

Novos Modelos de Gerência nos Hospitais Públicos: as Experiências Recentes*

CRISTIANI VIEIRA MACHADO¹

RESUMO

O artigo aborda a proliferação de modalidades de gerência e/ou de inserção de profissionais de saúde alternativas à administração estatal direta nos hospitais públicos brasileiros nos anos 90. Parte-se do pressuposto de que essas modalidades representam novas formas de articulação público-privada na área da saúde, o que remete à discussão mais ampla acerca do padrão de atuação do Estado na saúde. Assim, o movimento de proliferação de modalidades alternativas é analisado em função de três dimensões principais: a) o *contexto* macro-político em que esse movimento se inscreve, em especial o debate acerca da Reforma do Estado e a condução das políticas de saúde; b) as estratégias dos *atores políticos* - os gestores do sistema de saúde - de implementação dessas modalidades nos hospitais públicos; c) a influência das especificidades das *instituições* - da esfera federal, estadual e municipal - na adoção dessas propostas.

A pesquisa de campo se restringiu aos hospitais públicos localizados no Município do Rio de Janeiro. As modalidades identificadas no estudo foram: o modelo *Organização Social*; as *fundações privadas de apoio* aos hospitais; a *terceirização da gerência* de hospitais; e a *terceirização de atividades assistenciais* nos hospitais, principalmente através da contratação de cooperativas de profissionais de saúde. Observou-se que a proliferação das

* Este capítulo representa uma síntese da Parte II da Dissertação de Mestrado da autora, referente à pesquisa empírica realizada no primeiro semestre de 1998. Para maior detalhamento do trabalho de campo e para a discussão conceitual acerca da reforma do Estado e políticas de saúde nos anos 90, consultar o trabalho original: Machado, Cristiani V., 1999. *Contexto, Atores, Instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro nos anos 90*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

modalidades alternativas nesses hospitais se acentua no período pós-95, de forma compatível com as diretrizes nacionais de Reforma do Estado, e com a multiplicação dessas experiências em todo o país. Entretanto, esse movimento apresenta características diferentes nos hospitais da esfera federal, estadual e municipal. O artigo aponta também a relevância das escolhas e das estratégias políticas dos gestores do sistema de saúde para a adoção dessas propostas.

Palavras-chave: Estado e atenção à Saúde; Reforma do Estado e Saúde; relações público-privadas na saúde; gerência de hospitais públicos.

1. Introdução

Nos anos 90, um fenômeno relevante para as políticas de saúde no Brasil é a proliferação de modalidades alternativas à administração estatal direta nos hospitais públicos, envolvendo novas formas de gerência² e de inserção dos profissionais de saúde.

Apesar de algumas modalidades alternativas não serem totalmente inéditas aos hospitais brasileiros, essas experiências certamente vem se multiplicando e ganhando maior visibilidade nos últimos anos. A proliferação dessas experiências se dá em todo o país, a partir de propostas do governo federal, de governos estaduais ou municipais, ou mesmo por iniciativa das próprias instituições de saúde.

Entre elas destacam-se: 1) a transformação de hospitais estatais em unidades semi-autônomas de direito privado (tipo, “Organizações Sociais”); 2) a criação de entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as Fundações Privadas de Apoio; 3) a terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas, através da transferência da gerência dos hospitais estatais para entes privados lucrativos ou não-lucrativos; 4) a terceirização das atividades assistenciais do hospital, através da substituição do profissional de saúde/servidor público por prestadores organizados em modalidades privadas, como as cooperativas de profissionais de saúde.

Pode-se dizer que em geral essas modalidades configuram novas formas de articulação público-privado na área da saúde, o que remete à reflexão mais ampla acerca do papel e forma de atuação do Estado na garantia do direito à saúde, conforme as diretrizes da Reforma Sanitária brasileira da década de 80, e a afirmação da saúde como “direito de todos e dever do Estado” na Constituição de 1988.

A proliferação dessas experiências se acentua pelo contexto atual de discussão acerca da Reforma do Estado, norteadada principalmente pelas propostas de revisão das funções do Estado e reforma da administração pública, através da adoção de formas mais flexíveis de gerência e de contratações nos equipamentos públicos.

No que diz respeito às políticas sociais, as propostas nacionais de reforma do Estado na década de 90 insinuam uma tendência oposta ao caminho traçado nos anos 80, de construção de um sistema de proteção social abrangente e redistributivo.

Dessa forma, a centralidade da dimensão da gerência dos serviços na formulação de propostas na área da saúde, e a pulverização de experiências

de gerência “flexível” nos hospitais públicos, suscitam questões fundamentais quanto às perspectivas para o setor saúde brasileiro. Para os gestores do sistema de saúde, quais seriam os significados da proliferação de propostas de gerência de serviços que incorporam elementos do setor privado e se afastam da administração direta? Que fatores teriam favorecido ou influenciado a emergência dessas propostas? Quais as semelhanças e diferenças mais marcantes entre as propostas? Que questões essas tendências levantam em relação à gestão do sistema de saúde? A proliferação dessas experiências poderia levar a uma fragmentação do sistema em seu conjunto? Em que medida essas experiências podem afirmar ou colidir com os princípios do SUS? Quais seriam as possibilidades e limitações de mudanças em nível da gerência dos serviços contribuírem para a transformação do sistema de saúde brasileiro? Não se estaria esboçando um projeto alternativo ao SUS? As novas tendências sinalizariam uma inflexão na conformação de políticas de saúde no Brasil?

A compreensão do surgimento dessas propostas requer a consideração de três aspectos relevantes: o contexto histórico em que elas emergem; as posições dos atores políticos que interferem na adoção de modalidades alternativas nos hospitais; e as especificidades das instituições envolvidas na implementação dessas modalidades.

Quanto à análise do contexto, o debate sobre as propostas e experiências alternativas emergentes na década de 90 nos hospitais públicos não pode prescindir da reflexão sobre as agendas nacionais de macro-reformas econômicas e político-institucionais que afetam a implantação do SUS nos anos 90, com destaque para as diretrizes de Reforma do Estado em nível federal, e a condução das políticas nacionais de saúde. Do ponto de vista da posição dos atores políticos envolvidos na implementação das propostas em estudo, privilegia-se a discussão das estratégias políticas dos gestores do sistema de saúde para os hospitais ligados à cada esfera de governo. A inclusão no estudo de hospitais vinculados ao gestor federal, estadual e municipal, por sua vez, suscita a reflexão acerca das especificidades das instituições ligadas às três esferas de governo.

Apesar de a proliferação das modalidades alternativas constituir um fenômeno nacional, as marcantes diferenças entre os sistemas de saúde dos diversos estados da federação exigem a realização de estudos empíricos delimitados, que analisem a proliferação dessas modalidades face às repercussões das políticas de saúde nas esferas subnacionais e as especificidades dos sistemas e das instituições de saúde locais.

2. Os Novos Modelos de Administração da Saúde. Brasil, Anos 90.

As primeiras tentativas consistentes de organização da Administração Pública brasileira nos moldes tradicionais datam da década de 30, integrando uma estratégia de construção da capacidade do Estado para a condução de determinado projeto de desenvolvimento econômico e social, durante o governo de Getúlio Vargas (Geddes, 1995). Deste então, pode-se dizer que as regras da Administração Pública brasileira variaram, registrando-se em alguns momentos a introdução de normas e controles mais rígidos, e em outras tentativas de desregulamentação - de alcance geral ou seletivo -, como foi o caso da Reforma Administrativa de 1967.

As entidades e órgãos públicos da área da saúde não fugiram a essa dinâmica da Administração Pública brasileira, observando-se exemplos de diferentes formatos administrativos em órgãos ligados à saúde, como:

- Na esfera previdenciária, os Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizados a partir da década de 30, eram autarquias, assim como os seus “sucessores”, o INPS e o INAMPS. Portanto, os hospitais originalmente ligados a essas entidades eram submetidos às normas que regulamentavam as autarquias;

- Após a Reforma Administrativa de 67, alguns órgãos da área da saúde foram transformados ou criados sob a forma de fundações públicas.

- Também a partir do final da década de 60, as campanhas do Ministério da Saúde – de Controle do Câncer, da Tuberculose e de Saúde Mental- representaram uma forma de contornar as regras da administração pública. As unidades vinculadas a essas Campanhas dispunham de maiores recursos e de mais autonomia e facilidade, principalmente quanto à contratação de pessoal.

Mais recentemente, pode-se dizer que a Constituição de 1988 e sua legislação complementar restringiram a autonomia de alguns segmentos da Administração, como entidades da administração indireta que até então se submetiam a regras bastante diferentes da administração estatal direta³. A partir de meados da década de 90, se exacerbam as críticas ao “enrijecimento burocrático” representado por essa legislação, que fundamentam a agenda de reforma administrativa do primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso.

No que diz respeito aos hospitais públicos, antes da década de 90 a questão dos modelos de gerência hospitalar e de contratação dos profissionais não ocupava papel central na agenda política setorial, embora o debate

estivesse presente e existissem no país algumas experiências isoladas alternativas à administração direta, tais como: (a) hospitais com formas alternativas de vinculação jurídico-institucional, dispondo de maior autonomia do que os órgãos da administração direta (ex: Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que é uma empresa pública desde 1970); (b) fundações privadas de apoio a hospitais universitários (ex: Fundação Zerbini, de apoio ao Instituto do Coração/INCOR, de São Paulo, existente desde 1979).

Entretanto, nos anos 90, esse tema assume outra dimensão, tanto no debate setorial, como através de experiências concretas. Principalmente a partir de 1995, observa-se uma proliferação acelerada de formas alternativas à administração estatal direta em vários estados do país, conduzida em geral por iniciativa de governos estaduais, mas também por alguns governos municipais. Essas modalidades se caracterizam em geral pela transferência de funções e/ou de equipamentos públicos do Estado para a esfera “não-estatal”, ou seja, para entes privados lucrativos ou não-lucrativos, representando novas formas de relação público-privada na área da saúde.

O surgimento dessas novas modalidades é compatível com as diretrizes do primeiro Governo FHC, que apresenta os seguintes marcos: (a) a adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com destaque para as medidas de estabilização econômica; (b) a radicalização do programa de privatização das empresas estatais; (c) a priorização de uma agenda de Reforma do Aparelho do Estado, envolvendo propostas de reformulação da administração pública federal, também aplicáveis às administrações estaduais e municipais; (d) a grande ênfase na reforma constitucional, com destaque para a Reforma Administrativa e a Reforma da Previdência, aprovadas pelo Congresso Nacional em 1998.

De forma análoga ao processo de privatização de entidades da área econômica, no que diz respeito à área social é preconizada a transferência de serviços estatais para a esfera não-estatal, ou terceiro setor, situado entre o Estado e a propriedade privada. O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, publicado em 1995, explicita que as atividades “não-exclusivas” do Estado –entre as quais o Plano situa os hospitais, universidades e museus – não precisam ser prestadas por entes estatais, podendo ser transferidas para “entidades públicas não-estatais”. O plano propõe um modelo baseado na qualificação dessas entidades como “Organizações Sociais”, entidades jurídicas de direito privado, constituídas sob a forma de fundação ou associação civil sem fins lucrativos. Tais instituições estariam habilitadas a administrar recursos humanos, instalações e equipamentos pertencentes ao

Poder Público e ao recebimento de recursos orçamentários da União para o seu funcionamento, através da celebração de “Contratos de Gestão” com a União (Brasil, 1997). Além disso, teriam maior autonomia financeira e administrativa, podendo obter recursos de outras fontes extra-orçamentárias, dispor de autonomia para compras e contratação de funcionários não-estatutários.

Apesar do caráter prioritário do projeto OS declarado pelo Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, em quatro anos de governo apenas duas instituições federais foram qualificadas como Organizações Sociais. Ainda assim, a proposta do Governo Federal é importante por ter influenciado diversos governos estaduais na formulação de propostas similares para os hospitais próprios, assim como a agenda federal de retração do funcionalismo público repercutiu de forma acentuada nas políticas estaduais em geral, e nas propostas de contratação para os serviços de saúde em particular.

Do ponto de vista conceitual, há grande polêmica no que concerne à caracterização dessas novas modalidades, denominadas ora como formas de privatização, de terceirização, ou mesmo de descentralização administrativa. Para Di Pietro (1996), por exemplo, as estratégias de Reforma do Estado, que apontam para a diminuição do seu tamanho estão associadas à privatização em sentido amplo. Segundo o conceito de privatização adotado pela autora:

“Trata-se, na realidade, de um conceito ou de um processo em aberto, que pode assumir diversas formas, todas amoldando-se ao objetivo de reduzir o tamanho do Estado, e fortalecer a iniciativa privada e os modos privados de gestão dos serviços públicos” (Di Pietro, 1996, p.13).

A autora assinala que a proliferação de formas alternativas à administração direta tem sido favorecida: a) por um lado, pelas diretrizes e estratégias atuais de Reforma do Estado, que enfatizam a dimensão do mercado, impulsionando medidas de privatização, fomento e parcerias com o setor privado, além das pressões por maior eficiência do setor público, que se traduzem na busca de autonomia gerencial e diminuição das normas e controles sobre os serviços públicos; b) por outro, pela tendência burocratizante da Constituição Federal de 1988 e de sua legislação complementar.

Desta forma, o excesso de formalismo e o fortalecimento das idéias neoliberais, teriam favorecido a busca de novos caminhos e mecanismos de fuga do regime administrativo, muitas vezes ilícitos, como a formação de

quadros paralelos de servidores (“falsa terceirização”), e a criação de entidades paralelas à administração pública, como fundações, associações e cooperativas, com as quais o Estado celebra convênios de legalidade duvidosa. No entendimento da autora, a terceirização constitui uma forma de privatização, sendo admissível do ponto de vista legal para serviços técnicos especializados, mas não para as atividades-fim do órgão público, e tampouco para o serviço público como um todo. Particularmente em relação à saúde, a terceirização dos serviços através da transferência de uma ou mais unidades para entes privados colidiria com a Constituição de 88, assim como a contratação de cooperativas para a prestação de atividades-fim em serviços públicos de saúde. Em relação à criação de entidades paralelas, como fundações privadas de apoio a hospitais públicos, a autora sugere que estas funcionam de forma inadequada ao receber recursos, bens, e servidores públicos, na realidade servindo para driblar as normas e controles do regime de direito público (Di Pietro, 1996).

Em parecer recente, o Ministério Público Federal (1998) denomina genericamente as experiências em proliferação nos estados como formas de terceirização, uma vez que compreendem a passagem de serviços públicos ou atividades de saúde para a esfera privada, lucrativa ou não-lucrativa. Embora apresentem diferenças quanto aos formatos e estratégias de implementação, o Ministério Público aponta os seguintes pontos de convergência entre as terceirizações em andamento no país:

- Cessão da capacidade instalada de saúde do Estado (na totalidade ou em parte) para que um terceiro, em nome do próprio Estado, execute os serviços de saúde; desta forma, são cedidos prédios, móveis e equipamentos públicos;
- Repasse de recursos públicos, próprios do ente governamental - estado ou município, e/ou verbas federais pagas através de produção;
- Celebração de contratos e convênios, em geral, não precedidos por processo licitatório. Em alguns casos, são criadas cooperativas de profissionais especialmente para assumir os serviços públicos de saúde;
- Cessão de pessoal pelo Estado, na maioria dos casos. Em alguns estados, procura-se transferir a responsabilidade pelos recursos humanos para as novas entidades contratadas/conveniadas, sendo utilizada pelo governo estadual ou municipal a prerrogativa da concessão de licença sem remuneração aos servidores públicos, para que possam adquirir outra forma de vinculação com o novo ente não-estatal;

- Liberação da empresa ou entidade terceirizada da obrigatoriedade de realização de licitações para compra de materiais e execução de contratos;
- Alegação de que o Estado terá o papel de controle e regulação;
- Do ponto de vista jurídico-legal, ausência nos contratos/convênios de garantias reais para a execução de ajustes.

De forma geral, o Ministério Público considera que essas experiências colidem com a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, que prevêem a participação complementar do setor privado no SUS, a se relacionar com o setor público através de contrato após licitação, nos casos em que a capacidade instalada do SUS não for suficiente. No entendimento do parecerista, a cessão de capacidade instalada pública para entes privados não encontra respaldo legal, uma vez que não se trata de contratação complementar para suprir deficiências e ampliar a oferta de serviços, mas da simples transferência de equipamentos, servidores e recursos públicos que já estavam na esfera pública (Ministério Público Federal, 1998).

Às vezes, modalidades alternativas, que cursam com a transferência de funções gerenciais, configurando situações de maior autonomia administrativa para os hospitais, são referidas como formas de descentralização administrativa. Entretanto, conforme ressalta Viana (1995), é importante considerar que na área da saúde o tipo predominante de descentralização tem sido a político-administrativa - transferência de poder e atribuições para as instâncias subnacionais de governo-, ao invés da descentralização de cunho administrativo, em que a unidade-última do processo é o serviço, como a escola, no caso da educação. Tal aspecto é relevante para a noção de sistema integrado de serviços, que tem norteado as políticas de saúde desde a década de 80.

Por outro lado, apesar de serem observadas algumas tendências gerais quanto à proliferação de formas alternativas à administração direta em hospitais, esse processo não é homogêneo no que diz respeito aos tipos de modalidades alternativas, nem às estratégias adotadas por governos estaduais e municipais de implementação dessas modalidades.

Entre as propostas e experiências em andamento no país no momento da pesquisa destacavam-se as seguintes: a) em São Paulo, a implantação do Plano de Atendimento à Saúde pela Prefeitura da capital a partir de 1995, e, mais recentemente, a proposta do governo estadual de terceirização da gerência de nove novos hospitais construídos pelo estado, através de parcerias com entidades filantrópicas -o modelo tem sido denominado de

Organizações Sociais do estado de São Paulo; b) na Bahia, as terceirizações da gerência de alguns hospitais e o Programa de Incentivos às Organizações Sociais; c) em Tocantins, os convênios com entidades e associações filantrópicas para o repasse de hospitais estaduais; d) em Sergipe, transferência de diversas unidades públicas estaduais para entidades filantrópicas, associações de moradores, entre outras; e) em Roraima, a implantação do Plano de Assistência Integral à Saúde (PAIS), com repasse de unidades públicas para administração por uma cooperativa de profissionais de saúde.

O quadro 1 procura traçar uma tipologia das diferentes modalidades existentes no país.

Quadro 1- Caracterização sumária de algumas modalidades de gerência de hospitais públicos alternativas à administração direta

Tipos de Experiências	Subtipos	Exemplos/ Ano de Início	Caracterização
Formas diferenciadas de vinculação jurídico-institucional	-Empresa Pública	-Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS)/1970	-Transformação da instituição estatal em entidade pública de direito privado, em geral através de lei específica; -Maior autonomia para compras (fora do controle da Lei 8.666/93 das licitações) e para contratações sem concurso, pelo regime CLT, ou outras formas de contratação; -Forma de financiamento variável, com possibilidade de financiamento misto: a) <i>pública</i> , por produção ou orçamento com contrato de gestão; b) <i>privado</i> por produção, através de convênios com empresas de planos de saúde, venda de serviços e de tecnologias.
	-Empresa Social do Estado	-Rede Sarah Kubitscheck/1991	
	-Organização Social (Modelo MARE)	-Programa de Incentivo às OS-Bahia/ 1997 -INCA(RJ)- ainda não implantado	
Fundações Privadas de Apoio a Hospitais Públicos		-Fundação Zerbini-INCOR (SP)/1979 -Fundação Ari Frauzino-INCA (RJ)/ 1991 -Fundações de apoio a outros hospitais federais (RJ)	-Entidades de direito privado, paralelas à instituição pública original. -Em geral criadas sem patrimônio e funcionários próprios, sendo o espaço físico, material e servidores públicos deslocados para o seu funcionamento. -Apoio ao gerenciamento dos recursos da entidade pública, com maior flexibilidade para sua utilização, incluindo compras e contratações fora das normas do regime publicístico. -Possibilidade de captação de recursos privados, p.ex. através de convênios com planos de saúde

<p>Terceirização da gestão do sistema local de saúde</p>		<p>-PAS (Município de São Paulo)/1995</p> <p>-PAIS (Estado de Roraima)/ 1997</p>	<p>-Entrega de uma rede local de serviços de saúde a terceiros (cooperativas de profissionais associadas ou não a outras empresas privadas);</p> <p>-Autonomia para compras e contratações.</p> <p>-Financiamento público por capitação, considerando população a ser coberta na área de adscrição da rede terceirizada.</p>
<p>Terceirização da Gerência de Hospitais Públicos</p>		<p>-Hosp. estaduais de São Paulo/ 1998</p> <p>-Hosp. estaduais de Sergipe/1995-6</p> <p>-Hosp. estaduais da Bahia/1996</p> <p>-Hosp. estaduais de Tocantins/ 1996</p> <p>-Hosp. estaduais do Rio de Janeiro/ 1998</p>	<p>-Entrega da gerência de uma unidade ou grupo de unidades públicas de saúde a terceiros, após concorrência pública, ou estabelecimento de contratos/ convênios não precedidos por licitação.</p> <p>-Transferência das instalações físicas e equipamentos públicos para a entidade privada.</p> <p>-Autonomia do gerente para compras e contratações.</p> <p>-Em alguns casos, possibilidade de financiamento misto: <i>público</i>, por orçamento, subsídios estatais ou produção; <i>privado</i>, através da captação própria de recursos.</p>
<p>Terceirização da prestação de serviços assistenciais em hospitais públicos- Cooperativas de profissionais de saúde</p>	<p>- Cooperativas de profissionais, por especialidades médicas</p> <p>-Cooperativas multi-profissionais (de médicos de diferentes especialidades, ou de diversas categorias profissionais)</p>	<p>-Compra de horas médicas nas cooperativas de especialistas (SE)/1995-6</p> <p>-Hospitais estaduais do Rio de Janeiro/ 1995</p>	<p>-Terceirização da atividade-fim- prestação de serviços de saúde-, envolvendo maior ou menor terceirização de funções gerenciais dentro da unidade pública.</p> <p>-Contratação de profissionais de saúde organizados em cooperativas, que recebem um montante de recursos (por profissional ou global).</p> <p>-Perda dos direitos trabalhistas; os profissionais cooperativados a princípio não tem direito a férias, licenças, aposentadorias (esses benefícios dependem de acordos entre os profissionais).</p>
<p>Terceirização da prestação de serviços especializados dentro de hospitais públicos</p>		<p>-Cirurgia oftalmológica nos hospitais públicos de Sergipe/1996</p>	<p>-Terceirização da atividade-fim- através de contrato/convênio com equipe da área privada, que monta um serviço especializado na unidade pública (ex. Cirurgia Oftalmológica, Terapia Intensiva, Hemodinâmica), fornecendo ou não os equipamentos;</p> <p>-Em alguns casos, possibilidade de financiamento variável: a) público, através de repasse global ou por produção; b) privado, por produção.</p>

Fonte: Elaboração própria, utilizando-se diversas referências citadas ao longo do texto.

Nota: Não foram incluídas as propostas que não implicam afastamento da administração direta como, por exemplo, aumentos da remuneração dos servidores públicos através de incentivos por produtividade; mudanças na carga horária dos profissionais (dedicação exclusiva), com incremento salarial.

