

Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos*

State reform and organizational change:
a study of public hospitals

Nilson do Rosário Costa ¹
José Mendes Ribeiro ¹
Pedro Luís Barros Silva ²

Abstract *The paper analyses the process of diffusion of the state reform agenda in the social area, taking case studies from the health sector. It presents the processes by which public policy is formed and strategies established for bringing greater flexibility to administration. In each institution selected, identifies development trends, indicating the bottlenecks and potential of each model, as well as the scope for replication. It emphasizes the health sector reform from the point of view of organizational design, reconstructing the relevant institutional engineering related to forms of administrative flexibility. To reconstruct the arrangements for more flexible labor management, describes patterns of organization, selection criteria, forms of planning, evaluation and oversight criteria of effectiveness by type of care, and forecasts of impact on access and utilization.*

Key words *State Reform; Public Organization; Health Sector; Public Hospitals; Administrative Innovation*

Resumo *O trabalho analisa o processo de difusão da agenda da reforma no Estado, tomando como caso o setor saúde. Apresenta as estratégias e a configuração política pública orientada para a ampliação da flexibilidade administrativa. Estudando organizações específicas, identifica as tendências de desenvolvimento, indicando os estrangulamentos e potenciais de cada modelo assim como as condições para a sua adaptação e imitação. Enfatiza a reforma do setor saúde sob o ponto de vista do desenho organizacional, reconstruindo as engenharias institucionais mais relevantes relacionadas às experiências de flexibilidade administrativa. Para identificar os arranjos da flexibilização da gestão da força de trabalho, descreve os padrões organizacionais, os critérios de seleção de pessoal, as formas de planejamento, avaliação e supervisão e assinala os possíveis efeitos no acesso e utilização dos serviços públicos.*

Palavras-chave *Reforma do Estado; Organização Pública; Setor Saúde; Hospitais Públicos; Inovação Administrativa*

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, rua Leopoldo Bulhões 1.480, 9º andar, Manguinhos, 21041-210 Rio de Janeiro, RJ. nilsonrc@unisys.com.br
² Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas, Campinas, SP.

Introdução

Esta pesquisa de campo foi realizada nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo com a proposta de analisar a flexibilização da gestão pública e a inovação organizacional nos hospitais estatais das esferas federal, estadual e municipal. O trabalho de campo foi desenvolvido no período de março a setembro de 1999.

O projeto definiu como objetivos gerais de pesquisa:

- reconstituir o processo de difusão da agenda da reforma do aparelho de Estado na área de saúde;
- examinar as estratégias de flexibilização administrativa e as principais inovações gerenciais;
- identificar tendências de desenvolvimento, indicando pontos de estrangulamento e potencialidades de cada solução organizacional, bem como as suas possibilidades de generalização na administração pública.

A proposta de investigação tomou como hipótese que a mudança de modelo de gestão produz elevados custos exigindo um processo complexo de desenvolvimento de condições de *governance*, isto é, fortalecimento da capacidade pública de implementação de políticas acompanhado do estímulo à responsabilização democrática. Para identificar esse processo, foram analisados os desenhos institucionais produzidos, especialmente aqueles associados à responsabilidade e à regulação nos casos em que a mudança do modelo de gestão introduz a terceirização de hospitais públicos.

Com essa estratégia, a pesquisa encontrou novas modalidades de gestão; de estrutura organizacional; de critérios de seleção de pessoal; de planejamento, avaliação e controle, e um cenário em acelerada mudança em relação ao acesso e utilização de serviços hospitalares.

Esses processos têm se desenvolvido em um ambiente de clara percepção de ganhadores e perdedores em relação à implementação da política pública. A pesquisa localizou nessas relações os principais pontos de veto às novas modalidades de gestão pela identificação dos atores, seus recursos de poder e estratégias/interesses.

Para atingir esses resultados, a investigação recorreu a três estratégias de pesquisa:

- balanço exploratório por meio de um *check list* de autopreenchimento enviado aos direto-

res de hospitais para localizar o padrão de inovação e o perfil dos gestores de hospitais públicos (38 hospitais responderam a esse instrumento);

- entrevistas em profundidade com executivos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do nível federal para precisar o ambiente institucional que favorece ou impede o processo de mudança na gestão do setor;
- aplicação de questionário específico aos diretores de um conjunto de organizações selecionadas a partir dos indicativos do *check list* e das entrevistas com esses informantes selecionados (23 diretores de hospital responderam a esse instrumento).

Nessa seleção foram considerados não só os hospitais que ofereciam exemplos reconhecidos de mudança nos modelos de gestão como também as unidades em aparente processo de paralisia gerencial. Os 23 hospitais escolhidos para a pesquisa direta com questionário específico apresentam a seguinte distribuição de acordo com o vínculo jurídico e administrativo (Tabela 1).

A pesquisa partiu da hipótese geral que, diante da crise de legitimação da gestão hospitalar pública brasileira, a saída pela flexibilização administrativa seria uma resposta racional para ampliar o poder decisório do dirigente da organização hospital. Essa hipótese inicial da pesquisa foi logo ratificada pela acelerada aceitação dos mecanismos de flexibilização dos contratos de trabalho e da terceirização (contratação de terceiros para a provisão de serviços hospitalares) pela maioria dos executivos do setor público entrevistados.

A crise da gestão hospitalar pública brasileira seria especialmente grave porque os hospitais operariam, no plano micro-organizacional, dentro das características das organizações públicas “tipo ideal” assinaladas por Pe-

Tabela 1

Natureza da entidade mantenedora
Rio de Janeiro/São Paulo – 1999.

Natureza da entidade	V. abs.	%
Municipal	6	26,1
Estadual	7	30,4
Federal	10	43,5
Total	23	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

ters (1996): paralisadas diante de intensos e complexos constrangimentos legais produzidos pelo controle da instância legislativa, pelos níveis executivos do setor da saúde e dos tribunais de conta.

O quadro 1 resume as características mais relevantes da inserção da organização hospitalar pública na matriz administrativa brasileira a partir do qual a pesquisa problematizou as questões da flexibilização do modelo de gestão.

Dentro dessa matriz, as organizações teriam poucas alternativas de definição autônoma de estratégias para a gestão da força de trabalho, compra de bens e serviços, e gestão financeira.

O quadro 2 define as atividades de gestão de pessoal, aquisição de bens e serviços, e gestão orçamentária em relação às quais o gestor da organização teria reduzido ou nenhum poder decisório.

