



Fundação Getúlio Vargas
MBA Gestão em Saúde 1/2016

PROFISSIONALIZAÇÃO NA GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS

Aluno: PYTHAGORAS SCHEMIDT SCHROEDER JUNIOR
Turma: Saúde 1/2016
Conveniada FGV: ISAE

CURITIBA
Agosto/2018



Fundação Getúlio Vargas
MBA Gestão em Saúde 1/2016

PROFISSIONALIZAÇÃO NA GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS

Trabalho de Conclusão de Curso para atender
à exigência curricular do MBA Gestão em
Saúde 1/2016

CURITIBA
Agosto/2016



**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
PROGRAMA FGV MANAGEMENT
CURSO MBA EM GESTÃO EM SAÚDE**

O Trabalho de Conclusão de Curso

PROFISSIONALIZAÇÃO NA GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS

Elaborado por Pythagoras Schemidt Schroeder Junior

E aprovado pela Coordenação Acadêmica do curso MBA Executivo em Saúde, foi aceito como requisito parcial para obtenção do certificado do curso de Pós Graduação, nível de especialização, do Programa FGV Management.

Data:

Jamil Moysés Filho
Coordenador Acadêmico

Professor Avaliador



RESUMO

As discussões em torno da saúde pública sempre enfatizam os problemas orçamentários e a corrupção que provavelmente sejam aqueles mais recorrentes no âmbito do SUS, porém outros grandes problemas afetam tanto quanto estes dois primeiros, este sistema que para muitos especialistas do mundo todo é um dos melhores programas de saúde pública do planeta.

Problemas como a falta de profissionais médicos e a inexistência de legislação trabalhista que estabeleça limites para esta classe e o problema apresentado neste Trabalho de Conclusão de Curso, que é a Gestão, falta de Gestão ou total falta de profissionalização e as dificuldades para mudar esta realidade, nos Hospitais Públicos Brasileiros

Palavras-chave:

Gestão; Política; Corrupção; SUS.



ABSTRACT

Discussions around public health always emphasize the budgetary problems and corruption that are likely to be the most recurrent ones within SUS, but other major problems affect both the first two systems, which for many experts around the world are one of the best public health programs on the planet.

Problems such as the lack of medical professionals and the absence of labor legislation that establishes limits for this class and the problem presented in this Course Conclusion, which is Management, lack of Management or total lack of professionalization and the difficulties to change this, in the Brazilian Public Hospitals

.

Key words:

Management; Policy; Corruption; SUS;



LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Hospital Grande (mais de 120 leitos).....	41
Figura 2	Hospital Médio (entre 60 e 119 leitos).....	42
Figura 3	Hospital Pequeno (até 59 leitos).....	42



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização e Relevância do Tema	11
1.2	Problema da Pesquisa.....	12
1.3	Objetivo Final do TCC.....	13
1.4	Delimitação do Estudo.....	14
1.5	Metodologia da Pesquisa.....	15
1.6	Organização do Estudo	16
2	O QUE É GESTÃO	17
3	ESTRUTURA DIRETIVA.....	29
4	FORMAS DE SELEÇÃO / CONTRATAÇÃO.....	43
5	REMUNERAÇÃO	45
6	CONTINUIDADE	47
7	AVALIAÇÃO DE RESULTADOS / MÉRITO	49
7	CONCLUSÃO.....	51
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e Relevância do Tema

A “Gestão” de hospitais públicos não é diferente daquela que é feita em todas as áreas administradas pelo estado, seja na saúde, segurança, educação, saneamento e etc.

Normalmente os “Gestores” são escolhidos pela proximidade política e não capacidade técnica.

Neste caso em específico existe um quase consenso de que um diretor geral de hospital deve ser um médico, com raríssimas exceções um enfermeiro e mais raros ainda os casos de uma Direção Geral de uma unidade pública hospitalar ser conduzida por um administrador. Mas seja médico, enfermeiro ou administrador a principal característica observada são suas relações políticas e não seu conhecimento em Gestão hospitalar, conhecimento este que não se aprende nos cursos de bacharelado em Administração e muito menos nos de Medicina e Enfermagem.

Como podemos evitar esta interferência política na gestão dos hospitais públicos?

Isto feito, como atrair profissionais capacitados para esta função?

Nesta parte serão apresentadas a contextualização e relevância do Tema, o problema da pesquisa, objetivo(s) final(is), delimitação do estudo, metodologia da pesquisa e organização do estudo.

1.2 Problema da Pesquisa

Neste contexto, a pergunta que será respondida durante esta pesquisa é:

- ❖ Raríssimos os casos em que vemos gestores com formação em Gestão Hospitalar conduzindo hospitais públicos. Por quê?
- ❖ Interesses políticos?
- ❖ Baixa atratividade para profissionais oriundos da iniciativa privada?
- ❖ Baixa oferta de profissionais especializados?
- ❖ Dificuldade na seleção destes profissionais devido às formas de contratação do estado (concurso, cargo comissionado, OSS, Fundações)?
- ❖ Dificuldade de profissionais do mercado adaptarem-se ao sistema público (licitações, burocracia. baixa produtividade)?
- ❖ Impossibilidade de capacitar a mão de obra interna? Médicos, enfermeiros, administradores?
- ❖ Como fazer isto? Como atrair mão de obra especializada para a Gestão de hospitais públicos mesmo com todos os problemas já apresentados?

1.3 Objetivo Final do TCC

Para responder estas perguntas serão utilizadas pesquisas, entrevistas com profissionais da área e principalmente experiência de dois anos e dois meses como diretor financeiro de uma Fundação Pública de Direito Privado que faz a gestão de sete hospitais públicos estaduais, uma escola de saúde pública e um centro de pesquisa e produção de imunobiológicos. Estes dois últimos não são objetivo da pesquisa mas podem enriquecer a discussão da gestão feita por não gestores.

O nome da instituição e das unidades por ela geridas não serão citados, porém serão utilizados dados adquiridos no período em que fiz parte da diretoria executiva pertinentes a este tema.

Abaixo segue a formação acadêmica dos Diretores Gerais das sete unidades hospitalares citadas:

- Hospital 1 (grande porte) – Médico sem formação em gestão
- Hospital 2 (médio porte) – Psicólogo sem formação em gestão
- Hospital 3 (pequeno porte) – Enfermeiro sem formação em gestão
- Hospital 4 (médio porte) – Farmacêutico sem formação em gestão
- Hospital 5 (grande porte) – Enfermeiro sem formação em gestão
- Hospital 6 (grande porte) – Médico sem formação em gestão
- Hospital 7 (médio porte) - Administrador sem formação em gestão

Todos os sete profissionais assumiram seus postos por indicação política e o que sabem da gestão hospitalar é o que aprenderam na prática do dia-a-dia, alguns com bom desempenho, porém a maioria aprendendo com os erros.

1.4 Delimitação do Estudo

O estudo é delimitado da seguinte forma:

Tema: Profissionalização na Gestão de Hospitais Públicos

Delimitação Organizacional: Hospitais Públicos Estaduais vinculados a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Delimitação Geográfica: Estado do Paraná e algumas instituições fora deste estado, porém sempre levando em consideração o fato de serem 100% SUS.

Delimitação Temporal: Triênio 2016 - 2018

1.5 Metodologia da Pesquisa

✓ **Quanto à Natureza da Pesquisa:**

Optou-se pela pesquisa *exploratória* visando explicitar o problema construindo hipóteses de resolução através deste.

✓ **Quanto à Forma de Abordagem do Problema:**

Aplicamos a pesquisa *qualitativa*, de caráter mais subjetivo com predomínio de classificações e análises dissertativas.

✓ **Quanto aos Fins:**

Optou-se pela pesquisa *descritiva* e *explicativa* devido ao cenário real de sete unidades hospitalares avaliadas.

