

GESTÃO PÚBLICA POR RESULTADOS: CONTRATO DE GESTÃO COMO INDUTOR DE MELHORIAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Almerinda Luedy*
Vera Lúcia Peixoto S. Mendes**
Hugo Ribeiro Júnior***

Resumo

Este trabalho analisa em que medida o contrato de gestão vem alcançando resultados na melhoria do desempenho de um Hospital Universitário (HU). Parte-se do pressuposto de que o sucesso da contratualização depende de mudanças na estrutura organizacional, no processo de produção e nas relações entre os agentes, para reduzir o caráter fragmentário das Políticas Públicas. Foi revisado o debate sobre os ciclos de mudanças gerenciais, à luz da abordagem do Novo Gerencialismo da "Teoria da Fragmentação" das políticas públicas, e realizado estudo de caso de natureza qualitativa, exploratória e analítica, em um HU que possui contrato de gestão. Utilizam-se a análise documental e entrevistas semiestruturadas, sendo os dados interpretados mediante análise categorial de conteúdo. As estratégias e mudanças organizacionais decorrentes da contratualização produziram resultados referentes ao modelo de gestão, como o aumento do desempenho hospitalar, define critérios de controle e avaliação, e mudança na estrutura organizacional, possibilitando uma gestão mais descentralizada e participativa. Conclui-se que as mudanças decorrentes do contrato de gestão impactaram positivamente nos indicadores de desempenho, elevando a eficiência e efetividade e mostrando que é possível integrar as Políticas de Saúde e Educação, evitando-se a fragmentação das Políticas Públicas.

Palavras-chave: Políticas públicas. Contratos de gestão. Indicadores hospitalares.

Managing for Results: management contract as inducer of improvements in an University Hospital

Abstract

This paper examines the extent to which management contracts have achieved results in improving the performance of a University Hospital. This is based on the assumption that success in contracting depends on changes in the organizational structure, in the production process and relations between agents to reduce the fragmentary character of Public Policy. The debate about cycles of management change was reviewed in the light of the New Managerialism approach "Theory of Fragmentation" of Public Policy. Document analysis and semi-structured interviews were used, and the data was interpreted by analyzing categorical content. The strategies and organizational changes resulting from contracting yielded results for the management model, increased hospital performance, defined control criteria and evaluation, changed the organizational structure, enabling a more decentralized and participatory management. We conclude that the changes resulting from management contracts positively impacted performance indicators, increasing efficiency and effectiveness and that it is possible to integrate Health Policy and Education, avoiding the fragmentation of Public Policies.

Keywords: Public Policies. Management Contracts. Indicators Hospitals.

* *Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde da Universidade Federal da Bahia – PPGMS/UFBA. Vice Diretora do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da UFBA, Salvador/BA/Brasil. Endereço: Rua Ceará, 526/102 A, Pituba. Salvador/BA. CEP: 41830-450. E-mail: almerindaluedy@gmail.com*

** *Doutora em Administração pelo Núcleo de Pós-Graduação em Administração – NPGA/UFBA. Profa. da Escola de Administração da UFBA, Salvador/BA/Brasil. E-mail: vmendes@ufba.br*

*** *Doutor em Medicina Interna pela Escola de Medicina da UFBA. Diretor Geral do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da UFBA, Salvador/BA/Brasil. E-mail: hugocrjr@gmail.com*

Introdução

O governo brasileiro tem procurado alternativas para tornar a administração pública mais eficiente e efetiva, mediante a adoção de ferramentas condizentes com a realização de uma gestão pública por resultados¹, investindo no aprimoramento de instrumentos de gestão considerados inovadores, como, por exemplo, os contratos de gestão, antes mais utilizados na administração pública indireta, pelas empresas públicas e sociedades de economia mista.

No setor saúde, é possível identificar, no caso brasileiro, que não existe ainda uma tendência consolidada de financiamento e gestão dos sistemas de saúde que permita demonstrar a superioridade de modelos baseados, exclusivamente, nas regras de mercado ou, ao contrário, na intervenção estatal plena. No plano geral, o núcleo das reformas está ligado a modificações, em níveis macro e micro, das formas de financiamento dos sistemas e das suas formas de organização, gestão e regulação (SILVA, 2003).

Na esfera federal, a aplicação da contratualização é relativamente recente. Na área da saúde, há registros de seu uso pelo Ministério da Saúde e pela Associação das Pioneiras Sociais. Atualmente, a contratualização é um Programa do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo qual gestores das esferas federal, estadual ou municipal do SUS e o representante legal do hospital estabelecem metas quantitativas e qualitativas para liberação de recursos financeiros, que visem ao aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, não excluindo metas de ensino e pesquisa (CONASS, 2005).

Os Hospitais de Ensino (HEs²) são de grande relevância social e foram criados para apoiar a formação de profissionais de saúde de nível universitário e desenvolver funções de ensino e pesquisa. A partir dos anos 1990, todos os serviços prestados pelos HEs passaram a ser remunerados pelo (SUS). Em 2004, os HEs representavam 2% da rede hospitalar e 10,9% dos leitos do SUS no país. Apesar disso, esses hospitais produziram mais de 12% das internações, com um valor médio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de R\$ 800; efetuaram 11,62% da produção ambulatorial; eram responsáveis por 25,6% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da rede pública; e 7,6% realizaram 386 mil procedimentos de alta complexidade. Só em 2002, o MS repassou aos HEs mais de R\$ 2,5 bilhões (BRASIL, 2003 *apud* CHIORO; CECÍLIO, 2009). Apesar da alta relevância social dessas organizações, isto não as impediu de passar por recorrentes períodos de crise de funcionamento, sendo o problema financeiro o mais evidente. Segundo esses autores, o ápice das crises deu-se em 2003, com o endividamento dos HEs e as expectativas geradas pela eleição de ex presidente Lula, desencadeando-se pressão sobre o MS e o MEC no Congresso Nacional, principalmente pela Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), por meio da ação da Frente Parlamentar da Saúde. Como resposta, na esfera legislativa, foram realizadas audiências públicas convocadas pela Câmara dos Deputados para discutir a crise dos HEs, e, no âmbito do Poder Executivo, foi criada a Comissão Interinstitucional para estudar os determinantes das crises e propor soluções para os HEs, tendo esta concluído que a crise apresentava seis dimensões: política, gerencial, assistencial, financeira, acadêmica e social. Dados os múltiplos

¹ *Gestão por Resultados é um conjunto de iniciativas que busca integrar uma agenda estratégica baseada em foco, seletividade, coerência e legitimidade; o alinhamento das estruturas implementadoras (intra e extragovernamentais): coerência estratégica, processos, pessoas, orçamento, Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e o monitoramento e avaliação para gerar informações sobre o desempenho de programas, projetos, organizações e pessoas e incorporá-las aos processos decisórios. Trata-se de um tema transversal que requer alinhamento e integração de vários domínios de política de gestão. Martins (2003, p. 15), quando trata da Teoria da Fragmentação, inclui a gestão por resultados como um dos elementos da gestão estratégica capaz de gerar convergência e coerência sobre o desempenho de ações e políticas.*

² *A Portaria Interministerial nº 1000 de 15 de abril de 2004 (BRASIL, 2004) unifica Hospitais Universitários - HUs (vinculados e geridos por universidades), Hospitais Escola - HEs (vinculados e geridos por escolas médicas isoladas) e hospitais auxiliares de ensino (hospitais gerais que desenvolvem atividades de treinamento em serviço, curso de graduação ou pós-graduação através de convênio com instituição do ensino superior) sob a mesma denominação: hospitais de ensino.*

determinantes da crise, focou-se a discussão em alternativas jurídicas que atendessem às premissas de qualificação assistencial e gerencial. Assim, em 15 de abril de 2004, foi publicada a Portaria interministerial MS/MEC nº. 1.006/2004, que criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (SUS), versando sobre a certificação destes, na qual todo o processo de contratualização se baseia no estabelecimento de metas físicas e de qualidade, com ênfase na gestão dos recursos financeiros transferidos e no estabelecimento do termo de referência para contratualização dos hospitais de ensino pelos gestores estaduais e municipais.

