

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

JULIA CRISTINA ALVES FERREIRA DOS SANTOS

CONTRATUALIZAÇÃO COM UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
PARA GERENCIAMENTO DE UM HOSPITAL MUNICIPAL EM
FUNCIONAMENTO: O IMPACTO SOBRE A ÁREA MEIO

São Paulo

2012

JULIA CRISTINA ALVES FERREIRA DOS SANTOS

CONTRATUALIZAÇÃO COM UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
PARA GERENCIAMENTO DE UM HOSPITAL MUNICIPAL EM
FUNCIONAMENTO: O IMPACTO SOBRE A ÁREA MEIO

Artigo apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito complementar para obtenção do título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.

Campo de Conhecimento: Administração Pública

Orientador: Profa. Cibele Franzese

São Paulo

2012

RESUMO

A contratualização com Organizações Sociais de Saúde (OSS) para prestação de serviços públicos é uma experiência recente no Município de São Paulo, mas de grande representatividade. Como parte de sua expansão, veio a primeira parceria com uma OSS – o Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês - para gerenciamento de um hospital em funcionamento – o Hospital Municipal Infantil Menino Jesus. Esta experiência iniciou-se em fins de 2008, quando o Instituto assumiu o gerenciamento da unidade, com um quadro de pessoal composto por servidores e empregados públicos. Considerado um modelo híbrido, teve que incorporar e coordenar essas diferenças na estruturação e nas práticas da sua área meio (gestão). Os exemplos de alguns de seus setores (Ouvidoria, Recursos Humanos e Recursos Materiais) podem indicar caminhos e desafios para o desenvolvimento do modelo.

Palavras-chave: Administração Gerencial; Organização Social de Saúde; Área meio; Contrato de Gestão.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem havido uma discussão crescente em torno da efetividade das políticas públicas brasileiras para o setor saúde, resultando numa série de processos reformistas. O primeiro movimento representativo de reforma nacional ocorreu ainda sob o regime militar, na década de 60, e estabeleceu maior autonomia às unidades hospitalares sob administração indireta, que passaram a ter controle irrestrito sobre insumos e resultados. Os críticos a esse modelo, já num contexto democrático, apontam que o mesmo favoreceu práticas clientelistas e prejudicou a composição de um sistema de saúde mais amplo e coordenado.

Sob o movimento de promulgação da nova Constituição, em 1988, houve então “uma mudança de política manifestada pelo retrocesso quanto a autonomia administrativa das unidades sob administração indireta e pela expansão do modelo hierárquico da administração direta.” (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, p.212).

Em paralelo, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que significou uma grande mudança na concepção dessa política, que, conforme expresso na Constituição Federal de 1988, passou a se pautar, principalmente, pelo princípio da universalidade. Em si, essa mudança foi de grande impacto, demandando um arcabouço institucional e de regras que dessem conta de sua implementação no sistema federativo brasileiro, havendo a necessidade de descentralização e coordenação entre as três esferas – federal, estadual e municipal. Para atender a esse novo direcionamento da política, o Estado teve que promover grandes transformações na sua estrutura administrativa (direta e indireta), tendo o Ministério da Saúde assumido um papel central. Resumidamente, o objetivo desse processo era “descentralizar para aproximar democraticamente o governo dos cidadãos e tornar mais eficiente a provisão dos serviços públicos.” (ABRUCIO, PEDROTI, PO, 2010, p.56).

Importante assinalar que, conforme apontam La Forgia e Couttolenc (2009), essa descentralização concedeu maior poder aos governadores e prefeitos, mas não houve transferência de poder decisório para as unidades prestadoras dos serviços. Enquanto a oferta dos serviços de saúde caminhou de fato para a configuração de um sistema universalizante, a promessa da eficiência não se concretizou, pois a reforma não envolveu aspectos como arranjos organizacionais, gestão e governança.

Na década de 90, num cenário de crise fiscal do Estado, ressurgiu com força a necessidade de se promover mudanças na administração pública brasileira, tida pela opinião

pública como ineficiente. Em paralelo ao debate fundamental, em torno de questões da própria formulação da política, como a condição de universalidade no acesso aos serviços de saúde, cada vez mais se intensificava a preocupação com a otimização de sua implantação. Isso quer dizer que, mais do que ser eficaz no atingimento dos objetivos (o que por si só já é um desafio para um país com a dimensão do Brasil) tem sido imperioso pensar em meios eficientes de se aplicar os recursos públicos para geração de serviços de saúde com qualidade e custos menores. Conforme assinalam La Forgia e Couttolenc (2009), a justificativa para se buscar a reforma na gestão da área da saúde pode ser resumida através de três fatores: a tendência sempre crescente dos custos da saúde frente a recursos sempre limitados; a crescente pressão de usuários e consumidores cada vez mais organizados e exigentes; e a identificação de muitas fontes de desperdícios na organização e prestação de serviços de saúde.

Nesse sentido, a iniciativa reformista da administração pública brasileira mais significativa foi a desenvolvida durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1995, através da criação do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE). Tal ministério foi conduzido pelo ministro Bresser-Pereira, que, inspirado pela experiência internacional da chamada “nova gestão pública”, aderiu à ideia de uma administração voltada para resultados, recolocando na agenda política a questão da autonomia. Conforme apontam Abrucio, Pedroti e Pó (2010, p.61), “os conceitos subjacentes a essa visão foram espalhados por todo o país, com impacto muito grande para os estados e municípios, que produziram uma série de inovações governamentais nos últimos anos.”

Essa reforma teve como foco a flexibilização do modelo de administração pública burocrática, de forma a convertê-lo numa administração gerencial, com foco na eficiência e nos resultados. Para tal transformação, propôs um novo panorama para a atuação estatal, com a identificação de quatro vertentes: 1. O núcleo estratégico do estado; 2. Atividades exclusivas do estado; 3. Serviços não-exclusivos ou competitivos; 4. Produção de bens e serviços para o mercado. Para cada uma destas prescreveu a melhor forma de atuação estatal, e, no caso de bens ou serviços públicos não-exclusivos de Estado, defendeu a publicização, ou seja, a produção não-lucrativa pela sociedade (não-estatal).