✓ **Quanto aos Meios:**

Os meios escolhidos para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso é o *Estudo de Caso* onde avaliaremos sete unidades hospitalares e os critérios utilizados para escolha de seus gestores. Paralelamente ao Estudo de Caso, será explorada a *Pesquisa de Campo* realizada pela Diretoria Executiva da Fundação que faz a Gestão destas sete unidades hospitalares.

1.6 Organização do Estudo

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está organizado da seguinte forma:

- ✓ Capítulo 1: INTRODUÇÃO – Contextualização da pesquisa
- ✓
- ✓ Capítulo 2: O QUE É GESTÃO?

- ✓ Capítulo 3: ESTRUTURA DIRETIVA BÁSICA DE UMA UNIDADE PÚBLICA HOSPITALAR – Quais cargo compõe a diretoria das unidades hospitalares avaliadas

- ✓ Capítulo 4: FORMAS DE SELEÇÃO / CONTRATAÇÃO – Como são escolhidos? Quais os critérios? Qual o regime de contratação?

- ✓ Capítulo 5: REMUNERAÇÃO – Como são remunerados estes profissionais com relação ao mercado?

- ✓ Capítulo 6: CONTINUIDADE – Tempo que os profissionais têm para desenvolver seu trabalho devido as constantes mudanças na gestão pública.

- ✓ Capítulo 7: AVALIAÇÃO DE RESULTADOS / MÉRITO – Estes profissionais passam por processos formais de avaliação? Tem acompanhamento? Metas?

- ✓ Conclusão – A profissionalização na Gestão de Hospitais Públicos é viável?

2. O que é Gestão?

Confunde-se muito o real significado do termo Gestão principalmente dentro do serviço público. Qualquer pessoa que tem um cargo diretivo considera-se e é considerado por muitos um gestor quando na realidade não passa de um ocupante de um cargo político e não tem conhecimento de Administração Pública.

De acordo com Azevedo (1995 p.35-40):

“Nos anos 70, Mintzberg introduziu na literatura administrativa uma visão extremamente crítica e inovadora. Em seus trabalhos, busca compreender o mundo organizacional e caracterizar o trabalho gerencial. Ao analisar a estrutura e a dinâmica das organizações, Mintzberg (1982, 1989) define sete tipos de configurações organizacionais. As organizações de saúde, especificamente os hospitais e também as universidades, são identificadas em sua tipologia como organizações profissionais cujo bom funcionamento depende principalmente de seus operadores. O trabalho operacional é complexo e diretamente controlado pelos que os executam - especialistas com alto nível de qualificação que requerem autonomia. A padronização de habilidades e conhecimentos é obtida de modo primário através de treinamento formal. A formação inicial ocorre na universidade ou numa instituição especial e continua por longo período através do treinamento em serviço. Daí essa característica fundamental das organizações profissionais: grande parte das normas e dos padrões provém não da estrutura organizacional, mas de associações ou instituições profissionais. O trabalho em si é muito complexo e especializado, e seus resultados não podem ser facilmente mensurados. A complexidade e a diversidade do trabalho levam à arbitrariedade, mas decisões sobre os serviços a serem prestados garantem ao profissional uma latitude considerável para sua execução. O diagnóstico é uma etapa fundamental, e as decisões dependem em grande parte de julgamento profissional. Consequentemente os profissionais preservam grande autonomia, pois são os únicos a dispor dos conhecimentos necessários ao desenvolvimento do seu trabalho. Nas organizações profissionais, o poder é consequência da perícia, e não da função ou da hierarquia. Quanto à estrutura administrativa, na configuração profissional, o elemento chave é o centro operacional, onde se realizam as atividades finais da organização. O poder se situa principalmente na parte inferior da estrutura e é repartido entre os próprios profissionais do centro operacional. O outro elemento importante é o apoio logístico às atividades

do centro operacional. O papel dos gerentes e da tecnoestrutura (analistas e planejadores) é mais limitado: pouco influencia a coordenação e a normatização do trabalho profissional. Os profissionais controlam não só o seu próprio trabalho, mas também as decisões administrativas que os afetam, especialmente no âmbito da distribuição de recursos. É comum haver duas hierarquias administrativas paralelas: uma com características mais democráticas, com decisões de baixo para cima, para os profissionais, e outra mais do tipo mecânica, de cima para baixo, para a área de apoio. A integração é o desafio que se apresenta às organizações profissionais. Integração da dupla estrutura, profissional e administrativa; integração dos diversos profissionais e especialistas; integração no sentido do compromisso dos profissionais com os objetivos organizacionais. Segundo Mintzberg, o poder nas organizações de saúde é compartilhado, e os profissionais tem importante papel em sua dinâmica. Logo, é evidente que as estratégias gerenciais devem incluir processos de negociação e comunicação intensa com os diversos grupos internos.

As organizações de serviços de saúde

A visão universalista da gerência considera que as organizações se assemelham umas às outras, de tal modo que o que é desenvolvido a partir de uma organização pode ser aplicado a outras. Para Sheldon (1975, apud Betson & Pedroja, 1989:355), "não há muita diferença entre um gerente na área de saúde, sendo ele médico ou não, e um gerente na indústria". Por outro lado, há autores que consideram o sistema de saúde e os serviços de saúde significativamente diferentes, complexos e de certo modo únicos, se comparados com outros tipos de organização, em particular as industriais, o que traz consequências para sua gerência (Shortell & Kaluzny, 1988; Austin, 1974; Kovner & Neuhauser, 1987; Dussault, 1992). Segundo Shortell e Kaluzny (1988: 13), eis as características mais frequentemente mencionadas sobre os serviços de saúde:

- a) a definição e a mensuração dos resultados são difíceis;
- b) o trabalho desenvolvido é tido como extremamente variável e mais complexo do que em outras organizações;
- c) a maior parte do trabalho é de natureza emergencial;

- d) o trabalho dá pouca margem a ambiguidade e erro;
- e) as atividades são altamente interdependentes, sendo necessário um alto grau de integração entre os diversos grupos profissionais;
- f) o trabalho requer alto nível de especialização;
- g) boa parte dos membros da organização é extremamente profissionalizada, e eles são mais leais à profissão do que à organização;
- h) existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo mais responsável pelo trabalho: os médicos;
- i) em muitas organizações de serviços de saúde, particularmente os hospitais, existe dupla linha de autoridade, o que gera problemas de coordenação e responsabilidades.

A particularidade dos serviços de saúde seria fruto da combinação dessas várias características mencionadas (Shortell & Kaluzny, 1988). Alguns desses elementos estão presentes no modelo de organizações profissionais de Mintzberg. Kovner e Neuhauser (1987), comparando a gerência de organizações de serviços de saúde com a gerência de outras organizações, apresentam as seguintes considerações: os objetivos dos serviços de saúde são mais complexos do que nas indústrias de modo geral ou mesmo em outras organizações que prestam serviços, como um banco ou companhia de seguros. Os objetivos das organizações de serviços de saúde incluem assistência ao paciente, pesquisa, ensino e atividades comunitárias. Maior complexidade de objetivos implica problemas crescentes no âmbito da integração organizacional. Comparados com os executivos, os gerentes de serviços de saúde têm menos autoridade sobre os profissionais que trabalham na organização, especialmente na área médica. Os autores ressaltam também que o produto das organizações de serviços de saúde é difícil de especificar, o que torna as mudanças mais difíceis, já que não existem resultados padronizados para serem mensurados. Dussault (1992) aponta, entre as particularidades dos serviços de saúde, o fato de atenderem a necessidades complexas e variáveis (com dimensões biofísicas e psicossociais) cuja definição varia de acordo com a inserção social, a representação do processo saúde-doença, conforme a clientela (adultos, mulheres, crianças e velhos). Diz ainda que há variações

individuais, o que até certo ponto torna cada problema único. Austin (1974) refere-se à prestação de serviços de saúde como uma prestação de serviços individualmente definida para cada cliente.