Portanto, cabe destacar que existem marcantes variações nas estratégias dos gestores dos sistemas de saúde na adoção dessas propostas. Essas variações podem se expressar através de: extensão do processo, tipos de modalidades adotadas, motivos alegados para a adoção dessas modalidades, tipos de parcerias estabelecidas, grau de participação do gestor na condução do processo, grau de autonomia conferido às unidades, formas de controle/regulação do gestor do sistema, conformação das relações público/privado.

Desta forma, além dos aspectos do contexto nacional que influem na proliferação dessas propostas nos anos 90, a heterogeneidade das políticas de saúde e da conformação dos sistemas de saúde nos diversos estados da Federação acentuados pelo processo de descentralização político-administrativa, requer uma análise das especificidades dos sistemas estaduais para a compreensão dos fatores que favorecem a proliferação dessas modalidades. É possível que características do sistema de saúde – por exemplo, o perfil do mix público-privado na oferta de serviços – possam interferir nas estratégias dos gestores de implementação de modalidades alternativas.

O próximo tópico traça uma caracterização do sistema de saúde no Município do Rio de Janeiro - com destaque para a rede hospitalar pública e das repercussões das políticas de saúde recentes, com o objetivo de subsidiar a análise da proliferação nos anos 90 de modalidades alternativas à administração direta nos hospitais federais, estaduais e municipais localizados nesse município.

3. Os Hospitais Públicos do Município do Rio. A Herança da Capital

O Município do Rio de Janeiro apresenta um amplo conjunto de hospitais públicos, o que tem relação com o fato de ter sido Distrito Federal até 1960. Esse conjunto de hospitais, único no país tanto em termos quantitativos quanto de composição⁴, compreende: (a) o maior grupo de hospitais federais não-universitários do país, originários do INAMPS e dos programas do Ministério da Saúde; (b) um conjunto expressivo de hospitais estaduais, que pertenciam ao antigo Estado da Guanabara e passaram para a administração da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro no momento de fusão dos dois estados em 1975; (c) uma rede de hospitais municipais importante. Além disso, face a trajetória histórica do Município, há expressiva quantidade de hospitais universitários e privados contratados, como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos hospitais do Município do Rio de Janeiro vinculados ao SUS segundo Natureza jurídica, número de unidades, de leitos e de internações mensais- agosto de 1998.

Natureza	Hospitais		Leitos		Internações	
	Nº unidades (ago/98)	%	Nº leitos (ago/98)	%	Nº mensal médio (jan-ago/98)	%
Federal	20	15,2	4.552	17,7	4.014	16,0
Estadual	20	15,2	4.273	16,7	3.804	15,2
Municipal	19	14,4	4.087	15,9	5.627	22,5
Universitário	11	8,3	2.361	9,2	4.784	19,1
Privado-Filantropico	22	16,7	3.372	13,1	2.179	8,7
Privado-Contratado	40	30,3	7.005	27,3	4.610	18,4
TOTAL	132	100,0	25.650	100,0	25.018	100,0

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (DATASUS).

Observa-se que os hospitais federais, estaduais e municipais juntos correspondem a 44,8% das unidades hospitalares vinculadas ao SUS do Município, 50,3% dos leitos, e foram responsáveis em média por 53,7% das internações hospitalares mensais no período de janeiro a agosto de 1998⁵.

Vale ressaltar que os hospitais públicos localizados no Município do Rio de Janeiro apresentam grandes diferenças quanto à história institucional, papel no sistema de saúde, espectro de atividades desenvolvidas, perfil assistencial, nível de complexidade, forma de financiamento e subordinação ao gestor do sistema, dentre outros fatores. A consideração dessa diversidade é relevante para a compreensão do cenário dos hospitais na década de 90, e análise do surgimento de modalidades alternativas à administração direta nessas unidades.

Os hospitais federais, podem ser divididos em dois grupos principais, relacionados à sua origem de vinculação ao Ministério da Saúde ou ao Ministério da Previdência⁶:

- Unidades originalmente ligadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) - a maior parte desses hospitais foi inaugurada entre 1945 e 1960, com o objetivo de atender os beneficiários dos Institutos, que eram autarquias ligadas à Previdência Social. Portanto, eram unidades relativamente autônomas, voltadas para clientela selecionada, cuja fonte de financiamento eram as contribuições previdenciárias dos trabalhadores. Com a unificação dos IAPs, ficaram subordinadas ao INPS, e depois ao INAMPS.

Em geral são unidades de maior porte e de maior complexidade tecnológica, embora com diferenças entre si. São eles: Hospital dos Servidores do Estado, Hospital de Ipanema, Hospital da Lagoa, Hospital de Bonsucesso, Hospital Cardoso Fontes, Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, Hospital de Traumatologia e Ortopedia e Hospital do Andaraí.

- Hospitais originalmente ligados ao Ministério da Saúde - foram inaugurados em períodos diferentes, no âmbito de programas prioritários do Ministério da Saúde. Eram, portanto, entidades da administração direta, financiadas com recursos do Ministério. Entre a década de 50 e a década de 80 estiveram vinculados às campanhas do Ministério da Saúde (Campanha de Controle e Combate ao Câncer, Campanha de Controle e Combate a Tuberculose, e Campanha de Saúde Mental), que permitiam graus variáveis de autonomia administrativa e flexibilidade para a contratação de pessoal sem concurso público. Essas unidades também diferem bastante entre si. São eles: O Hospital do Câncer (mais tarde transformado em Instituto Nacional do Câncer, que abrange dois outros hospitais de oncologia), o Hospital Raphael de Paula Souza, e os hospitais psiquiátricos-, Instituto Philippe Pinel e Hospital Pedro II.

As unidades originalmente ligadas à Previdência Social sempre se subordinaram às estruturas federais localizadas no Município do Rio de Janeiro, como a Direção Geral do INPS, e depois do INAMPS. Mesmo na década de 90, a existência dessa extensa rede de serviços favorece a permanência no município de estruturas federais de poder diferentes das de outros estados. Já os hospitais do Ministério da Saúde inicialmente se subordinavam às divisões do Ministério responsáveis pelas doenças específicas a que estavam relacionados. As duas redes de serviços - do MS e do INAMPS-, só passam a se vincular à mesma estrutura de poder em 1995. O Instituto Nacional do Câncer constitui uma exceção, por se vincular diretamente à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Quanto ao perfil assistencial, os hospitais federais em geral são grandes unidades com maior complexidade tecnológica, embora com diferenças entre si, compreendendo hospitais gerais de nível terciário e unidades especializadas com diferentes níveis de complexidade. Alguns desses hospitais dispõem de serviços de emergência, que estão voltados predominantemente para urgências clínicas e cirúrgicas, e menos para atendimento a grandes traumas.

Do ponto de vista do financiamento, os hospitais federais localizados no Rio de Janeiro são unidades orçamentárias, ou seja, tem dotação orçamentária do Ministério da Saúde⁷. Esses hospitais executam o orçamento descentralizadamente, realizando compras – de materiais de consumo, medicamentos-, investimentos, e contratações de terceiros. A execução descentralizada do orçamento implica a existência nas unidades de estruturas administrativas pesadas para dar conta dos processos de compras, licitações, planejamento orçamentário-financeiro, controle de estoques, dentre outros.

Vale destacar que esses hospitais dispõem de um nível de autonomia maior do que os hospitais estaduais e municipais, embora tenham que cumprir as normas do regime público e dispor de autorização do órgão supervisor - a GEREST/RJ - para remanejamento de recursos entre rubricas orçamentárias ou para investimentos de maior porte. Outra diferença da modalidade de financiamento dos hospitais federais é que ela não está diretamente vinculada à produção, ou seja, apesar desses hospitais atualmente alimentarem os sistemas de informações nacionais de produção - SIA/SUS e SIH/SUS - o pagamento não é feito de acordo com esses dados, estando o financiamento dos hospitais federais à parte dos tetos financeiros do Município e do Estado do Rio de Janeiro. Vale ainda ressaltar a tendência geral desses hospitais trabalharem de forma relativamente autônoma em relação ao restante dos serviços públicos de saúde.

Do ponto de vista do quadro de recursos humanos, a situação é complexa, uma vez que para contratar funcionários os hospitais dependem do nível federal, que passou anos sem realizar concurso público, levando à déficit importante de pessoal em algumas unidades. Os níveis salariais dos profissionais são muito variados, dependendo da época de ingresso e do tempo de serviço público, existindo ainda distorções de nível salarial entre categorias profissionais e entre as áreas administrativa e assistencial. De forma geral, os salários são superiores aos dos níveis estadual e municipal.

Os hospitais estaduais localizados no Município do Rio de Janeiro até 1975 eram unidades do Estado da Guanabara que foram transferidas para a nova Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro no momento da fusão. Esse aspecto é importante, porque se pode dizer que o estado do Rio de Janeiro é um proprietário relativamente recente de hospitais. Entre as unidades estaduais subordinadas à Secretaria de Estado de Saúde destacam-se os sete institutos especializados e os cinco hospitais de emergência (quatro localizados na Zona Oeste do Município, região carente em serviços de saúde e onde reside população de baixa renda, e um localizado no bairro da Penha).

Do ponto de vista do financiamento, os hospitais são unidades de despesa da SES/RJ, ou seja, todas as compras, investimentos, obras, e contratações são realizadas de forma centralizada pela SES, havendo um grau muito reduzido de autonomia das unidades para efetivação de pequenas despesas, através de um fundo rotativo⁸. Os hospitais alimentam os sistemas de informação de produção do SUS - SIA/SUS e SIH/SUS -, e os recursos correspondentes à produção dessas unidades vão para o Fundo Estadual de Saúde. Desta forma, o gestor estadual gasta esses recursos centralizadamente, para as despesas com as diversas unidades estaduais.

É frequente o relato de baixos investimentos nas unidades estaduais do Rio de Janeiro nos últimos vinte anos, principalmente do ponto de vista de obras e modernização tecnológica, tendo em vista a tradição de baixos investimentos em saúde pelo nível estadual e o fato de os recursos federais referentes ao pagamento da produção através das tabelas SUS atualmente não serem suficientes para manter os hospitais em condições adequadas de funcionamento.

Quanto à área de recursos humanos, as contratações têm que ser feitas através de concurso público estadual. Vale assinalar que esses concursos são raros nos últimos anos, além dos salários dos servidores estaduais estarem extremamente defasados, levando a frequente evasão de profissionais desses hospitais, sem a reposição adequada. Mais recentemente observam-se tentativas de preenchimento de quadros através de formas alternativas de contratação, de diversos tipos.

No Município do Rio também existem numerosos hospitais municipais, entre os quais se sobressaem as unidades de emergência de grande e médio porte, e as maternidades. A rede municipal de serviços também envolve alguns pequenos hospitais gerais e especializados (por exemplo, um hospital de pediatria e uma unidade de geriatria). Pode-se dizer que a rede hospitalar municipal tem um perfil mais definido e é relativamente mais homogênea que as redes federal e estadual.

Os hospitais municipais estão subordinados à Secretaria Municipal de Saúde e são unidades de despesa da Secretaria, que realiza compras e contratações de diversos tipos centralizadamente. Assim como os estaduais, os hospitais municipais apresentam um nível de autonomia bastante reduzido do ponto de vista gerencial⁹.

Os hospitais municipais também alimentam os sistemas de produção nacionais - SIA/SUS e SIH/SUS-, sendo que os recursos referentes à produção dessas unidades são alocados no Fundo Municipal de Saúde, para que a SMS

gaste através dos mecanismos centralizados. A produtividade das unidades têm até mesmo implicação para o pagamento de um adicional aos servidores. Vale ainda destacar a situação de relativa estabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, do ponto de vista político-administrativo e financeiro¹⁰.

Do ponto de vista de recursos humanos, as contratações são efetivadas pela SMS/RJ através de concursos públicos, realizados com maior frequência do que os dos níveis federal e estadual. Os níveis salariais em geral são baixos, embora atualmente melhores que os da esfera estadual, principalmente devido ao pagamento de adicionais, inclusive de produtividade.

Em síntese, vale destacar que de forma geral esse conjunto de unidades não atua de forma articulada. A multiplicidade de comando sobre as unidades, entre outros fatores, dificulta o funcionamento de um sistema integrado de serviços. Outro aspecto a ser ressaltado é que as características diferenciadas desses hospitais, assim como as especificidades das esferas de governo a que os hospitais estão vinculados, interferem nos dilemas e problemas enfrentados pelas unidades, e também nas respostas- tanto dos gestores do sistema como dos gerentes dos hospitais- ao contexto das políticas de saúde nos anos 90.

4. Políticas de Saúde, Anos 90: Implicações para Hospitais do Município do Rio

Nos anos 90, a implantação do SUS no estado do Rio de Janeiro esbarra em problemas de vários tipos, entre os quais podem ser destacadas as dificuldades no plano das relações intergovernamentais e de articulação entre as múltiplas redes de serviços existentes, criando obstáculos à conformação de um sistema único e integrado de serviços, sob comando público e efetivo controle social.

Nesse sentido, um aspecto-chave das políticas de saúde para os hospitais públicos localizados no Município do Rio é a descentralização dos serviços públicos, como um importante princípio ordenador do sistema de saúde a partir do SUDS. As tentativas de descentralização dos hospitais esbarram em problemas relacionados tanto à extensão e complexidade do conjunto de unidades federais e estaduais no município, como à conjuntura de instabilidade de financiamento que repercute seriamente na consolidação do SUS nos anos 90¹¹. As possibilidades e limitações da descentralização, por sua vez, parecem ter relação com o surgimento de modalidades diferenciadas de

inserção e gerência dos hospitais, cujas primeiras experiências datam do início da década, mas que assumem maior destaque somente a partir de 1995.

Desta forma, enquanto para os serviços ambulatoriais do interior se observa um rápido e intenso processo de descentralização a partir de 1986, com repasse das unidades ambulatoriais de vinculação federal e estadual para as diversas secretarias municipais, o processo é mais lento e oscilante no que diz respeito aos numerosos Postos de Assistência Médica (PAMs) do INAMPS e aos hospitais federais e estaduais localizados na capital. Em particular, a descentralização dos hospitais federais localizados no Município do Rio esbarra em diversas dificuldades políticas (inclusive político-partidárias), institucionais, financeiras e gerenciais.

As primeiras tentativas de transferência de alguns hospitais federais para os níveis estadual e municipal ocorrem no início da década de 90. Em 1991, no final do Governo Moreira Franco, quatro hospitais federais até então subordinados ao INAMPS são estadualizados: o Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, o Hospital de Traumatologia-Ortopedia, o Hospital dos Servidores do Estado e o Hospital de Ipanema. A disposição da Secretaria de Estado de Saúde em assumir os hospitais tinha relação com: (a) do ponto de vista político-ideológico, a adesão dos gestores da Secretaria de Estado de Saúde à diretriz de descentralização do sistema; (b) do ponto de vista operacional, a perspectiva de recebimento de recursos do faturamento da produção através do SIA/SUS e SIH/SUS, frente à eminência da implantação desses sistemas nas unidades públicas, que representava a possibilidade de fluxo financeiro regular para esses hospitais (Levcovitz e Yamamoto, 1989). Essa possibilidade de captação de recursos de produção também favorece a proposta de criação de fundações de apoio a esses hospitais no início da década, conforme será aprofundado no próximo tópico.

Nos anos subsequentes, as quatro unidades estadualizadas permanecem com orçamento federal, e não chegam a receber pelo faturamento do SIA/SUS e SIH/SUS. A retração importante do financiamento federal no período, não compensada por recursos estaduais, prejudica o funcionamento dos quatro hospitais, que são devolvidos ao Ministério da Saúde em 1994, após um período de baixos investimentos e deterioração importante da capacidade instalada e qualidade de atendimento.

Também no início dos anos 90, ocorrem duas experiências pioneiras de co-gerência de hospitais federais, entre o nível federal e o municipal: o Hospital Geral de Bonsucesso (co-gerência MS/SMS do Rio de Janeiro), e

o Hospital Geral de Nova Iguaçu (co-gerência MS/SMS de Nova Iguaçu). Essas experiências, entretanto são temporárias, ocorrendo o retorno do Hospital de Bonsucesso à esfera federal ainda na primeira metade da década, e em 1995, o Hospital de Nova Iguaçu passa a um convênio de co-gerência entre o MS e a SES/RJ.

Em 1995, o Ministro da Saúde Adib Jatene assina uma portaria que unifica as duas redes federais - MS e unidades ex-INAMPS- e determina a subordinação das unidades ao Escritório de Representação do Ministério de Saúde do Rio de Janeiro, que passa a coordenar 16 PAMs, 13 hospitais e três maternidades (MS/ERERJ, 1997). Nesse mesmo ano, a questão da descentralização das unidades federais é retomada através de um convênio de pré-municipalização de quinze Postos de Assistência Médica (PAMs) e quatro maternidades, firmado entre o Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Em 1996, é feito um termo aditivo ao referido convênio, com a inclusão de um hospital psiquiátrico, a Colônia Juliano Moreira.

Entretanto, o debate acerca da descentralização dos hospitais federais não constitui questão prioritária no período 1995/96, em que o Ministro Adib Jatene estimula o debate de alternativas no plano da gerência pelos hospitais.

A discussão da descentralização dos hospitais federais volta a se acentuar na gestão do Ministro Carlos Albuquerque, em meados de 1997, impulsionada pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde¹². Na ocasião, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro mostra interesse em assumir seis hospitais federais, contanto que fossem assegurados os recursos orçamentários para a sua manutenção. Essa questão, entretanto, esbarra em conflitos e resistências de vários tipos.

Por um lado, o Governo do Estado protesta e também manifesta interesse em receber alguns hospitais federais. Desta forma, no segundo semestre de 1997 são conduzidas negociações entre as três esferas de governo com o objetivo de traçar critérios para a descentralização das unidades, por exemplo, quanto à definição de quais hospitais deveriam ser repassados para o nível estadual ou municipal. Monta-se um grupo de trabalho e elabora-se um Protocolo de Intenções no final do ano de 1997, definindo as unidades a serem repassadas: seis para o Município do Rio, cinco para o Governo do Estado e um para a Universidade do Rio de Janeiro (Uni-Rio). Entretanto, o Governo do Estado recua na posição de assumir os hospitais, ao mesmo tempo em que obstrui a possibilidade de transferência de unidades para a Prefeitura da capital.

Outro foco importante de resistência à descentralização das unidades é os diretores dos hospitais federais, que temem a redução do poder político, do aporte de recursos financeiros, e da autonomia gerencial de suas unidades¹³. Os diretores se articulam contra a descentralização, em algumas ocasiões com o apoio do Secretário de Estado de Saúde, o que leva a conflitos com o Secretário de Assistência à Saúde do MS.

Vale ressaltar que alguns hospitais federais haviam iniciado ou re-iniciado nos dois anos anteriores – período 95/96 - processos de constituição de fundações privadas de apoio. Se a princípio a constituição dessas fundações não é per se incompatível com a descentralização das unidades, do ponto de vista das equipes de Direção essas entidades paralelas às vezes são vistas como alternativas à transferência para instâncias subnacionais, ou mesmo como formas de preservar um maior nível de poder ou de autonomia nos hospitais.

Além disso, nessa época são promovidas pela Coordenação Geral das Unidades Hospitalares Próprias do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (CGUHP/MS) algumas discussões com os diretores acerca do modelo Organizações Sociais. Nesse sentido, vale ressaltar a posição pessoal do Coordenador da CGUHP/MS¹⁴, que adota uma postura mais hesitante em relação à descentralização imediata dos hospitais. O Coordenador prioriza as medidas de preparação dos hospitais no plano da gerência e avaliação para lidarem com um contexto de maior cobrança acerca de produtividade - qualquer que fosse o seu destino - e promove discussões acerca do modelo OS, visando informar os diretores acerca das propostas existentes e incentivar o debate.

Frente à diversidade de posições e aos conflitos relatados, observa-se que os hospitais federais passam por uma conjuntura de grande incerteza no período. A priorização da questão da descentralização dos hospitais é um dos fatores que contribui para o desgaste político do Secretário de Assistência à Saúde do MS, que assim como o próprio Ministro Albuquerque, já não tinha força política no início de 1998.

Após a substituição do Ministro por José Serra em março de 1998, ocorrem mudanças no alto escalão do Ministério, e a questão da descentralização dos hospitais federais, em um primeiro momento, se esvaia. Em relação aos hospitais, outras questões assumem prioridade, como a moralização das unidades, o resgate do planejamento, a transparência nos gastos e a redução de custos excessivos. Posteriormente, no final de 1998

são retomadas as discussões para municipalização de alguns hospitais federais, cujo repasse é negociado caso-a-caso.

Quanto aos hospitais estaduais localizados na capital, assumidos pela SES/RJ no momento da fusão dos estados da Guanabara e Rio de Janeiro em 1975, estes também permanecem sob vinculação estadual na década de 90. Em algumas ocasiões, a possibilidade de transferência dos hospitais estaduais de emergência localizados na Zona Oeste para a Secretaria Municipal de Saúde é apontada, mas até 1998 o debate não se traduz em movimentos concretos da SMS ou da SES para efetivar esse repasse, o que mais uma vez esbarra em conflitos político-partidários entre as duas instâncias. As autoridades governamentais trocam acusações a esse respeito do tipo: (a) a Secretaria Municipal de Saúde alega que quer receber os hospitais, mas o Governo do Estado não quer repassar; (b) a Secretaria de Estado alega que o Município do Rio nunca se prontificou efetivamente a receber as unidades e, que nem teria condições para tanto, tendo em vista o grande porte e os altos custos de manutenção dos hospitais.

Desta forma, a Secretaria de Estado de Saúde permanece com os hospitais, e inicia investimentos em obras e equipamentos nas unidades, além de adotar propostas alternativas como a contratação de cooperativas de profissionais de saúde (a partir de 1995), e posteriormente, a proposta de terceirização da gerência de seis hospitais (lançada em 1997). A compreensão desses conflitos é fundamental, porque a implantação dessas propostas pelo Governo Estadual- cooperativas e terceirização de hospitais- reacendem acusações de que o gestor estadual não teria esgotado as possibilidades de descentralização das unidades para o nível municipal.

Vale ainda ressaltar que *a priori* a descentralização dos hospitais não seria incompatível com modalidades alternativas de gerência ou de inserção de profissionais, visto que essas modalidades podem ser adotadas de gestores de qualquer esfera governamental. Entretanto, enquanto em alguns momentos históricos a proposta de novas modalidades pareceu importante até para favorecer o processo de descentralização – como a constituição de fundações de apoio aos hospitais estadualizados em 1991 –, em outros momentos esses modelos são propostos como alternativas à descentralização, calcados em uma lógica de busca de autonomia dos hospitais em relação ao gestor público, conforme será abordado no próximo item.

5. Novas Modalidades de Gerência nos Hospitais Públicos, Anos 90.

No Município do Rio de Janeiro, entre as modalidades de gerência abordadas no estudo - fundações privadas de apoio, formas diferenciadas de vinculação jurídico-institucional, terceirização da gerência de hospitais, e terceirização da prestação de serviços assistenciais em hospitais públicos (incluindo cooperativas de profissionais de saúde) - as únicas experiências implantadas em hospitais públicos até 1989 eram fundações privadas de apoio e restritas a hospitais universitários, não incluídos na pesquisa. Portanto, todas as experiências descritas tiveram início no período pós-88.