A contratualização de resultados é uma das características do Estado Regulador³ que, no cenário do gerencialismo, vem substituindo o Estado Intervencionista ou Positivo⁴, pelo uso de arranjos contratuais ou quase contratuais, nos quais entidades de diversas razões sociais, inclusive privadas, vêm sendo submetidas a novas formas de controle e responsabilização. Cabe ao Estado Regulador corrigir falhas no mercado, formular regras, revendo-as; possuir comissões parlamentares, agências e comissões independentes; adotar um estilo de política legalista, mais do que o uso do poder discricionário, no qual o administrador público tem pouca margem para interpretações; e adotar uma cultura política pluralista e a responsabilização política indireta, como características do modelo de governança (MAJONE, 1999).

No Brasil, a "contratualização de resultados" foi introduzida na administração pública como um dos instrumentos da reforma do Estado proposta, em 1995, pelo extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), e que, em 1999 teve suas atribuições passadas para o Ministério do Orçamento Planejamento e Gestão. Aqui, assim como em outros países, tratava-se de promover mudanças na estrutura do aparelho do Estado - com novos formatos organizacionais denominados "agências executivas" e "organizações sociais" -, favorecendo a responsabilização por resultados e um novo tipo de relação entre ministérios e entidades vinculadas (ABRÚCIO; PÓ, 2002).

No setor saúde, os objetivos da contratualização são: redefinir os modelos de assistência e gestão organizacional, visando a reconstruir o relacionamento entre as três esferas federadas (União, Estados, Municípios/Distrito Federal); rever os mecanismos de financiamento; propiciar maior transparência na relação com o gestor local do SUS; obter melhor inserção do hospital na rede de serviços de saúde; ampliar mecanismos de participação e controle social e obter maior comprometimento dos profissionais com a organização.

Na redefinição do modelo de gestão organizacional, a contratualização vem assumindo importante dimensão e tem amparo legal na Constituição Federal de 1988, em seu art. 37, parágrafo 8º, e art. 87, e na Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, que facilita a programação orçamentária e financeira e os processos de avaliação, controle, regulação dos serviços ofertados, além de possibilitar maior investimento na gestão hospitalar e propiciar a adequação dos serviços conforme a demanda e as necessidades do gestor local de saúde (BRASIL, 1989). Baseia-se, também, na Emenda Constitucional nº. 19, de 1998, que afirma:

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I – o prazo de duração do contrato; II – os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III – a remuneração do pessoal (BRASIL, 1998).

A contratualização entre órgãos da administração pública direta, indireta e de diferentes esferas de governo tem sido utilizada para vincular o desempenho institucional (por meio da negociação de metas de desempenho, acompanhamento e ava-

³ Caracteriza-se pela privatização, liberalização e desregulação.

⁴ Corresponde a um modelo de Estado cujas políticas públicas seriam fortemente voltadas para intervenção no setor econômico em contraposição aos valores do Estado Liberal clássico que defendia o ponto de vista de que o mercado e, conseqüentemente, a economia se "autorregulam".

liação dos resultados obtidos) à concessão de autonomia e flexibilidade de gestão. A contratualização envolve habilidades como a negociação, competências gerenciais, a exemplo do planejamento estratégico, sistemas de informações gerenciais e comunicação interna, identificação de obstáculos sistêmicos à melhoria interna do desempenho organizacional e adoção de relações hierárquicas mais horizontalizadas, buscando equacionar a autonomia da gestão, o controle social mediante a participação e o controle de resultados (PACHECO, 2004). A literatura tem apontado a negociação e o controle social⁵ mediante participação como dificuldades enfrentadas na contratualização (RAMOS, 1999).

Assim, pergunta-se, como um diretor de HU federal pode contratualizar metas com os gestores do SUS quando os vínculos empregatícios dos docentes que executam as atividades no hospital não estão administrativamente subordinados à direção do HU, mas à Faculdade de Medicina? Como gerenciar uma organização hospitalar universitária quando parte dos profissionais responsáveis pelas atividades fim apresenta vínculos empregatícios flexíveis (terceirizados), e como manter a missão do HU e o envolvimento dos docentes e demais profissionais com as mudanças decorrentes da contratualização? Estas são questões analisadas neste trabalho, a partir da revisão de literatura sobre administração pública gerencial em, um cenário de mudanças, e da apresentação de resultados do estudo empírico, realizado em um HU.

Atualizando o Debate sobre a Reforma Administrativa do Estado sob a Êgide do Novo Gerencialismo, da Teoria da Fragmentação na Gestão de Políticas Públicas e Contratos de Gestão

A natureza das questões aqui tratadas demanda que seja atualizado o debate sobre a reforma do Estado em um cenário de constantes mudanças, à luz da "Teoria da Fragmentação" de políticas públicas (MARTINS, 2003) e a importância dos contratos de gestão para a administração pública por resultados.

Para Capella (2009), existem dois tipos de mudanças: a transformacional, institucional ou, ainda, macromudança, e a incremental, organizacional ou micromudança. A primeira caracteriza-se pela ruptura de padrões, atingindo e redirecionando a organização como um todo, em função de grandes alterações em seu ambiente. A segunda ocorre quando se dão ajustes internos contínuos voltados para a eficiência e a utilização de recursos em um ambiente mais estável. Estes dois tipos de mudanças podem ser complementares ou ocorrerem simultaneamente. Para a autora (CAPELLA, 2009, p.42), "onda global de reformas do Estado e da administração pública", pauta-se na macromudança.

A literatura sobre a reforma nos países europeus, sob a égide do Novo Gerencialismo, a classifica em três fases: a do primeiro período, ocorrida na década de 80, focada na eficiência, caracterizada por: controle de custos, para superar deficiências do modelo burocrático; práticas orçamentárias mais detalhadas; e o fortalecimento do controle gerencial. A do segundo período, ocorrida no final dos anos 90, é caracterizada por: ênfase na qualidade; intensificação da descentralização para satisfazer às necessidades dos indivíduos; pelas várias maneiras de introdução de mecanismos de mercado, tais como privatização, contratos e cobrança de serviços; e introdução de outros mecanismos como a parceria entre o setor público e privado, *joint-ventures*, etc. O objetivo era cada vez mais reduzir os limites entre público e privado, respeitando-se as diferenças entre os diversos tipos de serviços públicos. A reforma do terceiro período, realizada do fim dos anos 90 aos dias atuais, enfatiza a comunidade e se caracteriza por: foco sobre decisões estratégicas, como o envolvimento do público no gerenciamento e na escolha dos serviços; uso de técnicas de *marketing* nas organizações; estímulo ao trabalho com outras agências (públicas, privadas e voluntárias);

⁵ O controle social é na perspectiva de quem usa ou se beneficia dos serviços públicos (MARINI, 1999, p. 80).

e *accountability* externa, ou seja, prestação de contas para a comunidade, mais do que para a organização (CLARKE; NEWMAN, 1997).

No Brasil, de acordo com Marini (2005), a reforma de 1995 apresenta três características básicas: crise financeira; crise de identidade, traduzida pelo abandono de alguns papéis tradicionais e incorporação de outros; e crise do modo de administrar, explicada pelo esgotamento do modelo burocrático. Assim, também aqui, as reformas de primeira geração (anos 80 e 90) tinham uma orientação essencialmente econômica e fiscal, tendo como elemento central a crise do Estado (ABRÚCIO; PÓ, 2002). As principais iniciativas desse período foram: a revisão do marco legal, a proposição de nova arquitetura organizacional e a adoção de instrumentos gerenciais inovadores, a exemplo dos contratos de gestão. Para Bresser Pereira (2004, p. 13), “a Reforma da Gestão Pública de 1995/98 partiu do pressuposto de que o Estado Brasileiro já é democrático (...) e as formas de responsabilização democrática tornaram-se disponíveis para a sociedade”. Tal pressuposto pode ser questionado, dado que não se trata de uma sociedade econômica, política e culturalmente homogênea.