Nesse contexto é que surge a figura das Organizações Sociais (OS): um título concedido (mediante o cumprimento de requisitos previstos na legislação aplicável) a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que, qualificadas como tal (OS), podem vir a prestar serviços públicos a elas designado pelo estado, mediante a assinatura de um contrato

de gestão. De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009, p. 188), esse modelo “marcou uma grande mudança nas estruturas organizacionais no que diz respeito à responsabilização, poderes de decisão, exposição ao mercado, condições de reclamante residual e funções sociais”.

2. O MODELO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)

A contratualização com OS foi regulamentada inicialmente pela Lei Federal 9.637/98, que estabeleceu um marco para o modelo no qual uma organização (que sai de dentro da estrutura do Estado), qualificada como OS, se habilita a prestar serviços públicos sem estar submetida às regras processuais rígidas de administração de pessoal, compras e contratos.

O governo do Estado de São Paulo, motivado pela necessidade de superar restrições fiscais e orçamentárias (que o impediam de obter pessoal e equipamentos necessários ao funcionamento de hospitais novos), aderiu rapidamente à ideia de OS para o setor saúde, com a edição da Lei Complementar 846/98.

Nesse modelo de atuação estatal, mediante a assinatura de um contrato de gestão, o governo transfere recursos para que a OSS assuma a responsabilidade pelo gerenciamento de uma unidade de saúde, aplicando a esta instrumentos gerenciais característicos da administração privada. Assegura-se, então, maior flexibilidade decisória em comparação aos tradicionais hospitais públicos, sob administração destatal, gerando condições para alcance de melhor desempenho.

No município de São Paulo a experiência foi adotada mais recentemente, com a edição da Lei 14.132, de janeiro de 2006, e a assinatura do primeiro contrato de gestão com uma Organização Social de Saúde em 2007. De lá pra cá esse modelo foi adotado de forma exponencial. Hoje há 27 contratos no modelo OSS na área de saúde, segundo dados do portal da Prefeitura. Na visão do Secretário Municipal da Saúde, Sr. Januário Montone ¹, “esse é um caminho sem volta”, em decorrência até mesmo da expressão que adquiriu dentro do setor saúde municipal: segundo ele, toda a expansão feita no sistema municipal de saúde nos últimos anos foi através de parcerias. A rede de Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMA), que são 119 unidades, não tem nenhum funcionário público. Todo o programa de saúde da família também não é gerenciado pelo setor público, e sim por entidades parceiras.

¹ Entrevista realizada em 05/07/2012.

Esses dois programas já nasceram assim. Hoje a rede de saúde municipal conta com cerca de 70.000 trabalhadores, sendo que metade destes tem vínculo contratual com organizações sociais. A estimativa é que 75% das consultas médicas anuais dessa rede seja realizada por meio de OSS.

Esses três modelos (federal, estadual e municipal) tem uma base comum, de oferecer alternativas à rigidez burocrática da administração estatal. Mas o modelo adotado pelo município trouxe diferenças importantes em relação ao federal e ao estadual. A primeira delas é que a lei municipal aprovada permitia a pactuação com OSS para gerenciamento de hospitais novos e antigos (a legislação estadual, inicialmente, só permitia o gerenciamento de hospitais novos por OSS). A segunda é que a parceria poderia se referir a qualquer equipamento de saúde, e não somente a hospitais, considerando o papel legal que o município tem, de prover toda a rede de atenção básica.

Embora o modelo se dirija (com alguma variação entre as legislações) ao fornecimento de serviços sociais e científicos que a sociedade decide serem de responsabilidade do Estado, como assistência à saúde, educação, pesquisa científica e promoção cultural” (BRESSER-PEREIRA, 2008, p.396), a saúde é um segmento que tem recebido muito bem o modelo de contratualização com OS. De acordo com o Secretário Municipal da Saúde de SP, Januário Montone², “o setor de saúde exige prontidão. E a regra do serviço público não foi feita para garantir prontidão. Foi feita para garantir estabilidade de processos, impessoalidade de processos, transparência de processos, mas não prontidão”.

Essa necessidade de eficiência e melhores resultados tem sido fonte tanto de debates no meio acadêmico como de iniciativas que visam ao aprimoramento dos investimentos em saúde pública. Um estudo realizado pelo TCE/SP (Costa, 2010) credita as principais dificuldades gerenciais na área da administração hospitalar à administração pública burocrática, mais especificamente aos seguintes fatores: contratação, remuneração, treinamento e dispensa de recursos humanos, compra de serviços e insumos por meio de licitação; gestão e captação de recursos financeiros; interferências políticas. E a maioria desses projetos tem se voltado para os hospitais, pela centralidade que ocupam no sistema de saúde público brasileiro.

Segundo trabalho desenvolvido por La Forgia e Couttolenc (2009), com incentivo do Banco Mundial, no Brasil os hospitais respondem por dois terços dos gastos do governo com

² Entrevista realizada em 05/07/2012.

o setor saúde, formando um sistema bastante complexo, caracterizado pelo pluralismo e estratificação. Nossa rede hospitalar se compõe por diversos arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade, havendo uma longa tradição de financiamento de prestadores privados através de recursos públicos. A estratificação, por sua vez, fica evidente na diferença de padrão de qualidade, produtividade e custos dos hospitais brasileiros.

Mas, desse pluralismo, a boa notícia é que há experiências de gestão em saúde bem sucedidas no país, conforme apontam Forgia e Couttolenc (2009, p.1): “O dinamismo é a característica mais interessante do sistema hospitalar brasileiro. Não faltam ideias, inovações e iniciativas para tentar corrigir as deficiências de hospitais com baixo desempenho. As bases para a mudança estão presentes em todo o sistema hospitalar.” O grande desafio para o Estado, nos últimos anos, tem sido o de atacar os problemas (de financiamento, qualidade e produtividade) de forma sistemática, através de reformas mais amplas e estruturais que se traduzam num sistema de saúde mais eficiente.

O modelo de parceria público-privada tem encontrado alguns desses caminhos, e, com base nos seus resultados, conseguido replicar as experiências de OSS pelo país. O processo se inicia com a qualificação de entidades (por iniciativa destas) como organizações sociais de saúde, que é um ato administrativo vinculado, ou seja, se a instituição cumpre todos os requisitos previstos na legislação, ela recebe o título de OSS.