O surgimento dessas modalidades nos hospitais do Rio de Janeiro não é contínuo ao longo da década de 90, e nem é homogêneo entre esferas de governo. Em um primeiro recorte, a análise desse movimento por períodos é importante para identificar possíveis relações das propostas com o contexto em que surgem, compreender especificidades do processo político e das relações entre gestores, e até mesmo identificar influências entre esferas de governo na elaboração dessas propostas.

Por outro lado, o recorte por esferas de governo é fundamental, frente às especificidades históricas e institucionais dessas instâncias, às diferenças na susceptibilidade ao contexto político-econômico mais geral, e às variações nas diretrizes políticas dos dirigentes que ocupam posições de poder nessas esferas. Assim, podem existir diferenças nas estratégias de implementação dessas modalidades pelos gestores federal, estadual e municipal.

Vale ainda ressaltar que mesmo entre unidades de saúde podem existir diferenças na implementação dessas modalidades. Entretanto, a análise intra-organizacional desses processos não constitui objeto do presente trabalho. O estudo enfoca principalmente os processos políticos em nível governamental, ou seja, procura discutir a implementação dessas propostas como componentes da política de saúde e caracterizar as estratégias dos gestores do sistema de adoção dessas modalidades nas unidades vinculadas a cada esfera governamental.

Tendo em vista essas questões, o próximo item apresenta uma breve caracterização dos períodos em que a proliferação dessas modalidades é mais acentuada. A seguir, descrevem-se as propostas e experiências alternativas separadamente, por esferas de governo. Por fim, a discussão acerca do movimento de proliferação dessas modalidades nos hospitais públicos é retomada numa perspectiva mais analítica, à luz das questões levantadas.

5.1. Uma Tentativa de Periodização

Após 1988, observam-se dois momentos distintos de implementação de modalidades alternativas à administração direta em hospitais localizados no Município do Rio de Janeiro, separados por uma fase em que não se implementam novas experiências desse tipo.

- **1989-1991:** Surgem as primeiras fundações de apoio a hospitais públicos não-universitários, que são a FUNDARJ, de apoio ao Instituto Estadual de Hematologia (em 1989), e a Fundação Ari Frauzino, ligada ao Instituto Nacional do Câncer (em 1991). A Secretaria de Estado de Saúde, durante a gestão de Maria Manuela dos Santos (1990-1991), opta por estender o modelo fundacional nos moldes do Instituto Estadual de Hematologia aos outros hospitais estaduais especializados, os chamados “Institutos” (em 1991). Além de incentivar a implementação das fundações em suas unidades próprias, a SES estimula a adoção dessa modalidade nos quatro hospitais federais que foram estadualizados em 1991, entendendo que essas unidades diferenciadas exigiam caminhos próprios. Desta forma, algumas unidades estaduais e federais recém-estadualizadas chegam a constituir fundações, que na sua maioria não são ativadas, conforme será detalhado adiante.

- **1992-1994:** Nesse período não surgem novas experiências de gerência alternativas à administração direta nos hospitais do Município do Rio de Janeiro. Entre as fundações de apoio, criadas no período anterior, permanecem em funcionamento somente as fundações do INCA (unidade federal), e as do Instituto Estadual de Hematologia e do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (unidades estaduais). As fundações de apoio aos hospitais de origem federal que foram estadualizados em 1991 não são ativadas; durante esse período, os hospitais estadualizados priorizam as negociações para retornar à esfera federal, o que ocorre em 1994.

- **Após 1995:** A segunda onda de proliferação de modalidades de gerência alternativas, ainda em expansão, apresenta traços diferentes da primeira, caracterizando-se por: maior extensão do processo, que atinge um grande número de hospitais; maior abrangência, visto que envolve unidades vinculadas aos três níveis de Governo - federal, estadual e municipal -; maior diversidade de propostas alternativas.

Assim, além da retomada do processo de implementação de fundações de apoio em diversos hospitais (principalmente federais), surgem no cenário

outras modalidades, tais como: a) a proposta de **Organizações Sociais**, lançada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, do Governo Fernando Henrique Cardoso, que começa a ser discutida no INCA em 1997; b) as cooperativas de profissionais de saúde, **implantadas nas unidades** estaduais a partir de 1995; essa modalidade também é **adotada para** um hospital de vinculação municipal no ano de 1996; c) a **proposta de terceirização** da gerência de seis hospitais estaduais de emergência, **lançada pelo** Governo do Estado no final de 1997.

5.2 Estratégias dos Gestores na Implementação de Novas Modalidades nos Hospitais

As diferenças nas estratégias dos gestores de **implementação de experiências** alternativas à administração direta nos hospitais podem se **expressar** através dos motivos para a adoção dessas propostas, na extensão do **processo**, nos tipos de modalidades adotadas, no grau e forma de **participação** do gestor na implementação dessas modalidades, e no nível de autonomia conferido às unidades.

O objetivo de descrever separadamente as propostas e experiências alternativas observadas nos hospitais federais, estaduais e municipais é, a princípio, permitir a identificação das especificidades desse processo em cada esfera governamental. Busca-se ainda correlacionar a implementação dessas experiências com o contexto político em que emergem e as diretrizes dos gestores de cada esfera.

5.3 O Ministério da Saúde e Hospitais Federais

O modelo alternativo mais frequentemente proposto para os hospitais federais no período pós-88 é o de fundação privada de apoio. Outras duas modalidades - o modelo Organização Social e cooperativa de profissionais de saúde - chegam a ser propostas para dois hospitais federais que já têm fundações de apoio e, portanto, serão discutidas no decorrer da experiência de cada hospital.

A implementação das fundações nos hospitais federais em geral decorre de um movimento relativamente autônomo da unidade, desencadeado por membros do corpo clínico ou pela própria Direção do hospital. Entretanto, a participação do gestor do sistema é fundamental, seja para o estímulo inicial,

seja na articulação política para a aprovação da fundação e garantia de provimento de recursos do fundo público para o seu funcionamento.

Desta forma, a constituição de fundações de apoio aos hospitais federais localizados no Município do Rio de Janeiro pode ser observada em dois momentos com características bastante distintas, que guardam relação com a periodização exposta anteriormente.

O primeiro movimento (1989-1991) acontece após a promulgação da Constituição de 88, em um contexto em que ocorrem mudanças importantes, entre as quais cabe apontar: (a) do ponto de vista da administração pública, a Constituição de 1988 e sua legislação complementar introduzem novas regras, como o Regime Jurídico Único para os servidores; (b) do ponto de vista das políticas de saúde, acentua-se o debate sobre a descentralização como diretriz organizativa do sistema de saúde.

A análise das propostas de adoção de fundação de apoio a hospitais federais nesse período deve considerar as diferenças entre duas iniciativas: a constituição de fundação privada de apoio ao INCA; e a proposta de adoção do modelo fundacional para os quatro hospitais federais estadualizados em 1991.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é a primeira unidade federal localizada no Município do Rio de Janeiro a implementar o modelo fundacional, ao instituir a Fundação Ari Frauzino no ano de 1991. Nos anos 80, o INCA havia sido apoiado pela Campanha Nacional de Controle do Câncer, que foi extinta no final da década¹⁵. A constituição de fundação de apoio ao Instituto representa uma busca de fortalecer o poder institucional e garantir maior autonomia gerencial, como será discutido no próximo item.

A proposta de adoção do modelo fundacional para outras unidades federais em 1991 ocorre no âmbito do debate da descentralização, quando quatro hospitais federais foram transferidos ao Governo do Estado, no final do Governo Moreira Franco. O gestor estadual estimula diretamente a formação de Fundações de Apoio a esses hospitais. Observe-se que, naquele momento, não havia o entendimento de que o modelo fundacional fosse incompatível com a descentralização dos hospitais para o nível estadual. Ao contrário, considerava-se que esses hospitais por suas peculiaridades, requeriam caminhos próprios. O modelo fundacional poderia atender a questões que a descentralização per se não resolveria, como a captação de recursos- do próprio fundo público, através dos sistemas de informação de produção- e o aumento da autonomia gerencial¹⁶.

Dos quatro hospitais estadualizados, três chegam a instituir fundações de apoio: o Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, o Hospital de Traumatologia-Ortopedia e o Hospital dos Servidores do Estado. Somente a fundação do Hospital de Cardiologia de Laranjeiras é aprovada pelo Ministério Público, já no final Governo Moreira Franco, embora tenha sido extinta quatro anos depois, sem nunca ter funcionado. As outras duas foram indeferidas pela Curadoria de Fundações, já durante o Governo Leonel Brizola, na gestão de Pedro Valente na Secretaria de Estado de Saúde.

O segundo movimento de proliferação de fundações nos hospitais federais ocorre a partir de 1995, já no Governo Fernando Henrique Cardoso. O Plano Real, de estabilização da moeda, havia sido implantado seis meses antes, e já se assinalava a tendência da política econômica de contenção de gastos públicos. Outros pontos prioritários da agenda do Governo Federal, como a questão da Reforma Administrativa e da Reforma da Previdência, também sugeriam a adoção de políticas de retração do funcionalismo público. A proposta de Reforma do Aparelho do Estado do Governo Fernando Henrique Cardoso é lançada ainda no primeiro ano do Governo (Brasil, 1995a).

O primeiro Ministro da Saúde do Governo Fernando Henrique Cardoso, Adib Jatene, desempenha desde o início de sua gestão um papel importante no estímulo à constituição de fundações de apoio aos hospitais federais localizados no Município do Rio de Janeiro. Tendo em vista as restrições do Governo Federal em suprir as necessidades dos hospitais federais, principalmente na área de recursos humanos, o Ministro reconhece a necessidade de que os hospitais busquem caminhos alternativos à administração direta¹⁷.

Desta forma, ao assumir a gestão do Ministério em janeiro de 1995, o Ministro realiza uma reunião com os diretores de todos os hospitais federais do Rio de Janeiro em que incentiva os gerentes a buscar alternativas próprias, informando que as possibilidades de novas contratações através de concurso público seriam remotas. A reunião do ministro com os diretores leva à organização de um seminário de gerência hospitalar, visando o debate acerca das diferentes modalidades alternativas de gerência em hospitais públicos. Tal seminário é realizado em abril de 1995 no Hospital dos Servidores do Estado, com a apresentação das experiências existentes até o momento: o modelo do Hospital Sarah Kubitschek, o do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, o modelo INCOR/SP.

Além disso, nos anos de 1995 e 1996, o Ministro realiza visitas a vários hospitais federais do Rio de Janeiro, durante as quais estimula especificamente a constituição de fundações privadas de apoio às unidades¹⁸.

Frente a esse estímulo, diversos hospitais federais iniciam um movimento de constituição de fundações de apoio no período 1995/96, inspirados também pelas fundações em funcionamento em outros hospitais localizados no Município do Rio - a do INCA (unidade federal) e a do Hemo-Rio (unidade estadual)- e tendo como referência original o modelo da Fundação Zerbini, do INCOR/SP.

A implementação de fundações nesse período tem a conotação de busca de alternativas às prováveis restrições do nível federal – como na área de recursos humanos - e com a expectativa de diversificação das fontes de financiamento pelos hospitais - tanto do fundo público (através dos sistemas de produção) como privado (através de diversos tipos de convênios).

Do ponto de vista interno, a agilidade -ou não- do processo de constituição de fundações nos hospitais depende das relações de poder e de conflitos entre grupos de interesse, e da estratégia de condução da Direção (maior ou menor priorização da questão e grau de participação dos funcionários). Do ponto de vista externo, o funcionamento pleno da fundação depende em geral da possibilidade de captação adicional de recursos, em que o Estado desempenha papel fundamental através da prerrogativa da dupla captação de recursos do fundo público - manutenção das verbas orçamentárias e transferência de recursos de produção através da fundação. Entretanto, como esses hospitais não têm conseguido autorização governamental para captação de recursos de produção do SUS, observa-se uma tendência recente de busca de fontes alternativas de financiamento.

Em relação à situação de funcionamento das fundações de apoio nos hospitais federais no 1º semestre de 1998, pode-se classificar os hospitais em quatro grupos principais:

- 1) Hospital com fundação em funcionamento pleno, com sinais de esgotamento – INCA;
- 2) Hospitais com fundações em funcionamento incipiente - Hospital de Traumatologia-Ortopedia e Hospital de Cardiologia de Laranjeiras;
- 3) Hospitais com fundações em processo de constituição, aprovação e registro - Hospital dos Servidores, Hospital da Lagoa, Hospital de Bonsucesso, Hospital Cardoso Fontes, Hospital de Ipanema;

4) Hospitais que não desencadearam até o momento movimento de constituição de fundação de apoio: Hospital Raphael de Paula Souza, Hospital do Andaraí, Hospital da Piedade, Instituto Philippe Pinel, e Hospital Psiquiátrico Pedro II.

Traçado esse panorama inicial, segue-se uma descrição sintética dos três primeiros grupos de hospitais, e um Quadro-Resumo da situação atual das fundações de apoio aos hospitais federais.

5.4. O INCA: do Modelo Fundacional ao Projeto Organizações Sociais

5.4.1. O INCA e a Fundação Ari Frauzino

A Fundação Ari Frauzino para a Pesquisa e Controle do Câncer (FAF) é criada em 1991, a partir da iniciativa de quatro médicos da Direção do Instituto Nacional do Câncer. Os quatro instituidores são membros natos e vitalícios do Conselho Curador da fundação, segundo o Estatuto Social da FAF (FAF, 1996).

É importante situar a criação da FAF no projeto do grupo que assume a Direção do INCA, e apresenta uma proposta ambiciosa de reestruturação do papel do Instituto em nível nacional, de forma a ampliar sua participação na formulação de políticas nacionais de controle do câncer. Em 1992 dois outros hospitais especializados em oncologia localizados no Município do Rio de Janeiro passam a integrar o INCA, junto ao Hospital do Câncer: o Hospital de Oncologia e o Hospital Luiza Gomes de Lemos.

Por outro lado, a criação da fundação constitui uma tentativa de atender as necessidades imediatas do INCA de reposição de pessoal e de investimento em tecnologia, conforme aponta o Relatório de Atividades da FAF de 1996:

“A Fundação foi instituída em 1991, com o objetivo de viabilizar recursos humanos e tecnológicos para o desenvolvimento das atividades do INCA...Naquela época havia sido extinta a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, órgão que apoiava o INCA, e a insuficiência de servidores ameaçava o funcionamento de várias unidades do Instituto. Sem recursos humanos suficientes e sem concurso público para repô-los, não havia como

completar as vagas abertas ... O grupo [da Direção] inspirou-se na mesma solução já adotada por outras instituições de saúde e educação” (Fundação Ari Frauzino, Relatório de Atividades- 1996, p.3-4)

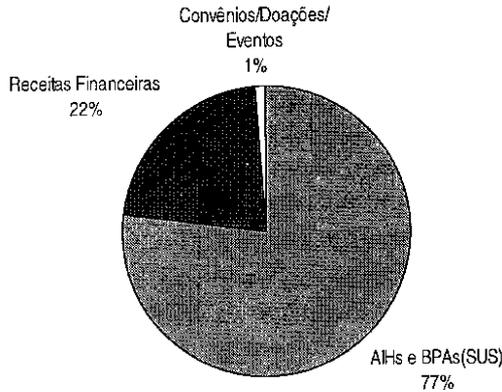
Em 1992, durante a primeira gestão de Adib Jatene no Ministério da Saúde, é firmado o convênio entre a FAF e o MS, com o objetivo de cooperação mútua na pesquisa e controle do câncer. A autorização para o recebimento de recursos referentes ao faturamento da produção das unidades assistenciais ligadas ao INCA – provenientes da emissão de AIHs e BPAs - é conseguida no mesmo ano, após a negociação de um sobre-teto para o estado do Rio de Janeiro. Desde então, o INCA passa a contar com duas fontes de recursos de origem pública: o orçamento e o faturamento por produção, recebido através da FAF para investimentos pautados pelas necessidades do INCA.

Os dois primeiros anos da FAF constituem um período de estruturação, em que a fundação é pouco atuante. O volume de atividades e recursos movimentados pela FAF e investidos no INCA através da fundação cresce nos anos subsequentes.

Atualmente, quanto às fontes de receitas, a FAF arrecada basicamente recursos do fundo público, através do faturamento do SUS (Figura 1). Até o momento da pesquisa, a FAF/INCA não tinha convênios com empresas de planos de saúde privados. Vale ressaltar que os recursos gerados pela produção de atividades assistenciais do Instituto são elevados, pelo fato de envolverem vários procedimentos de alto custo/alta complexidade, e o INCA dispor de acréscimo sobre o faturamento devido ao desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa (FIDEPS de 75%). A FAF arrecadou em 1997 um total de \$44.555.393,00 (quarenta e quatro milhões, quinhentos e cinquenta e cinco mil e trezentos noventa e três reais).

Figura 1

Composição percentual das receitas da Fundação Ari Frauzino em 1997



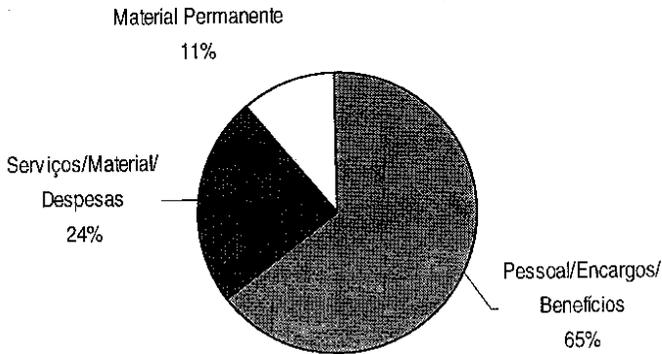
Quanto ao destino desses recursos, a maior parte é aplicada no INCA, mas vale ressaltar o expressivo percentual destinado: “às reservas e fundo patrimonial para fazer face a eventuais atrasos no recebimento de suas receitas e atender imprevistos” (Fundação Ari Frauzino, Relatório de Atividades- 1996, p.6). Esse volume de reservas mostra a preocupação com o risco de oscilações no recebimento de receitas oriundas dos fundos públicos, manifestada também nas entrevistas. Entretanto, a possibilidade de destinação de recursos para reservas financeiras tem diminuído, face ao crescente comprometimento das receitas com o pagamento de pessoal.

A Fundação apoia o INCA em diversas de suas atividades, sendo que o maior volume de recursos arrecadados através da FAF é aplicado no suprimento de recursos humanos (Figura 2), visto que não têm sido efetivadas contratações por concurso público¹⁹.

Outra função da FAF é permitir a compra de materiais de forma ágil e flexível, em condições excepcionais, como situações de urgência entre processos licitatórios ou necessidade de produtos muito específicos, cuja licitação seria complexa.

Figura 2

Distribuição dos desembolsos da Fundação Ari Frauzino por natureza em 1997



Fonte: Relatório de Atividades da Fundação Ari Frauzino- 1997.

A proporção de despesas efetuadas com recursos arrecadados através da fundação, em relação às despesas totais do INCA é de cerca de 20%, sendo que a maior participação proporcional da fundação diz respeito ao item pagamento de serviços de terceiros (58,4% das despesas são cobertas com recursos da fundação), seguido pelo item despesas com pessoal (30,6% das despesas cobertas pela fundação). A Tabela 2 mostra as proporções da participação na cobertura de despesas do INCA da verba orçamentária direta e recursos de produção arrecadados através da fundação, segundo os diversos itens de despesa.

Portanto, apesar de a Fundação Ari Frauzino movimentar um volume expressivo de recursos, vale ressaltar dois aspectos: 1) a maior parte desses recursos provêm do fundo público; 2) cerca de 80% das despesas do INCA são efetuadas com verba orçamentária direta.

Os relatórios do INCA apontam a importância da FAF no apoio às atividades do Instituto nesta década, aliada a outras transformações no modelo gerencial (INCA, 1996 e 1997). Além disso, o INCA é atualmente reconhecido na área da saúde como um “modelo”, que tem influenciado outros hospitais federais do Rio de Janeiro a constituírem fundações de apoio.

Tabela 2- Distribuição das despesas do Instituto Nacional do Câncer, segundo itens de despesa e origem da receita (Orçamento do Ministério da Saúde ou Receita arrecadada pela Fundação Ari Frauzino), no ano de 1997.

Descrição dos Itens de Despesa	Origem da Receita					
	Orçamento do Ministério da Saúde		Arrecadação através da FAF ⁽¹⁾		TOTAL (MS+ FAF)	
	Valor (em reais)	%	Valor (em reais)	%	Valor (em reais)	%
Pessoal (ativo)	51.946.860	69,4	22.906.258	30,6	74.853.118	100,0
Material de Consumo	13.279.445	91,0	1.306.260	9,0	14.585.705	100,0
Medicamento	12.399.874	96,0	519.013	4,0	12.918.887	100,0
Serv. de Terceiros ⁽²⁾	4.856.137	41,6	6.810.953	58,4	11.667.090	100,0
Material Permanente	14.660.143	78,7	3.969.220	21,3	18.629.363	100,0
Outros	38.632.987	100,0	0	0,0	38.632.987	100,0
Impostos recolhidos	0	0,0	5.828	100,0	5.828	100,0
Total das Despesas	135.775.446	79,3	35.517.532	20,7	171.292.978	100,0

Fonte: Divisão de Planejamento/ INCA

Notas:

(1) Os valores descritos não correspondem ao total da receita da FAF, mas apenas às despesas do INCA efetuadas com recursos arrecadados através da FAF

(2) "Serviços de Terceiros" inclui as seguintes contas: suprimentos de fundos, correio, transporte, concertos, taxas de importações, locação de gases medicinais, xerox, e outros serviços de terceiros.

Por outro lado, a atuação da FAF no apoio ao INCA apresenta alguns problemas ou limitações apontados pelos entrevistados²⁰:

- Distorções no papel da FAF- a fundação atua muito para suprir deficiências do governo, no plano de pessoal e algumas vezes de compras, por ter maior flexibilidade na gerência de recursos. Apesar dessa ter sido apontada também como sua função primordial, afirmou-se em uma das entrevistas que a Fundação atua muito em questões emergenciais, ficando prejudicado seu papel em outras esferas, como desenvolvimento científico.

- Limitações gerenciais - a co-existência de duas entidades (INCA e FAF), com diferentes estruturas administrativas, dois sistemas orçamentários-financeiros, dois sistemas de compras, planos contábeis, e distorções salariais entre os funcionários, foi apontada como um problema. Afirmou-se também que a FAF só apresenta parte da agilidade necessária à atuação do INCA, pois a maior parte dos recursos investidos no Instituto provém do orçamento federal, cuja aplicação exige o seguimento das normas do regime público.

- Limitações financeiras - a fundação opera basicamente com recursos provenientes do fundo público. Esses recursos estão sujeitos tanto a influências de decisões políticas governamentais, quanto a cortes em função dos tetos financeiros estabelecidos por unidades. No momento da pesquisa, estando os tetos financeiros do Estado e Município do Rio de Janeiro limitados desde 1995, a FAF vinha sofrendo cortes dos recursos de faturamento das atividades do INCA, em função do Instituto também dispor de verbas orçamentárias. A FAF precisa de um grande volume de recursos para reservas, e atualmente não tem conseguido preservá-los frente às demandas do INCA.

- Limitações na gerência de recursos humanos - a FAF esgotou a sua possibilidade de contratação de novos profissionais, e as perspectivas de preenchimento dos quadros frente a perdas de funcionários são restritas. Além disso, apesar ter sido elaborado um Plano de Cargos e Salários para os funcionários do INCA, a FAF não dispõe de recursos suficientes para a implementação desse Plano. Desta forma, persistem as discrepâncias salariais entre funcionários estatutários do INCA e os contratados através da FAF.

