plano Estadual de Saúde. A SES iniciou esse processo com a elaboração de uma primeira versão do Plano Estadual de Saúde. Esse processo resultou em um documento com 9 eixos e suas respectivas **Diretrizes Estratégicas e Objetivos**, a saber:

**Eixo I** - Ampliação do acesso da população, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde;

**Eixo II** - Fortalecimento e aperfeiçoamento da Capacidade de Gestão Estadual;

**Eixo III** - Gestão da Educação e do Trabalho no SUS;

**Eixo IV** - Redução da Mortalidade Infantil e Materna;

**Eixo V** - Controle de Riscos, Doenças e Agravos Prioritários no Estado de São Paulo;

**Eixo VI** - Desenvolvimento de serviços e ações de saúde para segmentos da população mais vulneráveis aos riscos de doença ou com necessidades específicas;

**Eixo VII** - Incentivo ao desenvolvimento de ações de Promoção em Saúde no SUS;

**Eixo VIII** - Fortalecimento da participação da Comunidade e do Controle Social na Gestão do SUS;

**Eixo IX** - Tecnologias e Inovações em Saúde.

Essa primeira versão do Plano foi submetida à apreciação das equipes regionais e dos Secretários Municipais de Saúde, pois o planejamento da Gestão Estadual do SUS não se esgota na ação da SES, mas depende de sua articulação com os municípios. A partir daí, em ação bipartite, desencadeou-se um processo, por meio de Ofi-

cinas Regionais entre maio e junho de 2007, partindo do diagnóstico de situação de saúde regional, da definição das regiões de saúde e da constituição dos Colegiados de Gestão Regional.

Este tripé propiciou a identificação e explicação dos problemas prioritários em cada região e as contribuições para o Plano Estadual de Saúde - PES. Em seguida, foram realizadas Oficinas Regionais, em agosto/2007, para apoiar a elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal do Pacto pela Saúde. Contou-se com parceria realizada entre a SES e universidades paulistas, que atuaram junto aos DRS e ao nível central SES. O COSEMS contratou consultores para apoio aos municípios.

O processo de elaboração do PES obedeceu a seguinte sequência:

- ✔ Elaboração de um documento preliminar, com ênfase no diagnóstico;
- ✔ Revisão do documento preliminar pelas Coordenadorias e áreas técnicas da SES, observando a coerência entre diagnóstico e objetivos propostos; metas e indicadores selecionados;
- ✔ Ajustes de diretrizes, objetivos, ações estratégicas, metas e indicadores de acompanhamento pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), integrando os Colegiados de Gestão Regional juntamente com os municípios;
- ✔ Definição de prioridades regionais específicas, não incluídas na versão preliminar do Plano Estadual;
- ✔ Planejamento do conjunto de ações estratégicas de saúde a serem efetuadas em cada região;
- ✔ Consolidação das contribuições, gerando uma nova versão do PES submetida a apreciação do pleno do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Inter-gestora Bipartite (CIB)

Concluída a elaboração do PES, passou-se à incorporação das deliberações da V Conferência Estadual de Saúde, realizada em outubro de 2007. A inclusão das recomendações da Conferência tornou o PES mais próximo das necessidades da população e incluiu o Conselho Estadual de Saúde no processo, levando à aprovação do Termo de Compromisso da Gestão Estadual (TCGE) e do Plano Estadual de Saúde em dezembro do mesmo ano.

Neste processo, ficou evidente a necessidade de programação e regulação do sistema, levando a uma aceleração no desenvolvimento de um projeto de Regulação compartilhado entre estado e municípios, em vias de conclusão para implementação, a partir de outubro de 2008. No final de 2007, 643 municípios tinham seus Termos de Compromisso de Gestão aprovados, e cada uma das 64 Regiões de Saúde do estado contava com seu Colegiado Gestor Regional implantado e funcionando.

## RESULTADOS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E DO PACTO EM SÃO PAULO

O processo de implementação do Pacto e de elaboração do Plano Estadual de Saúde possui os seguintes pontos que merecem destaque:

- ✔ Condução de todo o processo realizada conjuntamente pela SES e pelos municípios, por meio do CONASEMS/SP, incluindo planejamento, programação e regulação realizados de forma integrada;
- ✔ Colegiados de Gestão Regional (CGR) construídos de forma descentralizada e implantados, permitindo a elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), a partir de consenso nos CGR;
- ✔ Explicitação nos TCGM de “como” cada responsabilidade sanitária deve ser realizada, permitindo seu monitoramento;
- ✔ Alocação dos recursos oriundos do tesouro do Estado explicitada de forma detalhada, por município, de acordo com a residência do usuário;
- ✔ Envolvimento de todas as coordenadorias e áreas técnicas da SES na construção do Termo de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE), em sintonia com o Plano Estadual;
- ✔ Elaboração do Plano Estadual de Saúde a partir do Diagnóstico Situacional Loco e Macrorregional, com a participação e envolvimento da quase totalidade dos municípios do estado;
- ✔ Elevado nível de motivação, compromisso e envolvimento do pessoal dos DRS;
- ✔ Relações de cooperação entre DRS e os municípios;
- ✔ Atuação “legitimadora” do nível central da SES na promoção institucional do processo e nas ações de apoio técnico;
- ✔ Entendimento, por parte dos municípios, da importância estratégica do processo de implementação conjunta do PES e do Pacto;
- ✔ Existência da proposta preliminar de Plano Estadual com os 9 eixos balizadores; e
- ✔ Conhecimento e experiência com o SUS por parte de alguns técnicos dos DRS e municípios.

Por outro lado, foram identificados como fragilidades do processo:

- ✔ Gestores municipais (especialmente de municípios de pequeno porte) insuficientemente preparados para o planejamento;
- ✔ Recursos humanos insuficientes em termos quanti e qualitativos nos DRSs;
- ✔ Tempo insuficiente para a elaboração do PES e do Pacto, em virtude da rotina e do acúmulo de novas Portarias e Programas do MS;
- ✔ Situações críticas em alguns DRS, impedindo a priorização das atividades para o PES e Pacto;
- ✔ Problemas gerenciais e organizacionais em alguns DRS;
- ✔ Pouca clareza, por parte de alguns atores envolvidos, sobre o Pacto de Gestão e a assinatura do Termo de Compromisso;
- ✔ Inserção do processo em momento de transição da reorganização da estrutura da SES (reforma em dezembro de 2006);
- ✔ Não incorporação, no período recente, do processo realizado anteriormente (PDR/PDI/PPI) nas tomadas de decisões da SES e regional;
- ✔ Descompasso entre os tempos da gestão municipal (em fase final) e da gestão estadual (em fase inicial); e
- ✔ Fontes de informações não confiáveis.