A marca distinta das reformas de segunda geração no início do século XXI é a promoção do desenvolvimento na perspectiva da governança social, buscando-se fortalecer o Estado, o mercado e o terceiro setor para a geração concertada de resultados (MARINI; MARTINS, 2006). Na reforma de 2003, recolocou-se a existência do déficit institucional, mas negando a crise do Estado, passando este a ser a solução. Foi apresentado o Plano de Gestão Pública como instrumento de consolidação do Estado e não da reforma (MARINI, 2005).

As reformas de segunda geração não dispensaram o equilíbrio fiscal, a ênfase no bem-estar de modo integrado à responsabilidade fiscal. A eficiência é enfocada na perspectiva de mudanças estruturais e não só na redução de despesas. As transformações são voltadas para a redução do déficit institucional; fortalecimento da governança; aumento da eficiência, transparência e participação. O Estado é tratado não como um reproduzidor de demandas, mas como o elo estratégico ou interlocutor qualificado que encoraja e complementa o mercado e a sociedade civil, desenvolvendo alianças na participação na gestão das políticas públicas. A nova política para a administração pública passa a ser definida mediante uma microestratégia de mudança embasada na transformação, a qual apresenta como principal característica o aumento da eficiência nos serviços públicos (CAPELLA, 2009).

Fragmentação *versus* integração de políticas públicas

Em relação ao caráter fragmentário das políticas públicas, de acordo com Martins (2003), Marini e Martins (2006), o problema reside no fato de que estas apresentam problemas de coerência, consistência e coordenação, em virtude da falta de integração:

A integração nas políticas tem uma dimensão horizontal, uma vertical e uma temporal. A integração horizontal busca assegurar que os objetivos individuais e as políticas desenvolvidas por várias entidades se reforcem mutuamente. A integração vertical busca assegurar que as práticas das agências, autoridades e órgãos autônomos, bem como o comportamento dos níveis subnacionais do governo se reforcem mutuamente com os compromissos políticos mais amplos. A integração temporal busca assegurar que as políticas continuem sendo efetivas ao longo do tempo e que as decisões de curto prazo não se oponham aos compromissos de longo prazo. (MARINI; MARTINS, 2006, p.6).

A solução para essa fragmentação está na existência de ações integradoras, o que, para Martins (2003) e Marini e Martins (2006), demanda alinhamento entre as três dimensões. Na perspectiva horizontal, a integração significa alinhar os objetivos dos profissionais aos da organização na implantação da agenda de governo. Assim, a melhoria da gestão é embasada na capacitação de pessoal, e a gestão de cargos e salários é alinhada com a eficiência organizacional. Na perspectiva vertical, a integração significa que o gasto global é voltado para a melhoria dos processos que são estratégicos para que os governos alcancem os resultados esperados. A gestão da eficiência é direcionada para ganhos estruturais de qualidade da gestão e para

o investimento nas pessoas a fim de aumentar os resultados individuais. Por fim, é preciso que as ações estruturadas nessas dimensões se comuniquem na convergência dos resultados da Política Pública.

No que se refere à contratualização como instrumento de pactuação de resultados entre partes interessadas, a integração carece do alinhamento das dimensões supracitadas para a melhoria do desempenho das organizações públicas, o que, no âmbito dos HU, se torna necessário conhecer as suas especificidades e como se inserem na reforma do Estado. Destacam-se entre as especificidades dos 45 HU, existentes no Brasil, dedicados à formação de profissionais de saúde a função de traduzir conhecimento científico em práticas capazes de incidir sobre a saúde das populações. Isso significa responder, resolutivamente, às demandas de saúde da população, além de realizar atividades de pesquisa básica, clínica e outros equipamentos sociais destinados à integração com os sistemas loco-regionais de saúde. Segundo Machado e Kuchenbecker (2007, p.873), HUs são definidos, pelas Portarias Interministeriais dos Ministérios da Educação e da Saúde de números 1.000, 1.005 e 1.006, como instituições que servem de “campo para a prática de atividades curriculares na área de saúde, sejam hospitais gerais ou especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou ainda, formalmente, conveniados com Instituição de Ensino Superior”. No Brasil são 45 HUs ligados as IEFS.

A reforma do Estado estabelece que os serviços de saúde estão na categoria de serviços não-exclusivos, assumindo, conforme a Constituição, a participação complementar da esfera privada (BRASIL, 1989). Neste sentido, o contrato de gestão torna-se um instrumento fundamental na introdução da administração por resultados, aumentando a eficiência e a eficácia e visando à efetividade.

Contrato de gestão como instrumento de gestão pública por resultados

No Brasil, segundo Franzese e Abrucio (2009, p.41), a “coincidência temporal entre o momento de implementação da diretriz de universalização de políticas sociais e o momento de crise fiscal do Estado e implementação de políticas de redução de sua atuação foi decisiva para a definição de uma estratégia de universalização” na qual a descentralização é a via para fortalecimento do poder local. É neste contexto que se viabiliza o desenvolvimento do contrato de gestão para disciplinar as relações interadministrativas (administração direta e indireta) e intra-administrativas (órgãos de uma mesma pessoa jurídica de direito público interno).

O contrato de gestão é caracterizado como de base constitucional, pois resultou de uma Emenda Constitucional, a de nº 19/98, e é definido como um instrumento por meio do qual se aumentaram as autonomias gerencial, orçamentária e financeira com metas de desempenho e resultados programados para dar efetividade a planos, programas e Políticas Públicas, no alcance do princípio da eficiência na administração pública (OLIVEIRA, 2008).

Assim, o contrato de gestão⁶ é um instrumento necessário à gestão pública por resultados. De acordo com Gomes (2003, p. 156), gestão por resultados “confere grande flexibilidade ou autonomia sobre os recursos e os processos aos agentes executores”. Contudo, o contrato de gestão apresenta potencialidades e riscos. Dentre as potencialidades estão: fortalecimento do controle interno e dos compromissos legais de prestação de contas dos órgãos e entidades da administração pública; e evidência das responsabilidades legais e administrativas dos agentes e dos administradores públicos, favorecendo o controle interno da gestão pública. Além disso, é um documento de

⁶ Oliveira (2008) refere-se a contratos de gestão pois entende que, no caso brasileiro, o uso da terminologia unívoca é um complicador já que a locução contrato de gestão é utilizada para representar relações distintas entre si e que a intenção do legislador reformador foi criar, por meio deste instituto jurídico, uma nova forma de desempenhar as atividades administrativas na qual há o predomínio das funções de interação e negociação entre órgãos e entidades administrativas que expressam vontades declaradas, buscando atingir o fim comum, expressando a ideia de colaboração e cooperação e não a de contraposição, típica de um contrato.

referência para o exercício do controle externo da administração pública, pois torna dados, informações, atividades, competências e responsabilidades dos agentes públicos mais acessíveis e transparentes, facilitando o controle da ação administrativa pelos Poderes Legislativo e Judiciário, pelo Tribunal de Contas e pela sociedade em geral (controle social). Dentre os riscos estão: considerar o contrato de gestão um fim em si mesmo; e conferir maior autonomia aos dirigentes sem a correspondente exigência de contrapartida. Desta forma, o contrato de gestão necessita de um sistema de controle e da responsabilização dos dirigentes; sua implementação requer a prévia definição de indicadores de desempenho, que sirvam de referência para a mensuração dos resultados e do efeito desses resultados na melhoria da gestão pública como um todo. Deste modo, torna-se necessário o conhecimento das especificidades da área na qual se insere a Política Social, conforme afirma Chioro (2011, p. 418), quando trata da teoria da especificidade do contrato de gestão nos HUs: “carecemos de experiências bem-sucedidas de responsabilização e produção de cuidado numa linha em que esse encontro com o outro, a horizontalização das relações, seja enfrentada na dureza do cotidiano das instituições”.

Especificidades das Organizações Hospitalares e do HU

A eficiência perpassa tanto a reforma do Estado como a do setor saúde, seja a eficiência política, a organizacional ou a administrativa. Embora, para a abordagem do Novo Gerencialismo, a eficiência seja a pedra angular das reformas e faça parte do discurso dos gestores de serviços de saúde, pouco se tem avaliado sobre a tradução e o impacto deste conceito na organização e produção de uma organização hospitalar pública (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003).