Esse ambiente restritivo da decisão autônoma da organização teve como origem a necessidade de oferecer estabilidade à organização em relação às decisões arbitrárias do poder público, especialmente dos executivos eleitos ou não. As regras rígidas serviriam como um claro limite às tentativas de uso dos seus recursos para práticas de patronagem pelos governantes. Os rígidos procedimentos formais utilizados para o recrutamento de pessoal para a administração pública possibilitaram a eliminação de todo critério privado e personalista para a entrada no serviço público.

Esse processo deu origem ao modelo administrativo organizacional-burocrático ao fazer uma opção, como descreve Silberman (1993), pelo desenvolvimento de carreiras do serviço público padronizadas, sistemáticas, hierarquizadas e previsíveis no interior de organização estatal; que domina a dotação de recursos públicos, cujo ingresso seria exclusivamente por concurso público.

A formatação organizacional do Estado brasileiro resultante da Constituição de 1988 assumiu a orientação da administração burocrática normativa visando minimizar a possibilidade do uso dos recursos públicos para fins de patronagem. O efeito colateral dessa decisão foi o enrijecimento das organizações públicas pela permanência do foco do desempenho em meios e processos.

A administração pública brasileira manteve ao longo da década de 1990 a situação comentada, em outro contexto, por Thompson e

Ingraham (1996): limitada em sua capacidade operacional e processual em razão da baixa possibilidade de escolha do gestor; submetida em suas decisões aos controles administrativos formais e às fontes difusas e externas de autoridade e influência. A crise da gestão pú-

Quadro 1

Matriz administrativa da gestão hospitalar pública, década de 1990.

Definição

Entidade jurídica de direito público
Integra a administração pública direta

Controle

Direto do executivo – poder público
Dirigentes investidos nos cargos na forma da lei estabelecida pelo poder público

Objetivos e fins

Realização de serviços e atividades de interesse coletivo

Financiamento

Recursos repassados pelo poder público para a consecução de finalidades
Outras receitas sujeitas a controle legal

Leis regentes

Lei nº 8.112/90 – Regime Jurídico Único
Lei nº 8.666/93 – Licitações e contratos
Lei nº 4.320/64 – Legislação complementar – Orçamentos e finanças

Gestão de pessoal

Contratos de trabalhos pelo Regime Jurídico Único
Planos de carreira
Ingresso por concurso público
Salário regulado pela União
Contratação autorizada pelo poder público

Insulamento organizacional

Próprio do poder público
Impenhorável
Não responde por execução judicial
Goza de privilégios processuais

Mecanismo de avaliação e desempenho

Burocrático
De meios e processos sem avaliação de resultados

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Quadro 2

Atividades sob baixo grau de responsabilização do diretor da organização hospitalar.

Na gestão pessoal	Na aquisição de bens e serviços; gestão orçamentária
Definir pessoal	Definir prazos de publicação de editais de licitação
Admitir e demitir	Padronizar editais e isentá-los de parecer jurídico
Definir planos de benefícios	Definir veículo de comunicação para publicação de editais
Negociar e definir salários e conceder vantagens	Ampliar os valores da tabela de licitação
Elaboração de folhas de pagamento e efetivo controle	Definir critérios próprios de julgamento de propostas
Definir normas de acompanhamento de pessoal	Negociar com participantes os preços apresentados em licitações
Alterar cargos	Renovar contratos de fornecimento contínuo Opor interesse da organização conforme seu critério
Estabelecer critérios para progressão funcional	Executar o orçamento de modo global, sem restrições de grupos ou elementos de despesa
Pagar horas extras	Definir critérios para viabilizar as alienações de bens

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

blica hospitalar nessa década deveu-se à falta de alternativas que ampliassem a capacidade dessas organizações responderem às novas demandas por qualidade e presteza no atendimento. Em fins da década, em nossa hipótese, esse cenário seria radicalmente alterado pela ampla difusão da agenda da flexibilização administrativa. Os dados que comentamos adiante servem para situar as tendências de processo de mudança no padrão da gestão pública no setor saúde.

Pressupostos analíticos: efeito ônibus e socialização de comunidades técnicas

A metodologia de pesquisa considerou como hipótese preliminar que no setor saúde seria verificável, no plano micro-organizacional, o mecanismo de *policy bandwagoning* – que poderia ser traduzido por “efeito ônibus” em políticas – que consiste no processo de emulação, pelos governos e dirigentes organizacionais, de experimentos bem-sucedidos de criação ou flexibilização administrativa em outros contextos, principalmente a partir da experiência internacional. Os governos em ambiente democrático exibem uma característica comum: a busca de sobrevivência e competitividade num sistema de intensa avaliação de performance. O monitoramento por parte das elites governamentais de inovações e políticas

“que funcionam” tende a ser mais intenso nesse contexto.

Essa hipótese seria comprovada caso fosse verificável uma orientação normativa articulada e induzida a partir das instâncias do executivo para o nível organizacional que levasse à adoção da flexibilização dos mecanismos formais da administração burocrática.

Esse processo exigiria, ademais, uma articulação a mecanismos de indução: coerção material ou de alavancagem (Stallings, 1996), ou seja, o uso direto do poder para produzir mudança nos diferentes níveis e setores das administrações subnacionais. Esse processo recorreria de modo explícito ao uso de condicionalidades das agências internacionais de cooperação multilateral que, nos anos 80, aparecem associadas a mudanças da capacidade de ação dos estados nacionais em áreas específicas de política (Stallings, 1996).

Os dados da pesquisa não sustentam essa hipótese. Não se identifica para a saúde no Brasil uma agenda de reforma padrão *big bang*, como denomina Ham (1998): estratégia de implementação de reforma abrangente e sistêmica. Esse padrão de reforma do setor saúde foi adotado com sucesso pela Inglaterra e depois difundido ou adaptado nos países europeus ao longo da década de 1990.

Essas mudanças caracterizam uma segunda onda de reformas no setor saúde, diferenciada em relação à agenda de reforma da década

da anterior na medida que focalizou setores específicos e não a “indústria da saúde”; voltou-se para o controle de custos e volume de produção e não apenas para a despesa total; e introduziu principalmente mudanças microeconômicas, de natureza organizacional, para promover eficiência e responsabilização.

Interessa destacar que a segunda onda de inovação incidiu sobre a eficiência na gestão hospitalar estimulando a redução da autonomia decisória médica que gera despesas e custos. No ambiente hospitalar sob baixa responsabilização essas decisões são tomadas sem parâmetro gerencial e sem a informação sobre os custos das diferentes opções disponíveis. Nas situações em que essas opções estão disponíveis, ocorre considerável resistência em adotá-las em razão da cultura técnica da autonomia decisória da profissão.