Logo, os produtos do hospital são diversos e inúmeros. A unidade de produção do hospital seria o caso tratado, que envolve, para cada paciente, um conjunto específico de serviços de acordo com a patologia e as demais características pessoais referidas anteriormente. Tais serviços incluem aqueles considerados intermediários (exames, visitas médicas, alimentação etc.) e o serviço final (alta por patologia, parto, transplante de coração etc.). Wiley e Fetter (1990, apud Dominguez Ugá, 1992: 18) assim definem o processo de produção hospitalar: "O hospital pode portanto ser considerado uma firma multiproduto que, teoricamente, deve ter uma linha de produção tão diversificada quanto o número de pacientes tratados". Para Dussault (1992), outro aspecto peculiar aos serviços de saúde é que serviços de baixa qualidade podem trazer riscos e prejuízos graves para o usuário. Portanto é preciso respeitar normas de qualidade, embora as organizações de saúde não possam ser formalizadas demais, pois os prestadores precisam ter autonomia para adaptar os serviços às necessidades dos usuários. Ao abordar a questão dos resultados dos serviços, o mesmo autor menciona também a dificuldade de mensurá-los e destaca a relação entre os serviços e a saúde, ainda pouco conhecida, embora sejam aceitos seus inúmeros determinantes - biológicos, comportamentais, ambientais. Conseqüentemente, a capacidade dos serviços de saúde para resolver problemas é limitada por natureza, acrescentando-se ainda as dificuldades oriundas da própria ineficácia relativa do cuidado prestado. É fundamental reafirmar com base nos diversos autores citados anteriormente, a complexidade dos serviços de saúde e o desafio com que se defronta a sua gerência, considerando particularmente três aspectos: a variabilidade da "matéria-prima", os casos tratados, em termos de patologia, gravidade, características individuais; a variabilidade dos processos assistenciais, tendo em vista especialmente a necessidade de julgamento profissional subjetivo; por fim, a dificuldade de mensurar os resultados, considerando os inúmeros determinantes do processo saúde-doença, e as limitações tecnológicas para lidar com tantos problemas de saúde. Encerrando esta seção, considero pertinente, a partir da compreensão teórica das organizações de serviços de saúde, apresentar algumas considerações de Dussault (1992:15) sobre gestão de organizações de saúde: "O tipo de gestão que parece mais adequado a essas organizações é mais

consensual, colegiado, do que autoritário. É uma gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da prática profissional e do corporativismo. Essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisão que envolve os profissionais tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais, quanto da avaliação de resultados; essa gestão aceita que os profissionais trabalhem não por obedecer a ordens, mas por responsabilidade. O desafio da gestão das organizações de saúde consiste em responsabilizar os prestadores pela criação de um ambiente propício ao trabalho multiprofissional e pela integração da participação dos usuários no processo de produção dos serviços". As organizações públicas e sua gerência o debate acerca da natureza da gerência no setor público produziu contrastes entre os que sugerem as mesmas características do setor privado e os que apontam as particularidades do âmbito público e as diferenças em relação à gestão privada. Harrow e Willcocks (1990:282) citam, de maneira crítica, Kinder (1988), que apresenta uma visão universal da gerência: "A gerência é constituída por um conjunto de problemas e métodos para que seja comum a qualquer setor ou atividade organizada". Contrariamente, aqueles autores afirmam que as características e o contexto organizacional dos serviços públicos implicam diferentes comportamentos gerenciais. Um dos estudos analisados por esses autores sustenta que os gerentes do setor público estão menos sujeitos às forças de mercado do que os gerentes do setor privado, mas sofrem influências externas mais fortes e diversas, além de lidar com objetivos intangíveis e vagos. Na esfera do comportamento gerencial, os gerentes públicos tenderiam a ser mais cautelosos e rígidos que os do setor privado. Outra pesquisa mencionada, enfocando a gerência estratégica, conclui que a gestão de serviços públicos está sujeita a uma indefinição maior no campo de políticas e a maiores restrições em suas ações, tendo em vista a abertura do processo decisório e o contato direto com grupos de interesse que buscam influenciá-la. Motta (1987), que também diferencia as organizações públicas, destaca que suas estratégias de crescimento não se baseiam na competição, nem são administradas por um sistema de ganhos e perdas no sentido mercadológico. Sua sobrevivência é relativamente garantida externamente. A estratégia de desenvolvimento baseia-se na concretização de objetivos sociais. Quanto ao processo decisório, não é tão racional quanto o da empresa privada, pois não enfrenta as mesmas ameaças nem busca as mesmas oportunidades. Os dirigentes públicos não têm as mesmas condições analíticas nem a mesma autonomia que o setor

privado. Para o autor, além do aumento da demanda de serviços públicos e de saúde, sem o correspondente aumento de recursos, há também a preocupação com eficiência, escassez e desperdícios. Para Motta (1985), os gerentes enfrentam o desafio de cumprir os objetivos e apresentar os resultados esperados, além de lidar com as limitações de recursos e a falta de autonomia e de controle sobre os recursos existentes. Assim, os gerentes não só têm menos autonomia que no setor privado, como também são obrigados a prestar contas de suas ações publicamente. Com relação aos aspectos intra-organizacionais, cumpre destacar o papel do dirigente público no âmbito dos conflitos internos, encorajando o debate sobre os objetivos e propósitos organizacionais. As discordâncias internas são fenômenos previsíveis, e cabe aos gerentes lidar com essas tensões (Harrow & Willcocks, 1990). Além da competência para definir objetivos, estabelecer prioridades e concentrar recursos, bem como da capacidade de liderança e decisão, outros fatores recentemente enfatizados pela teoria administrativa são a capacidade de produção e gerência de ideias novas e a capacidade de condução da organização num ambiente de descontinuidades e crises sucessivas (Motta, 1985).”

E este é exatamente um dos grandes problemas na administração pública no Brasil, a quase inexistência de gestores modernos na condução de orçamentos milionários e até bilionários que muitas vezes não são reféns da corrupção e sim da incompetência ou apenas despreparo.

BARBOSA (Os médicos e a Saúde no Brasil, 1998, p. 54)

“Atualmente, tanto conhecimentos quanto práticas de gestão, tornam-se cada vez mais, diversificados e complexos, além de mais variáveis, flexíveis e mesmo ambíguas. Com certeza, este não é um campo para prescrições ou mesmo para paras transposições de experiências. Por mais necessário que seja a identificação de referências estáveis ou mesmo "verdades", as opções gerenciais tenderão a serem provisórias e questionáveis.

Vejamos de forma simples e bastante ampliada o seu significado. O desenvolvimento humano, mesmo individual, mas sobre tudo na dimensão das sociedades, é marcado pelo aproveitamento/utilização das possibilidades/recursos disponíveis e mobilizáveis, no sentido destes resolverem necessidades e desafios humanos. Identificar e mobilizar recursos (possibilidades), tratar de sua maior e melhor aplicação na

resolução de necessidades, configuram-se como práticas de gestão. Ocorre que esta equação, a de maximizar possibilidades/recursos, transformando-os em necessidades satisfeitas, apresenta significativa e crescente complexidade. Os recursos sejam comitivas, físicos, financeiros, tecnológicos, de toda e qualquer natureza, tendem a ser limitados, ainda que historicamente, desenvolvam-se e expandam-se, inclusive, com momentos em que ocorram grandes saltos (a descoberta do fogo, a roda, a máquina a vapor, a robótica, a fibra ótica, etc.).

De outro lado, as necessidades tendem a ser ilimitadas, também crescendo tanto em complexidades, quanto em volume. No limite, os conhecimentos e práticas de gestão dizem respeito a todo e qualquer processo que busque estabilizar a equação entre possibilidades e necessidades. No mundo globalizado, já podemos falar da gestão do planeta, que por sua vez desdobram-se nas práticas gerenciais a impactarem a vida humana em todas os setores e organizações humanas, seus usuários e seus fornecedores, na formulação de respostas e soluções reais para a imensa gama de demandas e necessidades das sociedades e de seus indivíduos.