As organizações hospitalares apresentam características peculiares, sendo consideradas uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da missão, mas, sobretudo, pela atuação de uma equipe transdisciplinar, prestando assistência à saúde, nos aspectos preventivos, curativos e reabilitadores, a pacientes ambulatoriais e internados, mediante o uso de tecnologias leves (trabalho vivo) e duras (equipamentos) (MERHY, 2007), assim como administrando processos paralelos de produção: o assistencial e o administrativo (BRAGA NETO, 1991).

Nas organizações hospitalares universitárias, a complexidade se intensifica na medida em que são relevantes, além das práticas administrativas e assistenciais, as de ensino, aprendizagem, pesquisa e difusão do conhecimento. No Brasil, os HU contribuem de forma substancial para a assistência à saúde da população, e para a formação profissional na área de saúde e afins, assim como consomem grande parte do PIB, cujo gasto total com saúde passou de 2,34 em 1980 para 3,19, em 1990 (MÉDICI, 1997).

Desse modo, Médici (2001) caracteriza o HU como um prolongamento de ensino em saúde, que provê treinamento universitário na área de saúde e, por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, é submetido à supervisão das autoridades competentes, além de propiciar atendimento de maior complexidade a uma parcela da população. Além disso, culturalmente, apresenta uma dependência hierárquica da Escola Médica e apego ao modelo burocrático autoritário de gestão. Muitos dos HU têm incorporado novas modalidades assistenciais não tradicionais - como atendimento domiciliar, hospital-dia, serviços de aconselhamento, mudanças na forma de integração entre os diferentes níveis de complexidade -, bem como outros serviços e configurações, assumindo, assim, a condição de complexos hospitalares (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007, p.874).

Em síntese, o HU é uma organização importante para assistência, gestão, ensino e pesquisa, sendo sua complexidade traduzida em: complexidade tecnológica, física, alto grau de especialização de recursos humanos e organizacionais, além de estarem submetidos às regras da autonomia universitária. Apesar disso, observa-se, em relação ao HU, uma fragmentação e completa dissociação entre levantamentos e

relatórios oriundos do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES) e o que é realizado pelos dois Ministérios, não raro duplicando trabalho ou não agregando informações relevantes, ou, ainda pior, gerando contradições.

Visando reorientar e reformular a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação e Cultura (MEC) no SUS, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC e introduzida a contratualização nestas organizações. A contratualização pressupõe a definição de metas qualitativas e quantitativas relativas à assistência à saúde, ao ensino, pesquisa e gestão, definidas e firmadas entre o diretor do HU e o(s) gestor(es) do SUS. O contrato de gestão materializa o acompanhamento e a avaliação sistemática do desempenho, pressupondo o desenvolvimento da capacidade de gestão e a avaliação das duas partes, além de sistemas de informação e indicadores que confirmam controle social, transparência, *accountability* e acurácia avaliativa. Criam-se estruturas nas organizações, como a Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos com a responsabilidade de monitoramento das metas pactuadas nos contratos.

Aspectos Metodológicos

Foi realizado um estudo de caso de natureza qualitativa, exploratório, analítico, com o objetivo de analisar em que medida o contrato de gestão vem alcançando resultados na melhoria do desempenho de um Hospital Universitário (HU). O estudo de caso foi utilizado como método, dado que o objeto pesquisado é considerado um fato contemporâneo, sobre o qual o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos, além de utilizar múltiplos referenciais (YIN, 2005). Além disso, Bertero (1981, p. 32), ao relacionar tipologias e teoria organizacional, afirma que "o estudo de caso mantém intacta sua posição em estudos organizacionais na medida em que fornece informações inestimáveis sobre as peculiaridades organizacionais".

O estudo foi realizado em um HU de grande porte (253 leitos, com 15 leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI⁷), inaugurado em 1948, vinculado a uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES). O hospital faz parte de um Complexo de Saúde, situado na Capital do Estado, sendo um órgão suplementar da Universidade Federal. Atende a população carente, por meio do SUS. Teve a assinatura do primeiro Contrato de Gestão realizada em fevereiro de 2005 e a do segundo em setembro de 2007. A contratualização vigora um ano e é renovada mediante a assinatura de Portaria.

Os dados foram coletados mediante roteiro de entrevista semiestruturada, aplicada aos informantes-chave que assumiram a diretoria do hospital durante o período de mudança (2002 até o presente) e à representante administrativa da Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos. Além disso, foi realizada análise documental (portarias, organogramas, regimento, relatórios). No que se refere à análise documental, os dados foram analisados, considerando-se os parâmetros contidos na Portaria Interministerial nº 2.378/04 (BRASIL, 2004), a qual define as seguintes ações estratégicas:

a) definição do papel do HU na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde;

b) definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde;

c) qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do Sistema Único de Saúde após a contratualização.

No que se refere às entrevistas, foi feita análise categorial de conteúdo (BARDIN, 1977). As categorias foram extraídas do Contrato de Gestão, tais como: cumprimento de metas qualitativas e quantitativas relativas à assistência à saúde, ao ensino, pesquisa e gestão; sistemas de informação e indicadores que confirmam controle social, como participação de representantes das instâncias colegiadas nas reuniões da comissão.

⁷ "Dado o porte, éramos para estar com 25 leitos de UTI e só temos 15". (comentário da Representante da Comissão Permanente de Contratualização).

Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

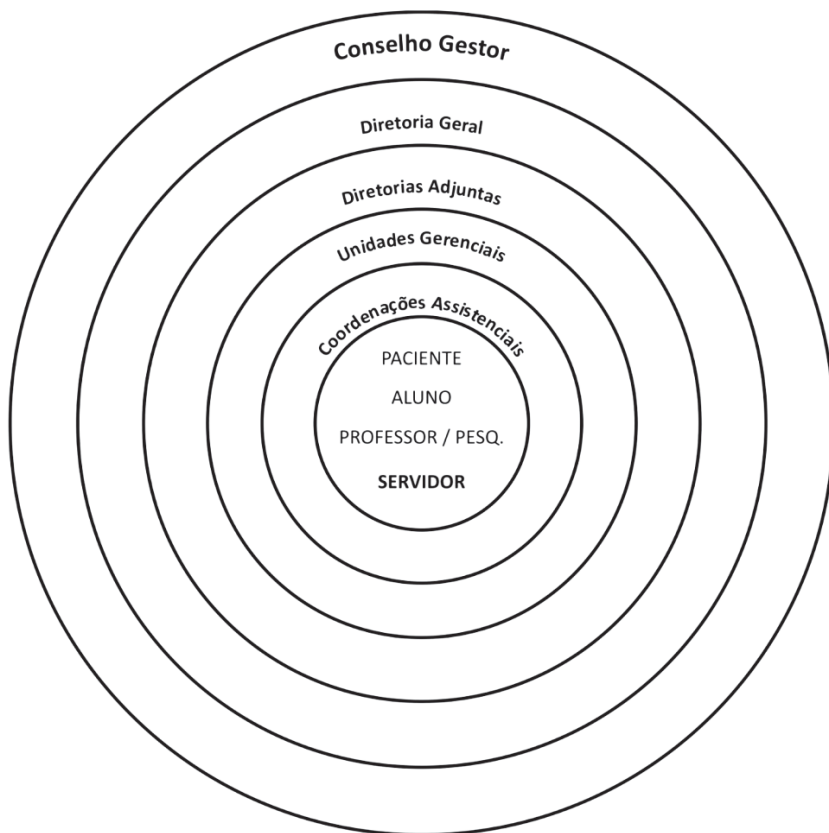
Definição do papel da HU na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão

Nos últimos oito anos, o HU vem implantando inovações gerenciais, objetivando a melhoria da qualidade da assistência, a atualização tecnológica e o fortalecimento das atividades de ensino, pesquisa e gestão. No que se refere à gestão, em março de 2002, foi realizada no HU auditoria pelo MEC, que constatou, além de outros aspectos, baixos indicadores de desempenho e desatualização do regimento e do organograma do hospital. Este possuía uma estrutura organizacional hierárquica e verticalizada.