Há 24³ OSS na cidade de São Paulo mas, destas, apenas sete assinaram contratos de gestão com a SMS/SP. Isso porque a escolha do parceiro privado para realizar o gerenciamento de uma unidade de serviço público de saúde é um ato discricionário do Secretário Municipal da Saúde. Conforme apontou o Sr. Januário Montone⁴, titular da pasta, é fundamental que o parceiro privado tenha experiência em gestão hospitalar, porte e um nome a zelar. Na sua avaliação, organizações com essas características são as que oferecem melhores condições de gerir os recursos públicos com eficiência e responsabilidade, aplicando ferramentas do modelo privado na produção de serviços de melhor qualidade e desempenho.

³ Dados disponíveis em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/planejamento/>

⁴ Entrevista realizada em 05/07/2012.

3. O CASO DO HOSPITAL MENINO JESUS

O presente estudo tem como objeto de análise a contratualização com uma Organização Social de Saúde para gerenciamento de um hospital já em funcionamento – o Hospital Municipal Infantil Menino Jesus (HMIMJ). Esta é uma iniciativa pioneira da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo que, até então, só havia desenvolvido parcerias desse tipo para gerenciamento de unidades de saúde novas, inauguradas já sob parceria com o ente privado, com pessoal contratado diretamente por este.

Esse modelo é considerado híbrido, pela convivência entre elementos da administração pública e privada. A motivação para empreendê-lo, nas palavras do Secretário Municipal da Saúde de São Paulo, Sr. Januário Montone, se justifica por ser um requisito para a melhoria de todo o sistema, que funciona de forma integrada:

A gente não pode transformar o SUS trabalhando apenas com hospitais novos. A prefeitura já tinha 12 hospitais. E outra coisa: quando falo do modelo territorial, falo também da unidade básica de saúde que já existe. Nós tínhamos que ter um modelo que começasse uma transformação que pudesse ser pro hospital novo e pro que já existia. (Januário Montone. Entrevista realizada em 05/07/2012).

Como essa experiência tinha o intuito de provar, na prática, a viabilidade do modelo, a escolha deste hospital também foi uma decisão cuidadosa, tendo sido decisivos, segundo o Secretário, os seguintes fatores: o histórico prévio de parceria dessa unidade com o IRSSL e a existência de lideranças competentes no parceiro, com conhecimento sobre os setores público e privado.

Sobre o primeiro aspecto, temos que, desde 2003, a filantropia do Hospital Sírio-Libanês vinha firmando convênio com o HMIMJ para transferência de recursos destinados à realização de exames e cirurgias de alta complexidade, manutenção predial e apoio à área de informática. No total foram destinados R\$ 35 milhões (trinta e cinco milhões de Reais), entre 2005 e 2009, ao HMIMJ. (JORGE et al, 2012).

E, mesmo antes da pactuação com o Hospital Sírio-Libanês, a própria história do HMIMJ revela a vocação para a parceria público-privada no setor saúde. Sua origem remonta a 1938, quando foi fundado como o Sanatório Esperança, de propriedade privada, numa região central da cidade de São Paulo, o morro dos Ingleses. Apenas alguns anos depois, em virtude de dificuldades financeiras, os médicos proprietários venderam o Hospital para a

Prefeitura de São Paulo, que cogitou formas alternativas para o gerenciamento da unidade, conforme apontam JORGE et al (2012, p.31):

...desde a aquisição do Hospital, a Prefeitura de São Paulo buscava alternativas à gestão direta realizada pela Secretaria de Higiene, tendo considerado opções como convênio com a LBA, transformação em autarquia e conversão em sociedade civil. Assim, identifica-se, desde então, um discurso em prol de um modelo que conferisse maior flexibilidade ao gerenciamento da unidade.

Hoje o Hospital Municipal Infantil Menino Jesus é uma instituição pública que atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos. Como descreve o IRSSL em seu *website*, “O Hospital (...) é referência em pediatria na cidade e tem como objetivo prestar atendimento de qualidade de modo ético e humano, contando com excelente equipe de profissionais que atuam de forma integrada no tratamento dos pacientes”.

Sendo um modelo híbrido, o grande desafio para a OSS foi realizar mudanças nessa organização com estrutura, processos e cultura característicos da administração pública, além de um quadro de pessoal composto, a princípio, somente por servidores e empregados públicos. Certamente que não se modifica isso do dia para a noite, mas, passados quase quatro anos, é possível fazer uma análise dos caminhos tomados pela OSS para que fosse capaz de cumprir o que pactuou com o Estado mediante a assinatura do contrato de gestão.

As características organizacionais mais importantes desse caso de parceria público-privada são apresentadas no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Características Principais do gerenciamento de hospitais em funcionamento por OSS, Município de São Paulo

Quadro Legal	<ul style="list-style-type: none">▪ Arranjo organizacional das OSS criado pela Lei Municipal 14.132/2006▪ OSS submetidas ao direito privado
Propriedade	<ul style="list-style-type: none">▪ Pública: O aparelho de saúde continua sendo do Município.
Entidades responsáveis	<ul style="list-style-type: none">▪ Governo municipal é o financiador, legalmente responsável pela propriedade e titular da prestação dos serviços de saúde, cabendo a este a gestão da política pública nessa área▪ OSS é responsável pelo gerenciamento da unidade atendendo aos requisitos prescritos no contrato de gestão
Seleção da OSS para contratualização	<ul style="list-style-type: none">▪ Decisão discricionária do Secretário Municipal da Saúde, dentre as organizações qualificadas como tal (OSS)
Responsabilização	<ul style="list-style-type: none">▪ Pagadores (SMS/SP): indicadores de desempenho/qualidade e relatórios especificados no contrato▪ Reguladores (órgãos de controle): gastos e administração de

	recursos públicos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes: manifestação via ouvidoria e pesquisas de satisfação.
Autonomia de decisão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobre compras e contratos com fornecedores. Mas deve publicar no Diário Oficial da União regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público. ▪ Sobre processos gerenciais. Nesse caso específico do HMIMJ, não há autonomia total com relação à gestão de recursos humanos dos servidores e empregados públicos. ▪ Metas de desempenho negociadas com a SMS/SP ▪ Limites de gastos com remuneração de pessoal
Fiscalização	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas informatizados (implantados pela OSS) para emissão dos relatórios trimestrais de produção/qualidade, acompanhamento de despesas e custos, entre outros, que são apresentados aos órgãos de controle a SMS/SP.
Orientação para resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metas de produção e indicadores de desempenho estipulados no contrato de gestão, vinculados ao mecanismo de financiamento e supervisão por uma comissão de avaliação

Fonte: Elaborado pela autora, com base em quadro apresentado por La Forgia e Couttolenc (2009:192-193).