Uma outra fonte de ineficiência na gestão hospitalar foi relacionada à baixa qualidade do controle do trabalho e da infra-estrutura. Na maioria dos casos, serviços que poderiam ser produzidos de modo mais efetivo por *outsourcing* (por terceiros) permaneciam com a produção internalizada no hospital.

Na reengenharia da administração dos hospitais procurou-se também introduzir novos métodos de controle de materiais e insumos e regular a incorporação de tecnologias através da focalização da gerência baseada em metas contratualizadas.

Outra inovação foi o fortalecimento dos pagadores *vis-à-vis* aos hospitais, sejam autoridade sanitária, seguradores privados ou negociadores de seguro social. Foi estimulada a adoção, pelas autoridades sanitárias, de condutas mais responsáveis em relação à qualidade da provisão de serviços que contratavam e à eficiência na destinação de recursos.

A reorientação organizacional afetou diretamente os provedores – especialmente os hospitais –, habituados a uma lógica ineficiente de despesas e à inflação na formação de preços. Novos papéis foram definidos para os compradores nas relações contratuais com os provedores, mediante incentivos e sanções, para que os orçamentos ficassem dentro de limites ou tetos acordados. Os compradores de serviços deixaram de financiar as organizações hospitalares deficitárias, que ficaram expostas ao risco de falência e fechamento.

Os compradores foram incentivados a tornarem-se agentes mais eficientes de compra de atenção, isto é, gestores de orçamentos mais

permeáveis à consideração de mérito e custo-efetividade, através do aumento da responsabilidade sobre a qualidade e a quantidade da atenção que adquirem.

A segunda onda de reformas foi centralizada na definição de incentivos às organizações e serviços públicos para maior autonomia e responsabilidade pela introdução de mecanismos de flexibilidade nas relações de trabalho, contratos de gestão e competição para a prestação de serviços específicos demandados pelo gestor.

Em comparação a esses processos, o setor saúde brasileiro não serve de exemplo para um estudo de implementação abrangente de reforma setorial: as inovações menos desenvolvidas nos processos de inovação no setor foram as de natureza organizacional a despeito da definição clara de uma agenda de reforma do Estado com elevada taxa de implementação para os demais segmentos da economia (Bresser Pereira, 1998).

Se a hipótese do efeito ônibus não é sustentável empiricamente, restaria, portanto, confirmar a idéia generalizada de que a gestão pública hospitalar brasileira estaria em um processo de paralisia estrutural levando ao “sucateamento da rede pública de atenção à saúde brasileira”, condenada a oferecer péssimas condições de atendimento, a obsolescência das instalações físicas e equipamentos, as dificuldades de manutenção e de reposição de pessoal e a precariedade dos procedimentos gerenciais (Camargo, 1999).

Essa paralisia estrutural seria expressa no plano organizacional pela pouca clareza de objetivos, falta de profissionalização dos gestores, falta de capacitação e desenvolvimento de pessoal, escassez de recursos financeiros e a insuficiência de planejamento e de padrões internos e externos de comparação entre serviços com as mesmas características (Lima, 1996).

Os dados da investigação indicam a existência de outro processo de mudança: a reforma do setor saúde transcorre por mecanismos de difusão de novos padrões de prática administrativa na comunidade técnica dos gestores de organização pública. As mudanças organizacionais têm ocorrido de modo fragmentado, localizado e experimental.

Verifica-se o que Ikenberry e Kupchan (1995) denominaram de “socialização de normas e redesenho de valores” sobre as funções do Estado ou o papel das organizações públicas. A “socialização de políticas” é diferenciada

em relação ao padrão *big bang* porque representa a função de “aprendizagem social” de valores ou crenças sobre alternativas substantivas de gestão face ao *status quo*.

A aprendizagem social pode ser definida como um processo pelo qual o conhecimento relevante se acumula e se dissemina pelo sistema decisório público. Esse conhecimento acumulado apresenta-se como relativamente consensual no seio de grupos específicos – principalmente em comunidade de especialistas em políticas. A comunidade de especialistas – ou comunidade epistêmica segundo Haas (1992) – não se reduz a “profissão”, “grupo de interesse” ou “burocracia” por compartilhar um conjunto de princípios e normas, crenças causais, concepções de validade e horizonte técnico-político. A comunidade epistêmica terá como principal fonte de poder a autoridade cognitiva do conhecimento técnico-científico aplicado à implementação e gestão de políticas e organizações (Melo & Costa, 1994).

As elites técnicas e a burocracia executiva são os principais agentes responsáveis por esse comportamento adaptativo voltado para a introdução de inovações. Há nessa emulação pela gestão voltada ao desempenho organizacional fins estratégicos bem-definidos.

O contexto democrático estabelece fortes imperativos de sobrevivência e competitividade política através do julgamento periódico pelos eleitores/clientes, aumentando nos executivos locais as preocupações com “o bom governo” e com as temáticas de performance organizacional. A necessidade do bom governo pressiona a busca pela qualidade organizacional e favorece o ambiente propício à flexibilidade e à experimentação.

As características de formação técnica do gestor do hospital público nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro

A constatação da acelerada difusão de inovações pelo processo da socialização técnica é sustentável pelas características da especialização do diretor de hospital “tipo ideal”, a despeito de ser a ocupação uma opção de “carreira” praticamente decorrente da profissão médica. A profissão médica conforma a função de direção hospitalar (94,4%) como mostra a tabela 2. Ela é também uma função masculina (81,6%) e os seus membros têm idade média de 51 anos.

A alta proporção de diretores que responderam ao instrumento do *check-list* com curso de especialização – 68,4% – em administração em saúde ou gestão hospitalar mostra que os eles são expostos à “norma culta” da gestão pública e ao aprendizado de novas soluções gerenciais.

Os dados revelam que a função de gestor organizacional tem induzido o profissional médico a interagir com conteúdos técnicos e teóricos que não pertencem às especialidades médicas por meio de cursos de pós-graduação. As novas exigências de qualidade na gestão permitem afirmar que o aprendizado formal nos cursos de especialização serve como uma fonte para a busca de soluções que a simples vivência “cotidiana” na função é incapaz de responder. Essa aprendizagem técnica atua como um mecanismo de ratificação e impulso para o experimentalismo na gestão organizacional em todos os níveis do sistema (Tabela 3).

Essa característica de “carreira da gestão hospitalar” é a explicação para que 43,5% dos diretores de hospital que responderam ao ques-

Tabela 2

A função de diretor de acordo com a profissão nos 36 hospitais que responderam o item no *check-list*.