Esse processo gerou oportunidades para:

- ✔ Melhorias na área gerencial, na organização e na integração dos atores que compõem os sistemas regionais;
- ✔ Avaliação e controle dos fluxos de serviços;
- ✔ Identificação das necessidades da ampliação do acesso, com integralidade, às ações de saúde;
- ✔ Aperfeiçoamento das relações com outros órgãos do nível central e com os Municípios;
- ✔ Integração das equipes dos DRS, dos municípios, da instância intermunicipal e dos municípios com a instância regional;
- ✔ Troca de experiências entre os municípios e oportunidade para os técnicos da SES conhecerem a realidade dos municípios;
- ✔ Fortalecimento e qualificação das equipes técnicas da DRS (e dos municípios):
  - ✔ Conhecimentos atualizados sobre o SUS;
  - ✔ Elaboração do termo de compromisso de gestão;
  - ✔ Diagnóstico e análise da situação de saúde, com vistas ao planejamento, monitoramento e avaliação;
  - ✔ Concretização da regionalização graças à nova lógica de gestão prevista pelo Pacto, baseada nas regiões de saúde; e
  - ✔ Reestruturação e fortalecimento dos DRS.

Foram identificadas como ameaça ao processo:

- ✔ Motivação e envolvimento de alguns municípios no processo aquém do desejado, resultando em termos de compromissos “cartoriais”, com negociações mínimas e enfoque burocrático;
- ✔ Resistência por parte dos municípios, especialmente os de maior porte, que não compreendem a participação do estado no colegiado e não querem interferências externas (SES ou outros municípios) na sua gestão dos financiamentos do SUS;
- ✔ Dificuldades operacionais, por falta de clareza de metodologia nos colegiados e nas câmaras técnicas no começo dos trabalhos;
- ✔ Dificuldade na realização das atividades ligadas ao PES e ao Pacto, sendo que, em alguns DRS, a pressão de trabalho decorrente de situações locais particularmente críticas esgota as energias da equipe técnica;
- ✔ Dificuldade na assinatura do Termo de Compromisso de Gestão em ano pré-eleitoral; e
- ✔ Falta de garantia de que o PES viabilize as propostas de financiamento para os projetos de investimento que possam surgir a partir desse processo.

Este processo significou um avanço na construção do SUS-SP, com impacto sobre o processo de descentralização do sistema e o início de um processo de gestão regional que cria expectativas positivas para a construção de redes de atenção à saúde, que consolidem os avanços quanto à universalidade e que garantam a integralidade da atenção à saúde da população. ■■

# A Regulação no Sistema Único de Saúde: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Vanessa Chaer Kishima, Luiz Maria Ramos Filho e Benedicto Accacio Borges Neto

Vanessa Chaer Kishima

Mestre em Administração em Saúde FGV-EAESP e Pesquisadora associada do GVsaúde.

*Master's in Healthcare Administration from FGV-EAESP and Researcher with GVsaúde.*

Luiz Maria Ramos Filho

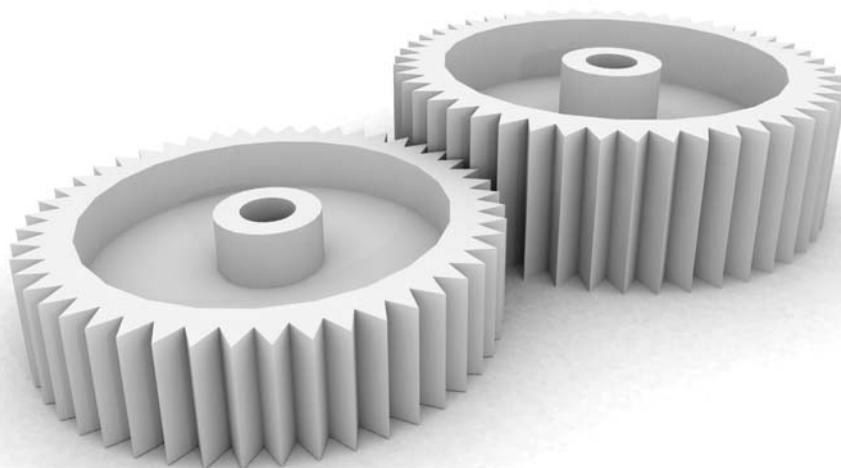
Coordenador das Regiões de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

*Coordinator of Health Regions of Sao Paulo Health State Secretary.*

Benedicto Accacio Borges Neto

Assistente Técnico da Coordenadoria das Regiões de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

*Technical Assistant with the Coordinator of Health Regions of Sao Paulo Health State Secretary.*



## RESUMO

O artigo, que trata da experiência da Regulação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, destaca a evolução dos processos regulatórios no âmbito do SUS. Neste contexto, a descentralização da saúde modificou o papel do gestor estadual, cujo desafio atual é o exercício da função integradora, orientada para a função ampla e abrangente do sistema, no sentido de organização e prestação de serviços necessários à população.

## ABSTRACT

*This article describes the experience of Healthcare Regulation within the São Paulo State Health Department. Emphasis is placed on the performance of regulatory processes within the scope of the National Unified Healthcare System (SUS). Decentralization of health care radically changed the role of the state administrator, whose current challenge is to operate as an integrating agent focused on the system's extensive and comprehensive role as for the organization and provision of the necessary services to the population.*

## INTRODUÇÃO

No processo de aprimoramento do Sistema Único de Saúde, destaca-se o papel da regulação, função primordial para o adequado funcionamento e aprimoramento do sistema em busca do atendimento dos princípios estabelecidos.

Nesse sentido, a Política de Regulação procura viabilizar o cuidado integral, a qualidade e a equidade na atenção à saúde, devendo ir ao encontro das necessidades dos usuários, que são diversas e influenciadas por variáveis distintas, tais como: características geográficas, demográficas, epidemiológicas e sociais da população.

Podemos classificar a regulação por meio do tipo de instituição que realiza a atividade regulatória: órgãos da administração pública direta e indireta. A administração direta é composta por órgãos integrados na estrutura administrativa dos Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais e Distrito Federal. A administração indireta é composta por pessoas jurídicas de direito público (autarquias e fundações), criadas por lei, para desempenhar atividades assumidas pelo Estado (Di Pietro, 2002). No presente artigo, contemplamos a regulação efetuada por instituições da administração direta, relatando o processo regulatório desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde, no sentido do cumprimento de seus objetivos, e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população (CONASS, 2007).

Essa política tem como objetivo principal “implementar uma gama de ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva das ações de saúde, contribuindo na melhoria do acesso, na integralidade e na qualidade da atenção, na resolubilidade e na humanização destas ações” (CONASS, 2007).

## A REGULAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O termo regulação, aplicado ao setor Saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas. A NOAS/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta. Da mesma forma, a NOAS/SUS 01/2002 vinculou o processo e o exercício das ações de regulação às modalidades de gestão estabelecidas por essa norma.