Como o modelo de contratualização com OSS se fundamenta sobre um controle finalístico, ou seja, sobre os resultados que o parceiro privado deve atingir, há diversos trabalhos acadêmicos que se dedicam a analisar questões relacionadas à eficiência do modelo, frequentemente comparando o desempenho dos hospitais geridos por OSS com aqueles geridos diretamente pelo estado. Nesse caso, o desempenho é analisado com base na produção da área finalística do hospital, em indicadores de produção da área assistencial, tais como índices de mortalidade e números de internação e de alta.

Mas, por trás do desempenho da área assistencial, está o que chamamos de “área meio”, responsável por oferecer todo o suporte administrativo e os recursos necessários (pessoal, material, tecnológico, financeiro, informacional) à prestação dos serviços de saúde. A proposta aqui é apresentar algumas mudanças nessa área meio do HMIMJ, que se efetivaram com a transição do gerenciamento público para o privado, procurando apontar o sentido de realização das mesmas. Além de apontar as mudanças mais gerais na estrutura do Hospital, como a criação e extinção de setores administrativos, o texto traz uma análise mais detalhada de três áreas: Recursos Humanos, Ouvidoria e Comunicação e Suprimentos e Almojarifado. A escolha de tais setores se deve à importância estratégica dos mesmos para o gerenciamento do Hospital (e para o cumprimento do pactuado no contrato de gestão),

considerando serem os responsáveis pelo fornecimento de recursos essenciais ao funcionamento do mesmo.

Embora a proposta seja a de um olhar para a organização administrativa do HMIMJ, é importante ressaltar que não se trata, de forma alguma, de questionar a autonomia e a flexibilidade gerencial que caracterizam a operação da OSS (e que são, inclusive, fundamentais ao funcionamento do modelo), mas sim buscar um aprendizado, que pode ser útil a casos de contratualização semelhantes, como até mesmo apontar ideias passíveis de serem implementadas na gestão de hospitais pela administração direta.

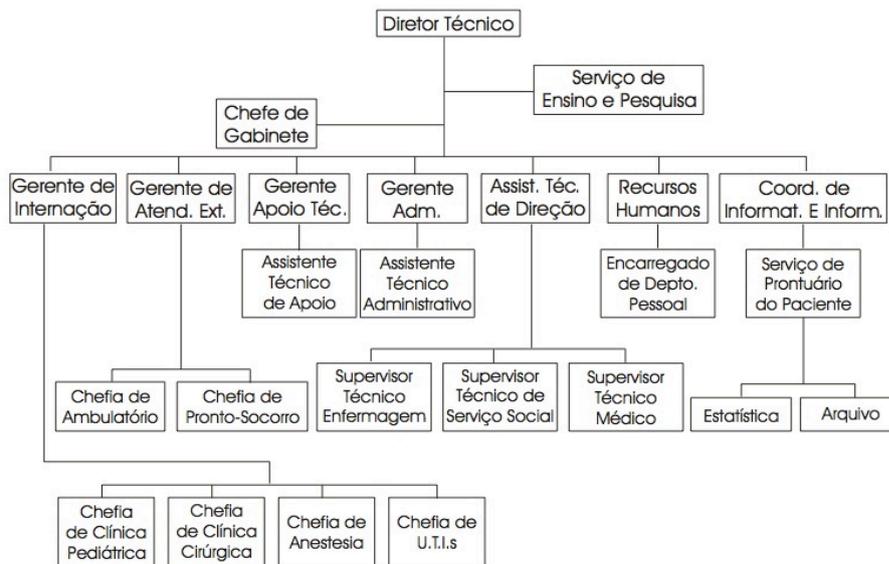
3.1 O impacto sobre a área meio

Quando a OSS assumiu o hospital, em novembro de 2008, trabalhavam lá 554 profissionais⁵, entre servidores públicos da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) e empregados públicos da Autarquia Hospitalar Municipal (AHM). Essas pessoas tiveram que optar entre permanecer no hospital, sob gerenciamento da OSS, ou solicitar remoção para outra unidade da SMS/SP, nos termos do Decreto Municipal Nº 49.462/2008, que disciplina o afastamento de servidores e empregados públicos que atuem nas unidades de saúde integrantes da Secretaria Municipal da Saúde e da Autarquia Hospitalar Municipal que estejam sob contratos de gestão firmados com Organizações Sociais.

Segundo a gerência de recursos humanos do hospital, o maior quantitativo de saídas ocorreu justamente na chamada área meio, representada pelos setores administrativos ou de gestão, que oferecem todo o suporte para o exercício da atividade assistencial (atividade finalística). Na época essa área meio era bastante reduzida (comparada à configuração atual) e, conforme demonstrado na figura 1 a seguir, estava concentrada na Chefia de Gabinete, no setor de Recursos Humanos e na Gerência Administrativa. Outro dado a apontar é que, com exceção dos ocupantes de cargos gerenciais, as pessoas envolvidas na área administrativa eram ocupantes de cargo de nível médio, sem especialização: os da Autarquia eram auxiliares técnicos administrativos e os da Prefeitura Agentes de Apoio.

⁵ Dados fornecidos pela Gerência de Recursos Humanos do HMIMJ.

Figura 1 – Organograma do HMIMJ antes da contratualização com a OSS



Ainda segundo a Gerência de RH do HMIMJ, o maior número de saídas ocorreu no quadro de pessoal vinculado à AHM, em virtude dos baixos salários. Uma parte destes solicitou remoção para outras unidades da SMS/SP (motivados pela oferta de uma gratificação e/ou pela proximidade da residência) e outros foram recontraçados pelo Instituto, migrando de vínculo mas permanecendo no Hospital (JORGE et al, 2012). A diretora-adjunta do hospital⁶ aponta que hoje um funcionário administrativo contratado pelo IRSSL ganha quase o dobro do servidor público administrativo, além de contar com benefícios. Essa diferença acabou por levar à insatisfação e à saída desses profissionais da unidade.