Profissão	V. abs.	%
Médico	34	94,4
Sociólogo	1	2,8
Administrador hospitalar	1	2,8
Total	36	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Tabela 3

A função de diretor de acordo com o curso de especialização em administração ou gestão hospitalar – Hospitais selecionados – Rio de Janeiro/São Paulo – 1999.

Possui curso de especialização em administração ou gestão hospitalar?	V. abs.	%
Sim	26	68,4
Não	12	31,6
Total	38	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

tionário específico tenham sido indicados em razão de “critérios exclusivamente técnicos” (chamada pública e avaliação curricular; qualificação técnica em administração hospitalar etc.) (Tabela 4)

Os demais (57,14%) nomeados por “critérios não técnicos” – em razão de escolha pelo executivo, indicação de liderança política, sindical ou comunitária, ou eleição direta – detêm formação especializada adequada à função, isto é, um perfil similar aos nomeados pelo perfil curricular (Tabela 5). Esse dado mostra que a formação profissional criou no ambiente da gestão pública uma “regra de entrada” que estabelece critérios, mesmo nas nomeações de caráter não técnico para o acesso à função de diretor de hospital.

O padrão de inovação organizacional

As inovações no portfólio de serviços da organização pública hospitalar tenderam a uma expressiva diversificação considerando as 38 respostas ao *check-list* (Tabela 6).

Detalhando essas inovações para os hospitais que responderam ao questionário específico, a análise da distribuição por modalidades de inovação ratifica a constatação de uma **forte reorientação organizacional para o usuário/paciente**:

Tabela 4

Processo de escolha do diretor
Rio de Janeiro/São Paulo – 1999.

Processo de escolha	V. abs.	%
Qualificação técnica	10	43,5
Confiança política	13	56,5
Total	23	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Tabela 5

Relação da escolha do diretor com a formação em gestão hospitalar.

	Tem especialização (%)	Não tem especialização (%)	Total (%)
Confiança política	57,14	42,86	100,0
Qualificação técnica	88,89	11,11	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

- 68,2% utilizam a estratégia de reorganização da porta de entrada como central de internação, de marcação de consultas e exames;
- 50% desenvolveram estratégias de atenção domiciliar;
- 50% recorrem à reorganização do atendimento pela criação de hospital-dia;
- 40,9% promoveram a institucionalização de ouvidorias e outros organismos de garantia de direitos dos pacientes;
- 36,4% criaram centrais de marcação ou outras formas de redução de barreira de acesso;
- 36,5 instituíram a participação de associações e comunidades em itens de decisão do hospital.

No item gestão de pessoal, observa-se que **as inovações organizacionais perseguem uma clara estratégia de flexibilização contratual em relação à profissão médica e às demais profissões de nível superior**. A frequência das inovações aparecem com a seguinte distribuição:

- 45,5% dos hospitais introduziram novas formas de relação trabalhista com os médicos e outros profissionais de nível superior;
- 31,8% introduziram formas de incentivos ao desempenho profissional não contempladas ou vedadas pelo Regime Jurídico Único;
- 31,8% obtiveram autonomia para a gestão de recursos humanos.

No item reorganização da infra-estrutura, observa-se **um importante esforço de atualização tecnológica e expansão de capacidade de hotelaria**. A frequência da expansão de infra-estrutura aparece com a seguinte distribuição:

- 59,1% dos hospitais registraram obras, abertura de novas instalações ou adequação física;
- 54,5% dos hospitais adquiriram novos equipamentos no período da pesquisa.

No item ampliação da governabilidade na gestão financeira, constata-se **um desenvolvimento ainda lento de mecanismos que permitam maior decisão na gestão orçamentária**

Tabela 6

Inovações apresentadas na gestão e na atenção à saúde – Rio de Janeiro/São Paulo – 1999.

Inovações	Tem (%)	Não tem (%)	Total (%)
Central de internações	52,6	47,4	100,0
Central de marcação de consultas	55,3	44,7	100,0
Central de marcação de exames	55,3	44,7	100,0
Incentivo à qualidade ou produtividade dos profissionais	55,3	44,7	100,0
Avaliação de desempenho profissional individual ou por equipe	47,4	52,6	100,0
Direção escolhida por critérios que incluem qualificação em administração hospitalar	44,7	55,3	100,0
Avaliação de qualidade da gestão	42,1	57,9	100,0
Avaliação de satisfação do usuário	76,3	23,7	100,0
Certificado de acreditação hospitalar	23,7	76,3	100,0
Inovação no sistema de compras	47,4	52,6	100,0
Inovação na contratação de profissionais*	73,7	26,3	100,0
Contrato de gestão	10,5	89,5	100,0
Profissionalização da gestão	44,7	55,3	100,0
Gestão colegiada	57,9	42,1	100,0
Atenção domiciliar	23,7	76,3	100,0
Aumentos salariais lineares	23,7	76,3	100,0
Aumentos salariais diferenciados	10,5	89,5	100,0
Mudanças no modelo de atenção	47,4	52,6	100,0
Follow up	44,7	55,3	100,0
Outros	13,2	86,8	100,0

*Inclui instituições de todas as modalidades (como unidades de administração direta e indireta) que possuem profissionais de nível superior contratados fora do Estatuto do Servidor Público, tal como cooperativados, celetistas, entre outros. Estes dados englobam 38 hospitais selecionados, sendo 17 do Rio de Janeiro e 21 de São Paulo.

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

e aquisição de bens (destinação de despesas e a criação de novas fontes de receitas). A frequência das inovações aparecem com a seguinte distribuição:

- 40,9% informam que otimizam a gestão do orçamento;
- 45,5% informam ter autonomia de gestão orçamentária;
- 36,4% buscaram suporte em fundação de apoio ou entidades similares;
- 27,3% ampliaram a disponibilidade de recursos financeiros no período;
- 18,2% informam ter autonomia na aquisição de itens de custeio.

A distribuição das inovações organizacionais nos 23 hospitais onde foi aplicado o questionário está sintetizada na tabela 7.

A mudança na natureza jurídica da organização hospitalar

O processo de inovação faz com os executivos e os dirigentes dos hospitais busquem estratégias de flexibilização que minimizem os custos da gestão pública. Essas mudanças afetam a definição jurídica das entidades no direito público; os objetivos e fins da organização; a forma de obtenção de receitas pela criação de mecanismos alternativos de gestão de recursos obtidos no mercado; a obediência às leis do Regime Jurídico Único; de Licitações e Contratos; e a legislação de orçamentos e finanças. Essa tendência à acelerada flexibilização aparece nas tabelas comentadas a seguir.

A tabela 8 mostra que no universo de 23 hospitais da rede pública da Região Metro-

litana do Rio de Janeiro e São Paulo que responderam o questionário específico, 47,8% utilizam formas de flexibilização administrativa que afetam a definição jurídica das entidades no direito público.