A exposição dessas limitações da FAF é fundamental para a compreensão dos motivos que levaram a Direção do INCA a concordar em discutir com o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado a possibilidade do Instituto ser uma unidade-piloto na área da saúde para a implantação do modelo Organização Social (OS), conforme resume um manual interno:

“O INCA ainda se encontra numa fase de desenvolvimento, apesar das inúmeras dificuldades que enfrenta para adquirir os materiais e serviços e manter o quadro funcional mínimo....As mudanças numa Instituição devem ser feitas antes que ela entre em declínio, o que pode acontecer a médio prazo com o INCA, caso não consiga adotar outra forma de gestão e vencer suas limitações...Atualmente a FAF tem mais de 800 funcionários contratados no INCA. Serviços inteiros funcionam devido a esses funcionários...sem contar o apoio em outras áreas, como aquisição de materiais e serviços que não se consegue viabilizar com o orçamento do Ministério, por causa da rigidez da legislação. Só que a FAF já está gastando tudo o que arrecada - o que não é recomendável em uma Fundação. Considerando as perdas futuras (mortes, aposentadorias) e a própria expansão do INCA, a médio prazo a FAF não poderá continuar sustentando o crescimento”. (Instituto Nacional do Câncer, 1997b, p.8)

5.4.2. O INCA e o Projeto Organização Social

A partir de 1995, o MARE inicia um processo de negociação com o Ministério da Saúde para a implementação do modelo Organização Social nos hospitais federais. No final de 1996, época de promulgação da primeira Medida Provisória de criação do modelo, o MARE e o Ministério da Saúde discutem a possibilidade de o INCA ser o primeiro hospital qualificado como OS, mas as negociações não avançam na época.

Em janeiro de 1997, o Ministro da Saúde Adib Jatene é substituído por Carlos Albuquerque, e esse debate não assume papel de destaque nos seis primeiros meses da nova gestão. No segundo semestre, a partir de uma articulação interministerial - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e Ministério da Saúde- a proposta de transformação em OS é reapresentada à Direção do INCA. Em outubro de 1997, durante visita dos Ministros Bresser Pereira (MARE) e Carlos Albuquerque (Saúde) ao INCA, é assinado um Protocolo de Intenções, em que as três instituições comprometem-se a discutir e avaliar a possibilidade de qualificação do INCA como OS (INCA, 1997c).

A partir daí, inicia-se um processo de debate interno e planejamento do INCA para essa mudança. Ainda no mês de outubro, a Direção cria um grupo de trabalho, constituído por representantes de diversas áreas, e presidido pelo superintendente da Fundação Ari Frauzino (INCA, 1997b). Esse grupo passa a realizar reuniões semanais com a participação de representantes do MARE e do Ministério da Saúde, para elaborar as estratégias e conduzir as ações necessárias à implementação da OS²¹.

Até o final do 1º semestre de 1998, o Contrato de Gestão entre o INCA e a União- cuja previsão inicial de assinatura era o mês de janeiro de 1998- ainda não havia sido assinado. Assim, até o momento da pesquisa, o INCA não havia sido incluído em nenhuma edição da Medida Provisória de criação da OS, nem havia sido enviado projeto ao Congresso com esse objetivo²².

As oscilações e a lentidão no processo de implantação do modelo OS no INCA se devem em parte à complexidade de algumas decisões, como por exemplo, em relação ao formato jurídico da nova organização. Além disso, os entrevistados apontaram como um aspecto fundamental para a Direção a garantia de que o INCA continuaria exercendo seu papel formulador de políticas nacionais de controle do câncer, assim como teria assegurado os recursos financeiros necessários ao seu funcionamento, mantendo a princípio

as duas fontes de arrecadação: faturamento da produção e orçamento, subordinados às metas acordadas através do Contrato de Gestão.

As principais vantagens da transformação em OS para o INCA seriam a possibilidade de efetuar novas contratações para suprir as deficiências de pessoal, complementar salários dos servidores federais lotados no INCA através de um segundo vínculo com a OS, e permitir maior autonomia administrativa, o que possibilitaria um melhor aproveitamento dos recursos orçamentários. Outra vantagem apontada seria a possibilidade de captação de recursos através de convênios com planos de saúde, dentro de limites pré-estabelecidos no Contrato de Gestão (INCA, 1997c- Manual OS).

No momento da pesquisa, ainda não se havia definido o destino da Fundação Ari Frauzino. A solução mais provável seria a manutenção da FAF com uma pequena estrutura, e novas funções, com o objetivo de dar segurança ao INCA. Os funcionários contratados através da FAF e atuantes no INCA seriam automaticamente transferidos ao INCA-OS.

5.5. Hospitais Federais com Fundações Incipientes

Os dois hospitais desse grupo - o Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (INTO) e o Hospital de Cardiologia de Laranjeiras- contavam no momento da pesquisa com fundações privadas de apoio constituídas há cerca de dois anos, que no entanto não haviam garantido fontes de financiamento expressivas, e praticamente não funcionavam face à inexistência de recursos financeiros.

Vale destacar que esses hospitais apresentavam algumas características em comum no momento da pesquisa: (a) em primeiro lugar, ambos são hospitais especializados, com atuações reconhecidas em suas respectivas áreas; (b) ambos tinham direções que estava há vários anos (ao menos quatro) no poder, sugerindo condições políticas relativamente estáveis de sustentabilidade dos diretores; (c) os dois hospitais estavam na segunda tentativa de constituição de fundação privada de apoio.

Quanto ao último aspecto, cabe apontar que o primeiro movimento de constituição de fundações é desencadeado no início da década, quando ocorre a transferência das unidades para a Secretaria de Estado de Saúde, representando, portanto uma estratégia do gestor estadual. Com a mudança do Governo do Estado em março de 1991, nenhuma das duas fundações chega a ser ativada²³.

Em 1995, após o retorno dos hospitais à esfera federal, o movimento de constituição de fundações de apoio é retomado, estimulado pelo Ministro Adib Jatene. A fundação do INTO é instituída em 1995 e a do HCL em 1996, sendo que ambas assinam convênio com o Ministério da Saúde no segundo semestre de 1996.

Na ocasião, a principal motivação das direções dos dois hospitais para a constituição de fundações de apoio se relaciona à expectativa de captação de recursos extra-orçamentários, sejam recursos de produção do SUS, ou de outras fontes, inclusive privadas. Outra vantagem seria a possibilidade de maior autonomia na utilização desses recursos, principalmente para a contratação de profissionais e expansão de atividades, incluindo o atendimento a pacientes de convênios com empresas privadas de assistência. Entretanto, a expectativa dos dois hospitais de receber recursos de faturamento do SUS através da fundação, nos moldes do INCA, não se concretiza, sendo que durante os dois primeiros anos de instituição as duas fundações praticamente não funcionam.

Em 1997, os hospitais partem de forma mais incisiva para a busca de recursos de outras fontes, especialmente da iniciativa privada. Nesse sentido, vale comentar separadamente algumas repercussões desse movimento nas duas unidades.

Quanto ao INTO, a iniciativa da direção em constituir a fundação desde o início tem relação com uma percepção de esgotamento do serviço público, associada à uma visão de que o potencial do hospital é grande e de que a iniciativa privada deve ser vista como uma parceira. A partir de 1997, algumas estratégias apontam para uma maior radicalidade de aproximação com empresas de assistência suplementar como, por exemplo, a contratação de um administrador para aumentar os convênios para a captação de recursos de outras fontes, especialmente privadas. Além disso, o hospital realiza algumas reformas, com destaque para a estruturação de uma ala de atendimento a pacientes com planos de saúde privados, havendo separação de um percentual de leitos para essa clientela diferenciada²⁴.

Em meados de 1997, é desencadeado pela direção do INTO um debate interno acerca da possibilidade de constituição de uma cooperativa dos próprios profissionais da unidade. Do ponto de vista da Direção, essa seria a alternativa para expandir as atividades e começar a atender pacientes de convênios, sem estabelecer vínculos empregatícios com os funcionários da fundação. A discussão envolve um grande número de servidores do hospital, interessados na possibilidade de melhoria de remuneração, levando à

formação de uma cooperativa multiprofissional com cerca de 400 servidores, todos do quadro ativo do hospital.

A cooperativa estabelece um Contrato de Risco com a Direção, em que assume um compromisso de trabalho por seis meses em horários complementares aos de sua carga horária, cuja remuneração dependeria da entrada de recursos através da fundação. Entretanto, ao contrário das expectativas, nos meses subsequentes não há ingresso de recursos na fundação e o desinteresse dos profissionais da cooperativa é progressivo. Em dezembro, a fundação recebe uma doação que é dividida pelos cooperativados, de acordo com os critérios pré-estabelecidos. O resultado da repartição é desastroso, devido ao pagamento de valores muito discrepantes entre as categorias profissionais, levando ao cancelamento do Contrato de Risco.

Esse desgaste da cooperativa ocorre no final de 1997, momento em que a fundação começava a firmar alguns convênios com empresas de planos de saúde privados. Desta forma, a direção do INTO e a presidência da fundação tem urgência em negociar novas formas de remuneração dos profissionais que prestarão serviços à fundação para o atendimento de convênios. Vale ressaltar a tendência a estabelecer critérios diferenciados entre médicos e profissionais de enfermagem, tanto em relação à forma de organização do trabalho quanto à remuneração²⁵.

No momento da pesquisa, a fundação havia acabado de receber o seu primeiro faturamento proveniente do convênio com o Grupo Patronal (GEAP)²⁶, e os recursos ainda não haviam sido distribuídos entre os profissionais. Como perspectiva para a fundação, aponta-se a expansão dos convênios, visando receber recursos de forma mais regular. A aplicação dos novos recursos arrecadados se voltaria para o investimento em recursos humanos, inicialmente na forma de complementação salarial, depois através atividades de aperfeiçoamento profissional.

Quanto ao HCL, no momento da pesquisa, a fundação passava por uma tentativa de reordenamento e de ampliação de convênios diversificados. Ainda não havia se efetivado qualquer separação de leitos para convênios, e estavam em discussão formas de disciplinar esse tipo de atendimento. O primeiro ingresso de recursos desde a instituição da fundação ocorre em dezembro de 1997, através de uma doação da UNIMED de R\$ 6.500,00²⁷.

Quanto à possibilidade de descentralização das unidades federais para o Governo do Estado ou para o Município do Rio de Janeiro, que estava na pauta de discussão política entre as três instâncias de governo no momento da pesquisa, cabe ressaltar a percepção de instabilidade por parte das

direções dos dois hospitais. Os entrevistados das duas unidades afirmaram posição contrária à descentralização alegando o caráter especializado de referência dos hospitais, e a experiência prévia mal-sucedida de estadualização. Nesse sentido, o fortalecimento do modelo fundacional, na visão dos representantes dos dirigentes das unidades, poderia representar uma alternativa mais adequada à descentralização.

5.6. Hospitais Federais com Fundações em Processo de Constituição

No momento da pesquisa, cinco hospitais federais - o Hospital dos Servidores do Estado, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital da Lagoa, Hospital Cardoso Fontes e Hospital de Ipanema - estavam em processo de organização de fundações privadas de apoio, em momentos diferenciados, seja na fase de constituição, aprovação pela Curadoria, ou aguardando registro oficial. O modelo proposto se inspira basicamente na Fundação Zerbini, do INCOR, e também em outras iniciativas, como o INCA, e as incipientes fundações do Hospital de Traumatologia-Ortopedia e Hospital de Cardiologia de Laranjeiras.

Essas unidades apresentam características de hospitais gerais de grande porte, sendo que o Hospital de Ipanema se diferencia por ter um perfil predominantemente cirúrgico e por ser o único que não dispõe de unidade de emergência em funcionamento.

Entre os cinco hospitais, apenas o HSE apresentava história prévia de movimento de instituição de fundação privada de apoio, relacionada à estratégia da Secretaria de Estado de Saúde para os hospitais federais estadualizados em 1991. Entretanto, a primeira fundação do HSE é instituída tardiamente em 1992, quando já havia ocorrido a mudança do Governo do Estado e de Secretário de Saúde, não tendo sido sequer aprovada pela Curadoria de Fundações. Desta forma, a primeira fundação de apoio ao HSE é extinta em 1996, sem nunca ter funcionado.

O Hospital Cardoso Fontes havia debatido internamente a possibilidade de constituição de fundação de apoio no início da década, mas o processo enfrentou grandes resistências entre os profissionais e não avançou.

A partir de 1995, o estímulo à busca de alternativas pelo próprio Ministro Adib Jatene no início de sua gestão favorece o desencadeamento de constituição de fundações de apoio nesse grupo de hospitais federais nos anos 1995/96. Entretanto, esse movimento difere entre os hospitais em aspectos como ritmo e intensidade, dependendo da iniciativa da direção, do maior ou

menor grau de debate e resistência interna nos hospitais, e mesmo das oscilações do cenário político dos hospitais, que influenciam a conduta das equipes dirigentes.

Por exemplo, apesar de o seminário promovido pelo Ministério da Saúde em abril de 1995, acerca de modalidades de gerência alternativas à administração direta, ter sido realizado no Hospital dos Servidores do Estado, esse hospital só desencadeia o movimento efetivo de constituição de uma segunda fundação de apoio no segundo semestre de 1997, após a mudança da direção. O novo diretor consegue em poucos meses constituir a fundação e aprová-la na Curadoria de Fundações do Estado, sem contar com estímulo direto do Ministério da Saúde nem da Coordenação Geral das Unidades Hospitalares Próprias/MS naquele momento.

Em algumas unidades - no HSE, Cardoso Fontes e Hospital de Ipanema - o movimento de constituição de fundações esteve mais restrito a um grupo limitado de profissionais próximos à direção. Em outros, como no Hospital de Bonsucesso e no Hospital da Lagoa, o debate acerca da questão envolveu a participação de maior número de profissionais, algumas vezes em assembléias.

Outro aspecto importante diz respeito às justificativas subjacentes ao processo de constituição de fundações. Apesar de ser uma motivação comum aos vários hospitais federais a busca de outras fontes de financiamento - públicas ou privadas- e a possibilidade de autonomia, principalmente para a contratação de recursos humanos, pode-se dizer que há diferenças entre os hospitais, como por exemplo, em relação à ênfase das propostas na captação de recursos de fontes privadas.

Desta forma, a direção do HSE conduz o movimento de constituição de fundação no período 1997/98 motivada pela percepção de falência do serviço público, e acha pouco provável a autorização para captação adicional de recursos do fundo público. As soluções propostas pela direção apontam no sentido de busca incisiva de captação de recursos de fontes privadas, através separação de leitos para convênios com planos de saúde e com outros municípios do estado, captação de recursos de laboratórios farmacêuticos, e incentivos para que os médicos atuassem em tempo integral no hospital, com autorização para utilizarem a capacidade instalada do hospital para desenvolverem suas atividades privadas. Essas medidas em conjunto propiciariam a diminuição da dependência em relação aos recursos públicos, o aumento da captação de recursos, a fixação dos profissionais na unidade, e a melhoria da remuneração, da produção e da qualidade.

No caso dos hospitais de Bonsucesso, Lagoa, e Cardoso Fontes, apesar de se admitir a possibilidade da captação de recursos através de convênios com empresas privadas, a ênfase dos entrevistados era na perspectiva, ainda que remota, de conseguir autorização para receber recursos públicos de produção do SUS, ou de outras formas de convênios e doações. Na realidade, os instituidores das fundações em geral se orientam por motivações pragmáticas, destacando a necessidade de “fazer alguma coisa pelo hospital” – e reconhecem as limitações dos hospitais públicos firmarem convênios com empresas privadas de assistência médica.

Quanto ao Hospital de Ipanema, no momento da pesquisa o processo de constituição da fundação de apoio estava praticamente parado, face à percepção da direção de instabilidade política e insegurança em relação às diretrizes do Ministério da Saúde para os hospitais federais.

Em síntese, no momento da pesquisa, os hospitais federais que haviam desencadeado processos de implementação de fundações de apoio se encontravam em diferentes situações, resumidas no Quadro 2.

Quadro 2- Resumo do histórico e situação de implantação das fundações de apoio nos hospitais federais do Município do Rio de Janeiro- 1º semestre de 1998.

Hospital	Instituição da Fundação	Histórico	Situação no 1º semestre de 1998
INCA	1991	-Iniciativa da Direção -Convênio com MS em 1992 -Autorização para recebimento de recursos SUS em 1992 -Expansão das atividades e volume de recursos nos anos subsequentes -1996/7- início da preparação do INCA para transformação em Organização Social	-Fundação em pleno funcionamento -Recursos provenientes do fundo público (AIH e BPA) -Sinais de esgotamento do modelo fundacional -Processo de preparação do INCA para transformação em OS
H.Traumatologia-Ortopedia	1995 (2ª fundação)	-Tentativa prévia de constituição de fundação em 1990/91 (não aprovada pela Curadoria) <i>2ª fundação:</i> -Iniciativa da Direção -Instituída e aprovada em 1995 -Convênio com o MS em 1996 -Não consegue autorização para receber recursos AIH e BPA -A partir do 2º semestre de 97: a) constituição de cooperativa dos próprios profissionais do hospital, para prestar serviços através da fundação b) reestruturação da fundação e busca de fontes alternativas de financiamento	-Fundação legalmente constituída, em funcionamento incipiente, por escassez de recursos -Alguns convênios recém-estabelecidos com empresas privadas de planos de saúde -Novos convênios em negociação -Separação de parte dos leitos do hospital para convênios -Entrada do primeiro faturamento decorrente de atendimento de pacientes de convênio (pequeno volume de recursos) -Cooperativa: não está em atividade

H.C.Laranjeiras	1996 (2ª fundação)	-Constituição prévia de fundação em 1991 (aprovada pela Curadoria, mas não ativada; extinta em 1995) <i>2ª fundação:</i> -Iniciativa da Direção -Aprovada em 1996 -Convênio com o MS em 1996 -Não consegue autorização para receber recursos AIH e BPA -A partir do 2º semestre de 97: reestruturação da fundação e busca de fontes alternativas de financiamento	-Fundação legalmente constituída, em funcionamento incipiente, por escassez de recursos -Alguns convênios em negociação com planos de saúde de empresas privadas e com Prefeituras de outros municípios do Estado do RJ -Entrada do primeiro faturamento decorrente de atendimento de paciente de convênio (pequeno volume de recursos)
H.Servidores do Estado	1997 (2ª fundação)	-Tentativa prévia de constituição de fundação em 1991/93 (não aprovada pela Curadoria) <i>2ª fundação:</i> -Iniciativa da Direção -Instituída em 1997 (2º sem.) -Aprovada em janeiro/98	-Fundação recém-aprovada pela Curadoria, aguardando CGC da Receita Federal
H.de Bonsucesso	1996	-Iniciativa de chefias de serviço, com apoio da Direção -Amplio debate interno -Instituída em 1996 -Estatuto enviado à Curadoria em 1996 -Aprovada no 1º sem. 1998	-Fundação recém-aprovada pela Curadoria, aguardando CGC da Receita Federal
H. da Lagoa	1997	-Iniciativa de chefias de serviço, com apoio da Direção -Amplio debate interno -Instituída em 1997 -Estatuto enviado à Curadoria em 1997 -Aprovada no final de 1997	-Fundação recém-aprovada pela Curadoria, aguardando CGC da Receita Federal
H. Cardoso Fontes	1997	-Discussão interna prévia acerca da fundação, desencadeada por chefias de serviço em 93/94, não avançou por resistências internas -Reiniciado processo em 1997, por grupo restrito de chefias ligadas à Direção -Instituição e envio do Estatuto à Curadoria em 1997 -Aprovada no início de 1998	-Fundação recém-aprovada pela Curadoria, aguardando CGC da Receita Federal
H. de Ipanema	1996	-Iniciativa de grupo restrito, ligado à Direção -Instituição e envio do Estatuto à Curadoria em 1996	-Fundação ainda não aprovada pela Curadoria -Direção em posição de expectativa em relação às diretrizes do Ministério da Saúde e da CGUHP

Fonte: Elaboração própria, a partir de entrevistas e documentos obtidos durante a pesquisa.

6. A Secretaria de Estado de Saúde e os Hospitais Estaduais

No período pós-88, identificam-se duas fases bastante diferentes de implementação de modalidades de gerência alternativas à administração direta em unidades vinculadas ao Governo do Estado do Rio de Janeiro, coincidentes com a periodização proposta anteriormente.

O primeiro movimento (1989-1991) envolve basicamente a constituição de fundações privadas de apoio, no final do Governo Moreira Franco (1987-1991)²⁸.

O início desse movimento é marcado pela instituição da primeira fundação de apoio a um hospital público no Município do Rio de Janeiro, que é a FUNDARJ - Fundação de Apoio ao Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (Hemo-Rio)- em 1989, durante a gestão de José Noronha na Secretaria de Estado de Saúde. A criação da fundação de apoio ao Hemo-Rio tem o objetivo de propiciar a captação direta de recursos para fortalecer o Instituto, no contexto de reorganização políticas de controle dos hemoderivados em nível estadual. Na ocasião, representava uma forma de privilegiar o Hemo-Rio, tendo em vista o seu papel estratégico para as políticas estaduais na área de hemoterapia.

Entretanto, a Secretária de Saúde subsequente, Maria Manuela dos Santos (1990/1991), induz a extensão do modelo fundacional aos outros institutos estaduais especializados, com o objetivo de resgatar o papel de referência dessas unidades nas áreas da assistência, ensino e pesquisa. A perspectiva de agilização do recebimento de recursos dos sistemas de informações de produção - SIA/SUS e SIH/SUS - através da fundação constitui um estímulo importante à implantação de fundações. O modelo fundacional também é proposto às unidades federais recém-estadualizadas, conforme já relatado no item anterior. Desta forma, diversos hospitais constituem fundações de apoio às pressas, nos últimos meses do Governo Moreira Franco, muitas das quais nunca são ativadas.

O segundo movimento de proliferação de propostas alternativas de gerência nos hospitais estaduais é observado após 1995, marcado por acelerada expansão e diversificação de propostas, no Governo Marcello Alencar (1995-1998)²⁹. Esse movimento compreende duas estratégias distintas: 1) a partir de 1995, implementação de cooperativas de profissionais de saúde nos hospitais estaduais (principalmente de emergência); 2) em novembro de 1997, lançamento da proposta de terceirização da gerência de seis unidades estaduais de emergência.

A implantação de cooperativas de profissionais nos hospitais estaduais a partir de 1995, teve início com a constituição de uma cooperativa no Hospital da Posse, induzida pela Secretaria de Estado, com o objetivo de reabrir setores desativados do hospital. O modelo logo é estendido a outras unidades estaduais de emergência com déficit de recursos humanos devido aos baixíssimos salários pagos pelo governo estadual, que favorecem a evasão dos profissionais. A expansão das cooperativas é coerente com a posição do Governo do Estado de estimular formas alternativas de vinculação de recursos humanos e de retração do quadro do funcionalismo, tendo em vista o grande percentual de despesas com pessoal no orçamento do estado³⁰.