Com o objetivo de buscar soluções imediatas e sustentáveis para a crise do HU, a Reitoria da Universidade aderiu, em fevereiro de 2003, ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários e, paralelamente, articulou-se com o Ministério da Saúde e com a Secretaria Estadual da Saúde, com o entendimento de que sua reestruturação não podia acontecer dissociada do Sistema Único de Saúde. Em 2004, o Ministério da Saúde decidiu realizar um estudo-piloto sobre a situação dos HU no país, incluindo esse hospital. Este trabalho resultou em mudanças, entre as quais se destacam: a) constituição do Conselho Gestor (denominado, no regimento antigo, de Conselho Deliberativo), o qual era composto de Diretor da Faculdade de Medicina (presidente), do Diretor do HU, um Delegado da Reitoria, representante do Corpo Técnico-Administrativo, diretores das Escolas de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Odontologia, um representante do Corpo Discente da Faculdade de Medicina e um Secretário; b) criação do complexo hospitalar; c) proposta de novo Regimento e criação de novo organograma. Em síntese, as mudanças da estrutura organizacional são as seguintes: Conselho Gestor (CG); Diretoria Geral (DG); Vice - Diretoria; Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais (DASA); Diretoria Adjunta de Administração (DAA); Diretoria Adjunta Financeira (DAF); Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão (DAEPE) e Diretoria Adjunta de Gestão de Pessoas (DAGEP) (UFBA, 2007).

O acompanhamento do Contrato de Gestão é feito pela Comissão Permanente de Acompanhamento da Contratualização, composta por representantes da Secretaria Estadual da Saúde; representantes do Hospital (administrativo, docentes e discentes), um representante da Secretaria Municipal de Saúde e um representante do Conselho Municipal de Saúde, que se reunia mensalmente, enviando o relatório para a Secretaria Estadual de Saúde até o quinto dia útil de cada mês. Com a entrada, em gestão plena, do município da capital onde se situa o hospital, as reuniões passaram a ser trimestrais.

Figura 1 – Organograma Atual



Fonte: UFBA, 2007.

A mudança da estrutura organizacional foi apoiada teoricamente pelo Método da Roda preconizado por Campos (2000), e a elaboração do novo organograma atendeu às questões peculiares da organização hospitalar. O Método serviu de apoio à cogestão de processos complexos da produção e objetivou ampliar as capacidades de direção, análise e operação nos grupos. Os espaços coletivos (rodas humanas), tão presentes no HU, são o cenário principal do Método da Roda. As funções do Método da Roda caracterizam-se em funções clássicas (administrar e planejar processos de trabalho com o objetivo de produção de valores de uso); políticas (cogestão como forma de alterar as relações de poder e construir a democracia nas organizações); pedagógicas e terapêuticas (influência dos processos de gestão sobre a constituição dos sujeitos).

Entre as tecnologias de gestão, o Complexo HU reformulou o processo de gestão interna, estabelecendo fóruns em dois níveis organizacionais. Esses fóruns constituem-se em espaços de discussão e decisão sobre o funcionamento das Unidades Gerenciais (UG), incorporando como responsabilidades o planejamento, a alocação e o gerenciamento dos recursos (materiais, pessoas e financeiros) e o acompanhamento do desempenho setorial, por meio de um trabalho articulado e cooperativo, com vista a uma melhoria da eficiência da assistência, do ensino e da pesquisa.

O primeiro desses fóruns é o Colegiado Interno de cada UG, composto por representantes dos serviços existentes (Equipe Multidisciplinar), que coordena e define, de forma coletiva, os objetivos, metas, indicadores e Plano de Trabalho da UG, promovendo, assim, a pactuação e a negociação dos recursos existentes, a definição de prioridades e dos investimentos.

O segundo fórum organizacional é o Colegiado Gestor das Unidades Gerenciais (colegiado geral), ligado à direção do Complexo HU e composto pela Diretoria e gerentes das UG, tendo como funções coordenar e acompanhar o funcionamento das

UG, compatibilizando-as com as metas e os objetivos gerais do hospital; constitui-se, também, em espaço de pactuação entre as diversas Unidades Gerenciais visando ao cumprimento da missão do HU.

Para o Diretor Geral, o papel da HU na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão é:

Um duplo desafio, pois, ao tempo em que se pretende uma estrutura descentralizada, é importante manter a identidade organizacional, com uma cultura e responsabilidade única, compatível com o perfil de um HU, assegurando, dessa forma, os objetivos e planos de trabalho específicos de cada UG. No contexto de uma organização na qual as relações de poder estavam cristalizadas, predominando um modelo burocrático e autoritário de gestão, o cumprimento de metas seria dificilmente alcançado. A viabilização de uma modelo de gestão baseado na contratualização demandou uma ruptura com o paradigma organizacional vigente. Não é possível o convívio de modelos gerenciais tão antagônicos. (Diretor Geral).

Por um lado, observou-se a existência, há anos, de uma estrutura organizacional verticalizada, com relações de poder bem delineadas e fortalecidas, apesar de não atender às exigências organizacionais. Por outro lado, houve a necessidade da mudança desse modelo e a decisão política da alta administração de optar por um desenho organizacional circular, no qual os usuários (paciente, servidor, professor, estudante, pesquisador) passariam a ser o epicentro da organização hospitalar.

De acordo com as diretorias adjuntas, o "estilo de gestão pública adotado é de excelência participativo". Isso implica ter atitude gerencial de liderança que busque o máximo de cooperação das pessoas, reconhecendo a capacidade e o potencial diferenciado de cada um e harmonizando os interesses individuais e coletivos, a fim de conseguir a sinergia das equipes de trabalho e o alcance das metas. Como resposta, as pessoas tomam posse dos desafios e dos processos de trabalho dos quais participam, tomam decisões, criam, inovam e vivenciam na organização um clima organizacional saudável. Para isso, fez-se necessário criar uma nova estrutura organizacional, circular, fluida e sustentada pelos líderes, com o objetivo de descentralizar o poder, o planejamento, visando ao orçamento participativo e vinculado aos resultados e ao cumprimento de metas.

A partir daí, foi definida uma nova visão para o Complexo HU: ser o Hospital Universitário com o melhor desempenho do país até 2010 e como a missão de prestar assistência de qualidade, tecnologicamente avançada e vinculada a cuidados humanizados, proporcionando as condições para o ensino de qualidade e fomentando o desenvolvimento científico e tecnológico.

Definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde

Considerando o hospital de ensino um local de atenção à saúde e de referência para a alta complexidade, formação de profissionais de saúde e desenvolvimento tecnológico, na perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde, obedecendo a critérios de necessidade da população e à necessidade de reorientar e reformular a política para os hospitais de ensino do MEC no Sistema Único de Saúde, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS.

Tendo em vista a necessidade de regulamentar o processo de certificação dos hospitais de ensino, através da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004 (BRASIL, 2004), o 3º artigo da referida Portaria definiu que a certificação dos hospitais de ensino estava condicionada ao cumprimento de todos os requisitos obrigatórios constantes no artigo 6º dessa Portaria.

Após intenso trabalho de coleta de informações gerenciais, assistenciais e de pesquisa, para atender aos vinte e sete incisos do artigo 6º, como critérios fixados pela Portaria supracitada, em 26/10/04, o HU foi certificado como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde, segundo a Portaria Interministerial nº 2378/04 (BRASIL, 2004).

De acordo com a Diretoria Adjunta de Ensino:

O Programa de Reestruturação facilitou a definição do papel do hospital de ensino, a educação permanente e a formação de profissionais de saúde, na medida em que resultou na proposta do novo Regimento do Complexo Hospitalar, na mudança da estrutura organizacional, que passou a contar com Diretoria de Gestão de Pessoas e a ter as seguintes alterações: de vertical para circular, na qual os usuários (paciente, servidor, estudante e professor) estão no centro da estrutura; extinção das divisões de enfermagem, médica, técnica, diagnóstica e terapêutica, todas estas, juntamente com as atividades fins, passando a compor a criada Diretoria Assistencial. (Diretora Adjunta de Ensino).