Entre as formas de administração alternativas ao direito público está um leque restrito de soluções em que se destacam:

- **as fundações de apoio:** entidades privadas conveniadas, instauradas pelas direções das organizações públicas para permitir agilização na gestão de receitas complementares à dotação pública; aquisição e alienação de bens e patrimônio; remuneração complementar de funcionários e profissionais da administração regidos pelo RJU; contratação de recursos humanos; introdução de incentivos; implementação de obras e ampliação de infra-estrutura etc.;
- **as cooperativas de profissionais de médicos:** arranjos legalmente instituídos e que fre-

qüentemente vendem serviços à rede pública. Os gestores do SUS (estados e municípios) recorrem a esta modalidade, simples ou combinada, para suprir deficiências em alguns setores, como no caso da compra de serviços de anestesistas, de serviços de plantonistas médicos em fins de semana. As cooperativas propriamente ditas foram instituídas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para prestação de serviços médicos e de enfermagem no Hospital Lourenço Jorge e pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em regime combinado entre salário de estatutário e complementação por cooperativa, para oferecer serviços no Hospital da Posse em Nova Iguaçu (RJ). Na cidade de São Paulo foi desenvolvida uma modalidade singular de cooperativa para a gestão de sistema local e oferta de serviços, implementada pela prefeitura municipal pelo Plano de Assistência Médica (PAS);

Tabela 7

Inovações apresentadas na gestão e na atenção à saúde – Rio de Janeiro/São Paulo – 1999.

Inovações	V. abs.	%
Autonomia orçamentária	9	40,9
Autonomia gerencial	10	45,5
Autonomia na gestão de recursos humanos	7	31,8
Suporte de Fundação, Sociedade de Amigos ou similares	8	36,4
Introdução de incentivos ao desempenho profissional	7	31,8
Criação de centrais de marcação ou outra redução de barreiras de acesso	8	36,4
Criação de hospital-dia	11	50,0
Organização de atenção domiciliar	11	50,0
Repactuação das relações com os médicos	10	45,5
Ampliação da disponibilidade de recursos financeiros	6	27,3
Mudanças na organização do trabalho dos profissionais	10	45,5
Reorganização da porta de entrada	15	68,2
Autonomia em outros itens de custeio	4	18,2
Otimização do orçamento	11	50,0
Obras, abertura de novas instalações ou adequação física	13	59,1
Aquisição de novos equipamentos	12	54,5
Participação mais decisiva de associações e comunidade em itens de decisão no hospital	8	36,4
Desenvolvimento de ouvidoria ou outro organismo de garantia de direitos dos pacientes	9	40,9
Outras inovações	4	18,2

Estas informações englobam 23 hospitais selecionados, sendo 17 do Rio de Janeiro e 6 de São Paulo. Um diretor de hospital do Rio de Janeiro não respondeu a pergunta. Esta pergunta admitia mais de uma resposta para o mesmo entrevistado. Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Tabela 8

Modelo administrativo nos hospitais públicos – 1999.

Forma da administração	V. abs.	%
Administração burocrática	12	52,2
Administração flexibilizada	11	47,8
Total	23	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

- **as organizações sociais:** entidades jurídicas formalizadas pelo projeto de Reforma da Administração Pública do governo federal de 1995 que inova a administração pública ao definir as organizações sociais como entes públicos não-estatais criados para absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, retiradas da administração direta, e administrar bens e equipamentos do Estado. São constituídas por associação civil sem fins lucrativos para a execução de atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

Orçamentação e gestão financeira

Esse processo afeta também a forma de obtenção de receitas pela criação de mecanismos alternativos de captação e gestão de recursos públicos extra orçamentários. Os dados da tabela 9 mostram que 30% dos hospitais obtiveram receitas complementares aos recursos de orçamentação global que recebem do tesouro público. Essas receitas são originadas de várias fontes:

- por meio de transferências para as fundações de apoio à gestão hospitalar;
- por receitas do sistema de autorização de internação hospitalar (AIH-SUS) ou do atendimento ambulatorial (SAI-SUS);
- por convênios com provedores ou seguradoras privadas;

Embora os mecanismos de obtenção de receitas sejam restritos a 1/3 dos hospitais analisados, as respostas associadas à decisão de despesas revelam que 60% dos gestores de hospital entrevistados percebem que detêm uma elevada autonomia decisória, enquanto 40% revelam não deter qualquer autonomia decisória (Tabela 10).

Gestão de recursos humanos

As alterações na gestão de pessoal indicam que os gestores têm buscado romper com os limites do direito público para os contratos de trabalho regidos pelo RJU, criando ou acatando em alta escala – 78% – formas complementares ou alternativas ao concurso público para a contratação de pessoal no setor público. Importantes mecanismos de decisão em relação à contratação de pessoal são definidos não mais exclusivamente pelo poder público central e sim pela decisão gerencial da própria organização (Tabela 11).

Essa ampliação de autonomia decisória associada à flexibilização de contratação possibilitam que 56,5% registrem formas de incentivo salarial no âmbito da organização (Tabela 12).

Ainda assim, os mecanismos de incentivo ao desempenho profissional – onde existem – aparecerem fortemente dependentes da decisão do executivo setorial: apenas 31,5% das organizações decidem que tipo de premiação podem oferecer diretamente em função de desempenho (Tabela 13).

Tabela 9

Mecanismos de obtenção de receitas – 1999.

Tipo de financiamento	V. abs.	%
Orçamento global	16	69,6
Orçamento global e outras formas de financiamento	7	30,4
Total	23	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Tabela 10

Distribuição de autonomia decisória nos hospitais pesquisados.

Decisão sobre despesas da organização	V. abs.	%
Com autonomia decisória sobre o orçamento	14	60,9
Sem qualquer autonomia orçamentária	9	39,1
Total	23	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Aquisição de bens, controle e avaliação

Do conjunto de hospitais que responderam o questionário específico, um número elevado de hospitais – 70% – orienta os processos de compra de serviços e aquisição de bens dentro da lei 8.666 de licitações (Tabela 14), apesar das mudanças registradas na gestão de pessoal ou financeira. O item de compra é certamente o setor da gestão pública onde mais lentamente avança o processo de flexibilização e autonomia organizacional por concentrar alta evidência de fonte de corrupção e captura de recursos públicos.