Já a proposta de terceirização da gerência de seis hospitais de emergência lançada em 1997 constitui uma estratégia do Governo do Estado – que não parte apenas da Secretaria de Saúde, mas envolve também as Secretarias de Fazenda e Planejamento – mais radical de parceria com a iniciativa privada, justificada no plano discursivo pela crença de que a administração privada seria mais eficiente, e orientada pela concepção de que o Estado não deveria ser o prestador direto de serviços, mas sim o financiador e regulador do sistema.

Quanto às fundações de apoio, pode-se dizer que a implementação dessa modalidade não constitui um marco da estratégia do Governo do Estado para os hospitais no período pós-95. No ano de 1996 é instituída uma fundação de apoio ao Instituto Estadual de Cardiologia – que já tinha história prévia de instituição de fundação, nunca ativada-, com o envolvimento pessoal do Secretário de Estado de Saúde, Antônio Luiz de Medina.

Na realidade, as três modalidades implantadas em unidades estaduais – fundações de apoio aos hospitais especializados, cooperativas de profissionais de saúde e terceirização da gerência de unidades- fazem parte de estratégias distintas dos gestores estaduais para os hospitais, sendo conduzidas por atores diferentes, em diferentes fases da Secretaria de Estado.

Portanto, tais propostas serão discutidas separadamente, procurando-se correlacionar a sua emergência com variáveis do contexto e as diretrizes políticas dos gestores estaduais nos diferentes momentos. Também serão feitas algumas considerações em relação às especificidades do processo em algumas unidades, particularmente no que diz respeito as fundações de apoio em funcionamento – as dos institutos de Hematologia (Hemo-Rio), de Endocrinologia (IEDE), e de Cardiologia (IECAC), que serão apresentadas sucintamente.

6.1. Os Institutos Especializados e as Fundações Privadas de Apoio

6.1.1. O Instituto de Hematologia e a FUNDARJ: modelo pioneiro?

A criação da Fundação de Apoio ao Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti – FUNDARJ - deve ser compreendida no contexto de reestruturação da política estadual de controle do sangue e de hemoderivados, na segunda metade da década de 80.

Nessa época, a questão da reorientação das políticas de hemoterapia assume dimensão de prioridade nacional, motivada pela emergência da AIDS, que trouxe para o centro do debate o tema da comercialização do sangue. Há um estímulo à criação de “hemo-centros” em nível estadual, com vistas à condução coordenada de políticas na área de hemoterapia.

Durante o Governo Moreira Franco, na gestão de Sérgio Arouca na Secretaria de Saúde (1986-87), são conduzidas diversas ações no sentido de combater a comercialização dos hemoderivados e fortalecer as políticas estaduais de monitoramento dessa questão. Tendo em vista que o Estado dispunha de um Instituto de Hematologia, se iniciam as negociações no sentido de investir naquele hospital, para que ele pudesse assumir o papel de “hemo-centro”, ou seja, unidade de referência em nível estadual do ponto de vista da assistência, ensino e pesquisa na área de hematologia e hemoterapia, além de articuladora/formuladora auxiliar das políticas de controle de hemoderivados em nível estadual.

Essa reformulação do papel do Instituto requer um investimento importante na unidade, que se encontrava sucateada em termos de equipamentos e estrutura física, sofria com frequentes faltas de materiais de consumo, e com os problemas na área de recursos humanos que atingiam as demais unidades estaduais: baixos salários, evasão de profissionais, e reposição insuficiente para preencher as necessidades das unidades³¹.

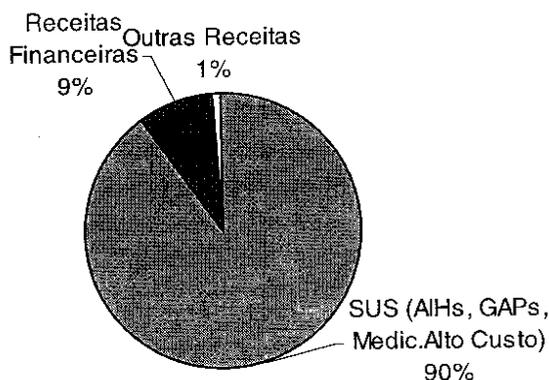
Desta forma, a FUNDARJ é criada em março de 1989, durante a gestão de José Carvalho de Noronha na Secretaria de Saúde, a partir da transformação da Associação de Amigos do Instituto. (Secretaria de Estado de Saúde, 1990; Instituto Estadual de Hematologia, 1994). Do ponto de vista do gestor estadual, a FUNDARJ representa uma estratégia de privilegiamento do Instituto de Hematologia, no sentido de possibilitar um maior ingresso de recursos na unidade, com vistas ao investimento em tecnologias e recursos humanos necessários ao desempenho de suas funções de hemo-centro do Estado do Rio de Janeiro.

O Conselho de Curadores da fundação é formado por uma maioria de profissionais do Instituto, e a FUNDARJ passa a receber um novo aporte de recursos diretamente para investimentos no Instituto de Hematologia. Inicialmente, os recursos arrecadados através da FUNDARJ são direcionados para a recuperação, modernização e aquisição de novos equipamentos, e em um segundo momento, são priorizadas estratégias na área de recursos humanos, como a contratação dos funcionários do hospital através de um segundo vínculo com a fundação, de forma que eles passem a trabalhar no hospital em horário integral (40 horas semanais). Tal estratégia atende tanto à necessidade de preenchimento do quadro funcional quanto à questão da remuneração, visto que os funcionários contratados pela fundação recebem pelas 20 horas complementares (segundo vínculo) salários maiores do que os pagos pelo Governo do Estado³².

Atualmente, em relação à arrecadação de recursos, a FUNDARJ conta basicamente com verbas provenientes do fundo público, equivalentes à produção ambulatorial e de internações do Instituto de Hematologia (Figura 3). Vale ressaltar que o faturamento dos procedimentos de hemoterapia é alto. Desta forma, a FUNDARJ arrecadou em 1997 um total de R\$ 24.021.656,55 (vinte e quatro milhões, vinte e um mil, seiscentos e cinquenta e seis reais e cinquenta e cinco centavos).

Figura 3

Composição percentual das receitas da FUNDARJ em 1997



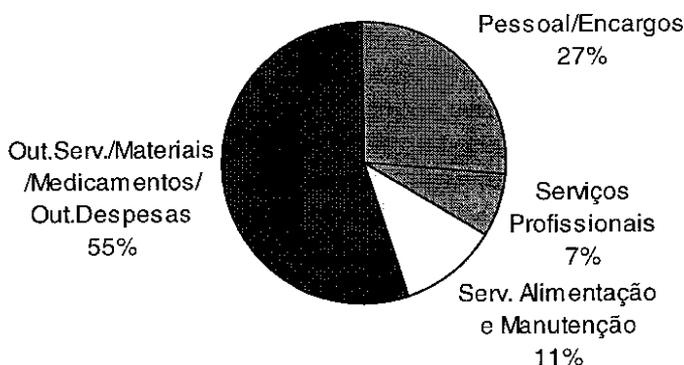
Fonte: Dados fornecidos pela FUNDARJ.

Entretanto, tendo em vista que o Instituto também é uma unidade de despesa da Secretaria de Estado, a arrecadação de recursos de produção do SUS através da FUNDARJ vem sofrendo cortes, frente às limitações nos tetos financeiros do Estado e do Município do Rio de Janeiro³³.

Quanto à distribuição das despesas, mais de 50% dos recursos arrecadados através da fundação destina-se à compra de materiais, medicamentos e serviços de terceiros. Note-se que o peso das despesas com pessoal é importante, e que alguns contratos de empresas terceirizadas como alimentação e manutenção são assumidos pela Fundação (Figura 4).

Figura 4

Distribuição dos desembolsos da FUNDARJ por natureza - 1997



Fonte: Dados fornecidos pela FUNDARJ.

Mesmo sendo apontada como uma experiência bem sucedida de modelo fundacional, a Direção do Instituto de Hematologia reconhece algumas limitações do modelo, como a co-existência de duas estruturas distintas - que pode gerar conflitos gerenciais-, e o fato de a autonomia gerencial do Instituto ser parcial. Desta forma, a opinião da Direção é que o modelo fundacional, apesar de bom, não deve ser visto como a solução definitiva para o Instituto, apontando a necessidade de busca de um modelo com maior autonomia gerencial, em uma única instituição.

6.1.2. *A expansão do Modelo Fundacional para outros Institutos Especializados*

No período de 1990-1991, durante a gestão de Maria Manuela dos Santos na Secretaria de Saúde, houve um movimento de expansão de fundações de apoio para os institutos estaduais especializados, induzido pela Secretaria, seguindo o modelo implantado no Hemo-Rio³⁴. A proposta da Secretaria é a implementação de fundações de caráter técnico-científico em todos os institutos, com o objetivo de desenvolver plenamente nessas unidades o potencial de ensino, pesquisa e assistência especializada. Entretanto, nesse curto período de gestão, poucas unidades efetivamente instituem fundações, sendo que algumas nunca foram ativadas. Os seguintes hospitais chegaram a constituir fundações de apoio: Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE)- implementa a Fundação Francisco Arduíno (FUNDAR), em 1991 (a fundação está em funcionamento até hoje);

- Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC) - constituição da Fundação de Apoio Edgard Gomes Magalhães em 1991, em conjunto com o Hospital de Cardiologia de Laranjeiras (tal fundação não chega a funcionar, sendo extinta em 1995. Criação de uma segunda fundação de apoio em 1996, a Fundação Antônio Luiz de Medina - FALMED);

- Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária (Curupaiti - instituição de fundação de apoio, que não chega a movimentar recursos (atualmente não está em funcionamento)³⁵.

O movimento de constituição de uma fundação de apoio ao Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) tem início em 1990, inspirado no modelo recém-implantado no Instituto de Hematologia, e conduzido pela Direção, com incentivo da Secretaria de Estado de Saúde. O processo de legalização da Fundação Francisco Arduíno - FUNDAR - é bastante acelerado, ocorrendo entre novembro de 1990 e março de 1991, quando a FUNDAR assina o convênio com a SES/RJ. Desta forma, a Fundação passa a receber recursos do fundo público diretamente em sua conta corrente, para aplicação no Instituto.

Do ponto de vista interno, a fundação é vista como uma forma de possibilitar a captação direta e um gerenciamento mais autônomo de recursos pela unidade, com o objetivo de suprir deficiências da administração direta estadual e atender com maior agilidade às necessidades do Instituto, seja em relação à obras e investimentos, suprimento de materiais de consumo, ou contratação de recursos humanos em especialidades críticas. A composição

dos conselhos da fundação envolve uma maioria de profissionais do IEDE, sendo que mesmo os representantes de Sociedade Brasileira de Endocrinologia e da Secretaria de Estado de Saúde são funcionários do instituto.

Atualmente, o recebimento de recursos pela FUNDAR se limita ao faturamento das atividades ambulatoriais (SIA/SUS) do IEDE. Vale ressaltar que o montante não é vultoso, devido ao pequeno porte do hospital, à pequena produção, e aos baixos valores pagos pela tabela do SUS³⁶. Tendo em vista que o IEDE é uma unidade de despesa da SES, as maiores despesas do Instituto continuam sob a administração direta do Governo de Estado³⁷. Entretanto, mais do que a arrecadação de um grande volume financeiro, aponta-se como vantagem da fundação a maior autonomia no gerenciamento dos recursos:

“A gerência dos recursos tem permitido realizar obras de recuperação dos vários setores, que há anos eram pleiteadas, sem resultado. Conseguiu-se suprir as deficiências de insumos básicos, inclusive medicamentos. A aquisição de equipamentos de laboratório... e até a contratação de pessoal específico para o setor [de detecção de hipotireoidismo congênito] tiveram participação importante no desenvolvimento das atividades.” (Jornal do IEDE, jan/fev, 1996, p.3)

O balanço de recursos movimentados pela fundação no ano de 1997 mostra uma dispersão da aplicação dos recursos por vários itens de despesa, sendo mais expressivas as despesas com pessoal (30%), seguidas por gastos com material de consumo (26,3%) e obras e manutenção (18,5%). Vale ressaltar que o item “pessoal” não inclui apenas contratações pela fundação, mas também os benefícios indiretos para todos os funcionários do IEDE, como vale-transporte e cesta básica. Tais benefícios são oferecidos como compensação, visto que não existe disponibilidade financeira para complementar salários através da fundação, nem para realizar contratações em larga escala. Desta forma, o quadro de pessoal do IEDE é basicamente composto por servidores estatutários, pagos diretamente pelo estado, e a fundação tem apenas vinte funcionários contratados.

Já o Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC) tem duas experiências de constituição de fundação de apoio, em momentos distintos. A primeira fundação, criada em 1991 para apoiar simultaneamente o IECAC e o recém-estadualizado Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, não chega a ser ativada.

Em 1995, a direção do hospital desencadeia um segundo movimento de implementação de uma fundação, com o respaldo do então Secretário de Estado de Saúde. A fundação, que recebe o nome do Secretário - Fundação Antônio Luiz de Medina (FALMED) - é aprovada pela Curadoria de Fundações em janeiro de 1996 e estabelece convênio com a Secretaria de Estado de Saúde em julho do mesmo ano.

Para a direção do hospital, a fundação representa a possibilidade de captação direta de recursos, principalmente do próprio SUS, para contornar as deficiências da administração direta do estado, como os baixos investimentos e a pouca agilidade³⁸. Em documento do instituto, a descrição dos objetivos iniciais da fundação expressa uma ênfase na necessidade de investimentos em obras e modernização tecnológica:

“...recuperar através do trabalho de assistência médica na área de cardiologia, a imagem e a credibilidade do Instituto de Cardiologia Aloysio de Castro, tão desgastada nos últimos vinte anos, por total falta de investimento tanto na manutenção da estrutura física do seu edifício como também na modernização de equipamentos médico-hospitalares, que hoje encontram-se, em sua grande maioria, obsoletos ou até mesmo sucateados” (IECAC, 1997- mimeo)

Apesar de ter firmado convênio com a Secretaria de Estado de Saúde em julho de 1996, o recebimento dos recursos do SUS pela Fundação só é regularizado a partir de setembro de 1997, já na gestão de Ivanir de Mello na SES, com a anuência do Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Gazolla. Assim, o volume financeiro movimentado pela FALMED em 1997 foi baixo³⁹, sendo os recursos destinados principalmente para a realização de obras com vistas à reabertura e ampliação de setores críticos, como a hemodinâmica, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. A priorização da aplicação de recursos em obras é mencionada em diversos documentos da fundação (atas do Conselho Curador, relatório de atividades de 1997) e se reflete no balanço financeiro da fundação, cuja distribuição percentual de despesas mostra que, em 1997, mais de 50% dos recursos arrecadados foram gastos em obras, e cerca de 25% com serviços de terceiros.

A direção espera um aumento da produção e do faturamento, que permitirá a realização de novos investimentos na melhoria dos serviços, em estratégias de complementação salarial e treinamentos. Também se pretende estabelecer convênios com operadoras de planos de saúde privados, para a captação adicional de recursos. Nesse caso, seria destinado um

percentual máximo de 20% de atendimentos do IECAC para pacientes de convênios privados.

A fundação também permite a terceirização de alguns serviços assistenciais, através do estabelecimento de contratos com empresas privadas. Nesse sentido, o Instituto estabelece no segundo semestre de 1997 um contrato com uma empresa prestadora de serviços de hemodinâmica, para a instalação de uma unidade de procedimentos hemodinâmicos na área recém-reformada, consistindo numa proposta de terceirização de um serviço assistencial dentro do hospital⁴⁰.

6.2. As Cooperativas de Profissionais de Saúde

Embora a terceirização das atividades-meio - limpeza, segurança, nutrição, manutenção, dentre outras - seja comum nos hospitais (Pessôa, 1996), até 1995, não existia a terceirização de atividades assistenciais em hospitais públicos localizados no Município do Rio de Janeiro. A partir de 1995, primeiro ano do Governo Marcello Alencar, são implantadas cooperativas de profissionais de saúde em alguns hospitais estaduais do Rio de Janeiro, representando uma forma de terceirização da atividade assistencial.

O primeiro hospital estadual em que o modelo é implantado é o Hospital da Posse (unidade federal em regime de co-gestão com a SES/RJ), localizado no Município de Nova Iguaçu. No entanto, a lotação de profissionais cooperativados é rapidamente estendida a outras unidades estaduais localizadas no Município do Rio de Janeiro, em um processo marcadamente conduzido pela Secretaria de Estado de Saúde.

6.2.1. A Cooperativa do Hospital da Posse

O Hospital da Posse se localiza em Nova Iguaçu, município da Baixada Fluminense, região extremamente carente em serviços de saúde. Em meados da década de 90, o hospital se encontrava em situação extremamente precária, com um reduzido número de leitos e ambulatórios ativados, e os serviços de maternidade e emergência fechados⁴¹.

Frente a essa situação crítica, a reabertura e funcionamento pleno dos diversos serviços do Hospital da Posse constituem proposta de campanha eleitoral de Marcello Alencar ao Governo do Estado, no ano de 1994. Eleito o Governador, no início de 1995 começam as negociações do Governo do Estado com o Representante do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro para

reativação do Hospital da Posse, através do Secretário de Estado de Saúde, Antônio Luiz de Medina, e do Chefe de Gabinete do Secretário, Walter Mendes Vieira Júnior.

Em meados de julho o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde publicam uma Resolução Conjunta no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, visando a reativação plena do Hospital Geral de Nova Iguaçu, com destaque para a ampliação da Maternidade, reabertura da emergência e da UTI. O acordo entre o ERERJ/MS e a SES/RJ estabelece que o Governo Federal continuaria financiando a folha de salários dos servidores federais e o orçamento anual da unidade; e o Governo Estadual lotaria recursos humanos adicionais, de forma a resolver o principal entrave à reativação do hospital.

O Chefe de Gabinete do Secretário de Saúde acumula a Direção do hospital e lança a proposta de implantação de uma cooperativa de profissionais de saúde na unidade. A cooperativa permitiria preencher os quadros do hospital em várias especialidades, através de pagamento de salários maiores aos cooperativados, sem acarretar encargos trabalhistas para o Governo do Estado⁴². A proposta é discutida na unidade com as chefias de serviços médicos, que são estimuladas a formar a cooperativa a ser contratada pelo Governo do Estado, conforme descreve o seu formulador:

“O contorno da proposta definitiva foi sendo criado na discussão entre os médicos. Os chefes de serviço encaminharam a questão entre os seus pares, e numa reunião com a Direção ficou definida a cooperativa como a forma de ativar o setor de urgência do hospital. Os médicos recrutados foram os próprios médicos servidores federais ou municipais que já atuam no hospital e médicos que moram e/ou militam na Baixada Fluminense. Muitos passariam a ter a situação de 20 hs contratual na rotina, enfermaria e ambulatório, e 24 hs pela cooperativa para atuar na emergência, UTI e maternidade... Alguns médicos que não podiam cumprir o seu horário contratual foram colocados à disposição do Escritório Regional do Ministério da Saúde. A cooperativa ampliou-se para a enfermagem e coube à chefia de enfermagem a escolha dos profissionais, também priorizando aqueles que já trabalham no hospital e/ou moram na Baixada Fluminense”. (Vieira Junior, 1995, p.4).

Portanto, num processo conduzido pela SES através do Chefe de Gabinete do Secretário e Diretor do Hospital da Posse, forma-se uma cooperativa de profissionais médicos e de enfermagem, a COOPSAÚDE, que é

reativação do Hospital da Posse, através do Secretário de Estado de Saúde, Antônio Luiz de Medina, e do Chefe de Gabinete do Secretário, Walter Mendes Vieira Júnior.

Em meados de julho o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde publicam uma Resolução Conjunta no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, visando a reativação plena do Hospital Geral de Nova Iguaçu, com destaque para a ampliação da Maternidade, reabertura da emergência e da UTI. O acordo entre o ERERJ/MS e a SES/RJ estabelece que o Governo Federal continuaria financiando a folha de salários dos servidores federais e o orçamento anual da unidade; e o Governo Estadual lotaria recursos humanos adicionais, de forma a resolver o principal entrave à reativação do hospital.

O Chefe de Gabinete do Secretário de Saúde acumula a Direção do hospital e lança a proposta de implantação de uma cooperativa de profissionais de saúde na unidade. A cooperativa permitiria preencher os quadros do hospital em várias especialidades, através de pagamento de salários maiores aos cooperativados, sem acarretar encargos trabalhistas para o Governo do Estado⁴². A proposta é discutida na unidade com as chefias de serviços médicos, que são estimuladas a formar a cooperativa a ser contratada pelo Governo do Estado, conforme descreve o seu formulador:

“O contorno da proposta definitiva foi sendo criado na discussão entre os médicos. Os chefes de serviço encaminharam a questão entre os seus pares, e numa reunião com a Direção ficou definida a cooperativa como a forma de ativar o setor de urgência do hospital. Os médicos recrutados foram os próprios médicos servidores federais ou municipais que já atuam no hospital e médicos que moram e/ou militam na Baixada Fluminense. Muitos passariam a ter a situação de 20 hs contratual na rotina, enfermaria e ambulatório, e 24 hs pela cooperativa para atuar na emergência, UTI e maternidade... Alguns médicos que não podiam cumprir o seu horário contratual foram colocados à disposição do Escritório Regional do Ministério da Saúde. A cooperativa ampliou-se para a enfermagem e coube à chefia de enfermagem a escolha dos profissionais, também priorizando aqueles que já trabalham no hospital e/ou moram na Baixada Fluminense”. (Vieira Junior, 1995, p.4).

Portanto, num processo conduzido pela SES através do Chefe de Gabinete do Secretário e Diretor do Hospital da Posse, forma-se uma cooperativa de profissionais médicos e de enfermagem, a COOPSAÚDE, que é

instituída e tem o seu estatuto aprovado em assembléia no dia 02/08/95. Na proposta de contratação em caráter emergencial da referida cooperativa, alega-se a necessidade de reposição imediata de profissionais de saúde.

A contratação da cooperativa em caráter emergencial, através de dispensa de licitação, é aprovada pelo Secretário de Saúde e pelo Governador do Estado, e efetivada no mês de outubro de 1995. O contrato, feito por um prazo de seis meses, envolve a alocação de 555 cooperativados⁴³ e aponta como objeto: “a prestação de serviços de saúde, bem como a administração e gestão dos setores de Emergência, Terapia Intensiva e Maternidade em Apoio Operacional para o Hospital de Nova Iguaçu” (Rio de Janeiro, SES/RJ, 1995). De fato, a implementação da cooperativa, associada a investimentos em obras e equipamentos, propicia a reabertura da Emergência, Unidade de Terapia Intensiva e Maternidade do Hospital, cuja produção global aumenta de forma expressiva nos meses subsequentes.

Posteriormente, ocorre uma expansão do número de cooperativados da COOPSAÚDE no Hospital da Posse, assim como profissionais dessa mesma cooperativa são recrutados para preencher vagas nos plantões de outros hospitais estaduais de emergência - sem que fosse celebrado contrato adicional - devido ao déficit importante de pessoal consequente à evasão de médicos, que prejudicou o atendimento à população e gerou diversos escândalos na imprensa. Desta forma, pode-se dizer que a implementação do modelo de cooperativa no Hospital da Posse abre a perspectiva de expansão das cooperativas para as outras unidades.

6.2.3. A expansão das cooperativas

Logo após a reativação do Hospital da Posse, ainda no final do ano de 1995, o modelo de cooperativas começa a ser estendido a outros hospitais estaduais. Nessa época, o Chefe de Gabinete do Secretário de Saúde que vinha acumulando a Direção do Hospital da Posse passa a ocupar o cargo de Subsecretário de Saúde da SES/RJ.