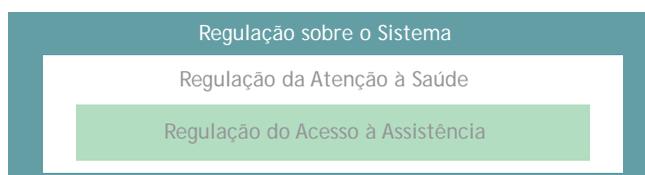
Na reformulação dos conceitos de regulação, a chamada regulação estatal sobre o setor Saúde é tomada como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de Saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o seu cumprimento, como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de

governo: estadual e municipal, sendo uma das funções da gestão de sistemas de saúde. Esta concepção ampliada de regulação em Saúde não deve ser confundida com a gestão. À gestão cabe a definição dos rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio da política de Saúde e da implementação do correspondente projeto tecnossistencial. Por outro lado, à regulação compete a vigilância do cumprimento das regulamentações que incorporam os objetivos da política de Saúde.

Como forma de discriminar campos de atuação da regulação segundo distintos sujeitos, objetos, ações e finalidades, a Política Nacional de Regulação traz a reformulação dos conceitos de regulação, que pode ser representada pelo esquema abaixo (Figura 1):

*Figura 1*

*Modelo conceitual de regulação, Política Nacional de Regulação*



Assim, a regulação é uma função da gestão que contempla uma atuação sobre os Sistemas de Saúde, sobre a produção direta de ações de Saúde nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) ambulatorial/hospitalar e sobre o acesso dos usuários para a assistência nestes níveis. A Regulação sobre Sistemas de Saúde comporta ações de regulação dos Gestores:

- Federal sobre Sistemas estaduais, municipais, produtores de bens e serviços em Saúde e Sistemas privados vinculados à Saúde Suplementar;
- Estadual sobre Sistemas municipais e produtores de bens e serviços em Saúde; e
- Municipal sobre produtores de bens e serviços em Saúde e a auto-regulação de cada esfera de gestão.

A regulação da atenção à saúde orientada pelo Pacto pela Saúde possui como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de Saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a Programação Pactuada Integrada - PPI, Contratação, Regulação do Acesso à Assistência, Controle Assistencial, Avaliação da Atenção à Saúde, Auditoria Assistencial e Regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

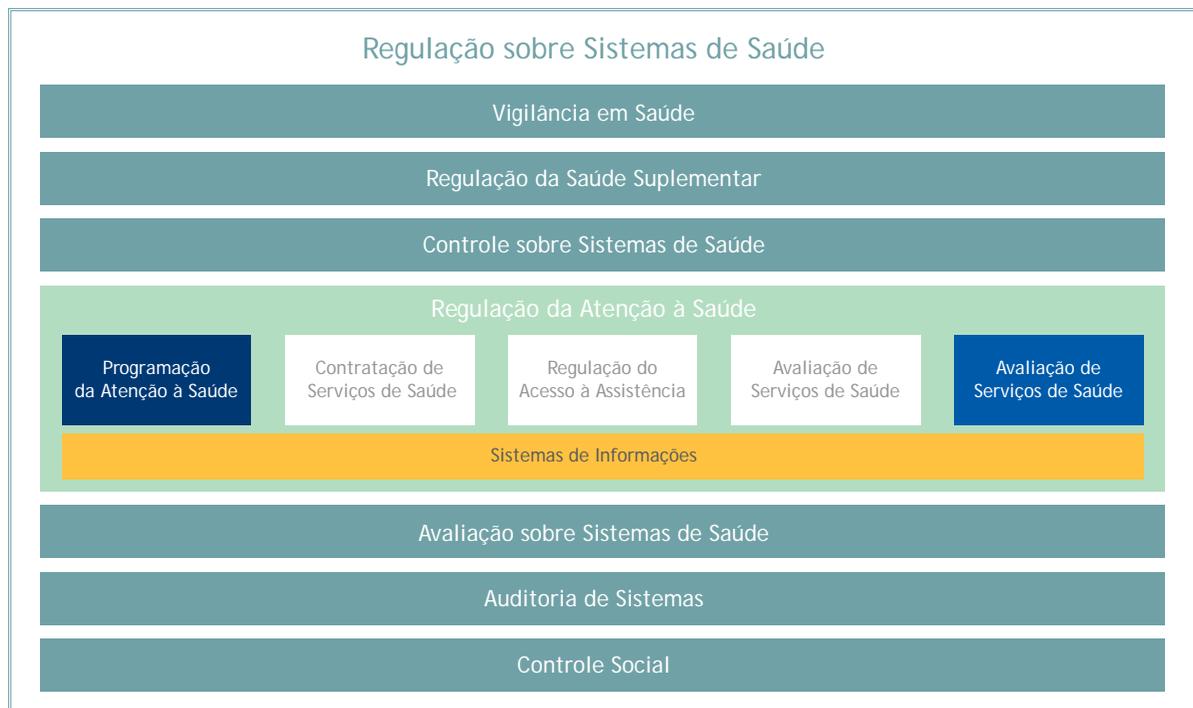
A regulação do acesso está definida, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, tecnologias e ações que, se inscrito nas diretrizes do SUS, deve viabilizar o acesso do usuário aos serviços de Saúde, de forma a adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz, por meio de uma atenção básica resolutive, encaminhamentos responsáveis e adequados, implantação de protocolos assistenciais e complexos reguladores.

O CONASS faz uma diferenciação no conceito de regulação. Segundo o mesmo, a regulação assistencial é prerrogativa do gestor. Já a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador e é realizada nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais previamente estabelecidos. Isto possibilita a orientação dos processos de programação da assistência, planejamento e avaliação.

Os complexos reguladores são considerados uma das estratégias da regulação de referência, consistindo na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos. Eles compõem os sistemas logísticos, um dos componentes das redes de atenção à Saúde que garantem uma organização racional dos fluxos e contra-fluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde.

*Figura 2*

*Regulação sobre Sistemas de Saúde*



## A REGULAÇÃO NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

As ações de Regulação do Acesso foram introduzidas na Secretaria Estadual da Saúde em 1989, por meio de um convênio de Cooperação Técnica e Científica com a França na área das Urgências e Emergências, que implantou a Regulação Médica para as demandas de urgências traumáticas. A regulação do Sistema propunha a gestão do fluxo de oferta com a possibilidade de reordená-lo para serviços de saúde com capacidade adequada para atendimento da situação. Para tanto, organizou-se o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar, em parceria com a Secretaria de Segurança Pública do Estado e a Secretaria de Estado de Saúde, para atendimento fora do ambiente hospitalar às pessoas vítimas de trauma.

Em 1992, foi implantado, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, um Plantão Controlador Metropolitano (PCM), nas 24 horas do dia, com o objetivo principal de ordenamento do fluxo de pacientes graves entre os hospitais da Região Metropolitana de São Paulo. Em 1996, essa estrutura foi incorporada pela SES-SP e ampliada com a criação dos Plantões Controladores Regionais no âmbito das Diretorias Regionais de Saúde (DIR) e Núcleos de Saúde, que compunham, à época, a estrutura administrativa de saúde da região metropolitana de São Paulo.

Em 1998, a Coordenadoria de Saúde do Interior da SES-SP, frente aos problemas crescentes relacionados ao atendimento das urgências na sua área de abrangência, implantou o Sistema Regional de Referência Hospitalar para as urgências e emergências. Foram criadas e instaladas 19 Centrais de Regulação Médica nas 19 DIRS do interior, da antiga divisão administrativa da SES, com o objetivo de ordenar e garantir o atendimento do paciente com agravo agudo à saúde, nos locais mais adequados à resolução do seu problema.