Esses dados são coerentes com a informação em relação às formas de controle e avaliação desenvolvidas pelas várias instâncias da administração pública: os dados dos 23 hospitais analisados indicam que apenas 39% dos hospitais pesquisados consideram que estão submetidos a mecanismos de prestação de contas que afetam positivamente o desempenho da organização, enquanto os 60% restantes assinalam que apenas respondem a forma usual de controle de meio e procedimentos (Tabela 15).

Acesso e dupla porta de entrada

Um dos pontos importantes da flexibilização é definir se esse processo afeta os critérios de acesso aos serviços dos hospitais públicos pelas populações pobres. A pesquisa definiu previamente que a norma da universalidade do Sistema Único de Saúde restringia totalmente a possibilidade de escolha pela organização pública hospitalar de qualquer estratégia de exclusão ou seleção de pacientes. A estratégia alternativa dos hospitais a essa restrição tem

sido a de definir a idéia do duplo acesso: admitir a universalidade para os pobres acessarem os seus serviços ao mesmo tempo que eles são disponibilizados à clientela que podem remunerá-los pelo seguro saúde. Pela tabela 16 nota-se que 21,7% dos hospitais pesquisados já registram formas de duplo acesso de pacientes aos seus serviços.

Esse mecanismo traz o risco de gerar a diferenciação de serviços e da hotelaria oferecidas a ambas as clientelas, acentuando a iniquidade na utilização de serviços de saúde e levando a mudança de missão organizacional dos hospitais públicos situados nas Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo.

As vantagens desse processo consistem em fazer com que segmentos da classe média não apenas utilizem esses hospitais de modo instituído – o que favorece a vocalização por qualidade – como também gerem receitas complementares ao orçamento público.

Esse processo necessitará de um grande esforço de natureza regulatória porque a definição da dupla porta de acesso aparece, segundo a tabela 17, diretamente associada a maior flexibilização *vis-à-vis* ao controle e avaliação formais, ou seja, a saída das amarras da admi-

Tabela 11

Mecanismos de contratação de profissionais de saúde de nível superior – Rio de Janeiro/São Paulo – 1999.

Formas de contratação	V. abs.	%
Exclusivamente por concurso para cargo público	5	21,7
Concurso para cargo público e outras formas de seleção pessoal	18	78,3
Total	23	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Tabela 12

Estrutura de incentivos no plano organizacional.

Possui plano de incentivos	Total	%
Sim	13	56,5
Não	10	43,5
Total	23	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Tabela 13

Gestão de profissionais de saúde de nível superior – 1999.

Formas de incentivo	V. abs.	%
Planos de incentivos centralizados em órgão público	8	61,5
Planos de incentivos definidos na própria unidade que inclui avaliação de desempenho individual e/ou de equipes	5	38,5
Total	13	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Tabela 14

Mecanismos de compra de equipamentos, materiais e realização de obras, Rio de Janeiro/São Paulo – 1999.

Mecanismos	V. abs.	%
Lei de licitações	16	69,6
Outras formas	7	30,4
Total	23	100,0

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

nistração direta gera incentivos a diferenciação das clientelas porque a organização passa a oferecer maior possibilidade de captação otimizada de receitas.

O ambiente da inovação organizacional

Nesse ponto é mostrada a percepção dos gestores de hospital em relação às inovações que estão implementando. Os dados tabulados pela pesquisa a partir de uma escala sociométrica de baixo, médio e alto grau indicam, pela percepção dos diretores de hospital, que as inovações hospitalares bem-sucedidas são aquelas que associam em alta escala:

- apoio da comunidade atendida pelo hospital;
- intensidade com a qual presta conta a organismos comunitários ou conselho curador;
- apoio dos médicos às inovações introduzidas;
- grau de responsabilização pelos resultados;
- controle de qualidade nos contratos de manutenção de equipamentos;
- densidade tecnológica dos equipamentos disponíveis;
- grau de satisfação da direção com a qualidade do pessoal médico do hospital.

Os dados dos gráficos de dispersão permitem também inferir que a **satisfação da comunidade atendida pelo hospital** (QP14_1) aparece positivamente associada, na ótica do gestor (Figura 1):

- à alta intensidade com a qual presta conta a organismos comunitários ou conselho curador (QP14_11);
- ao alto grau de responsabilização da direção pelos resultados alcançados (QP14_12);
- à densidade tecnológica dos equipamentos disponíveis (QP14_13);

Tabela 15

Forma de controle e avaliação.

Processo de avaliação	V. abs.	%
Formal/baixa responsabilização	14	60,9
Substantiva/mudança na organização.	9	39,1
Total	23	100,0

Estas informações englobam 23 hospitais selecionados, sendo 17 do Rio de Janeiro e 6 de São Paulo.

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

Tabela 16

Condições de acesso de clientelas Rio de Janeiro/São Paulo – 1999.

Condições de acesso	V. abs.	%
Acesso universal	18	78,3
Duplo acesso	5	21,7
Total	23	100,0

Estas informações englobam 23 hospitais selecionados, sendo 17 do Rio de Janeiro e 6 de São Paulo.

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

- ao controle de qualidade nos contratos de manutenção de equipamentos (QP14_14).

Esses dados permitem inferir que a boa gestão hospitalar resulta de uma associação entre responsabilização, transparência administrativa e qualidade da atenção.

Conclusões gerais

As organizações hospitalares estudadas, como toda organização pública da administração direta, complexa e com monopólio de competência, tenderam a acumular elevada “folga organizacional” ao longo da sua formação. Pela ausência de constrangimentos externos ou incentivos micro-organizacionais, a maioria delas pôde operar no plano inferior à sua capacidade física e humana instalada. Essa folga organizacional expressa, em condições normais, ineficiência e baixo empenho na geração de benefícios públicos. Utiliza-se aqui a noção de “folga organizacional” no sentido sugerido por Hirschmann (1970): reservas potenciais que podem dispor as organizações de qualquer natureza, utilizadas abaixo da sua capacidade em condições normais, mas que po-

Tabela 17

Relação entre flexibilização e duplo acesso – Rio de Janeiro/São Paulo.

	Acesso universal	Duplo acesso	Total
Administração burocrática	100% – 12	0%	12
Administração flexibilizada	55% – 6	45% – 5	11
Total	18	5	23

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

dem ser mobilizadas para enfrentar situações imprevisíveis no comportamento da política pública ou do mercado.

Nas situações de mudança de cenário institucional, essa folga organizacional pode ser explorada para gerar vantagens competitivas. Nas experiências estudadas há clara indicação de que essa margem de folga tem possibilitado a implementação de reorientação programática ou reconversão operacional.

Na há dúvida que as organizações hospitalares públicas estão diante de uma crise nas suas condições contratuais, o que estimula mudança de sua missão institucional e exige uma nova interação estratégica com o aparelho de Estado. Essas situações parecem facilitar as estratégias mobilizadoras da “energia” organizacional.