A expansão das cooperativas se dá principalmente através do preenchimento de vagas de plantonistas nas outras unidades estaduais de emergência. A Secretaria de Estado opta por recrutar profissionais da COOPSAÚDE, cooperativa atuante no Hospital da Posse, para suprir os déficits dos hospitais Carlos Chagas, Albert Schweitzer, Pedro II, Getúlio Vargas, e Azevedo Lima (em Niterói). Em caráter informal, posteriormente, também é lotado um pequeno número de cooperativados em alguns institutos especializados

como o Santa Maria - especializado em Tisiologia -, o Instituto de Dermatologia Sanitária, e o Instituto de Diabetes e Endocrinologia.

Já no Hospital Rocha Faria, unidade de emergência da Zona Oeste, no final de 1995, a Secretaria de Estado de Saúde, estimula a formação de uma cooperativa própria, nos moldes daquela do Hospital da Posse. O Diretor do hospital, sob orientação do Subsecretário de Saúde, reúne um grupo de funcionários de sua confiança - a maior parte chefias de serviço- e esse grupo forma a cooperativa no início do ano de 1996, denominada COOPSERVSAÚDE.

A Secretaria conduz um processo de contratação em caráter emergencial da referida cooperativa, através de dispensa de licitação. Nessa ocasião, além da COOPSERVSAÚDE, outras três cooperativas recém-formadas se interessam em prestar serviços ao hospital: 1) uma cooperativa formada por outro grupo de profissionais do próprio Hospital Rocha Faria; 2) a COOPSAÚDE, organizada em 1995 e atuante no Hospital da Posse; 3) a COOPERAR, formada em 1995, que em fevereiro de 1996 inicia a prestação de serviços em caráter emergencial no Hospital Municipal Lourenço Jorge. Entretanto, a COOPSERVSAÚDE é contratada pela Secretaria de Estado, por ter apresentado uma proposta de preço de serviços inferior às demais⁴⁴.

A cooperativa começa a funcionar com cerca de 800 cooperativados (médicos e profissionais de enfermagem), número que se expande posteriormente. Quanto à situação funcional, o hospital fica com um quadro misto em que existem os seguintes tipos de inserção: a) funcionários apenas cooperativados (a maioria dos médicos); b) funcionários com duas situações funcionais, sendo um vínculo estadual e um com a cooperativa (a segunda situação mais comum entre os médicos, e mais frequente entre os auxiliares de enfermagem); c) funcionários estaduais que ficaram no Rocha Faria como cooperativados e transferiram o vínculo estatutário para outras unidades estaduais; d) funcionários somente com o vínculo estadual (número muito reduzido).

Vale ressaltar que o Diretor do Hospital, apesar de ter conduzido o processo de formação da cooperativa, não é cooperativado. Quanto às posições de chefia de serviços, várias continuaram a ser ocupadas por profissionais que haviam aderido à cooperativa, embora sem a gratificação de cargo pelo Estado. Nessa situação, a própria cooperativa se organiza para pagar gratificação às chefias.

O processo de constituição da cooperativa no Hospital Rocha Faria é bastante similar ao da Posse, sendo que os dois hospitais passam a funcionar com uma maioria de funcionários cooperativados. Nesse hospital também houve um aumento das atividades após a contratação da cooperativa, tendo em vista as dificuldades anteriores em lotar recursos humanos em função dos baixos salários.

Quanto aos outros hospitais cujos déficits de funcionários haviam sido preenchidos com cooperativados da COOPSAÚDE, no segundo semestre de 1997 e primeiro semestre de 1998, alguns deles passam a contar com outras cooperativas, que substituem a COOPSAÚDE. São eles:

- Instituto Estadual São Sebastião - formalmente não tinha profissionais cooperativados até então; a COOPERAR (cooperativa atuante no Hospital Municipal Lourenço Jorge) passa a prestar serviços a partir de setembro de 1997, através de contrato emergencial;

- Hospital Pedro II e Hospital Albert Schweitzer - os serviços que até então eram supridos pela COOPSAÚDE, passam a ser prestados pela recém-formada cooperativa COOPASS em fevereiro de 1998.

- Hospital Getúlio Vargas - em abril de 1998, a COOPSAÚDE é substituída pela MULTCOOP.

Desta forma, se organizam novas cooperativas configurando uma expansão desse mercado. Diversas dessas cooperativas são contratadas pela SES/RJ através de processos emergenciais, com dispensa de licitação. Terminado o contrato emergencial de seis meses, o pagamento prossegue através de Termos de Ajuste de Contas. O mesmo instrumento é usado para a expansão do número de profissionais cooperativados em um dado hospital ou grupo de hospitais⁴⁵.

Somente para dois hospitais foram realizados processos licitatórios: a) para o Hospital da Posse, a licitação foi iniciada no segundo semestre de 1997 e concluída em março de 1998 (mais de dois anos após a entrada da cooperativa), sendo vencida pela própria COOPSAÚDE; b) para o Instituto Estadual São Sebastião.

Observa-se na Tabela 3 um resumo da situação das cooperativas de profissionais nos hospitais estaduais em abril de 1998.

Tabela 3- Resumo da situação das cooperativas de profissionais de saúde nos hospitais estaduais- nome das cooperativas, hospitais em que atuam, modalidade de contratação, número de cooperativados e valores pagos pela SES/RJ (Posição em abril de 1998)

Nome da Cooperativa	Unidade Hospitalar	Data de Entrada	Modalidade de Contratação ⁽¹⁾	Nº de Profissionais	Valores Mensais (em reais) ⁽²⁾
COOPSAÚDE	H.Posse (Nova Iguaçu)	Set/95	CE + TA + CP	933	904.375,00
	H.Carlos Chagas	Jan/96	TA	106	173.250,00
	H.A.Lima (Niterói)	Jan/96	TA	33	29.520,00
	I.E.Santa Maria	?	Sem contrato	22	39.600,00
	I.E.Dermatologia	?	Sem contrato	19	22.140,00
	I.E.Diab. e Endocrinol.	?	Sem contrato	2	3.600,00
	<i>Subtotal</i>			<i>1.115</i>	<i>1.172.485,00</i>
COOPSERVSAÚDE	H.Rocha Faria	Jan/96	CE + TA	968	935.184,00
	<i>Subtotal</i>			<i>968</i>	<i>935.184,00</i>
COOPASS	H.Pedro II	Fev/98	NP	481	531.720,00
	H. A. Schweitzer	Fev/98	NP	171	218.760,00
	<i>Subtotal</i>			<i>652</i>	<i>750.480,00</i>
MULTCOOP	H.Getúlio Vargas	Abr/98	NP	107	148.860,00
	<i>Subtotal</i>			<i>107</i>	<i>148.860,00</i>
COOPERAR	I.E.São Sebastião	Set/97	CE + CP (em and.)	30	54.720,00
	<i>Subtotal</i>			<i>30</i>	<i>54.720,00</i>
TOTAL GERAL				2.872	3.061.729,00

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados fornecidos pela Subsecretaria de Recursos Humanos/SES-RJ, consultas a documentos internos da SES/RJ e contato pessoal com o Subsecretário de Recursos Humanos, Paulo Roberto Machado, e com o Presidente da Comissão Permanente de Licitação, Manoel dos Santos Barata Júnior.

Notas:

(1) Durante a pesquisa, só tivemos acesso direto ao Contrato Emergencial com a COOPERAR. As abreviações significam:

CE + TA + CP - Contrato Emergencial nos primeiros seis meses, seguido por Termos de Ajuste de Contas, seguido por Concorrência Pública, que no caso do H. da Posse só foi homologada em março de 1998.

TA - Somente Termos de Ajuste de Contas.

Sem contrato - lotação informal (profissionais recrutados de cooperativas de outros hospitais)

CE + TA - Contrato Emergencial nos primeiros seis meses, seguido por Termos de Ajuste de Contas.

NP - Somente Notas de Pagamento.

CE + CP (em and.) - Contrato Emergencial de seis meses em vigor, com processo de Concorrência Pública em andamento.

(2) Além da remuneração dos profissionais, o valor pago às cooperativas compreende uma taxa de administração de 20%; No caso do H. da Posse, sobre o valor resultante incide uma segunda taxa, de 15%.

Quanto à situação funcional dos profissionais nas diversas unidades que contam com cooperativados, a Tabela 4 mostra a proporção de vínculos de cooperativados em relação ao total de vínculos em cada unidade. Nota-se que nas unidades de emergência o peso dos cooperativados é maior, sendo que no Hospital Rocha Faria a maioria absoluta dos prestadores tem uma inserção na cooperativa.

Tabela 4- Proporção de vínculos de profissionais cooperativados em relação ao total de vínculos profissionais⁽¹⁾ nos hospitais estaduais em que existem cooperativas- Posição em abril de 1998.

Unidade Hospitalar	Nº de Vínculos com a Cooperativa	Nº de Vínculos Estatutários	Total de Vínculos	% Vínculos Cooperativa em rel. ao Total
H.Rocha Faria	968	860	1828	53,0
H.Pedro II	481	1148	1629	29,5
H. A. Schweitzer	171	1081	1252	13,7
H.Getúlio Vargas	107	1467	1574	6,8
H.Carlos Chagas	106	1162	1268	8,4
H.A.Lima	33	405	438	7,5
I.E.São Sebastião	30	430	460	6,5
I.E.Santa Maria	22	300	322	6,8
I.E.Dermatologia	19	446	465	4,1
I.E.Diabetes e Endocr.	2	343	345	0,6
Total	1939	7642	9581	20,2

Fonte: Subsecretaria de Recursos Humanos/SES-RJ

Notas:

(1) A tabela se refere ao número de vínculos, uma vez que os servidores estatutários podem também integrar a cooperativa, apresentando duas situações funcionais simultâneas.

(2) O Hospital da Posse não foi incluído no quadro, por ser uma unidade federal (os servidores estatutários são federais)

Em março de 1998, é firmado um convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Ministério da Saúde, visando contornar a crise deflagrada pela divulgação de um número alarmante de óbitos nas maternidades do Município do Rio de Janeiro⁴⁶. O convênio estabelece a cooperação no âmbito da assistência materno-infantil em cinco hospitais federais, através da lotação pela SES/RJ, “mediante instrumento jurídico próprio” de profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva neonatais dos hospitais federais, para que essas unidades expandissem os leitos de neonatologia. A Secretaria de Estado de Saúde recruta profissionais da COOPSAÚDE - médicos e profissionais de enfermagem-, para atender às necessidades de lotação estabelecidas no convênio. A partir desse episódio, cinco hospitais federais passam a contar com profissionais cooperativados, conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5- Lotação de profissionais da COOPSAÚDE nos hospitais federais, segundo unidade hospitalar, número de cooperativados e valores pagos pela SES/RJ (Posição em abril de 1998)

Unidade Hospitalar	Modalidade de Contratação	Nº de Profissionais	Valores Mensais ⁽¹⁾ (em reais)
Hospital dos Servidores	Termo de Ajuste de Contas	167	163.440,00
Hospital de Bonsucesso	Termo de Ajuste de Contas	107	94.320,00
Hospital da Lagoa	Termo de Ajuste de Contas	25	20.700,00
Hospital da Posse	Termo de Ajuste de Contas	64	66.240,00
Hospital de Cardiologia	Termo de Ajuste de Contas	62	48.960,00
Total		425	393.660,00

Fonte: Subsecretaria de Recursos Humanos/SES-RJ

(1) Além da remuneração dos profissionais, o valor pago à cooperativa compreende uma taxa de administração de 20%.

Quanto aos hospitais estaduais, no momento da pesquisa, as cooperativas estavam em aparente expansão, tanto pelo surgimento de novos grupos, quanto pela extensão do número de prestadores cooperativados em cada unidade, por ajustes sucessivos. Entretanto, o início da implementação da proposta de terceirização da gerência de seis unidades de emergência a partir do segundo semestre de 1998, inclusive em alguns hospitais que dispunham de cooperativas de profissionais, interfere nessa tendência, mudando a forma de relação do Governo do Estado com as cooperativas. Isso ocorre porque, desde o lançamento do programa de terceirização, explicita-se a possibilidade de as mesmas cooperativas serem contratadas pelas empresas que assumissem os hospitais terceirizados - ou até mesmo participarem da concorrência pública, integrando os consórcios-, como será discutido no próximo item.

6.3. Terceirização da Gerência dos Hospitais: o Programa HELP

No segundo semestre de 1997, o Governo do Estado do Rio de Janeiro lança uma proposta de terceirização da gerência de seis hospitais estaduais de emergência, denominada Programa HELP - Programa de Hospitais em Locais Populares.

Os hospitais inicialmente selecionados para o Programa são: Rocha Faria, Pedro II, Carlos Chagas, Albert Schweitzer, Getúlio Vargas e Azevedo Lima (o único localizado fora do Município do Rio de Janeiro, em Niterói). Entretanto, o Governo do Estado explicita desde o início a possibilidade de expansão posterior desse modelo para outras unidades estaduais, seja para

hospitais ainda em fase de construção - como os hospitais de Saracuruna e de São Gonçalo- seja para outras unidades estaduais, como os institutos especializados.

A divulgação inicial da proposta é feita através da imprensa, em outubro de 1997, pelo Secretário Estadual de Fazenda e condutor do Plano de Desestatização do Estado do Rio de Janeiro, Marco Aurélio Alencar. Ele sugere que o Programa HELP representa um Programa do Governo do Estado, cuja concepção e condução não se restringe ao âmbito da Secretaria de Saúde⁴⁷.

O Programa consiste na contratação, a partir de concorrência pública na modalidade “técnica e preço” de empresas privadas para prestar serviços de administração dos seis hospitais estaduais. No início de novembro, a minuta do edital de licitação é publicada no Diário Oficial do Estado (Rio de Janeiro, DOE, 6/11/98), com a previsão de realização do processo licitatório em janeiro de 1998. Os principais pontos da proposta são:

- A administração dos hospitais e o fornecimento de materiais e serviços de infra-estrutura necessários às atividades assistenciais seriam transferidos às empresas ou consórcios de empresas privadas contratados pelo Estado, após vencimento de concorrência pública.

Nesse sentido, o edital estimula claramente a formação de consórcios de empresas, embora não em caráter obrigatório. Tampouco se define a priori qual seria a composição do consórcio, havendo, entretanto, a exigência de apresentação pelo concorrente de uma equipe de trabalho com qualificação em administração hospitalar. O estímulo à formação de consórcios está relacionado à perspectiva de associação de prestadores de serviços de administração hospitalar, empresas fornecedoras de medicamentos, equipamentos, material hospitalar, ou outros insumos (por exemplo, alimentação), o que poderia levar à uma redução de custos operacionais⁴⁸.

- A duração do contrato estabelecido entre o Estado e a empresa contratada seria de cinco anos, sujeito à prorrogação.

O contrato poderia ser rescindido em caso de descumprimento dos compromissos por uma das partes. Em caso de rescisão por responsabilidade da empresa, esta estaria sujeita a pagamento de multa. Em caso de rescisão pelo Estado, a empresa contratada seria ressarcida em relação aos prejuízos decorrentes do cancelamento do contrato.

- As empresas ou consórcios de empresas contratadas pelo Estado para administração dos hospitais teriam autonomia administrativa nos moldes de

uma empresa privada, com liberdade para aquisição de materiais fora das normas do regime público (não precisariam seguir a Lei 8666/93 das licitações, os balanços financeiros não seriam submetidos ao Tribunal de Contas), e para a contratação de pessoal sem concurso público.

Esse ponto é apontado pelos formuladores como a principal vantagem da proposta. No edital consta que a empresa ou consórcio administrador do hospital poderá subcontratar serviços de diversos tipos, incluindo cooperativas de profissionais de saúde, empresas de limpeza, alimentação, manutenção, fornecimento de materiais, obras, dentre outros. Portanto, em relação aos recursos humanos para prestação das atividades assistenciais, é facultada à empresa vencedora da licitação a escolha da modalidade de contratação a ser estabelecida com os profissionais de saúde.

Os funcionários já atuantes nas unidades a serem terceirizadas - estatutários ou cooperativados-, teriam a opção de serem recrutados para trabalhar para a empresa contratada. No caso dos estatutários, o Governo do Estado permitiria que os servidores tirassem licença sem vencimentos do vínculo estadual, para aderir ao novo vínculo. Os servidores que não quisessem permanecer no hospital, poderiam ser remanejados para outras unidades estaduais, que não estivessem incluídas no Programa HELP.

- O pagamento dos serviços prestados pela empresa ou consórcio seria efetuado pelo Estado, de acordo com um valor mensal global previamente definido.

O cálculo do valor a ser pago pelo Estado considera: a estimativa de despesas totais da unidade (feita pela SES/RJ), o faturamento máximo possível através da produção para o SUS (AIH e BPA), e uma taxa de administração de 15%.

O edital deixa clara ainda a possibilidade de captação de recursos de empresas de planos de saúde privados, através do ressarcimento ao hospital do atendimento prestado aos segurados dessas empresas.

- O Estado continuaria a exercer o papel de gestor do sistema e regulador dos serviços prestados pelas empresas ou consórcios contratados para administrar as unidades.

O acompanhamento das atividades desenvolvidas na unidade se daria através da emissão mensal de quadros de desempenho do hospital e relatórios pela empresa contratada. Tais relatórios seriam submetidos ao Conselho Curador⁴⁹ da unidade e à Secretaria de Estado de Saúde.

Em relação ao aspecto de regulação pela Secretaria de Saúde, vale ressaltar que a proposta compreende a criação de uma agência reguladora no interior da Secretaria, responsável pelo acompanhamento da execução dos contratos, nos moldes das agências que vem sendo criadas para acompanhar as empresas estatais privatizadas pelo Governo Federal.

A justificativa do Governo do Estado para a terceirização da administração das unidades parte de dois pressupostos: (a) o funcionamento inadequado desses hospitais estaria relacionado a problemas no âmbito da gerência; (b) o Estado não deveria ser prestador direto de serviços, mas ter o papel de regulação. Tais questões são abordadas em artigo escrito pelo Secretário Estadual de Fazenda (Alencar, 1998):

“Delegar para fiscalizar. Em vários países, este princípio transformou-se no paradigma da modernização do Estado...O Estado do Rio de Janeiro tem mudado o eixo da ação governamental em áreas de assistência básica, particularmente na saúde, seguindo os preceitos de reforma da máquina pública que se mostraram acertados em países, como por exemplo, a Inglaterra. Optamos por terceirizar a gestão dos hospitais públicos estaduais, para acabar com um dos problemas que mais atingem a população: a péssima qualidade dos serviços. **Essa ineficiência se deve em grande parte, à má-gestão dos recursos.**” (Alencar, 1998, grifos nossos).

Da mesma forma, os gestores da Secretaria de Estado de Saúde que participam mais diretamente da condução da proposta de terceirização das unidades atribuem as deficiências de funcionamento dos hospitais a problemas na esfera de gerência. Ressalta-se nesse sentido o fato de que tais hospitais estariam recebendo investimentos expressivos em obras e equipamentos, sem que se observasse uma melhoria suficiente no seu desempenho. Do ponto de vista desses gestores, os hospitais estaduais seriam caros, e apresentariam uma relação custo-benefício ruim em termos assistenciais. Desta forma, tais gestores apontam a preemência de mudar o modelo gerencial, entregando as unidades a grupos de empresas que envolvam administradores profissionais, com autonomia gerencial para a realização de compras e contratações nos moldes de uma empresa privada.

A perspectiva em relação à transferência da gerência das unidades para a iniciativa privada seria de aumentar a eficiência, reduzir os custos, e aumentar a qualidade dos serviços prestados à população, mantendo o financiamento pelo Estado, e o caráter público e universal dos serviços.

Em relação ao aspecto legal, o Governador envia à Assembléia Legislativa um projeto de lei que é aprovado em dezembro de 1997 (Lei Estadual nº 2876, de 23 de dezembro de 1997), permitindo a terceirização da gerência das seis unidades estaduais.

Vale destacar que, desde a divulgação inicial, a proposta suscita críticas por diversos setores da sociedade, e é objeto de numerosos questionamentos quanto à legalidade do processo⁵⁰. Desta forma, o cronograma inicialmente estabelecido pelo Governo do Estado para o processo licitatório sofre alguns atrasos. As licitações dos quatro primeiros hospitais são agendadas para março de 1998, e posteriormente postergadas. A entrega das propostas pelos consórcios de empresas candidatos só ocorre no mês de junho de 1998, sob protestos de funcionários dos hospitais envolvidos (Jornal do Brasil, 03/06/98).

No momento de apresentação de proposta para a licitação, só aparece um grupo de empresas para cada hospital, sendo que nenhum grupo se interessa pelo hospital Albert Schweitzer⁵¹. Os grupos que apresentaram propostas para a administração das outras cinco unidades possuem as características descritas no Quadro 3.

Quadro 3- Grupos licitantes que apresentaram propostas nos processos de Concorrência Pública para a administração dos hospitais incluídos no Programa HELP.

Nome do Hospital	Características da Empresa ou Grupo Empresarial Licitante
Pedro II	-Grupo médico com experiência em administração de hospitais, e bastante capitalizado, possuindo empresas em diversos ramos (segurança, etc.)
Getúlio Vargas	-Cooperativa de médicos já atuante no hospital, (MULTCOOP) associada à empresa de engenharia com atividades diversificadas
Carlos Chagas	-O mesmo grupo do Getúlio Vargas
Rocha Faria	-Consórcio formado por empresa de engenharia biomédica, e um grupo financeiro
Azevedo Lima	-Consórcio formado por duas empresas de alimentação, contando com grupo com experiência em administração hospitalar.

Fonte: Elaboração própria. Informações fornecidas através de comunicação pessoal com Luis Azar, Subsecretário de Administração e Finanças da SES/RJ.

Em julho são assinados os dois primeiros contratos entre o Governo do Estado e os consórcios de empresas, que venceram as licitações para administrar os hospitais Pedro II e Getúlio Vargas. Mesmo enfrentando a resistência de funcionários ao processo de transferência da gerência para as empresas vencedoras da licitação, os dois consórcios assumem os hospitais no mesmo mês⁵².

No momento da pesquisa, o Governo do Estado tentava suspender na Justiça as liminares concedidas a favor das associações de funcionários dos hospitais Getúlio Vargas e Pedro II, determinando que não fossem efetuadas transferências de servidores para outras unidades devido à proximidade do processo eleitoral. Os contratos com as empresas candidatas à administração dos outros hospitais ainda não haviam sido assinados devido à pendências processuais.

De fato, o processo licitatório e a entrega de dois hospitais às empresas vencedoras ocorrem apenas três meses antes das eleições para o Governo do Estado, sendo que os dois principais candidatos à sucessão do Governador afirmam publicamente que retomariam os hospitais imediatamente, caso vencessem as eleições (Jornal "O Globo", 16/08/98)⁵³.

7. A Secretaria Municipal de Saúde e os Hospitais Municipais

No momento da pesquisa, entre os hospitais de vinculação municipal localizados no Município do Rio de Janeiro, havia apenas uma experiência alternativa à administração direta, representada pela cooperativa de profissionais de saúde do Hospital Municipal Lourenço Jorge.