Em 2002, foi implantada na Secretaria Estadual de Saúde a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) que faz interface com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) para atender pacientes de outros estados do Brasil nas áreas de cardiologia, neurocirurgia, ortopedia, oncologia e epilepsia.

Em 2003, o município de São Paulo se habilitou na gestão Plena do Sistema de Saúde pela NOAS e assumiu a Central de partos, a Central de Urgência/Emergência inter-hospitalar, assim como outras Centrais de leitos de apoio, leitos de retaguarda, leitos de psiquiatria e marcação de exames de alta complexidade no âmbito da capital, direção Regional de Saúde - DIR I.

As demais DIR do estado de São Paulo mantiveram as estruturas de Plantões controladores regionais, denominadas Centrais de Regulação Estaduais Regionais - CRER, totalizando 18 Centrais de Regulação no interior do estado. Manteve-se uma estrutura na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo denominada Central de Regulação

Estadual Metropolitana - CREM, no intuito de dar suporte técnico ao município de São Paulo nas questões das parcerias com as regiões vizinhas (Grande São Paulo) e centrais regionais do município de São Paulo, mantendo a referência regional com os Hospitais de Ensino.

Em 2004, o município de São Paulo assumiu a central de Diálise (Terapia Renal Substitutiva) no âmbito da capital. A Coordenadoria de Saúde do Interior - CSI, reformulou as Centrais de Regulação Estaduais Regionais - CRER do interior do estado, diminuindo seu número para doze (12) com funcionamento 24 Horas e mantendo as quatro (4) CRER da região da Grande São Paulo.

No final de 2006, a SES passou por nova reestruturação, integrando algumas DIR, totalizando dezessete Departamentos Regionais de Saúde - DRS.

Em 2007, a Secretaria Estadual de Saúde coordenou o processo descentralizado de desenvolvimento do Plano Estadual de Saúde, em consonância com a implantação do Pacto pela Saúde no estado, culminando na adesão de 643 municípios, iniciando uma nova fase no processo de consolidação do SUS-SP e, por conseguinte, das ações de Regulação.

Essa nova configuração demandou uma redefinição da Política de Regulação em Saúde na SES, que assumiu a responsabilidade de gestão das referências intermunicipais, Para tanto, fez-se necessário a criação de uma metodologia que pudesse caracterizar os municípios segundo área de abrangência e complexidade da rede hospitalar, de acordo com as internações SUS.

Foram consideradas as internações nas especialidades de clínica médica, pediatria, cirurgia e obstetrícia, excetuando-se os grupos de psiquiatria, crônicos/FPT, hospital-dia psiquiatria, fisiologia e reabilitação, além de ser aplicado o conceito de "invasão", ou seja, a capacidade do município de atender demandas geradas por outros municípios. Desta forma, foram definidas quatro categorias de municípios, de acordo com a complexidade da rede hospitalar:

▼ **Tipo 1** = municípios com internações nas clínicas básicas e cirurgias com taxa de evasão inferior a 75% e alta complexidade em cirurgia acima de 36 internações/ano (3 AIH/mês);

▼ **Tipo 2** = municípios com internações nas clínicas básicas e cirurgias com taxa de evasão inferior a 75% e com alta complexidade em cirurgia inferior a de 36 internações/ano;

▼ **Tipo 3** = municípios com internações nas clínicas básicas e cirurgias com taxa de evasão superior a 75%;

▼ **Tipo 4** = municípios onde não ocorreram internações ou que foram em número inferior a 24 internações/ano

Considerando-se a "invasão", foram classificados também em quatro categorias:

A = acima de 40%;

B = de 15 a 40%;

C = entre 3 e 14% e

D = abaixo de 3%.

Tipologia por complexidade de rede assistencial, abrangência e gestão

Complexidade de Rede Assistencial	Abrangência									Total Geral
	A - Invasão acima de 40%		B - Invasão entre 15% e 40%		C - Invasão entre 3% e 14%		D - Invasão abaixo de 3%		Sem internação	
	GMun	GEst	GMun	GEst	GMun	GEst	GMun	GEst		
1 - Internação em MC e AC	6	8	5	19	-	17	-	3	-	58
2 - Internação em MC com Destaque em Clínica Cirúrgica	10	-	40	22	45	43	36	22	-	218
3 - Internação em Baixa Complexidade nas Clínicas Básicas com Destaque em Clínica Médica e/ou Pediatria e/ou Obstetria	1	-	6	5	18	8	33	9	-	80
4 - Sem Internação	-	-	-	-	-	-	-	-	289	289
<b>Total Geral</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>51</b>	<b>46</b>	<b>63</b>	<b>68</b>	<b>69</b>	<b>34</b>	<b>289</b>	<b>645</b>

Segundo a Portaria SAS/MS n.º 356, de 22 de setembro de 2000, “O Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistêmica em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da assistência à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo” (BRASIL, 2000).

Diante da importância de se viabilizar um sistema equânime e integral, com capacidade para atender às diversas necessidades de saúde existentes no estado, é importante destacar as competências dos entes estaduais e municipais. Podemos afirmar que a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual enquanto a regulação do acesso aos prestadores de serviços é preferencialmente de responsabilidade da esfera municipal. No entanto, a SES/SP desempenha os dois tipos de regulação citados dada a quantidade de serviços prestados por instituições estaduais.

A seguir, vemos como essa disposição se operacionaliza no âmbito do estado de São Paulo:

## COMPETÊNCIAS DA SES/SP

**REGULAÇÃO DE REFERÊNCIA:** Acolhimento das solicitações provenientes das Centrais de Regulação de acesso Estaduais ou Municipais, dentro do pactuado, garantindo o acesso a seus prestadores de pacientes não-municípios com a criação de cinco Complexos Macrorregionais de Regulação de Referência - CMRR : Sudeste, Noroeste, Centro-Oeste, Centro-Leste e Nordeste:

**REGULAÇÃO DO ACESSO:** Relaciona-se diretamente com os prestadores sob sua gestão, regulando o acesso aos seus prestadores, respeitando pactuações e PPI (Centrais Regionais dos DRS - 17 Centrais). Estas Centrais recebem demandas das Centrais Municipais da sua região de abrangência, bem como de outras regiões através do respectivo CMRR.

No território onde houver estabelecimentos de Saúde sob gestão estadual e municipal, a regulação será em co-gestão (DRS e Municípios).

## COMPETÊNCIAS DAS SMS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Segundo o estudo elencado neste documento, foram identificados quatro tipos de municípios na ótica da regulação, a cada tipo cabem determinadas ações, a seguir descritas:

### MUNICÍPIOS TIPO 4 (SOMENTE DEMANDADORES - 289 MUNICÍPIOS):

- ✔ Responsável pela atenção básica;
- ✔ Solicitante para o sistema municipal de regulação de acesso dos casos já definidos na PPI e pactuados como de baixa complexidade e de acesso direto; e
- ✔ Solicitante para o sistema de regulação estadual (CMRR) dos casos que envolvam referências externas (dentro do pactuado na PPI).