Para o Diretor Geral:

O novo Conselho Gestor também fortaleceu as atividades de educação permanente, na medida em que passou a ser constituído por: Diretor Geral do Complexo Hospitalar, como seu Presidente; Diretor Assistencial, de Ensino e Pesquisa do Complexo Hospitalar; Representante da Reitoria; Diretores de Unidades da Universidade, que têm programas permanentes de ensino, pesquisa e extensão no HU; Representante do Corpo Técnico de Nível Superior do HU, eleitos por seus pares; Representante do Corpo Técnico de outros níveis do HU, eleito por seus pares; Representantes do Corpo Discente da Universidade, dos Cursos de graduação com programas permanentes do HU, eleitos por seus pares; Representante dos alunos de Pós-Graduação dos Cursos da Universidade, com programas permanentes do HU, eleito por seus pares; Representante dos Usuários do HU, eleito entre os representantes de Associações de Usuários Externos; Representante do Gestor Local do SUS. (Diretor Geral).

As ações estratégicas definidas e especificadas, mediante processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores, contribuíram para que o hospital em questão passasse a ter um orçamento global em média complexidade e não mais com o repasse de recursos baseado na produção de atendimentos feitos pelo SUS, que está sendo mantida apenas para procedimentos de alta complexidade.

A definição de metas para a contratualização foi baseada na realidade organizacional, na capacidade operacional e de gestão. A contratualização de serviços foi instituída como estratégia para auxiliar os hospitais, inclusive universitários, a enfrentarem a crise na forma de financiamento, no perfil assistencial e no modelo de gestão.

Qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do Sistema Único de Saúde a partir da contratualização

Em um cenário de um hospital vinculado a uma organização bicentenária (Faculdade de Medicina), com um passado supostamente glorioso, para a sua inserção no SUS a partir da contratualização, foram adotadas as seguintes estratégias: mobilização de gestores, dirigentes hospitalares, colaboradores; investimento intensivo no desenvolvimento gerencial; estímulo à adoção de mudança no Padrão da Gestão Clínica; mobilização de lideranças para reduzir as resistências quanto à implantação de mecanismos de acompanhamento e avaliação do desempenho hospitalar; além da aposta em mudanças substantivas no modelo de atenção voltado para a doença para um modelo de vigilância da saúde, no qual os leitos de um HU só devem ser ocupados quando referenciados por níveis de menor complexidade tecnológica e terapêutica.

Entre os aspectos avaliados na contratualização, foram realizadas: capacitação da gestão, tendo as diretorias participado de curso de Especialização em Administração Hospitalar, e implantação dos Procedimentos Operacionais; implementação da Gestão Descentralizada Colegiada e com Controle Social; implantação do programa de horizontalização da Gestão; elaboração e aprovação de novo Regimento Interno; constituição do Conselho Gestor do Hospital com participação de representantes dos

usuários, servidores, estudantes e professores; apresentação do Plano Diretor do Hospital para as gerências intermediárias; apresentação do planejamento hospitalar com metas qualitativas e quantitativas, indicadores gerenciais e assistenciais devidamente pactuados, entre outros.

Na elaboração do Plano Diretor, foram considerados a análise de cenários (internos e externos), a formulação, a complementação, a avaliação e o controle como aspectos essenciais da gestão estratégica.

Após dois anos de discussões internas e nas instâncias vinculadas ao Hospital (Unidades de Ensino, Sindicatos, grupos de usuários), em 26 de junho de 2006, foi aprovado pelo Conselho Universitário o novo regimento do Complexo Hospitalar.

O processo de transição foi feito de forma cautelosa e estratégica para que não se instalasse um vácuo na gestão. Assim, a gestão estratégica foi utilizada como um conjunto de decisões e ações estratégicas que determinam o desempenho de uma organização no longo prazo.

Uma vez tomada a decisão estratégica de mudança, os movimentos foram coordenados de forma que o modelo a ser superado não mais fosse reintroduzido. Cada redirecionamento foi planejado cuidadosamente. As novas propostas foram alinhadas com o novo, e o passado foi substituído de forma assimétrica, oportuna e rápida.

Para a aplicação de ferramentas gerenciais, foram promovidas as seguintes ações: qualificação das gerências intermediárias, discussão, redefinição e implantação de rotinas técnicas e operacionais, implantação de sistema de acompanhamento e controle da produção e custos, informatização do Sistema de Informação, apresentação à Comissão Permanente de Acompanhamento da Contratualização das receitas e despesas globais, criação de algumas comissões e fortalecimentos de outras já existentes, com apresentação de relatórios mensais. Os relatórios fornecem informações sobre a produção hospitalar e são instrumentos para monitoramento das atividades do Hospital pela Comissão de Contratualização; para discussão com os profissionais sobre os mecanismos e os indicadores de acompanhamento e avaliação; e são usados nas atividades de comunicação e de suporte jurídico nas auditorias.

Conforme a tipificação de mudança organizacional idealizada por Capella (2009), o que ocorreu no HU foi uma mudança incremental, organizacional ou micromudança, vez que atinge o ambiente interno da organização, porém sob a égide do Novo Gerencialismo, abordagem teórica na qual se sustentam as mudanças introduzidas (MENDES, 2000).

Resultados dos Indicadores de Desempenho Hospitalar

A análise na Tabela 1 revela que, com a contratualização, apesar de mantido o número de leitos, aumentou o número de internações em 7,1% de 2005 para 2009; houve redução do tempo médio de permanência geral de 11,2 dias em 2005, para 10,6 dias em 2009, tendo o ano de 2006 apresentado o menor tempo de permanência (9,9 dias). Observamos, ainda, o aumento da Taxa de Ocupação, de 73,6% em 2005, para 84,8% em 2009 e uma elevação de 172,4% no número de consultas ambulatoriais, quando comparadas as produções dos anos de 2005 e 2009. A redução do Tempo Médio de Permanência, mantendo-se a qualidade da atenção, influencia no aumento do número de internações e, consequentemente, eleva a taxa de ocupação porque aumenta rotatividade do leito. Não podemos, contudo, fazer generalizações, mas, no caso em estudo, a contratualização pode estar contribuindo para a melhoria dos indicadores de desempenho hospitalar.

Tabela 1 – Indicadores de Desempenho do HU antes e depois da Contratualização – 2010

Ano/Indicador	2003	2004	2005*	2006	2007	2008	2009
Número de leitos	295	253	252	255	259	259	253
Número de internações	5039	5026	5689	6760	7554	6065	6094
Tempo médio de permanência (dias)	13,3	12,4	11,2	9,9	10,5	12,7	10,6
Tx de ocupação	77,0	68,5	73,6	65,6	79,6	81,2	84,8
Consultas	159.476	164.810	108.795	184.702	258.951	280.098	296.360

* Ano de início da contratualização.

Fonte: Hospital Prof. Edgar Santos (2003-2009).

Resultados da contratualização na melhoria da gestão do HU, no que se refere à assistência à saúde, à gestão, ao ensino, à pesquisa e ao controle social

No que se tange ao cumprimento de metas qualitativas e quantitativas relativas à *assistência à saúde*, a representante da Comissão Permanente de Contratualização avalia que:

Nem todas as metas pactuadas foram cumpridas, inclusive na fala dos representantes da videoconferência ficou evidenciado que vários municípios não cumpriram todas as metas. As metas qualitativas sim. Estamos atendendo 89%, como, por exemplo, a notificação de doenças compulsórias, até porque o DATASUS glosa se não tiver a notificação. Todas as contas faturadas passam pela auditoria, para evitar erros; pacientes com dietas especiais; preenchimento dos diagnósticos primários e secundários pelos médicos. Vamos ficar mais vigilantes quanto à anotação do diagnóstico secundário, pois muitos médicos não anotam. Em relação às comissões, temos: os relatórios da comissão de óbitos, de revisão de prontuários, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, de doação de órgãos; farmacovigilância; programa de tecnologia; comissão de ética e de enfermagem. Todas têm apresentado mensalmente seus relatórios. Temos protocolos assistenciais. Só não temos feito mais porque está relacionado com a equipe assistencial e esta nem sempre está disponível. Há uma dificuldade do profissional que está na assistência compreender que tudo precisa ser registrado. Quando um paciente complica e precisa fazer outra cirurgia, o profissional não quer preencher outra Autorização de Internação Hospitalar (AIH), achando que é superfaturamento. Aí mostramos o Manual e explicamos que não é. (Representante da Comissão de Contratualização).