A implantação de uma cooperativa de profissionais no Hospital Municipal Lourenço Jorge pode ser analisada sob duas óticas principais, não-excludentes. Por um lado, a proposta se insere numa perspectiva mais ampla da SMS de busca de modelos alternativos de gerência- e de remuneração- na área de recursos humanos⁵⁴. Nessa perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde decide experimentar o modelo de cooperativa em um hospital municipal poucos meses após a criação da primeira cooperativa em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro, que é a cooperativa do Hospital da Posse, em Nova Iguaçu, implantada por iniciativa do gestor estadual. Entretanto, a estratégia da SMS/RJ para o Hospital Municipal Lourenço Jorge é mais cautelosa, apresentando algumas diferenças importantes em relação ao modelo da Posse.

Por outro lado, a cooperativa do HMLJ é implantada junto com outra inovação no modelo dos hospitais municipais de emergência, que é a adoção de um regime horário de 40 horas semanais para a maioria das categorias profissionais, implicando dedicação quase-exclusiva ao hospital. Nesse sentido, a experiência do HMLJ - cooperativa em regime de 40 horas- é a primeira que muda a forma de organização do trabalho e da distribuição do horário dos médicos nos hospitais municipais de emergência, representando, na visão do Secretário Municipal de Saúde, uma inflexão necessária no modelo de atendimento desses hospitais.

A tendência do Secretário Municipal de Saúde de experimentar modelos alternativos pode ser demonstrada ainda pela implementação de outra proposta inovadora no Hospital Municipal Salgado Filho, a partir da iniciativa do diretor desse hospital. A experiência do Hospital Salgado Filho enfatiza a questão da reorganização do trabalho ao envolver somente servidores estatutários em regime horário de 40 horas semanais, com complementação salarial. De certa forma, essa iniciativa representou uma “contra-proposta” ao modelo de cooperativas de profissionais, com importante repercussão nas diretrizes da SMS para os hospitais municipais.

7.1. Hospital Municipal Lourenço Jorge: Cooperativa em Regime de 40 horas

A construção do novo Hospital Municipal Lourenço Jorge pela SMS/RJ, iniciada já na gestão do Secretário Ronaldo Gazolla, se insere na proposta de estruturação do atendimento em caráter de emergência para a Área Programática AP4 (Barra da Tijuca, Jacarepaguá e adjacências), região em acelerada expansão populacional e carente de serviços públicos de emergência.

A inauguração do hospital em fevereiro de 1996 é vista pelo Secretário Municipal de Saúde como uma oportunidade de mudar o modelo de atendimento predominante nos grandes hospitais municipais de emergência. A crítica do Secretário ao modelo de funcionamento atual da maioria dos hospitais de emergência está centrada na organização de trabalho inadequada, representada por uma divisão drástica entre equipes de profissionais que atuam somente na emergência em regime de plantões, com carga horária semanal de 24 horas, e profissionais que desempenham atividades da rotina-ambulatório e internação. Essa dicotomia prejudicaria a produtividade do hospital e a qualidade do atendimento.

Nessa perspectiva, surge a proposta de implantar no hospital um regime de 40 horas semanais para os funcionários, cuja escala de trabalho obedeceria a uma nova lógica de organização (somente 12 horas de plantão na emergência, e o restante da carga horária distribuída pelas demais atividades de rotina do hospital). Essa reorganização facilitaria o rompimento da dicotomia emergência-rotina e o compromisso dos profissionais com o trabalho na instituição, através de uma dedicação quase exclusiva ao hospital.

A expectativa da Secretaria com a implantação desse modelo seria por um lado, otimizar o funcionamento da unidade, alcançando indicadores de produtividade acima dos habitualmente registrados nos hospitais públicos; por outro lado, favorecer um atendimento de qualidade através da garantia de continuidade da assistência. A implantação dessa carga horária exigiria por sua vez, um nível de remuneração compatível com o tempo de dedicação ao hospital.

Quanto ao recrutamento de recursos humanos para a ativação do hospital, os argumentos do gestor municipal para a contratação de uma cooperativa de profissionais são variados⁵⁵.

Em primeiro lugar, a visão do Secretário Municipal de Saúde de que a inauguração do novo hospital seria uma oportunidade de mudança do modelo de organização da assistência no hospital, ressalta a necessidade de adesão total dos profissionais da unidade à carga horária e organização de trabalho propostas. Nesse sentido, o Secretário considera na ocasião que dificilmente seria viável implantar o modelo de 40 horas no Hospital Lourenço Jorge a partir de transferência de servidores estatutários já atuantes em outras unidades do Município, visto que a carga horária dos médicos estatutários concursados é de 24 horas semanais.

Um segundo argumento da Secretaria é que o Município não dispunha de um número suficiente de pessoas aprovadas em concursos em situação de espera para preencher as necessidades dos diversos serviços do hospital. A realização de um novo concurso demandaria tempo adicional, o que poderia atrasar a inauguração do hospital. A mudança das regras do concurso para possibilitar o aumento de carga horária, e a definição de uma remuneração diferenciada para a dedicação integral dos profissionais, também não seriam exequíveis a curto prazo.

Um terceiro elemento a ser apontado é que a Secretaria Municipal de Saúde já vinha em um movimento de experimentar alternativas na área de recursos humanos, iniciado três anos antes com implantação do Sistema de Gratificação por Desempenho e Produtividade. É provável que a situação do

Lourenço Jorge tenha representado uma oportunidade da Secretaria fazer uma primeira experiência de implantação de uma cooperativa de profissionais, como alternativa à lotação convencional de servidores através de concurso público.

Vale ressaltar que o Hospital da Posse, sob co-gerência do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde/RJ, havia sido reativado no semestre anterior com um sistema de profissionais cooperativados, e os primeiros resultados - reabertura de serviços do hospital, expansão das atividades, aumento expressivo do volume de atendimentos prestados à população - tiveram grande repercussão pública. De certa forma, os resultados da experiência incipiente do Governo do Estado com a implantação de uma cooperativa no Hospital da Posse, balizam a iniciativa da Secretaria Municipal de experimentar o modelo de cooperativa no Hospital Municipal Lourenço Jorge.

Entretanto, a Secretaria Municipal de Saúde adota algumas medidas que diferenciam a experiência do HMLJ daquela do Hospital da Posse. Em primeiro lugar, todos os cargos de gerência do hospital são ocupados por servidores estatutários, com o objetivo de enfatizar a administração direta da SMS sobre a unidade, e o papel da cooperativa como prestadora de serviços assistenciais. Os servidores do antigo Hospital Lourenço Jorge, em pequeno número, são remanejados para o novo hospital, que é inaugurado com um quadro misto de profissionais cooperativados e estatutários, sem acúmulo de vínculo, representando uma segunda diferença importante em relação à experiência das unidades estaduais. A proporção de funcionários cooperativados e estatutários pode ser vista na Tabela 6.

A cooperativa de profissionais contratada em regime emergencial, por seis meses, para a inauguração do hospital, é denominada COOPERAR. Tal cooperativa havia sido constituída em outubro de 1995, com um número reduzido de 60 pessoas. O Hospital Municipal Lourenço Jorge é o primeiro contrato de trabalho da COOPERAR, o que requer uma expansão dos quadros da cooperativa. O recrutamento de novos profissionais é feito diretamente pela cooperativa, que aceita também recomendações das chefias de serviços do hospital.

Após um período de contrato emergencial, é realizado um processo licitatório, que conta com a participação de quatro cooperativas-candidatas. A própria COOPERAR vence a licitação, e firma um contrato de prestação de serviços com a Secretaria Municipal de Saúde por mais um ano, com possibilidade de prorrogação.

Tabela 6- Distribuição dos funcionários em atividade no Hospital Municipal Lourenço Jorge segundo grupos de categorias profissionais e tipo de situação funcional (cooperativado ou estatutário)- Posição em Fevereiro de 1998.

Grupos de Categorias	Nº de Cooperativados	Nº de Estatutários	Total de Profissionais	% Cooperativados em relação ao total
<i>Nível Superior</i>				
Médico	124	59	183	67,8
Enfermeiro	73	17	90	81,1
Outros (nível superior)	10	68	78	12,8
<i>Subtotal</i>	<i>207</i>	<i>144</i>	<i>351</i>	<i>59,0</i>
<i>Nível 2º grau</i>				
Técnico de Enfermagem	0	2	2	0,0
Auxiliar de Enfermagem	0	25	25	0,0
Ag. Oper. Serv. de Saúde	35	0	35	100,0
Téc. Operador Raio-X	0	28	28	0,0
Téc. Laboratório	0	22	22	0,0
Outros (2º grau)	3	2	5	60,0
<i>Subtotal</i>	<i>38</i>	<i>79</i>	<i>117</i>	<i>32,5</i>
<i>Nível 1º grau</i>				
Auxiliar de Enfermagem	252	20	272	92,6
Outros (1º grau)	68	17	85	80,0
<i>Subtotal</i>	<i>320</i>	<i>37</i>	<i>357</i>	<i>89,6</i>
<i>Nível Elementar</i>				
<i>Subtotal</i>	<i>0</i>	<i>18</i>	<i>18</i>	<i>0,0</i>
<i>Total Geral</i>	<i>565</i>	<i>278</i>	<i>843</i>	<i>67,0</i>

Fonte: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Os resultados da implantação de um modelo de 40 horas no Hospital Lourenço Jorge, com a participação de uma cooperativa de profissionais como prestadora de serviços, são considerados satisfatórios pelo Município, frente ao expressivo volume de atendimentos do hospital, bem como aos indicadores de produtividade que corresponderam às expectativas iniciais da SMS/RJ⁵⁶.

Tendo em vista a experiência do Hospital Lourenço Jorge, ainda no ano de 1996, o diretor de outra unidade de emergência da rede municipal - o Hospital Salgado Filho - começa a negociar com a SMS/RJ a possibilidade de implantação de um modelo similar ao do Lourenço Jorge, a ser desenvolvido apenas com servidores estatutários da própria unidade. A experiência que se segue é relevante por influenciar as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde para os hospitais de emergência.

7.2. A Alternativa do Hospital Municipal Salgado Filho: Estatutários em Regime de 40 horas

A partir dos resultados positivos da experiência do Lourenço Jorge, o Diretor do Hospital Salgado Filho elabora com sua equipe uma proposta de implantação de um modelo similar na unidade, envolvendo somente os servidores estatutários. O argumento principal do Diretor é que, se fossem reproduzidas no hospital as mesmas condições de funcionamento do Hospital Municipal Lourenço Jorge, os resultados das atividades do Hospital Salgado Filho poderiam ser equivalentes ou melhores do que os da outra unidade. Para isso, além do aumento da carga horária dos profissionais para 40 horas semanais, deveriam ser dadas aos servidores públicos municipais lotados no Hospital Salgado Filho as mesmas condições de trabalho (investimentos em equipamentos, material de consumo, sistemas de informações e informatização) e de remuneração dos profissionais cooperativados atuantes no Hospital Lourenço Jorge.

Para o Diretor, esse modelo constitui uma tentativa de resgate do serviço público e de valorização do papel do servidor público, com ênfase na questão do comprometimento dos funcionários com a instituição e com a assistência prestada à população.

Com a anuência do Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Gazolla, começam a ser articuladas as condições para viabilizar a implantação da proposta, principalmente relacionadas à remuneração dos servidores em regime de 40 horas semanais, e ao remanejamento dos profissionais que não quisessem aderir à nova carga horária.

Paralelamente, a Direção desencadeia um movimento de debate interno na unidade, uma vez que a viabilidade do projeto exigiria um nível de adesão significativo dos servidores, um compromisso com o cumprimento rigoroso da carga horária e a aceitação da nova forma de organização interna do trabalho. Além disso, a Direção do hospital se compromete a aumentar a produção da unidade após a implementação do modelo, mesmo com um menor número de servidores⁵⁷.

Após um período de discussões internas, e de negociações com a Secretaria Municipal de Saúde, a proposta assume características mais definidas. Em relação à remuneração dos servidores, propõe-se que o diferencial entre o salário-base do profissional e os níveis salariais dos cooperativados em regime de 40 horas no Hospital Lourenço Jorge fosse pago através de um adicional denominado “encargos especiais”, sem a garantia de que esse

valor fosse incorporado para fins de aposentadoria. Também é decidido que os servidores que não aderissem à proposta seriam transferidos para outras unidades municipais, de acordo com a escolha do profissional e as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais que decidissem permanecer no Hospital Salgado Filho assinariam um Termo de Compromisso com o Projeto 40 horas.

Desta forma, o Prefeito César Maia assina um decreto no dia 30/12/96, último dia de seu Governo, através do qual institui o Projeto Alternativo do Hospital Municipal Salgado Filho, a ser implementado em um prazo de três meses⁵⁸. O projeto é implantado no mês de maio de 1997, contando com a adesão de 1302 dos 1774 funcionários da unidade (73,4% de adesão global). Entre os médicos, o nível de adesão foi de 47%. O quadro 4 mostra o percentual de adesão segundo os níveis de escolaridade dos servidores.

Quadro 4- Taxas de adesão dos servidores do Hospital Municipal Salgado Filho ao Projeto Alternativo do HMSF, segundo níveis de escolaridade dos funcionários.

Nível de Escolaridade dos Funcionários	Taxa Percentual de Adesão ao Projeto Alternativo do HMSF
Superior	
-Médico	47%
-Total	60%
Médio (2º grau)	70%
Médio (1º grau)	89%
Elementar	86%

Fonte: Direção do Hospital Municipal Salgado Filho.

Nos meses subsequentes à implantação do novo modelo, observa-se um aumento expressivo do número de consultas ambulatoriais, das internações hospitalares, da produção cirúrgica e dos atendimentos em regime de emergência do hospital. Outros indicadores de produtividade também apresentam mudanças consideradas positivas pela Direção do hospital e pela Secretaria Municipal de Saúde⁵⁹.

O impacto financeiro da implantação do Projeto 40 horas também é apontado como aceitável pela SMS/RJ, visto que o aumento na despesa com a folha de pagamento dos funcionários do hospital é de apenas 18%⁶⁰. O aumento no faturamento do hospital conseqüente ao incremento na produção de atividades atenuaria ainda mais esse impacto financeiro. Além disso, o

remanejamento dos servidores que não aderem ao Projeto 40 horas supre deficiências de pessoal em outras unidades municipais, reduzindo a necessidade de contratações de novos servidores através de concurso.

Por outro lado, a implantação do Projeto 40 horas no Hospital Salgado Filho apresenta alguns problemas e limitações. A perda de profissionais médicos é maior do que a inicialmente prevista, e desigual entre serviços, acarretando o fechamento ou prejuízo no funcionamento de alguns setores. Os profissionais que continuam na unidade sofrem com a sobrecarga de trabalho, devido ao quadro insuficiente de servidores e à pressão para o alcance das metas de produtividade propostas⁶¹.

Apesar desses problemas, os resultados da experiência são considerados satisfatórios pela Secretaria Municipal de Saúde, que adota o modelo de 40 horas do Hospital Salgado Filho como projeto prioritário da Secretaria, a ser estendido a outros hospitais municipais de emergência. Assim, a SMS/RJ adota a estratégia de, a princípio, manter o funcionamento dos hospitais municipais com servidores estatutários, e passa a apontar o sistema de cooperativas como uma solução de exceção, a ser implementada somente em situações em que não se consegue lotar ou manter servidores selecionados através de concurso público⁶². O modelo de cooperativa ficaria de "stand-by", para ser aplicado em situações excepcionais, ou caso a Secretaria Municipal de Saúde não conseguisse realizar as transformações necessárias no modelo de funcionamento dos seus hospitais próprios, com os servidores públicos municipais.

Ainda em 1997, começa a ser debatida a possibilidade de expansão do Projeto 40 horas, nos moldes do Hospital Salgado Filho, para os outros hospitais de municipais de emergência, como o Hospital Miguel Couto e o Hospital Souza Aguiar. A proposta enfrenta grandes resistências por parte dos profissionais, principalmente dos médicos, que rejeitam a imposição do regime de dedicação integral ao hospital, defendendo a permanência da carga horária de 24 horas semanais ou a possibilidade de opção entre o regime de 24 ou 40 horas⁶³.

Desta forma, a Secretaria Municipal de Saúde adia a expansão do Projeto 40 horas para o ano de 1999, pelos seguintes motivos⁶⁴: a) necessidade de consolidação e de maturação do modelo; b) necessidade de maior negociação interna nas unidades; c) indisponibilidade orçamentária do Município em 1998 para cobrir os adicionais na remuneração dos servidores, uma vez que as verbas inicialmente previstas para o Projeto foram deslocadas para

a realização de novo concurso e contratação de servidores para suprir deficiências de pessoal das unidades de saúde recém-municipalizadas (PAMs e Maternidades).

8. Balanço das Alternativas de Gerência em Hospitais do Município do Rio de Janeiro

Em relação ao contexto de proliferação das experiências, são nítidas as diferenças entre os dois momentos em que surgem as modalidades alternativas identificadas na pesquisa.

No início da década de 90, o movimento esteve restrito à tentativa de criação de fundações de apoio, constituindo um processo conduzido pelo gestor público no âmbito do debate da descentralização, de caráter limitado, voltado para poucos hospitais estaduais e federais. O propósito de criação das fundações não parece colidir com as diretrizes da implantação do SUS marcantes naquele momento- como a descentralização e o fortalecimento do setor público -, uma vez que a ênfase recai na melhoria do desempenho gerencial de unidades hospitalares selecionadas, e na possibilidade de captação de recursos adicionais do próprio fundo público, através da implantação dos sistemas de informação de produção até então restritos às unidades privadas. Nessa perspectiva, no caso dos hospitais federais estadualizados em 1991, a implementação de fundações tem até mesmo o caráter de complementar o processo de descentralização para o gestor estadual, ao facilitar a condução desses hospitais, que já eram unidades com maior grau de autonomia e maior complexidade tecnológica.

Já no período pós-95, a proliferação de modalidades alternativas à administração direta nos hospitais públicos do Rio de Janeiro assume outra dimensão, de certa forma inserida em um movimento mais amplo de expansão dessas modalidades em todo o país. Em relação ao contexto, três variáveis principais parecem se relacionar com as propostas identificadas no estudo: as pressões para a mudança do papel e das funções do Estado, que afetam os serviços públicos de saúde; o refortalecimento da dimensão do mercado na saúde, com novas características e ocupando novos espaços; as pressões por inovações no âmbito dos serviços de saúde, com vistas a dar respostas ágeis aos problemas dos serviços públicos.

Entretanto, essas variáveis de contexto não atingem da mesma forma os hospitais federais, estaduais, e municipais.

Do ponto de vista objetivo, de forma geral os gestores do sistema de saúde justificam as propostas alternativas para os hospitais em função de dilemas nos âmbitos do financiamento, recursos humanos e investimentos/suprimentos. O quadro 5 procura resumir os principais dilemas nos três âmbitos citados pelos entrevistados, para os hospitais federais, estaduais e municipais.

Quadro 5- Resumo dos principais dilemas que justificam a implementação de modalidades alternativas nos hospitais federais, estaduais e municipais do Município do Rio de Janeiro.

DILEMAS			
HOSPITAIS	Financiamento	Recursos Humanos	Investimentos/ Suprimentos
Federais	-alargamento e/ou diversificação de fontes financeiras (aumento da captação de fontes privadas); -garantia de autonomia na utilização de recursos -aporte adequado e regularidade de recursos	-contratação de acordo com as necessidades -introdução de incentivos financeiros (em alguns casos)	-agilidade nas compras -autonomia para decidir e comprar -modernização tecnológica -regularidade no aporte de suprimentos
Estaduais	-aumento da autonomia na utilização de recursos -aporte adequado e regularidade de recursos	-remuneração de acordo com o mercado -contratação de profissionais de especialidades/setores críticos	-possibilidade de realizar obras e investimentos de acordo com a necessidade -recuperação da infra-estrutura -modernização tecnológica -autonomia para decidir e comprar
Municipais		-remuneração de acordo com o mercado -introdução de uma lógica de trabalho voltada para a produtividade e desempenho	

Fonte: Elaboração Própria.

No caso dos hospitais federais, a princípio pode-se sugerir que essas unidades seriam mais diretamente influenciadas pelas diretrizes de Reforma do Aparelho do Estado em nível federal. De fato, os hospitais sofrem dificuldades objetivas relacionadas às políticas do Governo Federal- como no plano de recursos humanos-, e, tendo em vista a indefinição de soluções

claras para os equipamentos federais, e as características históricas de maior autonomia dessas unidades, partem para as soluções relativamente autônomas, que são as fundações privadas de apoio. O termo “relativamente” se aplica porque as poucas fundações privadas de apoio em funcionamento nos hospitais do Rio de Janeiro são fortemente dependentes dos recursos públicos, estando a dimensão “privada” mais relacionada ao privilégio de algumas unidades na captação adicional de recursos públicos, e à maior autonomia decisória e de alocação desses recursos, representada pelo fortalecimento de uma estrutura de poder paralela dentro da unidade, menos susceptível às inferências do gestor público. Recentemente, entretanto, nota-se um movimento de busca de soluções alternativas à captação de recursos públicos, através de convênios com planos de saúde privados, apesar de não existirem evidências substantivas até o momento de que tais fontes teriam impacto financeiro expressivo. Por outro lado, a busca de recursos privados introduz novas questões para os hospitais, como a separação de clientela.

Quanto aos hospitais estaduais, a análise do processo de adoção das modalidades alternativas pós-95 é coerente com as diretrizes de reformulação da esfera estatal do Governo do Estado do Rio de Janeiro, que de certa forma nesse período apresenta um alto grau de adesão às tendências de reforma colocadas no plano nacional para os governos estaduais- privatização de estatais, ajuste fiscal, retração do funcionalismo público, retração do papel do Estado de prestador direto de serviços, com ênfase discursiva no papel regulador.

Por outro lado, também podem ser identificadas justificativas pragmáticas e imediatistas na implementação dessas modalidades, como no início do processo de implantação das cooperativas de profissionais, cuja contratação é justificada para suprir déficits graves de recursos humanos em hospitais de emergência, devidos aos baixos salários dos servidores estaduais. Entretanto, a expansão acelerada e desordenada dessas cooperativas nos hospitais estaduais, e a adoção posterior da proposta de terceirização dos hospitais, sugerem uma maior radicalidade desse processo na esfera estadual, apontando realmente para uma mudança no padrão de atuação do Estado na prestação de serviços de saúde.

Já em relação aos hospitais municipais do Rio de Janeiro, os resultados da pesquisa sugerem um movimento mais limitado e cauteloso, visto que apenas um hospital apresenta um modelo alternativo à administração direta, representado por uma cooperativa de profissionais de saúde com funções

restritas à prestação de serviços. Observa-se uma preocupação com a inovação e experimentação de modelos, com vistas a resolver problemas no âmbito de recursos humanos e da organização/produzividade do trabalho, mais do que uma reformulação radical do padrão de atuação do Estado. Vale ponderar que, apesar de até o momento não ter ocorrido uma expansão expressiva do modelo de cooperativas para outros hospitais municipais, essa possibilidade não está descartada para o gestor municipal, que prefere adotar uma estratégia cautelosa e lenta de implantação de modalidades alternativas.