### MUNICÍPIOS TIPO 3 (DEMANDADORES E EXECUTORES DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE - 80 MUNICÍPIOS):

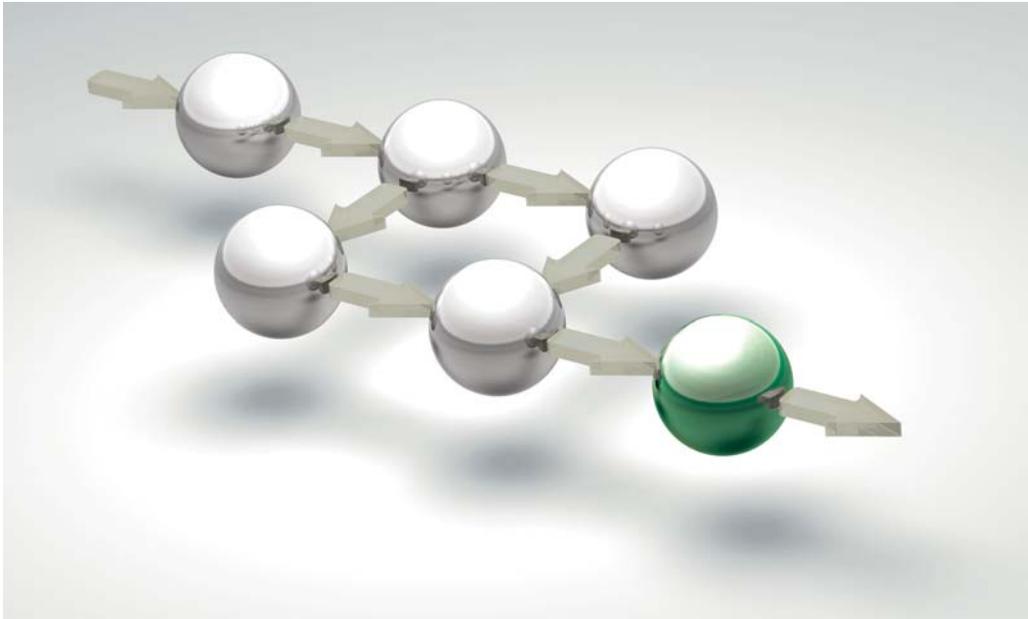
- ✔ Responsável pela atenção básica;
- ✔ Regulação do acesso aos seus prestadores, respeitando pactuações e PPI;
- ✔ Solicitante para o sistema municipal de regulação de acesso dos casos já definidos na PPI e pactuados como de baixa complexidade e de acesso direto; e
- ✔ Solicitante para o sistema de regulação estadual (CMRR) dos casos que envolvam referências externas (dentro do pactuado na PPI).

### MUNICÍPIOS TIPO 2 (DEMANDADORES E RECEPTORES - 218 MUNICÍPIOS):

- ✔ Responsável pela atenção básica;
- ✔ Regulação do acesso aos seus prestadores, inclusive dos casos provenientes de fora do seu município (através das Centrais estaduais e/ou municipais), respeitando pactuações e PPI;
- ✔ Solicitante para o sistema municipal de regulação de acesso dos casos já definidos na PPI e pactuados como de baixa complexidade e de acesso direto; e
- ✔ Solicitante para o sistema de regulação estadual (CMRR) dos casos que envolvam referências externas (dentro do pactuado na PPI).

### MUNICÍPIOS TIPO 1 (PRINCIPALMENTE EXECUTORES - 58 MUNICÍPIOS)

- ✔ Responsável pela atenção básica;
- ✔ Regulação do acesso aos seus prestadores, inclusive dos casos provenientes de fora do seu município (através das Centrais estaduais e/ou municipais, ou em co-gestão), respeitando pactuações e PPI;
- ✔ Solicitante para o sistema municipal de regulação de acesso dos casos já definidos na PPI e pactuados como de baixa complexidade e de acesso direto; e
- ✔ Solicitante para o sistema de regulação estadual (CMRR) dos casos que envolvam referências externas (dentro do pactuado na PPI).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo citado revela a grande diversidade entre os municípios e reforça a importância do gestor estadual como o integrador da assistência à Saúde. Essa experiência destaca a evolução dos processos regulatórios no âmbito do SUS.

A efetivação do processo de descentralização da Saúde modificou profundamente o papel do gestor estadual, cujo desafio atual é o exercício da função integradora, orientada para a função ampla e abrangente do sistema, no sentido de organização e prestação de serviços necessários à população.

Observa-se que não é uma tarefa fácil, dada a complexidade da efetivação de políticas públicas em estados federativos, mas, nesse sentido, a política de Saúde avançou muito, quando comparada a outras políticas sociais. ■■

# Humanização

Clara Sette Whitaker Ferreira e Pubenza López Castellanos

## Clara Sette Whitaker Ferreira

Médica sanitaria e consultora da política de humanização do Ministério da Saúde.

*Physician specialized in Public Healthcare, and Consultant for the Humanization Policy with the Ministry of Health.*

## Pubenza López Castellanos

Mestre em Administração em Saúde FGV-EAESP e Consultora da Organização Pan-Americana da Saúde.

*Master's in Healthcare Administration from FGV-EAESP and Consultant with the Pan-American Health Organization.*

## RESUMO

A humanização dos serviços de saúde, públicos e privados, faz parte das propostas de melhoria da qualidade, e abrange tanto a relação da equipe de saúde com o paciente como a relação entre os profissionais. Este texto apresenta as diretrizes gerais da Política de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde, para deter-se em seguida no exemplo dos serviços de urgência, nos quais o acolhimento com classificação de risco mostra-se um dispositivo importante para a mudança das práticas e a melhoria da qualidade da atenção.

## ABSTRACT

*Humanization of public and private healthcare services is within the scope of the proposal to improve their quality and comprises both the health professional-patient relationship and the relationship between healthcare professionals. This article discusses the guidelines on the Humanization Policy proposed by the Ministry of Health, and contemplates the case of emergency care, in which risk-rated treatment proves to be an important device for changing practices and improving the quality of healthcare.*

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o grande progresso do conhecimento científico, com o consequente desenvolvimento das especialidades e a incorporação tecnológica na saúde, deixaram num segundo plano os aspectos relacionados à subjetividade e às relações inter-pessoais nas práticas de saúde.

A necessidade, sentida tanto pelos profissionais de saúde como pelos pacientes, de recuperar os aspectos mais “humanos” da produção de saúde, torna a temática da humanização cada vez mais presente, como uma resposta possível para a impessoalidade dos serviços de saúde em geral.