Na sociedade contemporânea, processo de resolução de necessidades humanas é praticamente todo ele realizado através de alguma organização formal, isto é, serviços públicos, empresas grandes ou pequenas, associações etc., constituídas com finalidades específicas, congregando menos ou mais recursos para alcançar determinados objetivos. Os trabalhos individuais/artesanais, isolados, que dispensavam uma organização ou apenas a exigiam de pequena monta, são cada vez mais raros. O trabalho moderno veio sendo cada vez mais realizado em organizações maiores e mais complexas. Muito recentemente, fundamentalmente por consequência da revolução da informática e das comunicações, as grandes organizações encontram maior racionalidade e melhores resultados na medida em que diminuem e se dividem, passando a operar em redes integradas de unidades organizacionais simplificadas (divididas, mas não isoladas, pois compõem sistemas) em relação às organizações de duas ou três décadas atrás. Mesmo tal sistema integrado segue ganhando complexidade, ainda que a partir de outras naturezas. Não mais a complexidade da estrutura ou das normas, mas a complexidade da tecnologia, das demandas, do convívio de interesses diversos, da integração em redes.

As práticas de gestão sofisticaram-se na medida das transformações organizacionais, contribuindo para elas, mas evoluindo em função das novas complexidades. Seguem como processos de coordenação de trabalhos: desde a fase de sua definição, sua organização, realização e satisfação/resolução das demandas que o geraram. Não é difícil deduzir que a complexidade do processo gerencial está diretamente vinculado à razão que gera o trabalho, sua natureza mais particular ou simplesmente, a maior ou menor complexidade das necessidades a serem resolvidas, como também às possibilidades tecnológicas previamente disponíveis na área, além dos condicionamentos de ordem mais geral e que impactam a área ou setor específico.”

As dificuldades inerentes à gestão de uma unidade hospitalar pública, muitas vezes a única opção em uma região afastada dos grandes centros ou mesmo a única opção para uma população carente como é a grande maioria da população brasileira, decisões difíceis devem ser tomadas todos os dias e se este hospital não tiver uma equipe preparada, processos definidos e insumos disponíveis a perda será de vidas.

BARBOSA (Os médicos e a Saúde no Brasil, 1998, p. 56)

“No campo da gestão, seja teoria ou na prática, já é bastante difundida a noção de que os sistemas e serviços de saúde encontram-se entre as organizações mais complexas que existem. Essa noção de complexidade encerra pelo menos duas dimensões. Uma primeira relacionada à organização do trabalho em si, considerando tanto o processo, como o produto. A segunda, em consequência, decorre das exigências para a sua condução, o que significa a coordenação das ações específicas de cada parte desse trabalho, no intento do alcance de produtos e resultados globais em níveis de eficiência e eficácia.

Portanto, a perspectiva de construção de modelos gerenciais aplicável a organizações de saúde, forçosamente exige compreensão acerca da natureza particular da sua complexidade.

As formulações sobre as organizações, que compõem o campo da Teoria das Organizações, ou como prefere Morta (1990), das teorias organizacionais, constituem campo bastante vasto, embora surgidas em um período histórico relativamente curto, sendo que, a evolução dos

conhecimentos não tem, necessariamente, provocado descarte de contribuições anteriores. O que se percebe mais um processo cumulativo onde novas ênfases e abordagens tratam de subordinar lógicas formuladas anteriormente. Pode-se dizer que esse processo traduz mesmo os limites para se produzir "teorias" que expressem toda a complexidade que cercam as organizações. Dussault (1992) em poucas palavras identifica principais abordagens que historicamente se apresentaram.

A visão delas (teorias das organizações) passou de entidade. programáveis, funcionando como máquinas, a sistemas complexas... Gradualmente, a visão racionalista e positivista ("one best way") fé trocada por outra que aceitava a existência da Inter determinação (contingência) e, mais recentemente, segundo uma nova corrente da literatura (Lincoln 1985, Weick 1989) com uma visão naturalística, que enfatiza a complexidade, o caráter sistêmico, holográfico (...).

Para a diferenciação organizacional, Mintzberg (1989) trabalha com algumas combinações de variáveis. Um primeiro grupo de variáveis é construído a partir da identificação de partes componentes de qualquer organização, sendo elas: o centro operacional, onde se localizam os operadores que produzem bens ou serviços típicos da organização; o centro de decisão, onde estão os dirigentes; os níveis intermediários, compostos por gerentes e supervisores; a tecnoestrutura, onde se localizam os especialistas, técnicos ou analistas que planejam o trabalho dos operadores e; o pessoal de apoio.

O outro conjunto de variáveis consideradas, diz respeito aos mecanismos de coordenação do trabalho, que podem ser: de ajuste mútuo, supervisão direta e ainda de padronização de qualificações, de processos, de produtos e de normas de comportamento.

Um terceiro conjunto de variáveis designados por Mintzberg de parâmetros básicos, que compreendem: o grau de especialização das funções, de formalização dos comportamentos, o tipo de treinamento necessário, de agrupamento das unidades (tipo de departamentalização), dos mecanismos de ligação entre as unidades, do sistema de planejamento e de controle e finalmente, do grau de centralização das decisões.

Por último, enquanto variáveis a se combinar para a conformação das configurações, há os fatores contingentes ou situacionais, onde se

enquadram a idade da organização, seu tamanho, o sistema técnico de produção, a complexidade tecnológica (essencialmente equipamentos), o nível de estabilidade do ambiente e a organização do poder (nível de autonomia em relação a controle externo).

São sete as configurações concebidas por Mintzberg, que expressam sete combinações típicas entre o conjunto de variáveis apresentadas. Os serviços de saúde enquadram-se nas organizações tipo profissionais. Nessas organizações a variável mais expressiva está no fato de que o trabalho finalístico, próprio de seu cone operacional, exige qualificações de nível elevado, sendo dificilmente passíveis de formalização e normalização. O centro operacional tende a ser a parte mais desenvolvida e forte da organização. O mecanismo de coordenação do trabalho que prevalece está baseado na padronização das qualificações. Esse saber e as habilidades desenvolvidas são alcançadas em todo o processo de formação profissional, exterior e quase sempre antecedente à condição de vínculo numa dada organização.

Essa condição, onde o profissional é portador de habilidades construídas independentemente da organização e que também são legitimadas por fora, nos grãos classistas e científicos de base corporativa, tem por consequência uma fraca vinculação entre o profissional e a organização, na qual o primeiro depende da segunda apenas para prover os meios necessários à sua prática, sendo esta bastante determinada por si mesmo. Significa dizer que o poder de decisão sobre o trabalho profissional é bastante pessoal e que a capacidade de controle da organização sobre este trabalho fica, portanto, limitada. Mintzberg (1989) assinala que esses profissionais tendem a possuir maior compromisso com sua tarefa e com sua profissão (expressos por seus órgãos de classe), mais do que o compromisso com o todo organizacional.

Os profissionais operam com base na perícia, fonte de poder, enfatizando a autoridade dos especialistas. Há, especialmente para o médico, uma importante autonomia em relação às suas decisões técnico-profissionais, com um conseqüente desafio: como coordenar a existência de trabalhos com significativa autonomia, a ser mesmo assegurada em algum nível, articulando os racionalmente em torno de uma missão e objetivos pactuados para a organização como um todo?

Nas organizações profissionais, o papel da tecnoestrutura, do nível intermediário e mesmo de seu centro de decisão, é limitado, tomando como referência o grau de condicionamento sobre o trabalho dos operadores, no caso de um hospital, seus médicos e, no caso de uma universidade, seus professores e/ou pesquisadores.

Segundo Dussault (1992), os profissionais vão tentar controlar a organização para manter e até mesmo reforçar o seu poder sobre as decisões que influenciam o seu trabalho. Nesse caso, os profissionais buscam ocupar espaços em outros setores organizacionais, seja no centro de decisão (os médicos passam a ser dirigentes também), na tecnoestrutura (interferindo nas condições de trabalho, tecnologia, procedimentos gerais como mecanismos de distribuição de recursos, de salários, de outros prêmios, etc.) e mesmo nas atividades logísticas.