No que diz respeito ao cumprimento de metas qualitativas e quantitativas referentes à *gestão*:

Inicialmente, foi realizado um seminário do diretor médico com os gerentes e chefes sobre o que é contratualização e continuamos conversando com os profissionais no dia a dia para acompanharem a contratualização. Se hoje temos várias comissões funcionando, foi por causa da contratualização. Estamos atingindo as metas no que se refere ao Programa de Humanização, avaliação da satisfação do usuário, programa de saúde do trabalhador, gestão hospitalar; metas gerenciais com planos de trabalho, normas e rotinas para higienização; plano de manutenção preventiva, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e atendimento do usuário com o Cartão Nacional de Saúde; índice de absenteísmo de funcionário fixado em até 2%, estamos atingindo. Aumentou o número de profissionais na auditoria, que antes da contratualização eram quatro e hoje são sete. A auditoria está acompanhando a contratualização, que está cada vez mais exigente. O Ministério da Saúde está a cada dia querendo acompanhar o perfil epidemiológico do país. Se o hospital envia a fatura e se não tem o diagnóstico conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) do procedimento, o Número do Cartão Nacional do Paciente, o SUS glosa. Então tem que preencher corretamente

os formulários, mas nem todos preenchem. Há subregistro e, com isso, perda de dinheiro para o Hospital. (Representante da Comissão de Contratualização).

Ainda no que se refere à gestão, observamos que existem lapsos temporais entre as assinaturas dos contratos, ao que a entrevistada responde:

Isso se deve aos prazos necessários à negociação. A diretoria geral se empenha em apresentar os demonstrativos de que os recursos são insuficientes, procura estimular os diretores, principalmente o ambulatório, que tem dificuldade de alcançar a meta de consultas. Em decorrência deste esforço, neste último contrato, aumentou em R\$ 800.000,00, mas as despesas são muito altas, principalmente porque o quadro de pessoal do MEC e MS é insuficiente para o atendimento da demanda. De um total de 2.145 profissionais, cerca de 1/3 é terceirizado. (Representante da Comissão de Contratualização).

Essas respostas coincidem com o referido por Ramos (1999) de que o processo de negociação dificulta a contratualização, contudo é parte deste tipo de contrato.

Quanto ao cumprimento das metas no que tange ao *ensino* e à *pesquisa*:

Temos o Programa de Capacitação com mais de 15 Programas de Residência Médica, especialização para outros profissionais de saúde, Programa de capacitação permanente, Programa de capacitação para o SUS, desenvolvemos inúmeros projetos de pesquisa, de avaliação tecnológica em saúde, atividades de videoconferência (que iniciou em 2010). A contratualização promove uma mudança organizacional, mas embora seja um HU, os professores e alunos não se envolvem, não se comprometem, muitos até porque desconhecem o que significa a contratualização para o Hospital. Hoje os procedimentos de alta complexidade são pós-pagos. Isso significa que, se o hospital produzir mais, após três meses, ele pode justificar, pedir aditivo e aumentar a receita. Os recursos que o hospital recebe a mais pelo aumento da produção não são repassados para o profissional, que tem salário fixo, mas ajudam na compra de material. O material comprado nas empresas fornecedoras é o hospital que recebe o recurso na sua conta e repassa para o fornecedor. Isso ajuda no desenvolvimento das pesquisas e na melhoria das condições de ensino. Mas nem professores, nem alunos, nem profissionais têm dado a devida importância (eu acho). Deveria ter um trabalho mais constante para comprometer as pessoas. Os chefes repassam para os funcionários, mas não é suficiente. (Representante da Comissão de Contratualização).

Quanto ao cumprimento de metas, no que diz respeito ao *Controle Social*:

Quando o Município passou para a condição de Gestão Plena do Sistema, o representante eleito pelo município era leigo, só participou de uma reunião e não contribuiu. Agora tem pessoas com outro nível de discernimento, o Conselho está mais bem representado. (Representante da Comissão de Contratualização).

Apesar das mudanças na estrutura organizacional, hoje representada por um organograma horizontalizado, da composição do Conselho Gestor com participação das diversas instâncias e da exigência de representante do município na Comissão Permanente de Acompanhamento da Contratualização, as respostas acima reforçam o encontrado na literatura, de que o Controle Social e a participação são dificuldades existentes na contratualização.

Considerações Finais

Este trabalho objetivou analisar em que medida o contrato de gestão vem alcançando resultados na melhoria do desempenho de um Hospital Universitário (HU), em um cenário de mudanças macroestruturais, sob égide da abordagem teórica do Novo Gerencialismo e, no Brasil, no contexto da segunda Reforma Administrativa do Estado, valorizando-se o princípio da eficiência, que passou a fazer parte da Constituição Federal de 1988, mediante a Emenda Constitucional nº 19/98 e a adoção dos contratos de gestão que subsidiam a gestão pública por resultados. A partir da revisão bibliográfica e do estudo de caso realizado em um Hospital Universitário, observamos que as mudanças encontradas na realidade organizacional não ocorrem em um vazio teórico, mas são coerentes com gestão pública contemporânea que

privilegia a adoção do contrato de gestão como instrumento para obtenção de resultados, mesmo no setor saúde e em um hospital universitário, caracterizado por especificidades e complexidade.

No hospital analisado, prevaleceu, durante décadas, uma relação de dependência entre a Centenária Faculdade de Medicina e o HU. Entretanto, a despeito de uma parte substancial da força de trabalho médico do HU ser composta pelos professores da Escola Médica, nenhuma vinculação administrativa formal havia entre a Direção do HU e os docentes. Desta forma, gradativamente, os tecidos informais foram-se constituindo, tornando os professores quase autônomos e com agendas praticamente independentes das demandas do hospital.

O Contrato de Gestão possibilitou romper com o modelo hegemônico de gestão, pois foram realizadas mudanças nas instâncias de poder, feitas intervenções nos espaços físicos, buscando um alinhamento entre as novas diretrizes e o fazer cotidiano, entendendo que não basta mudar as pessoas, mas reconhecer e valorizar o seu trabalho, possibilitando o cumprimento de metas e qualidade. Como consequência benéfica, na prática, a equipe passou a circular em espaços transdisciplinares legitimados pelo princípio contratual de que o poder é de quem produz e dá resultados. Como limite, os técnicos continuaram sendo contratados pela Fundação, numa forma de terceirização de mão de obra.

Para que o Complexo Hospitalar Universitário atendesse aos requisitos e às exigências da Contratualização e fosse capaz de enfrentar os desafios, os aspectos avaliativos e as transformações nas relações com o SUS, foram necessárias mudanças na estrutura organizacional vigente, com elaboração de novo regimento e novo organograma, fazendo com que a gestão se tornasse mais participativa, as relações mais horizontalizadas e que o poder decisório, antes centrado no diretor da Faculdade de Medicina, que presidia o Conselho Deliberativo, migrasse para o diretor do HU, que, com a reforma, passou a presidir o Conselho Gestor.

O deslocamento do poder decisório encontra respaldo no novo regimento, na criação de novo organograma, na criação do complexo hospitalar e do Conselho Gestor (sendo este presidido Diretor Geral do Complexo Hospitalar), no desenho organizacional circular, no qual os usuários (paciente, servidor, professor, estudante, pesquisador) passaram a ser o epicentro da organização, e na existência de fóruns como o Colegiado Interno de cada Unidade Gerencial e no Colegiado Gestor das Unidades Gerenciais. Com a adoção de um estilo gerencial participativo, todo o processo de mudança foi amplamente discutido e negociado com os agentes interessados, a exemplo dos diretores das Unidades de Ensino da área da saúde, docentes dessas unidades que acompanham estágio, ministram aulas e realizam pesquisas no hospital e representantes de funcionários técnico-administrativos, sendo estes através da Associação de Servidores.