## O QUE É HUMANIZAÇÃO?

A primeira idéia que nos vem à mente quando ouvimos falar em humanização dos serviços de saúde é que se trata de tornar os ambientes mais acolhedores, mais confortáveis, e as pessoas que atendem mais amáveis, simpáticas e sorridentes. Esta idéia se contrapõe aos serviços “desumanos”, ou “desumanizados”, em que as pessoas são tratadas de forma ríspida, e os ambientes são áridos e desconfortáveis.

Não podemos deixar de reconhecer que, em muitos lugares e momentos, as pessoas não são de fato bem atendidas nos serviços de saúde. Esta constatação não diz respeito somente ao momento da chegada, à recepção do serviço, ou ao ambiente físico; diz respeito também ao tempo de espera numa fila, à falta de informação sobre o diagnóstico e tratamento, ao horário de visita restrito, à dificuldade de acesso a especialidades, ao difícil diálogo com o médico, à falta de acompanhamento depois de uma alta hospitalar. Poderíamos fazer assim uma extensa lista de exemplos, mostrando que, para mudar essa situação, não se trata tão-somente de “treinar” ou “capacitar” as pessoas para que recebam melhor os usuários dos serviços de saúde, mas de transformar as próprias práticas de saúde, em todos os momentos e níveis de atenção.

Que práticas são essas que “desumanizam” os serviços de saúde? Como podemos transformá-las, uma vez que uma mudança nas práticas depende da mudança nas pessoas? Seria possível, então, inventar novas pessoas e novas práticas?

Podemos partir dos pressupostos que a saúde não é um “estado”, mas sim um processo; que não é a ausência total de doença, mas muitas vezes pode ser a convivência e o controle de uma doença crônica; que não é um processo igual para todos, mas que sempre diz respeito a uma pessoa ou a um conjunto de pessoas, inseridas em um contexto social. Além disso, não podemos esquecer que há sempre, na produção de saúde, um encontro entre pessoas. Por mais tecnologia que se utilize, sempre haverá um aspecto subjetivo, um encontro entre sujeitos, e há quem diga que esse encontro é a parte mais importante. É a tal “relação médico-paciente”, que hoje sa-



bemos que é entre equipe de saúde, instituições, paciente e sua rede social ou familiar, e é uma relação de vínculo recíproco.

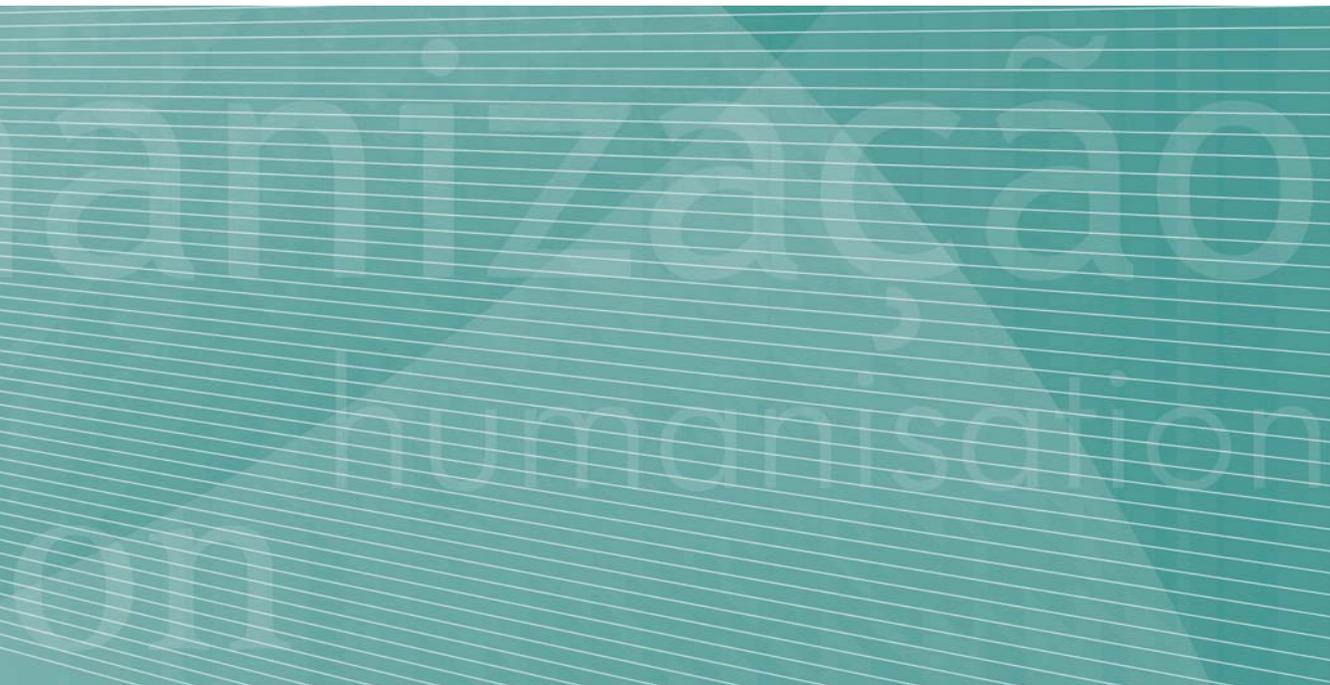
Para mudar, tornando melhores, as práticas de saúde, é preciso propor formas de mudar os processos de produção em saúde, tendo como foco central os sujeitos envolvidos nesses processos. A humanização vai trabalhar no sentido de valorizar os indivíduos que participam da produção de saúde: o profissional de saúde que tem algo a oferecer, e o que tem uma demanda, ou uma necessidade. Trata-se de mudar as atitudes, de aumentar a responsabilidade e o protagonismo desses sujeitos, de estabelecer vínculos, de criar condições para novas relações entre os profissionais de saúde, e destes com os usuários e com os serviços. E essas mudanças, com certeza, não acontecem por decreto, norma, ou decisão superior, mas através da reflexão crítica, individual e coletiva, sobre os modos de fazer. Ao intervir nos processos de produção de saúde, ao transformar as práticas de saúde, mudarão não somente as instituições, mas também as pessoas, profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Ou seja, as propostas para humanizar os serviços de saúde vão além de propostas para “o que fazer”; consideram como fundamental o “como” fazer. Como, então, desencadear mudanças nos modos de fazer?

Cabe às políticas de humanização propiciar instrumentos, momentos, espaços, diretrizes, dispositivos, ferramentas, para que os profissionais de saúde possam refletir a respeito de suas práticas de trabalho, como geri-las, como transformá-las, para conseguir novos jeitos de produzir saúde.

O método que orienta as ações de humanização é fundamentado na prática da inclusão. Inclusão, em primeiro lugar, dos sujeitos, como já foi dito, envolvendo os profissionais e os cidadãos. Incluir os sujeitos significa criar espaços de participação, de estímulo à criatividade, de co-responsabilidade. Em segundo lugar, inclusão dos conflitos. Incluir os conflitos significa não escondê-los, enfrentá-los coletivamente, a partir deles criar oportunidades de melhoria. Por fim, inclusão também da sociedade, das fontes financiadoras, dos grupos e redes sociais nas quais se inserem tanto os profissionais de saúde como os usuários. Este método, que define uma forma diferente de trabalhar, deve ser o pano de fundo de qualquer proposta de humanização, pois vai promover mudanças nas práticas de atenção e de gestão.