Conforme apresentado no quadro 2 abaixo, hoje há uma predominância (cerca de 77%) de profissionais contratados pela OSS na área meio do hospital. Além do Diretor-Executivo, que veio dos quadros da Prefeitura, há apenas mais uma chefia, responsável pelos setores de Rouparia e Administrativo, que é exercida por uma servidora pública da Prefeitura, uma enfermeira que foi contratada pelo IRSSL para exercer a coordenação, compondo o que chamamos de “duplo vínculo”. Nos demais setores administrativos/gestão a chefia é exercida por profissionais contratados pelo Instituto. Um fator que contribui para isso é a baixa profissionalização ou qualificação dos servidores e empregados públicos do quadro administrativo.

⁶ Entrevista realizada em 12/06/2012.

Quadro 2 – Profissionais da área meio por tipo de vínculo empregatício.

Setor	IRSSL	Prefeitura	Duplo Vínculo (Prefeitura + IRSSL)
ADMINISTRATIVO	2	5	1
ALMOXARIFADO	3		
COMPRAS	4		
CONTRATOS	1		
ENGENHARIA/OBRAS		1	1
EXECUTIVO	1	2	2
MANUTENÇÃO PREDIAL	15		
OUVIDORIA E COMUNICAÇÃO	2		
RECURSOS HUMANOS	10		
ROUPARIA	3	2	
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	7		
TOTAL	48	10	4
	77%	16%	6%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela gerência de RH do HMIMJ.

Além disso, dos profissionais que exercem cargos gerenciais, alguns tinham vínculo anterior com o próprio Hospital Sírio-Libanês e, portanto, foram hábeis em replicar no HMIMJ sistemas e processos adotados com eficiência nessa instituição. Um exemplo desse aproveitamento é a tabela salarial utilizada pelo HMIMJ, construída com base na tabela salarial do Sírio-Libanês. Mas, ainda que o gerenciamento do HMIMJ se beneficie, em alguma medida, da experiência de gestão do Sírio-Libanês, também fica claro que as duas instituições são geridas de forma independente, procurando estabelecer limites éticos e transparentes para compartilhamento de recursos.

Foi com essa preocupação que, quando tomou a decisão de contratualizar com a Prefeitura, o Sírio-Libanês optou por não estabelecer a parceria diretamente com a sociedade, e sim através de uma nova instituição. Nas palavras do Dr. Gonzalo Vecina Neto⁷, Superintendente do Sírio-Libanês,

O IRSSL foi criado especificamente para ser organização social e para gerenciar entidades do estado, de tal maneira que não se pusesse fazer nenhum tipo de acusação de que o hospital estaria transferindo recursos públicos para a iniciativa privada. As instituições privadas tem uma grande contribuição a dar para as instituições estatais na área da saúde, mas tem que ser uma coisa bastante transparente.

⁷ Entrevista realizada em 18/07/2012

Na prática isso significa que o IRSSL nasceu dessa contratualização, com a missão inicial de gerir o Hospital Menino Jesus, e somente foi expandindo a sua capacidade administrativa com o tempo, à medida em que novas parcerias foram sendo firmadas com o estado.⁸

Tal desenvolvimento confirma uma das conclusões apontadas pelo estudo desenvolvido por La Forgia e Couttolenc (2009), a de que, para sobreviver no novo ambiente (marcado por demandas sociais mais complexas, transformações tecnológicas e educacionais, diversificação de mercado, irregularidade do financiamento público e mudanças no sistema de pagamento) as instituições não lucrativas envolvidas na administração de hospitais (uma tradição histórica brasileira) se vêm obrigadas a mudar, estabelecendo processos de modernização e profissionalização.

Fundamental, ainda, destacar que essa expansão da capacidade administrativa do IRSSL foi primordial para um alinhamento com o próprio desenho da política pública de saúde no âmbito da Prefeitura de São Paulo. De acordo com a explicação do Secretário Municipal da Saúde, Sr. Januário Montone, o modelo de contratualização com OSS desenvolvido pela SMS/SP é territorial. O Sírio-Libanês, por exemplo, não tem um contrato com a Prefeitura somente para o HMIMJ. As unidades de saúde no entorno, de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), estão sendo gerenciadas por ele também. Nesse caso há um contrato de gestão para o HMIMJ e outro para as AMAs, mas há casos em que um mesmo contrato de gestão trata do gerenciamento de diversas unidades. O objetivo é criar toda uma linha de cuidados, desde a atenção básica, tratando as pessoas de forma preventiva e reduzindo custos e diminuindo a sobrecarga dos hospitais. Tudo isso sob o mesmo gerenciamento. Essa peculiaridade equaciona o problema de eventual falta de coordenação dentro da rede de saúde, mas torna necessário que a OSS tenha (ou que possa desenvolver) capacidade gerencial, sem o que fica inviável a consecução dessa política.

No caso do gerenciamento do Hospital Menino Jesus pelo IRSSL, o caminho da profissionalização fica evidente na adoção de certa separação entre a gestão e a governança. O Instituto define (e faz cumprir) suas políticas e diretrizes gerais, mas o HMIMJ possui a necessária autonomia para conduzir o gerenciamento cotidiano, contando com equipe própria de administradores, incluindo um gestor executivo, com dedicação integral, o que, de acordo

⁸ Hoje o IRSSL desenvolve diversos projetos em parceria com o estado, que abrangem Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Projetos de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Rede Social Bela Vista e Hospital do Grajaú.

com La Forgia e Couttolenc (2009), resulta em maior autonomia de decisão (comparativamente aos hospitais administrados pelos executivos estatutários da entidade, em tempo parcial).