Essas reorientações têm sido operadas considerando-se o delicado equilíbrio entre a cultura organizacional e a agenda de inovação, para que esta última não venha a sucumbir sob o peso dos pontos de veto à mudança nem desestabilizar as “ilhas de excelência” existentes na gestão pública hospitalar.

A cautela diante das resistências, principalmente dos sindicatos de profissionais e de funcionários públicos, do Ministério Público e da comunidade de especialistas em direito administrativo público, faz com que o processo de mudança ocorra de modo fragmentado e experimental.

Embora as alterações na administração direta sejam amplamente assimiladas por todos os níveis de governo da federação, elas ainda não conformaram uma agenda coerente que possa ser exposta ao debate público. Podemos falar que no setor saúde assiste-se a uma reforma silenciosa e não explícita, ao contrário das suas congêneres nos países analisados, que definem um projeto sob a ótica de *governance* e de incentivos seletivos (Eid & Ibern, 1999).

Essa reforma apresenta elevada dosagem de experimentalismo em razão da ausência de

consenso sobre qual a melhor solução para a gestão pública. O experimentalismo é comprovado pelas condutas radicalmente diferenciadas que adotam, por exemplo, os governos dos municípios do Estado do Rio de Janeiro e do Estado de São Paulo em relação à gestão das suas unidades.

Nos hospitais sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro implementa-se a flexibilização pela exploração de todos os limites da administração pública, como no projeto 40 Horas no Hospital Salgado Filho.

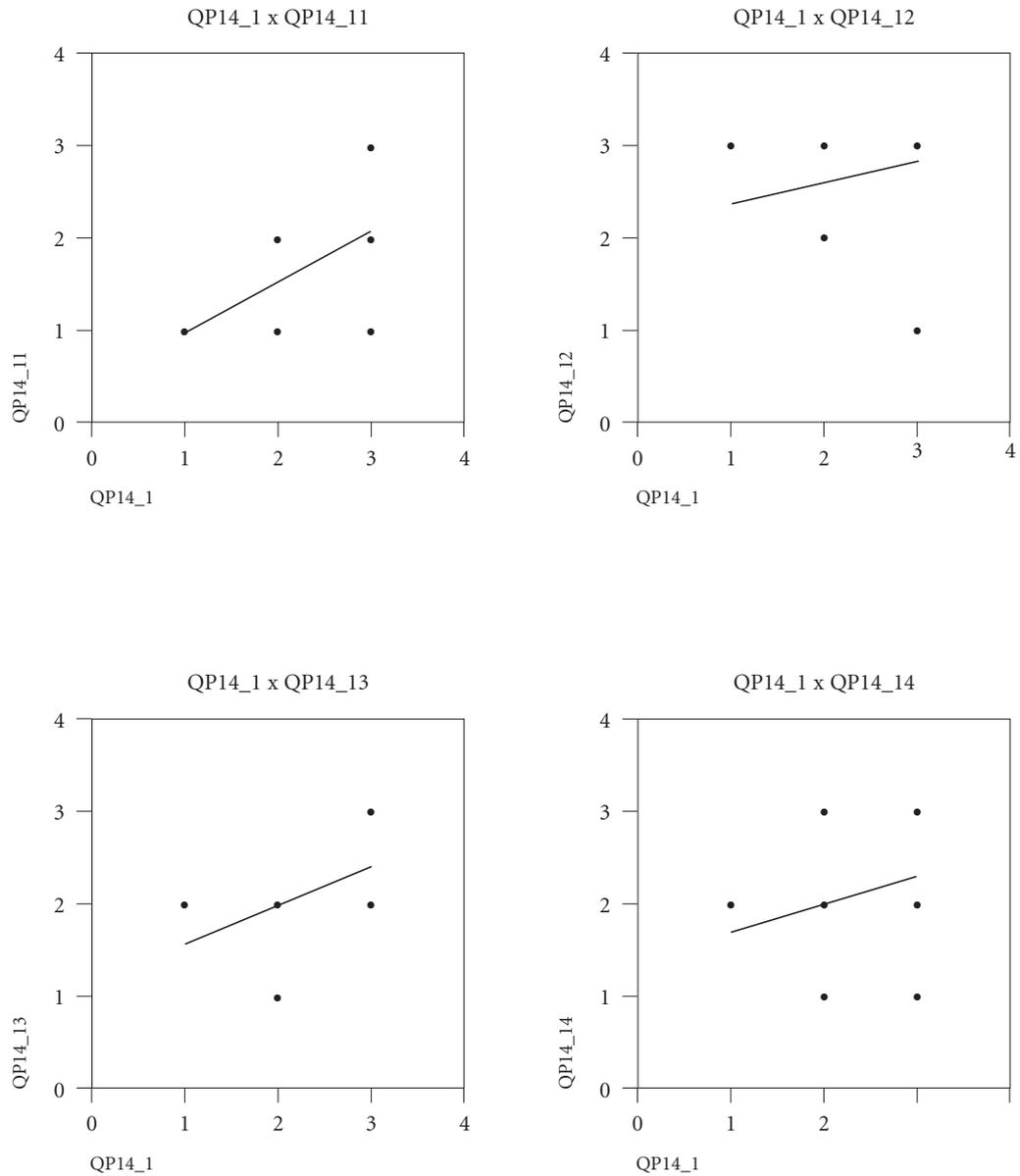
Na gestão estadual em São Paulo, a Secretaria de Saúde adota o programa de redução das horas contratadas de médicos, forçando a opção de todos os contratos de médicos na rede pública estadual para contratos de 20 horas semanais de trabalho. Esse programa de *downsizing* introduziu com êxito, por exemplo no Hospital do Mandaki, a remuneração flexível para os que aderirem a um programa de “presença de atendimento”, que exige grande disponibilidade dos profissionais para os horários noturnos e fins de semana. A elegibilidade do médico a esse programa está condicionada à assiduidade e ao compromisso de trabalho nas 20 horas contratadas como funcionário público, comprovados pela direção do hospital. Esse programa quase triplica os salários dos elegíveis, ao mesmo tempo que diminui as despesas do hospital com pessoal médico.

Essa reforma setorial e localizada optou também pela implementação de políticas por via da tercerização, ao delegar a cooperativas de serviços ou de profissionais a gestão direta de serviços e ao estabelecer **contratos de gestão** com empresas ou fundações privadas, como o caso da cidade de São Paulo, para administração de hospitais pertencentes ao governo estadual.