Dussault (1992) faz uma outra observação de suma importância para que se compreenda o contexto e as exigências de aperfeiçoamento da gestão em organizações de tipo profissionais. Diz esse autor que (...) autonomia profissional tende a favorecer a segmentação em grupos de profissionais com interesses divergentes, o que explica a dificuldade de se fazer mudanças na organização inteira. Paradoxalmente, mudanças acontecem facilmente, em nível das unidades, justamente por causa da autonomia dos operadores.

Esse paradoxo, pode ser trabalhado como problema tipo oportunidade para organizações profissionais que optem por modelos gerenciais descentralizados e com sistemas de coordenação baseados enfaticamente nos resultados, como explorado adiante.

É inegável que sejam as organizações de saúde estruturas de poder compartilhado. Mesmo entre os profissionais, como assinala Lemos (1994), há uma tendência para o isolamento entre si, de grupos e mesmo subgrupos, com o surgimento de objetivos diferentes. Em outras palavras onde grupos de especial, listas médicos, tendem a abordar os problemas de saúde, enfática ou exclusivamente a partir da perspectiva da subespecialidade em questão.

Não é difícil perceber que tal processo gere repercussões negativas sobre o todo organizacional, já que objetivos pulverizados e desconexos comprometem os resultados finais da organização.”

3. ESTRUTURA DIRETIVA

Os hospitais da rede pública estadual do Paraná de modo geral tem uma estrutura diretiva padrão, diferenciada apenas em unidades muito pequenas, quando duas ou três funções são de responsabilidade do mesmo profissional.

Basicamente estas estruturas são compostas por um Diretor Geral, um Diretor Administrativo, um Diretor Técnico (médico) e um Diretor de Enfermagem (Enfermeiro). Nas unidades menores o Diretor Geral acumula também a Diretoria Administrativa, existe um Diretor Técnico (médico) e uma Coordenação de Enfermagem (enfermeiro).

Abaixo segue modelo de Organograma adotado pela Fundação que faz a gestão dos sete hospitais citados neste TCC. Estes modelos não são fixos e podem ser customizados de acordo com a realidade de cada unidade, porém sem alteração na quantidade de cargos e valores de remuneração. A classificação “Grande”, “Médio” e “Pequeno” é utilizada para a realidade atual da Fundação e também pode ser alterada para o caso, já previsto, de inclusão de uma unidade ainda maior e mais complexa em seu portfólio.

Figura 1. Hospital Grande (mais de 120 leitos):



Figura 2. Hospital Médio (entre 60 e 119 leitos):



Figura 3: Hospital Pequeno (até 59 leitos):



Além destes postos de chefia, todos os hospitais contam com servidores públicos concursados, empregados públicos celetistas ou contratados via Processo Seletivo Simplificado com vigência de no máximo seis meses.

Será mesmo que precisamos de tantos diretores? A unidade deve ter autonomia na gestão ou ser apenas um executor das normas, processos e procedimentos vindos de um nível central?

BARBOSA (Os médicos e a Saúde no Brasil, 1998, p. 59)

“A gestão, gerência ou mesmo a desgastada palavra administração, são termos que podem ser considerados sinônimos, ainda que conjunturalmente e dependendo da situação, algum deles destaque-se com significado mais

abrangente e de maior relevância. Atualmente o termo gestão tem mais aceitação, transparecendo uma incorporação da dimensão política e estratégica à operacional administração. A NOB 96, no entanto, diferencia gerência de gestão, sendo a primeira de caráter operacional e administrativo (tornando, portanto, gerência como sinônimo apenas de administração), quando aplicada sobre serviços (ambulatorios, hospitais, institutos, fundações) e reservando para o termo gestão a função de coordenação, articulação, negociação, planejamento, etc., relacionadas com sistemas de saúde (municipal, estadual e nacional).

A NOB 96 procura, assim, conferir significado às palavras gestão e gestor, como campo e ator, respectivamente, privilegiados de formulação e implementação de políticas. Segue afirmando que gestores são apenas os secretários municipais, estaduais e o Ministro. Foi uma opção que não encontra no entanto, respaldo na literatura e também na realidade de outros setores sociais e econômicos. As funções que a NOB propõe separar, entre nível operativo e aparentemente a esfera política, responsável por formulação e implementação de políticas, são cada vez mais tênues, exatamente pela imposição dos processos de descentralização, preconizados na mesma NOB e que, irremediavelmente, acarretam enriquecimento de práticas gerenciais mais operacionais e descentralizadas, fazendo destas, funções que atravessam diversas dimensões, da política, ao planejamento, à avaliação e naturalmente, à organização e coordenação do operacional. A separação destes conceitos na NOB representa uma incompreensão das suas próprias teses de fundo, do ponto de vista da prática de gestão mais contemporânea, descentralizada e enriquecida. No fundo, expressa uma espécie de obsessão municipalista, categorizando um secretário de uma cidade de 2.000 habitantes como gestor (formulador, negociador, estrategista, etc.) e o Diretor de um grande Hospital de Clínicas gerente (operacional, administrativo)

Devemos no entanto, concordar com a necessária distinção entre campos da gestão. Certamente, há práticas gerenciais que possuem como abrangência as políticas setoriais ou de governo e que envolvem a formulação, a análise de interesses, a negociação, a construção de cenários, de estratégias, as principais opções tecnológicas, etc. À luz das principais e contemporâneas abordagens de gestão, esse processo só é possível apresentar-se como eficaz, quando impregnado das racionalidades

instrumentais, de ação, sob pena de restringirem-se a tradicionais planos normativos de nível central. De outro lado, a partir da ênfase mais instrumental e operativa, impõe-se valorização de racionalidades políticas, sob pena da dita gerência de serviços restringir-se à opção conservadora de lidar com a rotina e com o normalizado. Essa dicotomia não configura práticas gerenciais que optam pela mudança, pela melhoria contínua.

Gestão e equidade

Equidade é certamente o conceito mais abrangente e que pode ser considerado síntese do conjunto das formulações que embasam o corpo doutrinário do SUS. Trata-se da formulação mais finalística proposta para o sistema. Para o seu alcance ou simplesmente para que seja uma característica marcante no sistema, as demais categorias e bases organizacionais constituem condição. Da lógica de financiamento, às modalidades de pagamento, incluindo os padrões de eficiência, eficácia e efetividade, todos devem estar ajustados, considerando a equidade. Nesse sentido, trata-se de uma categoria de referência e não apenas mais um atributo do sistema.

A equidade nesse sentido, é o grande desafio para a gestão, esta também assumida na abrangência da busca de satisfação das necessidades sociais. Considerada a partir destes referenciais, os desafios da gestão podem ser analisados a partir das suas dimensões mais relevantes e que também correspondem a funções de gestão do sistema.

Uma primeira dimensão, e que não deve ser assumida simplesmente como nível gerencial do sistema, corresponde à formulação e gestão de políticas de saúde. Nesse caso, é preciso assumir que trata-se de um processo, para além da mera afirmação de que a política está dada em nível do aparato legal da saúde, fundamentalmente Lei 8.080. As NOS, por exemplo, constituem expressões da continuada atualização política.