Hoje o Instituto conta com sede administrativa própria, tendo estabelecido um Conselho administrativo e uma estrutura de serviços compartilhada entre seus diversos projetos de parceria público-privada, que são as unidades de prestação de serviços de saúde pública. Assim, por exemplo, embora os dois hospitais (Menino Jesus e Grajaú) sob seu gerenciamento tenham cada qual o seu setor de Recursos Humanos, o recrutamento e seleção é uma função centralizada na estrutura do IRSSL, e os custos de manutenção dessa área são rateados entre os recursos repassados pelo estado a essas duas unidades. A área de contratos e o financeiro são outros exemplos de setores que atendem a todas as unidades gerenciadas pela OSS. Tal forma de gestão atende a diretrizes de racionalização, de uniformidade de procedimentos e de otimização dos recursos visando a eficiência, devendo ser um caminho naturalmente adotado pelas OSS que administram mais de um serviço de saúde estatal. Afinal, um dos benefícios da contratualização é o ganho de escala que a OSS adquire no mercado, principalmente em relação a compras e contratos.

Mas, segundo a gerência de RH, não houve, intencionalmente, o afastamento dos profissionais da Prefeitura ou da AHM da área meio. Foi um processo que se deu voluntariamente, pelos motivos expostos acima, e também em virtude das mudanças na estrutura e nos processos organizacionais, necessárias para a implantação do novo modelo, com a introdução de ferramentas gerenciais e tecnologia do ente privado. Com essa reorganização da estrutura veio a abertura de novos postos de trabalho e a contratação de profissionais especializados também para a área de gestão.

A Nova Estrutura

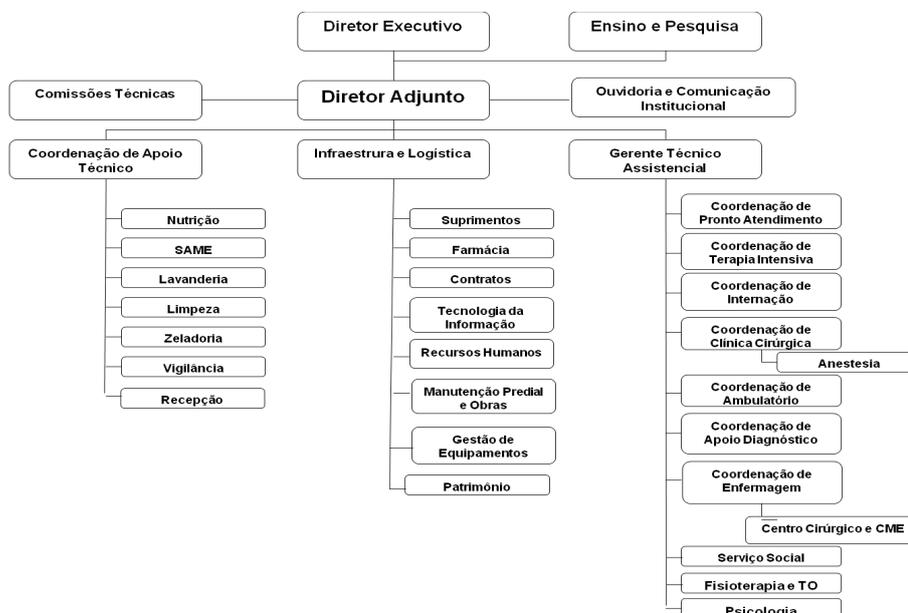
Com a transferência do gerenciamento do HMIMJ para a OSS, de imediato houve a necessidade de se promover alterações em sua estrutura, com a reformulação do organograma do hospital. Isso foi mandatário porque não havia no HMIMJ algumas áreas administrativas fundamentais, como a de recursos materiais, pois suas funções encontravam-se centralizadas na Secretaria Municipal da Saúde e na Autarquia Hospitalar Municipal.

Uma mudança importante foi a criação da figura do diretor-adjunto, posição ocupada pela Dra Pubenza Lopez, uma médica contratada pelo IRSSL para atuar no gerenciamento do hospital em parceria com o diretor-executivo, originário dos quadros da Prefeitura, e que foi

mantido no cargo. O papel dessa nova diretora foi implantar a lógica de operação voltada a resultados, com as transformações gerenciais necessárias. Apesar da ideia de hierarquia entre os dois cargos de direção, expressa inclusive no organograma, o intuito é que estes atuem em conjunto. Mediante observação e realização de entrevistas com a equipe do hospital, a percepção é que no HMIMJ o diretor-executivo representa uma forte liderança (principalmente para os servidores e empregados públicos) e, através dos anos dedicados à instituição, representa a sua história e tradição – acadêmica (via programa de residência médica) e na prestação de serviços de saúde, mas é a diretora-adjunta a responsável direta por coordenar e supervisionar o trabalho de toda a área meio.

Conforme o organograma atual do Hospital, apresentado na figura 2 abaixo, a área meio se concentra em duas coordenações: de apoio técnico⁹ e de infraestrutura e logística. Observa-se uma estrutura administrativa funcional, desdobrada em diversas áreas, com atribuições, responsabilidades e linha de comando bem definida. Tal configuração contribui para a responsabilização, comprometimento com os objetivos e agilidade operacional. Por outro lado, com um maior número de setores, há o desafio de estabelecer a comunicação e a integração entre os mesmos, e destes com a direção do hospital, para alinhamento e comprometimento com os objetivos e a missão do HMIMJ.

Figura 2: Organograma do HMIMJ sob gerenciamento da OSS



⁹ Os serviços sob essa coordenação foram, em sua maioria, terceirizados.

Nessa nova estrutura uma área criada pela OSS foi a de Ouvidoria e Comunicação Institucional. Antes existia a função de ouvidoria, em decorrência de uma exigência instituída pela Portaria nº 902/2002, da SMS/SP, que em seu Artigo 1º determina o seguinte:

Todas as Unidades da rede municipal da saúde sob gestão da Secretaria Municipal da Saúde deverão designar, até o dia 3 de abril de 2002, a Comissão de Acolhimento da Unidade e um profissional da equipe, para fazer a ouvidoria dos cidadãos que desejem apresentar opiniões, queixas ou propostas.