As diretrizes da humanização são várias: gestão participativa e colegiada, com responsabilização pelos resultados compartilhada; ampliação da abordagem clí-



nica, da doença para o problema singular do usuário; ampliação do trabalho clínico, da produção de saúde para o aumento do grau de autonomia dos profissionais, ou seja, aumento da capacidade do profissional de lidar com suas próprias dependências, intersetorialidade; defesa dos direitos dos usuários; acolhimento; ambiência; fomento às redes e coletivos; valorização da criação no trabalho. Todas elas podem ser concretizadas através de dispositivos e ferramentas que serão uma oportunidade de exercitar a inclusão, a participação, a co-responsabilidade, e através disso estimular e fomentar a melhoria nas práticas.

Por exemplo, a defesa dos direitos dos usuários implica em ampliação dos horários de visita nas unidades de internação, em garantir o direito ao acompanhante e o conforto para ele, em garantir a informação para o paciente e seus familiares, entre outros. A clínica ampliada implica em discussão de casos com a equipe multidisciplinar, em garantir o acompanhamento após a alta, em ouvir a demanda nem sempre estruturada e em olhar o paciente em seu contexto social singular. Essas e as demais diretrizes desencadeiam, obrigatoriamente, a reflexão acerca dos processos de trabalho, das relações inter-profissionais, da organização do serviço. Quando essa reflexão é coletiva e participativa, quando as

propostas de mudança são construídas incluindo os sujeitos envolvidos, haverá muito maior probabilidade de serem implementadas e sustentadas a longo prazo, além de proporcionar a transformação das próprias pessoas nesse processo.

Abaixo, apresentamos como exemplo um dos dispositivos propostos para a humanização e melhoria da qualidade, especificamente para os serviços de atenção às urgências: o acolhimento com classificação de risco.

#### UM EXEMPLO: O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA.

Costuma-se dizer que os serviços de atendimento às urgências e emergências refletem as insuficiências do sistema de saúde como um todo. De fato, as pessoas procuram os serviços de pronto-socorro e pronto-atendimento porque têm traumatismos ou doenças agudas, mas também por agravamento de doenças crônicas mal tratadas ou mal acompanhadas, ou mesmo por dificuldade de serem atendidas em outros serviços. A expectativa é que os pronto-socorros e pronto-atendimentos dêem respostas a toda a demanda que não encontra solução imediata em outros locais. Essa demanda sempre supera a capacidade de atendimento para a qual estão estru-

turados e vocacionados esses serviços, o que gera insatisfação dos usuários, que enfrentam longas esperas e não conseguem obter o tipo de atendimento que esperam, e dos trabalhadores, que ficam sobrecarregados, ansiosos, descontentes. Além disso, são locais onde o sofrimento é grande, onde o atendimento é rápido e fragmentado, onde não se criam vínculos. Talvez pudéssemos dizer que são os serviços considerados mais “desumanos” do sistema.

Antes de apresentar as propostas de mudanças nas formas de atendimento desses serviços, é importante refletir acerca do papel que eles cumprem num sistema de saúde. Há sempre grandes diferenças entre o que os profissionais entendem por urgência/emergência e o que os cidadãos em geral sentem com um problema de saúde urgente. Mais ainda, há diferenças de entendimento entre os grupos profissionais: médicos, enfermeiros, recepcionistas não têm o mesmo conceito sobre o que é uma urgência. Qualquer tentativa de definição do que é uma “urgência” ou uma “emergência” está sempre contaminada por essa contradição de base: a visão dos usuários e a visão dos trabalhadores. No entanto, a definição do papel desses serviços é de fundamental importância, pois é a partir dela que se aceita a legitimidade ou não da demanda existente, o que tem conseqüências na qualidade do atendimento prestado.

Por outro lado, é preciso lembrar que historicamente o hospital sempre foi privilegiado como o local para o tratamento das doenças, concentrando nele os recursos de todo tipo - humanos, tecnológicos, financeiros. O atendimento ambulatorial também foi agregado aos hospitais, ficando a atenção primária em saúde com a responsabilidade das ações sanitárias, preventivas, em sua maioria de âmbito coletivo. Hoje, está começando a ser revertido esse modelo focado na atenção hospitalar especializada, procurando dar à atenção primária em saúde melhores condições para ser a porta de entrada efetiva, aumentando sua capacidade resolutive, responsabilizando-a por um coletivo de usuários. Os pronto-socorros e pronto-atendimentos são ainda locais de muita demanda, geralmente de urgências de menor gravidade, pela facilidade de atendimento e relativa resolubilidade, pelo menos a curto prazo.

O acolhimento com classificação de risco é uma das ações propostas que tem como objetivo melhor organizar o atendimento, qualificar a assistência, diminuir as insatisfações dos usuários, e valorizar os trabalhadores desses serviços. Entre os vários problemas encontrados nas portas de urgência, dois deles estão diretamente relacionados à chegada do paciente: o primeiro é a “triagem” realizada por pessoas que não são profissionais de saúde (geralmente da área administrativa), que decidem, em função de critérios os mais variados, os casos que entrarão ou não, naquele momento, no pronto-socorro; o segundo é a organização do atendimento por ordem de chegada, deixando na mesma fila pessoas com grande sofrimento ou com problemas graves, junto com pessoas cuja demanda nem é por atendimento médico. O acolhimento com classificação de risco intervém de forma direta nesses dois problemas.

A proposta do acolhimento diz respeito a uma postura de escuta e de compromisso com relação à demanda. Além disso, é uma forma de organizar o primeiro contato com o serviço, tendo como objetivos a inclusão e a responsabilidade com a resposta ao usuário.

A classificação de risco é uma ferramenta que permite organizar o atendimento de acordo com a gravidade de cada caso, atendendo primeiro aqueles que são mais graves, de acordo com critérios clínicos. Funcionando há vários anos em diversos países (Canadá, Inglaterra, Portugal, Austrália, Andorra, entre outros), tem como objetivo mudar a ordem do atendimento, passando do atendimento por ordem de chegada a um modo de organização que não deixe esperando na mesma fila pessoas que necessitam de um atendimento imediato e pessoas que podem aguardar sem risco de agravamento de seu estado clínico.

Olhando com mais detalhe cada um dos elementos do dispositivo, em primeiro lugar vem o acolhimento. Trata-se de uma tecnologia de relações, uma tecnologia do encontro; trata-se de uma diretriz que constitui um novo modo de produzir saúde, partindo da valorização do encontro complexo que acontece entre uma pessoa que demanda e outra pessoa que tem algo a oferecer, ambas portadores de afetos e subjetividades. Este acolhimento não tem horário nem local para acontecer, é uma postura, uma atitude que deve estar presente em todos os momentos na produção de saúde.