O Estado de São Paulo implementou na gestão de hospitais recém-construídos o modelo das organizações sociais. Estas estabele-

Figura 1

Gráficos de dispersão entre as variáveis correlacionadas positivamente com a variável aceitação da comunidade atendida pelo hospital (QP14_1) – Rio de Janeiro/São Paulo – 1999.



QP14_11: intensidade com a qual presta conta a organismos comunitários ou conselho curador; QP14_12: grau possível de responsabilização da direção pelos resultados alcançados; QP14_13: densidade tecnológica do hospital; QP14_14: presença e qualidade de contratos de manutenção dos equipamentos de maior complexidade.

Fonte: dados da pesquisa *Reforma do Estado e Setor Saúde*, ENSP (Fiocruz)/NEPP (UNICAMP)/UFPE.

cem com a Secretaria Estadual de Saúde um contrato de gestão com comprometimento de metas a serem atingidas, com estabelecimento de padrão de qualidade da prestação de serviços e de produtividade. Um outra cláusula contratual obriga o hospital a instalar “serviço de atendimento ao cliente”, que encaminhará à Secretaria de Estado de Saúde um relatório mensal de suas atividades (Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1999).

Por esse desenho, as organizações sociais estaduais, apesar de sofrerem forte constrangimento pelo contrato de gestão, receberam várias vantagens, sob o ponto de vista da flexibilização administrativa: autonomia na definição de plano de cargo e salários; elaboração de normas próprias para contratação e seleção; permissão de complementação salarial; regulamento próprio de compras e contratação de serviços; liberdade de execução financeira dentro do contrato de gestão e orçamentação global dos recursos estabelecida no contrato de gestão.

O processo de inovação na gestão pública, ainda que adote uma estratégia difusa e incremental, não opera em sentido linear: ele sofre também as conseqüências do veto aos experimentos menos legítimos ou vulneráveis às acusações de irresponsabilidade e *rent-seeking*. O caso da terceirização da gestão hospitalar na gestão Marcelo Alencar em fins de 1998, por intermédio do natimorto projeto HELP (Hospitais Públicos em Locais Populares), exemplifica essa tese. A gestão do governo Anthony Garotinho, iniciada em 1999, propôs a imediata suspensão da tercerização sinalizando a retomada do modelo da administração direta. Esse esforço resultaria em iniciativas de a) complementação salarial dos estatutários; b) incentivo à dupla jornada para os funcionários da administração direta; c) contratação de funcionários e profissionais por contratos temporários; d) contratação pelo regime de contratação do setor privado (pela Lei de Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT); e) implementar cooperativas. É necessário sinalizar que todas essas iniciativas refazem por completo o modelo da administração direta que estaria sendo refundado.

A incerteza decisória, refletida na experiência do Hospital Estadual Getúlio Vargas, é importante pela interação entre as variáveis macro-políticas (escolhas das elites dirigentes) e organizacionais que interferem na mudança da gestão pública.

O processo de flexibilização administrativa parece, assim, ainda em aberto pelo baixo grau de consenso em relação aos seus efeitos sobre a provisão de bens escassos e sobre a capacidade do poder público de regular as organizações geridas por terceiros.

Para que esse processo tenha êxito parece necessária a introdução de rotinas de avaliação que permitam apontar os parâmetros e indicar mudanças de curso. As experiências internacionais apontaram para esse caminho aos que defrontaram com a necessidade de reformar os sistemas administrativos. Essas experiências vêm problematizando, a partir de estudos realizados por instâncias independentes (institutos de pesquisa, universidades, e organizações não-governamentais), os seguintes pontos:

1) a baixa experiência da administração pública na regulação eficiente das organizações terceirizadas, potencializando um processo de captura e baixa responsabilização;

2) a pouca confiança na capacidade de contratualização do Estado. Essa escassez de confiança é agravada quando os contratos entre as novas agências e o setor terceirizado são avaliados pelo sistema de representação política. As organizações tendem, diante da baixa tradição contratual desses agentes, a definir estratégias de resistência e veto às inovações propostas;

3) a ameaça aos direitos dos cidadãos de acesso e utilização de bens públicos pela criação de mecanismos alternativos ao quasi-mercado para financiamento de organizações situadas no terceiro setor. Esta questão tem recolocado na agenda a discussão das atividades estratégicas as quais o poder público não pode submeter a mecanismos de mercado pela ameaça à equidade e a justiça distributiva;

4) a indefinição sobre quem arca com os altos custos de transação para estabelecer o equilíbrio entre principal e agente, e prevenir os contratos contra as condutas oportunistas;

5) a constatação de que as teorias de mercado aplicados ao setor público podem produzir resultados incertos e desastrosos, gerando novos gastos pela necessidade de correção das falhas do mercado em situações de assimetria de informação entre os agentes ou de controle por um único provedor dos mercados criados pelo setor público.

Nota

* Trabalho desenvolvido no projeto Reforma do Estado e o Setor Saúde que contou com o apoio financeiro do Programa Capes/CNPq/Finep/MARE.

Referências bibliográficas

- Bresser Pereira LC 1998. *Reforma do Estado para a cidadania*. Enap-Editora 34, Brasília.
- Camargo ATP 1999. Reconstruindo o hospital público, p. 7. In *O Globo*, Rio de Janeiro, 26/01/1999.
- Eid F& Ibern P 1999. Governance and incentives in the public hospitals sector. Artigo elaborado para o *Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean*, Valdivia, Chile, June 20-22.
- Haas P 1992. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization* 46(1).
- Ham C 1998. *Health care reform – learning from international experience*. Open University Press, Buckingham.
- Hirschmann AO 1970. *Exit, voice and loyalty – responses to decline in firms, organizations and states*. Harvard University, Cambridge.
- Ikenberry GJ & Kupchan CA 1995. Socialization and Hegemonic Power. *International Organization* 44(3).
- Lima SML 1996. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública (RAP)*, 30 (5), vol.138, set/out.
- Melo MAC & Costa NR 1994. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social. *International Organization* 44(3):283-316; 1(11).
- Peters G 1996. Models of governance for the 1990s. In Kettle DF & Milward HB (eds.), *The state of public management*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo 1999. *Contrato de gestão – organizações sociais de saúde*. Consultoria Jurídica, São Paulo.
- Silberman BS 1993. *Cages of reason – the rise of the rational state in France, Japan, the United States, and Great Britain*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Stallings B 1996. International influence on economic policy: debt, stabilization, and structural reform. In Haggard & Kaufman *The politics of economic adjustment*. Princeton University Press.
- Thompson JR & Ingraham P 1996. Organizational redesign in the public sector. In Kettle DF & Milward HB (eds.). *The state of public management*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.