Mas essa função não constituía uma área ou setor, sendo exercida da seguinte forma: um profissional da área administrativa recebia as manifestações dos usuários e depois as repassava para a médica responsável pela ouvidoria (a qual estava ligada à diretoria). Quando a OSS assumiu o hospital, tomou inicialmente a seguinte medida: utilizando da sua flexibilidade para contratação de pessoal, admitiu um profissional especializado, da área de comunicação, o qual ficou incumbido de avaliar o funcionamento do serviço, para, posteriormente, apresentar proposta para sua reestruturação e conversão numa área específica, com atribuições e quadro de pessoal.

Nesse ponto, cabe ressaltar que tal decisão de investimento na área está relacionada com a importância atribuída à mesma pelo contrato de gestão, o qual prevê pesquisas de satisfação e canais de atendimento aos usuários, com vistas ao fortalecimento do ideal de responsabilização. Assim, temos que na contratualização é desejável que a OSS constitua, logo de início, um serviço eficiente para atendimento e monitoramento das manifestações dos usuários e funcionários do hospital, pautado, minimamente, pelas seguintes diretrizes: canais apropriados para recebimento das informações, sigilo, encaminhamento correto das questões, cumprimento de prazo de resposta, registro documental e fornecimento de resposta para o autor da manifestação.

A primeira conclusão apontada pelo profissional contratado pelo IRSSL foi a de que havia um desvirtuamento do propósito da ouvidoria, em função da forma como a mesma estava estruturada. Assim, toda e qualquer manifestação era acolhida, sem nenhuma avaliação inicial ou critério, o que fazia com que a ouvidoria fosse utilizada, muitas vezes, como um caminho “alternativo” para atendimento de solicitações que eram de responsabilidade de outras áreas. Com isso, recorria-se à ouvidoria quando um pedido de marcação de consulta com urgência era negado pelo setor responsável, por exemplo. Situações como essa geravam uma quantidade grande de solicitações de atendimento em

aberto, tomavam o tempo da médica responsável (que poderia estar se dedicando à área assistencial) e impedia a visualização do trabalho da ouvidoria. Mas, como não havia controle sobre esse processo, sequer se visualizava esse quadro de ineficiência, onde simplesmente estabeleceram um meio, com os recursos disponíveis, sem orientação para os resultados, infelizmente um quadro comum na administração pública.

Em virtude desse diagnóstico inicial foi constituído o setor de ouvidoria e comunicação, que conta hoje com dois profissionais e um estagiário, todos contratados pelo IRSSL. Não só a equipe, mas também as atribuições e os processos do setor foram reestruturados, e hoje a área consegue desenvolver duas importantes funções: a de ser um canal efetivo de comunicação, para acolhimento das manifestações dos pacientes, e a de transformar essas manifestações em insumos para melhoria do gerenciamento do hospital. Assim, cabe assinalar que, sendo a ouvidoria uma importante função tanto para a relação com o público como para a melhoria de resultados, o exemplo deveria ser aplicado em todos os hospitais públicos, independente do ente responsável pelo seu gerenciamento.

Recursos Materiais

Antes da OSS assumir o gerenciamento, a Autarquia Hospitalar Municipal era responsável pelas compras de material para o Hospital Menino Jesus, sendo estas realizadas de forma conjunta para todas as unidades da região centro-oeste, seguindo os procedimentos licitatórios previstos na legislação (Lei 8.666/93). De acordo com a própria enfermeira responsável pelo controle desses suprimentos no HMIMJ à época, esse sistema era ineficiente pois, além de haver demora na aquisição de materiais e serviços, não havia padronização de fornecedores e/ou de produtos, sendo comum faltar itens específicos para um hospital pediátrico. Também não havia muito controle relacionado a custo, qualidade e validade de medicamentos e materiais.

Logo que assumiu o gerenciamento do HMIMJ, o Instituto implantou os setores de suprimentos e de almoxarifado, contratando um profissional especializado para assumir a gerência dessas áreas. De início inventariaram todo o estoque existente no hospital, constituindo um cadastro informatizado e, desde então, seu controle passou a ser efetuado através de um sistema informatizado que se integra a outras funções administrativas do hospital. Para melhor gerenciamento da área implementaram um sistema de custos (método ABC), e passaram a trabalhar com estoque de 30 dias para a maioria dos produtos.

Por força do contrato de gestão, o IRSSL implantou um regulamento público de compras. Tal regulamento estabelece limites para modalidades de compras e procedimentos, e a divulgação de editais, se assemelhando em vários aspectos aos procedimentos da lei 8.666/93. A grande diferença está na autonomia que o dirigente possui para, ao final do processo, poder decidir sobre a escolha do fornecedor.

A área de suprimentos cumpre também uma série de indicadores de eficiência do Instituto e emite relatórios sobre toda a atividade da área para a gerência financeira, que presta informações à SMS/SP e aos órgãos de controle e auditoria.

Atualmente estão desenvolvendo um projeto de grande importância para o IRSSL – o estabelecimento de um sistema de administração compartilhado entre o Sírio-Libanês, o HMIMJ e o Hospital do Grajaú (de propriedade do Estado de São Paulo). O objetivo é obter ganho de escala na aquisição de materiais, equipamentos e serviços, assim como na gestão dos contratos. Tal trabalho, que envolve levantamento, catalogação e padronização de sistemas (hoje as unidades ainda utilizam diferentes sistemas de compras informatizados), deve ser concluído até o fim de 2012.

Segundo o gerente responsável, essas mudanças na área de suprimentos e de almoxarifado se revertem numa melhoria no atendimento aos pacientes. Antes, por exemplo, quando era agendada uma cirurgia, era frequente ter que solicitar o material para a AHM e aguardar. Hoje há um atendimento diário de pedidos, com gestão contínua do estoque. Nas palavras do gerente¹⁰, a mudança que foi introduzida pelo IRSSL foi uma gestão de compras e de estoque efetiva: “A autarquia não tinha essa visão. Ela comprava o mesmo tipo de material para todos os hospitais. Não importava que o HMIMJ era um hospital pediátrico. Então, havia muitos materiais que não eram necessários para esse hospital. Muitos estragavam.”

Recursos Humanos

Nesse caso de contratualização do HMIMJ, coube à área de recursos humanos (RH) um grande desafio: provar, na prática, que seria possível gerenciar (em conjunto com a direção do hospital) um quadro de pessoal composto por servidores públicos (regime estatutário, vinculados à Prefeitura de São Paulo), empregados públicos (regime celetista, vinculados à Autarquia Hospitalar Municipal) e contratados (regime celetista, vinculados ao IRSSL). Entre esses vínculos há diferenças significativas, referentes a aspectos como: regimes de trabalho, cultura organizacional, salários e benefícios.