Acertadamente, como decorrência e ao mesmo tempo instrumento gestão, a IMOB 96 trata de especificar e inovar, seja na conformação e funções diferenciadas das instâncias componentes do sistema, como nas modalidades de repasses. As atuais formulações não apenas alteram as posições dos atores do sistema, atribuições dos níveis de governo, como lançam desafios gerenciais inexistentes até então. A NOB 96 ratifica, mas

especialmente permite operacionalizar princípios do SUS. Ao estabelecer uma dada configuração de gestão do SUS, cujos princípios básicos são descentralização e coordenação na forma de redes que interagem a partir de autonomias (visão sistêmica), espera-se estar propiciando elevação da equidade. No entanto, é certo também que por não tratar se de mero tratamento igualitário dos municípios e em última instância dos indivíduos, a descentralização por si, não gera equidade. Com tamanha desigualdade entre as realidades de cada município, a descentralização, mais facilmente, incrementa as iniquidades. Daí os inúmeros instrumentos com objetivos compensatórios das distorções, geradas pela descentralização. Por exemplo, até bem pouco tempo, antes da aplicação do PAB Piso Assistencial Básico, a descentralização privilegiava exclusivamente o financiamento da oferta. Com ofertas de serviços absolutamente desiguais entre municípios, certamente não se gera equidade, senão o contrário. Por si, o PAB configurasse como política e instrumento gerencial a favor da equidade. No entanto, ainda é limitado, já que a imensa maioria dos recursos continua sendo distribuídos para financiar a oferta e nesta, a concentração é grande, com tendências a maior concentração.

Em tese, a NOB propõe outro instrumento gerencial para compensar as desigualdades intermunicipais, a PPI ? Programação Pactuada Integrada. E propõe a chamada pactuação ascendente, a partir das programações municipais, definindo como responsabilidade de cada Estado à busca crescente de equidade. Como realmente implementá-la de modo a gerar equidade? Quais as referências programáticas de base epidemiológica e que só podem ser construídas a partir de regiões sanitárias integradas? Como pactuar equitativamente sem considerar a dimensão dos investimentos, da melhor racionalidade tecnológica para uma dada região e que deve ser formulada a partir do balanço de recursos vis a vis o balanço de necessidades?

Experiências de outros países podem ajudar a equacionar certos dilemas de nosso sistema de saúde. Os franceses, por exemplo, que possuem um modelo de saúde espetacularmente hospitalocêntrico, mas descentralizado e integrado, possuem uma vasta experiência quanto à construção de referências regionais para processos de programação (incluindo investimentos, naturalmente) locais e descentralizadas. Há um instrumento chamado de carta sanitário, organizado regionalmente, que disciplina e regula os programas assistenciais e de investimento

de cada hospital e sobre o qual agências regionais exercem acompanhamento, controle e avaliação, resguardada enorme autonomia administrativa.

A PPI pode ter objetivos semelhantes, mas onde estaria nossa carta sanitária regional, que não apenas seja referência básica para programação local, mas que se transforme em instrumento para regulação e equidade intermunicipal? É importante que se compreenda que gestão diz respeito a definição de objetivos, articulações, estratégias, etc., mas que exigem instrumentos. Nesse sentido, a NOB é um instrumento de caráter geral, disciplinando de forma bastante inovadora todo o sistema e suas relações internas. Para que a gestão do sistema não se restrinja aos pactos políticos da Comissão Inter gestores Tripartite e das Bipartites, é necessário o desenvolvimento de mais instrumentos. A PPI ainda não se encontra desenvolvida tecnologicamente e pode não passar de mais uma obra a serviço do formalismo.

Falamos anteriormente de uma certa obsessão municipalista da NOB, enquanto na realidade, os próprios municípios por vezes, preferem unidades regionais de gestão. É o caso de várias experiências de consórcios, que são tratados apenas normalmente na legislação do SUS. A NOB está omissa quanto ao movimento extremamente inovador dos consórcios, ainda que suas formatações seriam diferenciadas entre si e todas passíveis de aprimoramento. Mas é fato tratar se de iniciativa não apenas nacionalizadora para investimentos e produção de serviços em escala. Por que a NOB não pode habilitar diretamente consórcios, desde que haja manifestação política dos municípios que o compõem e sem prejuízo da habilitação municipal? Uma habilitação a este nível, portanto mais regional e que considere programação única, assistencial, de recursos e de investimentos, baseada em critérios referenciais tanto epidemiológicos, quanta tecnológicos, aliando-se mecanismos de repasses com critérios de captação, de oferta e de investimento, não tornaria o sistema mais equânime? Por que uma associação de municípios, articulados na forma de consórcios não pode demandar uma habilitação plena do sistema, uma vez já estabelecida para todos a habilitação plena da atenção básica?

Tomando um exemplo da pouca importância conferida aos consórcios, lembramos que o Reforsus 14 não apreciou projetos que não fossem exclusivamente apresentados por estados e municípios, salientando ainda que trata-se do principal projeto da década de caráter nacional de

investimento em saúde. Este fato alerta para pelo menos duas dimensões a serem revistas na organização e gesto do sistema: a primeira, a necessária consideração de instâncias regionais, de 14 Reforsus: programa de investimentos em saúde, gerenciado pelo Ministério da Saúde, com recursos pelo Banco do Brasil, a partir de financiamentos externos (Banco Mundial) caráter intermunicipal, enquanto instância de gestão do setor; a outra, a integração das linhas de investimentos aos processos de programação previstos nas NOB.

Essa discussão nos parece relevante, pois uma histórica questão ainda não adequadamente resolvida na configuração do SUS e da sua gestão, é a ausência ou ao, menos limitação, tanto de instâncias, quanto de instrumentos regionais de gestão. Apesar do notório condicionamento constitucional quanto às instâncias de poder (União, estados e municípios), estas não parecem ser suficientes para o equilíbrio e maior equidade loco-regional e de todo o sistema. A lógica atual, apesar de considerar as possibilidades de CIB regionais no interior dos estados, está fortemente centrada em pactos políticos centrados na distribuição dos recursos, com grande limitação quanto à dimensão técnica dos processos decisórios nestes níveis.”

Isto deve-se muito a total incapacidade desta Fundação com pouco mais de dois anos de existência e das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e também do Ministério da Saúde de estabelecer processos formais para estas unidades seguirem assim como faz uma grande rede de hospitais particulares onde cada uma das unidades segue normas e procedimentos pré-definidos em um nível central.

BARBOSA (Os médicos e a Saúde no Brasil, 1998, p. 62)

“O processo regulatório pode ser entendido como um conjunto de instrumentos e mecanismos indutores de práticas e delineamento de produtos e alcance de resultados, ajustados e condizentes com políticas, diretrizes e objetivos pré-definidos. A regulação praticada essencialmente a partir de posições de coordenação, mas não só, atua em todas as fases de determinado processo produtivo, tanto na esfera econômica, quanto social. Os mecanismos de regulação não podem estar desajustados da adequada fixação de objetivos. Objetivos mais claros, mensuráveis, mais afinados serão os instrumentos de regulação. Na saúde, a relativa incipiência das práticas regulatórias tem muito a ver com a precariedade da definição de

objetivos. Será mais difícil regular a performance de um serviço ou sistema, por exemplo um hospital, quanto menos clareza e transparência de objetivos e metas houver para o mesmo hospital. São faces da mesma moeda.

Hoje, no sistema de saúde brasileiro, há grandes possibilidades para regular a oferta de internações financiadas pelo SUS, pois tem-se claro o objetivo, em hora não venha ao caso, no momento, a maneira como este foi fixado. Se o objetivo é ofertar x milhões de internações, a definição do mecanismo regulatório deve ser clara: pagar-se-á x milhões de internações através de um instrumento específico AIH, limitadas ao teto financeiro estabelecido. A regulação aparentemente é precisa.

Ocorre que a regulação no seu todo envolve tantas complexidades, quanto os objetivos assistenciais e econômicos do sistema. Os objetivos correspondentes estão definidos? Em caso negativo, o que há para regular.