A Participação Social como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), é assegurada constitucionalmente e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) (BRASIL, 1990). Tal participação deu-se, no presente estudo, mediante representação da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, na Comissão Permanente de Acompanhamento da Contratualização do hospital pesquisado, tendo a qualidade desta participação variado em função do "nível de discernimento" do representante escolhido pelo Município em cada momento. Neste estudo, ao se analisar a Participação Social encontram-se as dificuldades referidas por Ramos (1999), como falta de diretrizes de governo adequadas, dificuldade de associar objetivos e metas datadas e quantificáveis ao orçamento anual, desarticulação entre orçamento anual e execução financeira, insuficiente capacitação do pessoal para o planejamento e a gestão, dentre outras.

Nesse processo de mudança, destaca-se a qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do SUS, a partir da Contratualização, utilizando estratégias como: mobilização de gestores, colaboradores e de lideranças para reduzir as resistências quanto à implantação de mecanismos de acompanhamento e avaliação do desempenho hospitalar; investimento intensivo no desenvolvimento gerencial; estímulo à adoção de mudança no Padrão da Gestão Clínica, o que contribuiu na melhoria dos indicadores de desempenho; além da

aposta em mudanças no modelo de atenção voltado para a doença para um modelo de vigilância da saúde, no qual os leitos de um HU só devem ser ocupados quando referenciados por níveis de menor complexidade tecnológica e terapêutica, fazendo com que o HU cumpra a sua missão.

As mudanças na estrutura organizacional referem-se à compatibilidade em relação às exigências da administração pública gerencial, à integração entre as atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão ao atendimento das necessidades da organização hospitalar universitária; à promoção da eficiência e da efetividade organizacional, da agilidade e integração nos processos e relacionamentos interno e externo à organização, necessárias para acompanhar as novas estratégias e atender às exigências dos usuários, assim como romper com fragmentação no espaço organizacional, integrando a política de saúde e educação.

Por fim, observamos que o principal limite desta pesquisa, dentre outros, está na impossibilidade de fazer generalizações, pois seus resultados se referem a um estudo de caso único, revelando a necessidade de continuar as investigações sobre a temática, inclusive utilizando uma amostra representativa do universo de Hospitais Universitários brasileiros que utilizam esta modalidade de gestão, aprofundando as pesquisas sobre indicadores de desempenho hospitalar e Participação Social, associando-os aos efeitos da gestão pública contratualizada. Trata-se de uma realidade complexa, dinâmica e em constante processo de mudança.

Referências

- ABRÚCIO, F.L.; PÓ, M.V. *Trajetórias da literatura sobre a reforma do Estado (1995-2002): transformações e desafios para a pesquisa em administração pública*. ENAP: Brasília, 2002.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERTERO, C.O. Tipologias e teoria organizacional. *Revista Administração de Empresa*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 1981.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, promulgada em 5 de outubro de 1988. 2.ed. Rio de Janeiro: FAE, 1989.
- _____. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria 1.000, de 15 de abril de 2004. Brasília, 2004.
- _____. Portaria Interministerial nº 2378/MEC/MS, de 26 de outubro de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, de 26 de outubro de 2004.
- _____. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 19 de setembro de 1990.
- _____. Diário Oficial da União. Lei 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 28 de dezembro de 1990.
- _____. Emenda Constitucional nº 19. 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.
- BRAGA NETO, F.C. *Examinando alternativas para administração dos hospitais: para linhas os modelos de gestão descentralizados e por linha de produção*. 1991. 149f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.
- BRESSER-PEREIRA, L.C. Instituição, bom Estado e reforma da gestão pública. In: ARVATE, P.R.; BIDERMAN, C. (Org.). *Economia do setor público no Brasil*. Rio de

Janeiro: Elsevier, 2004. p. 03-15.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de Coletivos*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAPELLA A.C.N. Mudança organizacional e transformações na gestão pública. In: BIZELLI, J.L.; FERREIRA, D.A.O. (Org.). *Governança pública e novos arranjos de gestão*. Piracicaba, São Paulo: Jacintha Editores, 2009. p. 35-54.

CHERCHIGLIA, M.L.; DALLARI, S.G. A reforma setorial do Estado brasileiro nos anos 90: adaptação e eficiência em um hospital público. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 8., 2003, Panamá. *Anales*. Panamá: CLAD, 2003

CHIORO DOS REIS, A.A.; CECILIO, L.C.O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: v. 33, n. 81, p. 88-97. jan./abr. 2009.

_____. *Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 - 2010)*. São Paulo; 2011, 447p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/>. <http://www.enap.gov.br/>. Acesso em: 15 jun. 2012.

CLARKE, J. NEWMAN, J. *The managerial state: power, politics and ideology in remaking of social welfare*. London: SAGE, 1997. 176p.

CONASS. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS. *Nota Técnica n. 18*. Brasília, 2005.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F.L. A combinação entre federalismo e as políticas no pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação. In: ROCHA, M.C.G. (Org.). *Reflexões para Ibero-América: avaliação de programas sociais*. Brasília: ENAP, 2009. p. 25-42. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/>. Acesso em: 15 jun. 2012.

GOMES, E.G.M. Gestão por resultados e eficiência na administração pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. 2003, 187 p. Tese (Doutorado) - Curso de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/>. Acesso em: 20 jun. 2012.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGAR SANTOS (Salvador, BA). *Relatório do Serviço de Arquivo Médico e Estatística*, 2003.

_____. *Relatório do Serviço de Arquivo Médico e Estatística*, 2004.

_____. *Relatório do Serviço de Arquivo Médico e Estatística*, 2005.

_____. *Relatório do Serviço de Arquivo Médico e Estatística*, 2006.

_____. *Relatório do Serviço de Arquivo Médico e Estatística*, 2007.

_____. *Relatório do Serviço de Arquivo Médico e Estatística*. 2008.

_____. *Relatório do Serviço de Arquivo Médico e Estatística*. 2009.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MAJONE, G. Do estado positivo ao estado regulador: causas e conseqüências das mudanças do modelo de governança. *Revista do Serviço Público*, ano 50, n.1, p. 05-36, jan./mar. 1999. Traduzido por René Loncan.

MARINI, C.M. Crise e reforma do estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. In: PETRUCCI, V.; SCHWARZ, L. (Org.). *Administração pública gerencial: a reforma de 1995 - ensaios sobre a reforma administrativa brasileira no limiar do século XXI*. Brasília: Editora Universidade de Brasília: ENAP, 1999. p. 63-95.

_____. Aspectos contemporâneos do debate sobre a reforma da administração pública no Brasil. *Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado - RERE*. Instituto de Direito Público da Bahia, n. 1. Salvador, 2005. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br>. Acesso em: 28 mar. 2010.

_____; MARTINS, H.F. Uma metodologia de avaliação de políticas de gestão pública. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 11., 2006, Ciudad de Guatemala. *Anales*. Ciudad de Guatemala: CLAD, 2006.

MARTINS, H.F. *Uma teoria da fragmentação de políticas públicas: desenvolvimento e aplicação na análise de três casos de políticas de gestão pública*. 2003. 254p. Tese (Doutorado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003.

MÉDICI, A.C. *Perfil da saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ipea, 1997. (Texto para Discussão, n. 472).

_____. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MENDES, V.L.P.S. *Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil*. 2000. 302f. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, G.J. *Contrato de gestão*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

RAMOS, M.M. Contratos de gestão: instrumentos de ligação entre os setores. In: PETRUCCI, V.; SCHWARZ L. (Org.). *Administração pública gerencial: a reforma de 1995: ensaios sobre a reforma administrativa brasileira no limiar do século XXI*. Brasília: Editora Universidade de Brasília: ENAP, 1999. p. 197-220.

SILVA, P.L.B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v.17, n. 1, p. 69-85, jan./mar. 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Conselho Universitário da Bahia. *Regimento do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos*. Resolução 02/2007.

YIN, R.. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Artigo recebido em 27/10/2010.

Última versão recebida em 07/08/2012.

Artigo aprovado em 29/11/2012.