¹⁰ Entrevista realizada em 02/08/2012.

No caso em análise, a OSS assumiu um hospital público em funcionamento (e com cerca de 50 anos de história), ou seja, não pôde começar do novo. Ao contrário, seu desafio inicial foi ter que incorporar as pessoas que lá trabalhavam dentro de uma nova proposta de administração gerencial, transformando o que já existia. Para a superação dessa questão contribuíram muito quatro fatores: a credibilidade do Sírio-Libanês, o relacionamento prévio que existia entre essa instituição (via filantropia) e o HMIMJ, o estabelecimento de ampla comunicação com os funcionários sobre a transição do gerenciamento e a manutenção de antigas lideranças em cargos de chefia.

Conforme destaca Ferreira Júnior (2004, p.46), “os recursos humanos representam em geral de 50% a 70% dos gastos de um hospital. Evidentemente, as possibilidades e os limites de gerenciamento dos recursos humanos são fundamentais no dia-a-dia de qualquer organização prestadora de serviço.” Para o gerenciamento dessa força de trabalho do HMIMJ foi importante reconhecer essas diferenças (até porque não há como eliminá-las) e pensar em modos (possibilidades e limites) de como lidar com as mesmas. Há insatisfação quanto às diferenças, mas que vem sendo gerenciadas, de forma a não se transformarem em conflitos.

O principal limite é que a área de RH não tem total ingerência sobre os servidores e empregados públicos, pois estes continuam subordinados aos seus empregadores para fins de políticas de pessoal, tais como avaliação de desempenho, promoção, remuneração e outras. Um ponto crítico é a dificuldade que a OSS tem para lidar com o mau desempenho de servidores e empregados públicos, pois tanto a punição quanto a transferência para outra unidade dependem de respostas mais efetivas da SMS/SP e da AHM.

Mas, no cotidiano, estes funcionários devem se submeter (assim como os demais) às políticas e regras de funcionamento da instituição, como o controle eletrônico de ponto, medida instituída pelo IRSSL.

Operacionalmente, para o dia a dia do atendimento, a área de RH designou um profissional para atender aos profissionais de cada vínculo. Assim, cada um desses profissionais tem conhecimento profundo sobre a legislação e processos a serem cumpridos em cada caso.

Segundo o gerente de RH da unidade, “os servidores públicos perceberam que não estávamos cobrando nada além do que eles já deveriam fazer e, além disso, estávamos implementando uma série de melhorias, ou seja, eles estavam vendo benefícios em troca”.

A gerência de RH tem pela frente mais alguns desafios. Um deles é a saída dos profissionais, notadamente os médicos e enfermeiras, do quadro de servidores públicos, que possuem uma média de 24 anos de serviço no HMIMJ e, portanto, estão próximos da aposentadoria. Há duas questões envolvidas: a perda da experiência, do conhecimento e da liderança representada por essas pessoas e a necessidade de negociação com a Secretaria Municipal da Saúde para o repasse de recursos adicionais necessários para a reposição dessas pessoas.

4. CONCLUSÃO

Hoje, olhando o conjunto das mudanças implementadas na estrutura do HMIMJ, percebe-se que as mesmas foram de fundamental importância para a consecução de dois ideais do modelo de contratualização com OSS: autonomia e eficiência.

A autonomia no gerenciamento, nesse caso, contribuiu positivamente para o sucesso da parceria (com o atingimento das metas pactuadas no contrato de gestão) e maior eficácia na prestação dos serviços de saúde à população. Mas o exercício dessa autonomia deve vir acompanhado de uma definição clara de papéis, de transparência e de responsabilização. Essa tríade de fatores é importante, inclusive, para a continuidade do modelo, capazes que são de fornecer resposta a muitos de seus críticos. E, sendo tão relevantes, devem estar refletidos na estrutura, nos processos e nas práticas da área meio das unidades, responsáveis que são pelo seu gerenciamento (e dos recursos públicos ali investidos).

Através do observado no HMIMJ, percebe-se que há uma boa coordenação de papéis entre as instituições envolvidas diretamente na parceria (embora nem sempre essa definição esteja claramente formalizada), cada qual comprometida com o seu desempenho. Essa coordenação é fundamental para a viabilidade desse modelo híbrido, em que a OSS depende tanto da SMS/SP como da AHM para administrar sua força de trabalho.

Um ponto ainda a avançar diz respeito à regulação, questão reconhecida, nesse caso, tanto pelo atual Secretário Municipal da Saúde como pelo Superintendente do Sírrio-Libanês. A constatação é que há baixa capacidade regulatória por parte do ente estatal, com poucos mecanismos de auditoria e controle sobre a qualidade dos serviços prestados pela OSS. Mas, ao menos no caso do HMIMJ pode-se dizer que, de forma geral, as práticas da área meio do

HMIMJ tem adotado princípios de governança e monitoramento. Talvez estes possam até contribuir para o desenvolvimento do modelo regulatório.¹¹

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bresser-Pereira, Luis Carlos. O modelo estrutural de gerência pública. RAP – rio de Janeiro 42(2):391-410, Mar./abr. 2008.

Jorge, Ilza Valéria M.; Santos, Julia Cristina A. F.; Schneider, Juliana Gazzotti; Laranja, Mirza R. A.. *Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização: O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus*. 2012.135 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Políticas Públicas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

La Forgia, M. Gerard; Couttolenc, F. Bernard. Desempenho hospitalar no Brasil: Em Busca da Excelência. São Paulo: Singular, 2009.

Costa, Renato Martins. Comparação de Hospitais Estaduais Paulistas. Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde. São Paulo, 2010.

Ferreira Junior, Walter Cintra. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas : estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde / Walter Cintra Ferreira Junior. - 2004. 129 f.

¹¹ De acordo com o Secretário Municipal da Saúde, Sr. Januário Montone, está em andamento o projeto de criação de uma agência regulatória municipal, a qual permitirá um aprimoramento importante: a separação dos papéis de gestor do sistema e fiscalizador.