A gestão visando a equidade demanda ainda potentes mecanismos de acompanhamento e avaliação, entendida esta como mais uma dimensão do processo de

regulação. Neste campo, podemos distinguir a regulação com ênfase nos processos, da regulação sobre resultados. A prática histórica dos estamentos burocráticos privilegia o controle de processos e que só é possível pela extensão e acúmulos de mais processos, uma espécie de razão de ser da burocracia. A equidade no entanto, só pode ser atestada com resultados. E nossos mecanismos gerenciais neste campo são extremamente limitados. A NOB não é exceção e dedica a este ponto apenas uma orientação para o aperfeiçoamento e a disseminação de instrumentos e técnicas de avaliação de resultados. Esse desafio realmente não é simples, uma vez que não se trata meramente de dimensões técnicas a serem exploradas. As melhores considerações gerenciais sobre o campo da avaliação de resultados levam em conta, necessariamente, aspectos de natureza cultural e sobretudo, vinculados a valores e princípios sociais e de Estado. Conceitos como accountability-15 são referências importantes, por tratar do grau de responsabilização de governos, em nível de Estado ou de instituições/organizações, por suas ações, pelos resultados que alcançam e pela prestação de contas que realizam junto a seus clientes. Esse conceito, portanto, é articulado aos padrões de ética, de cidadania, de consciência social. Está claro que sua viabilização necessariamente interage com

dimensões técnicas, por exemplo, quanto ao tipo de indicador gerencial a ser utilizado para aferir performances intra e extras organizacionais e sobre como difundi-lo e prestar contas sobre ele à sociedade e aos níveis de coordenação do sistema.

Por exemplo, as proposições bastante elaboradas quanto a controle social de serviços e do sistema podem e devem ser melhor enriquecidas e aproveitadas para as práticas de regulação sobre resultados. A noção de contratualização (contato de gestão) de compromissos/responsabilização é um ingrediente interessante, presente nas formulações da reforma administrativa com grande potencial, desde que não se restrinja a uma peça burocrática ou mesmo para definir contrapartidas de recursos.

É preciso no entanto, desestigmatizar o contrato de gestão enquanto peça negocial ou de simples compra de serviços / repasses de recursos. Hoje, derivado das formulações da reforma administrativa e nesta, das organizações sociais, o contrato de gestão foi ou está sendo apropriado enquanto instrumento a serviço do modelo de reforma do governo. No modelo francês, que pratica diversas formas de contratualização há mais de 20 anos no interior da administração pública, inclusive entre níveis de governo, o contrato de gestão é talvez o principal instrumento gerencial para a regulação, acoplando-se ainda as instâncias de controle e diversos processos adicionais de incentivo, acompanhamento e controle de qualidade.

15 Accountability exercício da petição / prestação de contas pelos gestores, não necessariamente apenas de natureza contábil/financeira, mas também referente a objetivos, compromissos, qualidade, impacto das ações, etc..

Como a lógica de avaliação centrada em processos e produtos é outra limitação do SUS, torna se difícil a aferição não apenas do ganho em equidade, mas de dimensões mais simples, como eficiência e eficácia, correndo-se o risco de que tais objetos não passem de figuras de retórica. Senão vejamos: como é possível atestar eficiência e produtividade com custos competitivos? Como falar de impacto, eficácia dos sistemas e dos serviços sem indicadores básicos e vinculados aos compromissos de cada sistema e serviço? Não resta dúvida de que é possível identificar, por exemplo, nos bancos de dados do SUS, por municípios e mesmo por serviços, diversas informações especialmente relacionadas à produção. Mas, questiona-se: quais têm sido suas utilizações para fixação de

compromissos futuros entre tais municípios ou serviços e os níveis de coordenação/ regulação? Assim, estaríamos falando de metas, no mínimo de produção, mas possivelmente, também de resultados. E não apenas de tetos!

A lógica de avaliação centrada nos resultados permite ainda a superação das uniformizações organizacionais, regras, normas, extensivas a diversos tipos organizacionais e que apenas servem para uniformizar padrões de controles sobre processos. Enquanto isso, a flexibilização gerencial, nos processos, é uma imposição, de modo a agilizar processos decisórios, aumentar autonomias, responsabilidades frente a resultados . Flexibilizar não é no entanto, desregulamentar de modo amplo, porque desse modo, eliminaram-se as possibilidades regulatórias sobre estruturas e processos, também importantes.

Portanto, o sistema de acompanhamento e avaliação pode efetivamente operar a serviço de práticas de regulação. E acompanhar, com base em contratos de gestão entre níveis de governo, usando as mesmas atuais instâncias, CIT (contratos com as CIB) e CIB (contratos com os municípios e mesmo consórcios), será mais um enriquecimento gerencial na perspectiva da eficiência, eficácia, equidade e sustentabilidade. Tem-se o desafio de formular e selecionar os indicadores e metas a expressar os compromissos assumidos nos contratos.

Finalmente, é vital compreender, que a contratualização e a gestão por indicadores, possuem enormes reflexos no interior das organizações de saúde. O processo de pactuação de compromissos organizacionais corresponde a uma das regras básicas de adequados modelos gerenciais, a regra de responsabilidade 16, que consiste na fixação de compromissos intra (entre serviços e seus profissionais com a direção do serviço) e extra organizacionais, com os clientes e mesmo fornecedores. A gestão pela qualidade há muito advoga a noção e a prática de compromisso, de organizações como cadeias de compromissos internos e destas com seus clientes.

Limites do mercado para a adequada regulação em saúde

No início do texto falamos do processo de desregulamentação do Estado em favor de mecanismos mercado. E possível sua plena aplicação no setor saúde?

Tomando as teses radicalmente neoliberais, veremos uma radical defesa do mercado como instância de regulação para as trocas econômicas, independente de tratar-se de setores sociais. A demanda por serviços seria o principal instrumento para disciplinar a oferta e portanto, as prioridades, áreas de investimento, etc. Sem ampliar esse debate para todo e qualquer setor econômico ou social, compreendemos que em saúde especificamente, tal mecanismo, mesmo na sua dimensão econômica mais para, mesmo se fosse possível torna-lo absoluto, seria inconsistente. O mercado de trocas em saúde, o consumo organizado de forma ideal, gerando resultados para ambas as partes, ofertantes e demandantes, exige condições que não parecem razoáveis de serem alcançadas. Senão vejamos. A começar pelas informações de caráter técnico sobre os produtos e sobre as necessidades. Será possível autonomia de escolha para o consumidor, como condição de livre mercado? Será que esta autonomia pode se resumir a simples escolha do prestador, seja pessoa física ou jurídica? Em algum outro setor de mercado a escolha está centrada apenas no prestador? Ou a dimensão mais nobre da autonomia e portanto, da livre escolha, não está expressa no produto e, sim, cada vez mais no resultado?

Em saúde esta autonomia tem estado do lado do ofertante, do prestador de serviços. A escolha não é do demandante, fundamentalmente por ausência ou limitação de informações. Há economistas que chamam a isso de "mercado imperfeito" (como se houvesse mercados perfeitos!).

Ora, o mercado é composto por consumidores. Estes, com suas escolhas racionais e adequadas, gerariam equilíbrio e adequado desenvolvimento da oferta. A regulação estaria nas mãos do mercado. Alguns países tentaram modelos não tão radicais, como o modelo americano, onde as escolhas são feitas por representantes dos consumidores, as empresas seguradoras e administradoras de planos. Na última década estão realizando grandes investimentos em mecanismos regulatórios mais potentes.

Então, o que considerar como possíveis ingredientes do mercado como mecanismos regulatórios em saúde?

Há elementos no mercado que devam e podem ser valorizados inclusive absorvidos para o interior da administração pública, sem necessariamente privatizar o público. O principal ingrediente de desenvolvimento de a oferta partir do mercado são os fatores de competitividade, aqueles que atraem

demanda e propiciam melhores resultados organizacionais. Isto significa incorporar de forma administrada o incentivo a fatores de competitividade a serem incorporados pelos sistemas e serviços de saúde ao mesmo tempo em que se transfira ao menos parte do financiamento para a demanda, para que esta também regule a partir de suas escolhas. Mas, note-se bem, escolhas 'protegidas' por terceiros, que não os prestadores isoladamente.