Porém, o acolhimento se concretiza também na forma de organizar o primeiro contato do paciente com o serviço de urgência. É necessário que este primeiro contato seja realizado por um profissional de saúde, com capacitação técnica e habilidades específicas, que assuma uma postura de escuta desprovida de preconceitos, não discriminatória, e que tenha como objetivo acolher o paciente e orientá-lo corretamente com relação aos fluxos de atendimento do serviço.

A classificação de risco, por sua vez, é uma ferramenta que vem sendo aplicada em diversos países do mundo. No Brasil, existem diversas instituições do setor público e privado que já a aplicam, sendo que a política de humanização como um todo faz parte das diretrizes do Ministério da Saúde para o Sistema Único de Saúde. Foram desenvolvidos protocolos para essa classificação, que visam em primeiro lugar não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Sua implantação é aconselhada nos serviços nos quais a demanda extrapola a capacidade do serviço, e onde há, portanto, uma espera grande para o atendimento.

Além de organizar a fila de espera, a classificação de risco tem também outros objetivos importantes: informar ao paciente e a seus familiares que ele não corre risco de vida, informar sobre o tempo provável de espera; melhorar o fluxo dentro do serviço; dar melhores condições de trabalho para os profissionais; aumentar a satisfação dos usuários com o atendimento prestado.

No entanto, muitos têm a expectativa que a classificação de risco seja um instrumento para a exclusão das pessoas que procuram os pronto-socorros “indevidamente”, ou seja, que não apresentam queixas urgentes - na opinião dos profissionais. Isto, de fato, corresponde à proposta da triagem médica que existe em alguns serviços de pronto-socorro, e consiste na realização de uma consulta rápida pelo médico, que reencaminha a demanda que considera não se adequar ao perfil do serviço. Entretanto, a proposta do acolhimento com classificação de risco não tem característica excludente. O objetivo é atender toda a demanda, porém não por ordem de chegada, mas por ordem da gravidade. Depois do atendimento, sim, é realizado o encaminhamento para continuidade do cuidado no serviço apropriado.

Uma vez que não se trata de fazer um diagnóstico prévio, nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, a classificação de risco é realizada pela enfermagem, baseada em protocolos estabelecidos, conjuntamente com a equipe médica, para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Os protocolos de classificação de risco devem ter sempre respaldo médico.

A implantação do acolhimento com classificação de risco em um serviço de urgência implica obrigatoriamente na revisão dos processos de trabalho internos ao serviço. Além disso, traz a necessidade de interação com o restante dos serviços intra-hospitalares e extra-hospitalares, que têm interface com o serviço de urgência. E, ainda, sendo uma ação de humanização, deve propiciar a oportunidade de uma construção conjunta de todos os sujeitos envolvidos no processo. A elaboração, por exemplo, do protocolo de classificação de risco, a partir daqueles existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, porém adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é um instrumento de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da porta.

A elaboração e análise do fluxograma de atendimento no pronto-socorro, identificando os pontos em que se concentram os problemas, promove uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho. Quando esta elaboração e análise são realizadas conjuntamente por representantes de todas as categorias profissionais que trabalham no pronto-socorro, a identificação de problemas torna-se muito mais ampla e as propostas de mudança mais criativas, mais legítimas e mais aceitas.

Para a mudança nos fluxos de atendimento, devem ser considerados os aspectos relacionados à ambiência e estrutura física. O tema da ambiência traz para o grupo a discussão dos espaços de trabalho, e de que forma podem promover ou ao contrário impedir mudanças na própria postura das pessoas que ali trabalham. A forma de divulgação e informação aos pacientes sobre essa nova organização, sobre o atendimento com prioridades diferentes, poderá ser elaborada em conjunto com os próprios usuários do serviço, propiciando uma oportunidade para que também sejam sujeitos co-responsáveis nesse processo.

A implantação do acolhimento com classificação de risco traz mudanças significativas não somente no pronto socorro, mas também no restante do hospital, visto que a classificação de risco deve ter reflexos nos demais processos, depois do primeiro atendimento: laboratório, serviço de imagem, salas de procedimentos, unidade de terapia intensiva, entre outros. Não pode, portanto, ser uma proposta isolada da porta de urgência, mas deve ser construída e acompanhada por todos os serviços de apoio e de continuidade do cuidado.

Os profissionais do pronto-socorro devem ter capacitação específica, desenvolvendo suas competências técnicas, assim como as habilidades relacionais necessárias para realizar o acolhimento em todas as suas dimensões. Outro aspecto importante a ser considerado na discussão dos fluxos de atendimento é a relação do pronto-socorro com os demais serviços: atenção primária,

ambulatórios de especialidades, entre outros. Esta inter-relação e a necessidade de construção de redes de serviços que garantam a continuidade da atenção promoverão a possibilidade de espaços de pactuação concreta: formas de encaminhamento de um serviço para outro, construção de protocolos comuns, garantia de espaços nas agendas para consultas de continuidade do cuidado, garantia de apoio dos especialistas.

Todas estas etapas com seus desdobramentos devem ser elaboradas e pactuadas com o conjunto dos trabalhadores envolvidos nos serviços de atendimento às urgências e emergências. A partir da decisão de implantação ao acolhimento com classificação de risco, torna-se necessária a criação de um grupo de trabalho com representantes de todos os profissionais, e a promoção de espaços de discussão e de decisão coletivas. Assim, constitui-se um coletivo que facilitará a implantação do dispositivo de acolhimento com classificação de risco, fará continuamente o monitoramento e a avaliação dessa implantação, e poderá ser o embrião de uma gestão colegiada do serviço por meio da qual serão tomadas as principais decisões relativas ao seu funcionamento.

A gestão compartilhada constitui um dos instrumentos mais importantes de valorização e de transformação dos profissionais de saúde, que ao terem a possibilidade de serem gestores do seu próprio trabalho poderão reencontrar nos espaços de trabalho a dimensão de realização profissional. E sabemos que somente assim caminharemos rumo a serviços de saúde “humanizados”.



## CONCLUSÃO

O acolhimento com classificação de risco é uma das propostas de reorganização dos serviços de urgência, que, além de propiciar a melhoria da qualidade desses serviços, permite desencadear uma reflexão sobre as formas de atendimento, sobre as relações interpessoais no serviço, sobre o papel do serviço de urgência dentro da própria instituição e na rede de saúde.

Contudo, assim como as outras diretrizes para a humanização, é fundamental que essa reflexão seja realizada com a participação de todos os sujeitos envolvidos, e que as propostas de mudança sejam uma construção coletiva, garantindo assim sua legitimidade, a responsabilidade coletiva e uma real melhoria na qualidade da atenção prestada. ■■





FUNDAÇÃO  
GETULIO VARGAS  
**FGV PROJETOS**

SÃO PAULO	RIO DE JANEIRO
Av. Paulista, 548 - 8º andar	Praia de Botafogo, 190 - 6º andar
Tel.: (11) 3281.3263	Tel.: (21) 3799.5498
Fax.: (11) 3281.7891	Fax.: (21) 2553.8810

[www.fgv.br/fgvprojetos](http://www.fgv.br/fgvprojetos)