Tal redirecionamento para a competitividade já está em prática no Brasil, seja em modelos tipo PAB ou mais radicais como o PAS de São Paulo. Ocorre que quando não combinados com outros instrumentos, regulatórios também sobre a oferta, suas estruturas, processos e resultados e realizados a partir do Estado, os mecanismos de financiamento a partir da demanda apesar de elevar competitividade e portanto desempenhos, não satisfazem necessariamente padrões de qualidade, exatamente pelos limites nas escolhas dos clientes. O PAS possui história suficiente para esta comprovação.

A função de regulação a partir do Estado não pode, portanto, ser dispensada, ao contrário, necessita ser reforçada quando alguma dose de regulação pelo mercado é acionada ou incrementada.

No Brasil, esse debate está mais fortemente presente na atenção supletivo, onde a regulação estatal é praticamente nula e que, por isso mesmo, gera enormes distorções no mercado, com ônus substanciais, especialmente para os demandantes. Em tal subsetor os principais agentes reguladores são os administradores dos planos e seguros. Mas estes agentes regulam a partir de quais interesses?

A lei recentemente aprovada no Congresso Nacional é um bom exemplo da necessidade de regulação estatal e como se viu nos debates, interessa menos a tais compradores de serviços. Já aos médicos, para uma discreta provocação, interessa a regulação estatal apenas para que se universalize a livre-escolha e o credenciamento universal. No caso, em torno de aparente defesa da autonomia de escolha da demanda, o que se ganha e fortalece é exatamente a autonomia profissional. E esta quem regula? Somente os órgãos classistas e científicos corporativos?

O tema da regulação é com certeza um campo onde bastante debate técnico merece ser desenvolvido, de modo a inovar se na gestão do sistema, Talvez neste tema esteja um divisor de águas quanto aos

verdadeiros objetivos da atenção à saúde: questão de cidadania ou área de consumo de bens e serviços, para uma nação de cidadãos ou de consumidores?”



4. FORMAS DE SELEÇÃO / CONTRATAÇÃO

Até a criação desta Fundação cuja Lei (17.959) foi aprovada em março 2014 e o primeiro Contrato de Gestão para gestão das três primeiras unidades assinado em 23 de agosto de 2016, os profissionais ocupantes dos cargos diretivos dos Hospitais Públicos ligados a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná eram remunerados através de cargos comissionados ou no máximo acumulavam esses cargos à sua remuneração como estatutários.

Com a intenção de atrair mão de obra especializada a Fundação aprovou junto ao seu Conselho Curador um plano de remuneração mais atrativo não só para os cargos de direção como para as chefias de setor. Estes profissionais passariam a ser contratados segundo as normas da CLT.

Com raríssimas exceções o tempo nos mostrou que os novos salários só serviram para aumentar os rendimentos dos que já estavam ocupando as posições e a motivação para a criação daqueles cargos com remuneração mais atrativa foi esquecida rapidamente gerando apenas um desembolso maior para os cofres públicos com as mesmas pessoas que já não vinham dando resultado.

Em partes esta situação justifica-se pela dificuldade em buscar profissionais no mercado. A facilidade que uma empresa privada tem de contratar uma agência ou um headhunter não se aplica ao Estado e nem a uma Fundação Pública mesmo que de direito privado. Licitar um serviço deste é inviável pelo tempo que demora. Devido a isto acabam optando por aqueles profissionais que já estão lá ou no máximo a uma ou outra indicação técnica que raramente surge.



5. REMUNERAÇÃO

Neste quesito vive-se um grande dilema já que não podemos afirmar que servidores públicos ganham mal. Pelo contrário, recebem altos salários se comparados ao da iniciativa privada. Porém, estes profissionais com altos salários são os mais antigos e raramente possuem condições técnicas de gerir um hospital. Possuem boas remunerações única e exclusivamente pelo tempo de serviço.

São para estas situações que o Estado possui os cargos de livre nomeação e exoneração, cargos estes pouco atrativos para profissionais do mercado, pois além de baixos, com valor máximo que não ultrapassa R\$ 10.000,00 (dez mil reais) não possui nenhum dos benefícios da CLT.

Para isto foi criada a Fundação em 2014, porém esta não conseguiu se desvencilhar dos vícios da Gestão pública e mesmo tendo todas as possibilidades de oxigenar sua força de trabalho com profissionais do mercado continua a ocupar seus cargos com as mesmas pessoas que há anos vem atuando nestas unidades.

Somente neste universo de sete hospitais foram criados 26 cargos de diretoria ao custo de mais ou menos R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) mensais para empregar praticamente as mesmas pessoas que já ocupavam cargos que não deixaram de existir, apenas foram ocupados por outras pessoas. Isto sem falar nos cerca de 60 cargos de chefia a um custo semelhante também de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) mensais que da mesma maneira são ocupados pelas mesmas pessoas.



6. CONTINUIDADE

Este é um dos pontos mais impactantes.

O Gestor de uma unidade pública hospitalar teria liberdade para gerir a unidade de sua responsabilidade da melhor maneira possível na visão dele?

Levando em conta que não existe uma padronização pré-determinada?

Que contratou-se um profissional do mercado com experiência em gestão hospitalar?

Este profissional pode montar a sua equipe?

Este gestor poderá gerir a sua unidade respeitando a legislação vigente sem intervenção externa (política)?

Infelizmente a resposta é não e se ele tentar fazer diferente mesmo que com resultados excelentes ele será retirado de sua função e outro será colocado em seu lugar.



7. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS / MÉRITO

Levando em consideração que neste estudo a principal fonte de informações é a experiência como Diretor Financeiro de uma Fundação Pública que faz a gestão de sete hospitais da rede pública estadual do Paraná e que neste período que foi de abril de 2016 a maio de 2018 nunca faltou recursos a esta Fundação, que conseguimos aprovar sem grandes dificuldades remuneração diferenciada para os gestores destas unidades e que também tínhamos liberdade para a escolha e contratação destes profissionais, afirmo sem medo de errar que mérito não é um termo reconhecido internamente e que avaliação de resultados não é feita e nem teria como ser pela total falta de controles de resultados. Dentro da Secretaria de Estado da Saúde ou mesmo da Fundação não se tem ideia do custo de um Hospital da rede.



8. CONCLUSÃO

Neste trabalho de conclusão de curso, ao longo de seis capítulos expusemos um pouco da visão com relação à profissionalização na gestão de hospitais públicos, desde a exposição do problema apresentada na Introdução, mostrando a visão técnica do que é Gestão no capítulo 2 e a partir do capítulo 3 até o capítulo 6 mostrando a realidade de uma Fundação que apesar do seus problemas já é benchmarking para outros estados e municípios do Brasil

Acreditamos que o modelo fundacional possa ser um caminho para esta profissionalização por conseguir desvencilhar-se um pouco das amarras do serviço público, porém por este modelo ser totalmente dependente da Secretaria de Estado da Saúde, ele acaba ficando refém da boa vontade de seus gestores ou da forte atuação e fiscalização de entidades sociais, Ministério Público e Tribunal de Contas do Estado, caso contrário não será, como não é hoje, nada mais do que um braço “privado” de um órgão público.

Concluimos que a profissionalização na gestão de hospitais públicos só será realmente possível através das OSS (Organizações Sociais de Saúde) que nada mais são do que Fundações sem a intervenção do estado.

O problema é muito maior do que a simples profissionalização na gestão de hospitais públicos, o problema é a profissionalização na gestão no Brasil.

8. REFERÊNCIAS

BARBOSA – Pedro Ribeiro – *A Gestão da Saúde no Brasil. Novas Responsabilidades e Novas Práticas* – 1998 - http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/medicos_saude_brasil/cap2.htm - acesso em: 08 jul 2018.

AZEVEDO – Creuza da Silva – *Gestão Hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro* – 1995 - <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8182/6987> - acesso em: 9 jul 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. *Plano Estadual de Saúde Paraná 2016 – 2019*. Curitiba: 2016.