Cabe ressaltar a importância dos atores na escolha das estratégias para os dilemas que se colocam aos hospitais públicos. Para além das variáveis de contexto e das especificidades institucionais das unidades ligadas a cada esfera governamental, as estratégias adotadas pelos gestores decorrem também de opções políticas influenciadas por valores, crenças, interesses e expectativas. Alguns exemplos podem ser:

- No caso da expansão das cooperativas, a concepção de que os prestadores de serviços de saúde não precisam- ou mesmo não devem- ser servidores públicos;

- No caso da terceirização da gerência de hospitais estaduais, o entendimento de que o principal problema dessas unidades se situaria no plano da gerência, e a crença da superioridade dos mecanismos de gerência da área privada sobre o modelo de funcionamento dos serviços públicos;

- No caso das fundações de apoio, as expectativas de alguns diretores em conseguir maior independência e poder em relação ao gestor público, e aumentar a projeção das unidades no mercado.

Vale ainda apontar como características do processo de proliferação de experiências alternativas a competitividade entre os atores e uma tendência ao mimetismo, ou seja, a copiar e adaptar propostas, observada entre hospitais e mesmo entre instâncias de governo.

9. Considerações Finais

A pesquisa descreve um fenômeno dinâmico na conjuntura atual das políticas de saúde, representado pela proliferação de modalidades alternativas à administração estatal direta nos hospitais públicos brasileiros. Ainda que se recomende cautela na extrapolação dos resultados para o restante do país face às especificidades do sistema de saúde do Município do Rio de Janeiro, as informações obtidas são relevantes para a análise do fenômeno nacional.

Possivelmente, as maiores semelhanças quanto às estratégias dos diversos gestores para os hospitais próprios se observam no nível estadual, que por sinal concentra grande parte das propostas alternativas à administração direta nos hospitais públicos. Essas iniciativas dos governos estaduais podem estar relacionadas tanto a problemas estruturais dessa esfera de governo, como a dificuldades/limitações da descentralização para os municípios de equipamentos públicos de saúde de maior porte ou complexidade tecnológica, seja por questões técnico-operacionais, financeiras, ou políticas.

Observa-se uma tendência de proliferação de modalidades híbridas nos hospitais, que apresentam similaridades e diferenças entre si. Além dos modelos já existentes, há grande possibilidade de adaptações e surgimento de novos formatos nos equipamentos públicos. O Quadro 6 ressalta os principais traços de cada uma das modalidades identificadas.

O presente estudo sugere que, em diversos casos abordados, a adoção de modalidades alternativas nos hospitais públicos expressa tentativas de resposta a problemas objetivos dessas unidades e/ou do sistema de saúde, havendo motivações pragmáticas para esse movimento. Entretanto, essas modalidades não podem ser analisadas apenas como respostas imediatistas ou inovações organizacionais, visto que a sua multiplicação remete a questões mais amplas, relacionadas ao padrão de atuação do Estado e das relações público-privadas na área da saúde, à configuração da rede de serviços de saúde, e à garantia dos princípios de justiça social que nortearam o projeto do SUS, por exemplo, quanto à equidade no acesso e à integralidade da atenção.

Quadro 6- Caracterização das modalidades alternativas à administração direta em hospitais identificadas no estudo: idéias-chave, traços no caso estudado e tendências gerais.

Modalidades	Idéias-chave	Traços no caso estudado	Tendências Gerais
Organização Social	-fortalecimento do setor público não-estatal -ampla autonomia administrativa dos serviços	-processo de implantação lento, em uma única instituição, com muitas especificidades, em termos de perfil, poder político, financeiro e tecnológico	-modelo muito aberto, com diversas possibilidades de adaptação; -baixa previsibilidade
Fundação Privada de Apoio	-captação extra-ordinária de recursos -autonomia no gerenciamento dos recursos	-grande dependência de recursos estatais -poucas fundações em funcionamento (caráter de exceção) -diferenças entre fundações grandes e pequenas	-pouco aplicável em larga escala -sinais de esgotamento do modelo (limitado, por exemplo, em relação a recursos humanos)
Terceirização da gerência de unidades	-retração da função do Estado de prestador e administrador de serviços -crença na superioridade dos mecanismos privados de gerência/ administração	-processo conturbado de transferência para agentes privados de seis grandes hospitais de emergência, localizados em regiões carentes -escassas garantias em relação ao financiamento e à capacidade de regulação -instabilidade do modelo -baixa previsibilidade	-expansão da modalidade no país -vários formatos possíveis em relação a: tipo de controle, financiamento, regulação
Terceirização de serviços especializados	-garantia de constituição de serviços especializados de ponta dentro de unidades públicas -remuneração de acordo com valores de mercado	-somente em um caso de hospital com fundação de apoio, envolvendo a constituição de serviço de ponta, com perspectiva de captação adicional de recursos públicos (SUS) e privados (convênios).	-expansão, frente as dificuldades de recrutamento pelo setor público de profissionais de algumas especialidades (baixos salários, escassez de concursos públicos)
Cooperativas de profissionais de saúde	-retração do funcionalismo público, com substituição do servidor por prestadores privados -remuneração de acordo com valores de mercado	-expansão acelerada, com a criação de um novo mercado -indução pelo Estado -diferenças em relação à organização e tipo de relação com os gestores (ex: carga horária, possibilidade de duplo vínculo- servidor e cooperativado-, terceirização de funções gerenciais)	-expansão no país, frente às tendências de flexibilização do mercado de trabalho, às pressões por retração do funcionalismo, e aos baixos salários dos servidores públicos -potencial de expansão nos três níveis de governo -instabilidade a médio e longo prazos.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao padrão de atuação do Estado e às relações público-privadas na área da saúde, a análise das modalidades abordadas no estudo aponta as seguintes tendências:

- O Estado tem se mantido como financiador do sistema, embora haja aspirações por parte dos serviços em buscar fontes alternativas, como convênios com o setor privado. Até o momento, não há evidências de que essas fontes possam substituir o Estado como financiador principal; por outro lado, a expectativa excessiva em relação aos recursos oriundos de fontes privadas pode introduzir riscos de estratificação de serviços, seleção de clientela e de procedimentos a serem oferecidos;

- Algumas modalidades caracterizam uma retração do Estado da função de prestador direto, seja através da transferência de equipamentos/atividades estatais, seja através da terceirização de serviços assistenciais especializados dentro de unidades públicas, ou das novas formas de inserção de profissionais de saúde como as cooperativas;

- Enfatiza-se o papel do Estado de regulador dos serviços e do sistema, embora não existam evidências acerca de forte capacidade regulatória por parte do Estado, e nem de que essa capacidade venha a ser facilitada pela retração da função de prestador direto. Ressalte-se que a rede hospitalar é predominantemente privada desde a década de 70, e que são evidentes as dificuldades de controle do Estado sobre o setor privado contratado.

A questão da regulação pelo Estado exige maior aprofundamento teórico do que vem sendo realizado. Antes de definir o caráter da regulação, é necessário explicitar a concepção de Estado que informa as propostas de reforma, de acordo com os objetivos fundamentais da atuação do Estado. Além disso, a reflexão sobre o tema não pode prescindir de uma análise mais abrangente dos padrões de relação Estado-Sociedade.

Quanto à questão das implicações das modalidades alternativas para a organização/configuração da rede de serviços de saúde, o presente estudo não fornece subsídios suficientes para analisar se as modalidades alternativas descritas podem interferir na integração da rede de serviços públicos de saúde. Apesar disso, pode-se sinalizar que algumas modalidades têm o caráter de estratégias isoladas e voltadas para a solução de problemas/proteção de uma dada unidade. Desta forma, soluções autônomas que envolvem estruturas paralelas de poder- tipo fundações de apoio-, ou propostas que possibilitam uma aproximação maior do mercado- como as organizações sociais e terceirizações de unidades-, podem vir a interferir no grau de subordinação ao gestor e de integração dessas unidades ao restante da rede de serviços, até mesmo agravando a situação, já existente, de fragmentação do sistema de saúde.

Outra dimensão que merece uma análise mais aprofundada diz respeito as consequências da proliferação das modalidades alternativas para o acesso da população aos serviços, ou seja, os efeitos sobre os princípios de justiça defendidos no projeto do SUS. Nesse sentido, merece particular atenção a possibilidade de estabelecimento de convênios entre os hospitais públicos-transformados em OSs, com fundações privadas de apoio, e com a gerência/serviços especializados terceirizados- e empresas de planos de saúde privados. Face às dificuldades de acesso da população carente aos serviços de alto custo/alta complexidade tecnológica, existe o risco de que o estímulo ao atendimento de pessoas cobertas pelo subsistema privado em hospitais públicos, favorecido pela possibilidade de captação adicional de recursos, agrave as desigualdades de acesso e aumente a regressividade do sistema de saúde.

Tais aspectos devem ser considerados no desenho de novas propostas de investigação acerca de modalidades alternativas nos serviços públicos de saúde, evitando uma tecnificação excessiva do debate, e o descolamento entre a questão dos modelos de gerência e os princípios de justiça social que devem permear a atuação do Estado na área da saúde.

Notas

- 1 Médica, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, na área de concentração de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Técnica do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência/SAS do Ministério da Saúde.
- 2 Neste trabalho, o termo *gerência* se refere às funções de direção e administração, provimento de insumos e captação de recursos de um hospital público, em distinção ao termo *gestão*, referente às ações de comando sobre o conjunto do sistema de saúde. Tal distinção é proposta por Levcovitz (1997, p. 205, nota 262).
- 3 Para uma discussão conceitual e jurídica acerca da administração direta, administração indireta, e entes de cooperação paraestatais, ver Meirelles (1996). Neste trabalho, o termo *administração direta* é usado em referência às entidades e órgãos *estatais*, bem como às *normas de direito público* que regem essas entidades e órgãos, em vigor a partir da Constituição de 1988 e de sua legislação complementar, algumas das quais foram alteradas pela Emenda Constitucional 19/98, após o término da pesquisa. Entre essas normas pode-se apontar: a) a obrigatoriedade de concurso público para ingresso dos funcionários nos órgãos públicos; b) o Regime Jurídico Único dos servidores públicos, regulamentado pela Lei 8.112, de 1990; c) a obediência à Lei 8.666, de 1993, que regulamenta as licitações públicas para compras e contratações; d) o seguimento das diversas normas estabelecidas para a utilização de recursos públicos; e) a submissão dos serviços públicos aos órgãos de fiscalização e controle pertinentes. Entretanto, cabe

destacar que o objeto central da presente investigação não se situa no campo da administração pública, e sim no campo das políticas de saúde. Portanto, a análise desenvolvida privilegia a dimensão política do processo de transferência de funções, equipamentos e serviços do Estado para a esfera não-estatal, exacerbado na década de 90, muitas vezes configurando novas formas de relação público-privada na área da saúde.

- 4 Os dados apresentados dizem respeito à situação dos hospitais públicos do Rio de Janeiro no 1º semestre de 1998, quando foi realizada a pesquisa de campo. Após o término da pesquisa, houve a municipalização de oito hospitais federais (em 1999, o Hospital Cardoso Fontes e o Hospital da Piedade; em janeiro de 2000, os hospitais de Ipanema, Lagoa, Andaraí, Raphael de Paula Souza, Philippe Pinel e Pedro II). A Colônia Juliano Moreira já havia sido transferida ao Município do Rio em 1996. Em 1999, houve ainda a municipalização de um hospital estadual de emergência, o Hospital Rocha Faria.
- 5 A quantidade de leitos cadastrados no SUS do Município do Rio de Janeiro corresponde a 4,6 leitos por mil habitantes, valor superior à média do Estado do Rio (4,1 leitos por mil habitantes) e à do Brasil (3 leitos por mil habitantes). Os hospitais do Município do Rio são importantes não apenas para os municípios da capital, mas também para o atendimento da população residente na região Metropolitana do Rio de Janeiro, especialmente dos municípios carentes da Baixada Fluminense, e ainda para o atendimento de alta complexidade à população do interior do estado.
- 6 O Hospital da Piedade possui uma origem peculiar, visto que pertencia a uma universidade privada e foi incorporado à rede do INAMPS no final da década de 80. Há ainda outros hospitais federais, não incluídos no estudo: duas unidades da FIOCRUZ, uma da Marinha, e uma que era ligada à Legião Brasileira de Assistência.
- 7 Segundo dados fornecidos pela CGUHP/MS/RJ, os valores executados de orçamento pelos hospitais federais ligados à Coordenação- excluída a folha de pessoal, paga diretamente pelo Governo Federal- totalizaram cerca de 250 milhões de reais em 1997, variando de R\$3.316.767,00 (Instituto Psiquiátrico Philippe Pinel) a R\$31.906.735,00 (Hospital Geral de Bonsucesso). Já o valor de orçamento executado pelo INCA no mesmo ano foi de cerca de 120 milhões- incluídas despesas com pessoal- ou cerca de 70 milhões- excluídas despesas com pessoal (Relatório de Atividades do INCA de 1997, e dados fornecidos pela Divisão de Planejamento do INCA).
- 8 No final da década de 80, durante a gestão de José Noronha como Secretário de Estado de Saúde, a SES/RJ implanta a Rede-FES- Fundo Rotativo das Unidades Assistenciais- que consistia na reserva de cotas de recursos do Fundo Estadual de Saúde para as unidades estaduais de acordo com o seu porte, que podiam ser utilizadas pela unidade com maior autonomia e flexibilidade (Secretaria de Estado de Saúde, 1990; entrevista com José Noronha, Secretário de Estado de Saúde no período 1988-1990). O objetivo da Rede-FES- que operava uma quantidade limitada de recursos- seria capacitar gradualmente as unidades para operar processos de compras, contratações e administração financeira.
- 9 É interessante apontar que essa situação de baixa autonomia gerencial das unidades não foi referida como problema nas entrevistas com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, e com diretores de hospitais municipais. Já os representantes da Secretaria de Estado de Saúde e diretores de hospitais estaduais entrevistados se queixaram com frequência da restrita autonomia administrativa dos hospitais estaduais.

- ¹⁰ O Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ronaldo Gazolla, está no cargo há mais de sete anos, tendo se mantido na equipe de três diferentes prefeitos. Do ponto de vista financeiro, Parada (1997) assinala a tradição de maiores investimentos em saúde do antigo estado da Guanabara, que se mantém no Município do Rio de Janeiro.
- ¹¹ Os problemas de financiamento do SUS nos anos 90 são abordados por diversos autores. Lessa et al. (1997) destacam a instabilidade das fontes de financiamento da saúde; Lucchesi (1996) ressalta a situação de desfinanciamento do SUS período 90-94 como prejudicial às políticas de descentralização. Mesmo após certa recuperação dos gastos federais em saúde após 1995, a indefinição de fontes estáveis teria levado à política denominada por Levcovitz de “contenção na boca do caixa”. Entretanto, a discussão acerca do financiamento do SUS não será aprofundada nesse trabalho. Para maior detalhamento, ver Machado, 1999.
- ¹² Antes de assumir a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Antônio Werneck de Castro ocupava o cargo de Subsecretário na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Para a melhor compreensão do debate acerca da descentralização dos hospitais no período, consultar matérias publicadas no “Jornal do Brasil” em 16/08/97 e 07/12/97, e em “O Globo”, em 16/12/97 e o trabalho original da autora (Machado, 1999). Vale ressaltar que esse processo de negociação foi abordado em diversas entrevistas durante a pesquisa de campo, e que a inserção da autora como assessora da Direção de um hospital federal no período possibilitou o acesso a informações mais detalhadas sobre essas negociações e conflitos.
- ¹³ Durante as entrevistas da pesquisa, foram apontados por diversos diretores de hospitais como motivos de resistência à transferência para a esfera estadual ou municipal: a experiência prévia ruim de quatro hospitais federais, o risco de redução da autonomia das unidades, as características desses hospitais (maior complexidade, caráter de referência regional ou estadual), dentre outros fatores. Vale citar a observação de Parada (1997), de que os hospitais federais do Município do Rio em outros momentos históricos apresentam resistências à integração à rede e subordinação ao gestor municipal, conforme no período das Ações Integradas de Saúde (AIS).
- ¹⁴ O Coordenador da CGUHP/MS no período de julho/97 a maio/98 era Ricardo Peret.
- ¹⁵ Para a compreensão do mecanismo de funcionamento da Campanha Nacional de Controle do Câncer, ver o trabalho de Levcovitz (1985).
- ¹⁶ Entrevistas com Maria Manuela dos Santos, Secretária de Estado de Saúde (1990-91) e com Eduardo Levcovitz, Superintendente de Planejamento da SES/RJ no período 1990-91). Vale apontar que Maria Manuela dos Santos havia integrado um dos conselhos da Fundação Ari Frauzino, nos momentos iniciais de sua constituição. Quanto à perspectiva de mudanças na forma de pagamento dos hospitais, assinala-se que os sistemas de informações de produção ambulatorial e hospitalar (SIA/SUS e SIH/SUS) ainda não haviam sido implantados nos hospitais públicos nessa época, embora houvesse discussões nesse sentido (Levcovitz e Yamamoto, 1989).
- ¹⁷ Segundo entrevista com Eduardo Levcovitz, Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde no período 1995-6, o Ministro Adib Jatene tinha uma posição crítica em relação ao modelo de administração direta dos hospitais. Vale destacar ainda a experiência pessoal do Ministro com o modelo fundacional do INCOR/SP, seu hospital de origem.

- ¹⁸ Tais visitas do Ministro foram apontadas por diversos entrevistados- diretores ou representantes da Direção dos hospitais federais- como o estímulo desencadeante do processo interno de articulação da fundação de apoio. Alguns entrevistados mencionaram também a reunião inicial do Ministro com os diretores e o seminário realizado no Hospital dos Servidores do Estado.
- ¹⁹ O último concurso de seleção para preenchimento dos quadros do INCA foi realizado em 1995; entretanto, o Governo Federal não autorizou a contratação de um número de funcionários suficiente para completar as necessidades. Muitos candidatos aprovados permanecem até hoje na fila de espera, enquanto em alguns serviços do INCA existem profissionais contratados através da Fundação. Segundo o relatório de atividades da FAF de 1997, o total de funcionários contratados pela fundação lotados nas unidades do INCA é de 863 profissionais, sendo mais de 70% atuantes na área assistencial. No INCA existem cerca de 2700 servidores federais estatutários (Informe INCA, nº37, setembro de 1998).
- ²⁰ Entrevistas com Roseli Monteiro da Silva, Chefe da Divisão de Planejamento do INCA, e com o Superintendente da Fundação Ari Frauzino, Luiz Fernando Candiotta.
- ²¹ Entre as questões críticas no processo estão a definição do formato jurídico a ser adotado; a elaboração de Planejamento Estratégico para o período 1998-2000; o desenvolvimento de um Manual de Recursos Humanos, voltado para as regras da nova instituição privada; o preparo do Contrato de Gestão; o plano de divulgação interna do novo modelo, dentre outras ações.
- ²² Em setembro de 1998, há mudança na Direção do INCA, e o novo Diretor, Jacob Kligerman, assume como prioridade a aceleração do processo de transformação do INCA em OS. Durante a posse do Diretor, o Ministro da Saúde José Serra assina uma exposição de motivos a ser enviada ao Congresso Nacional com esse objetivo (INCA, 1998- informe do INCA, nº 37, setembro de 1998).
- ²³ Em relação ao Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, há um fato curioso. Como o Governo do Estado também dispunha de um hospital especializado em cardiologia- o Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro- na fase de estadualização do HCL é constituída uma fundação de apoio com o objetivo de amparar as duas unidades, que firma convênio com a Secretaria de Estado de Saúde nos últimos dias do Governo Moreira Franco. A fundação não chega a ser ativada, e em 1995, já sob gestão federal, a Direção do Hospital de Cardiologia de Laranjeiras envia um documento à Provedoria de Fundações do Estado do Rio de Janeiro, solicitando a extinção da fundação comum, assinado pelos seus instituidores. Entre as justificativas para a extinção apresentadas no documento destacam-se: o fato da fundação nunca ter funcionado, a inserção diferenciada dos hospitais (um sob administração federal, o outro estadual) o risco de conflito de interesses entre as direções, e limitações no plano administrativo-operacional. Para maior detalhamento da questão, ver Machado (1999).
- ²⁴ Em relação à destinação de leitos do hospital para pacientes com planos de saúde privados, o Presidente da Fundação informa que 27% dos pacientes que estão na fila aguardando cirurgia têm convênios com tais planos e defende a cobrança pelo atendimento a esses pacientes (entrevista com Joaquim Pizzolante, Presidente da Fundação Pró-INTO).

- ²⁵ A organização dos profissionais para o atendimento a esses pacientes é elaborada de forma diferenciada segundo a categoria: (a) profissionais de enfermagem: teriam uma escala de horários suplementar ao horário de servidor público, a ser cumprida na área destinada aos pacientes de convênios. A remuneração seria feita por rateio entre os profissionais que cumprem essa escala, de acordo com o volume arrecadado a partir do atendimento a essa clientela diferenciada; (b) médicos: não teriam uma escala rigorosa. O princípio é que eles atendam prioritariamente pacientes do SUS nas demais instalações do hospital; e atendam os pacientes dos convênios mesmo dentro da sua carga horária funcional quando estiverem ociosos ou quando os leitos do SUS de sua subespecialidade já estiverem ocupados. A remuneração se daria por rateio, de acordo com a produção.
- ²⁶ O valor desse primeiro faturamento é de R\$41.000,00 (quarenta e um mil reais), que corresponde a cerca de 1,6 % da média orçamentária mensal do INTO no ano de 1997, excluídas despesas com pessoal.
- ²⁷ Esse recurso corresponde ao valor de uma cirurgia realizada em um paciente associado à UNIMED, que ainda estava em fase de carência do plano de saúde. Como havia um médico da UNIMED que pertencia ao quadro do hospital, fez-se um acordo no sentido de que o paciente fosse operado no HCL, e o ressarcimento fosse feito sob forma de doação à fundação. Segundo Clécio Gouveia, Assessor da Direção, frente ao fato de que existia uma fila de pacientes aguardando agendamento, a cirurgia do paciente da UNIMED foi realizada após as 17 horas- horário em que o hospital está ocioso. O dinheiro recebido foi dividido por toda a equipe do serviço em que o paciente foi operado, após a retirada de uma taxa de administração de 10% para a fundação.
- ²⁸ Durante o Governo Moreira Franco, a Secretaria de Estado de Saúde é ocupada por Sérgio Arouca (1987), José Noronha (1988-1990) e Maria Manuela dos Santos (1990-março de 1991).
- ²⁹ Os Secretários de Saúde do Governo Marcello Alencar são: Antônio Luiz de Medina (1995-1996), Ivanir de Mello (1997) e Rosângela Bello (1998).
- ³⁰ Esse percentual atualmente é de quase 80%, segundo entrevista com Walter Mendes Vieira Júnior, Subsecretário de Estado de Saúde, que desencadeou a implantação das cooperativas nos hospitais estaduais. Um exemplo claro da tentativa de retração do funcionalismo estadual é a adoção de um Programa de Destigamento Voluntário pelo Governo do Estado, nos moldes do programa do Governo Federal, logo no primeiro ano do Governo Marcello Alencar (relato da Secretária de Saúde Rosângela Bello em seminário no IMS/UERJ).
- ³¹ As informações referentes ao contexto de criação da fundação de apoio foram obtidas a partir de entrevistas com José Carvalho de Noronha, Secretário de Estado de Saúde no período de 1988 a 1990; Kátia Motta, Diretora do Instituto de Hematologia no momento de realização da pesquisa; e algumas publicações (consultar as referências: Secretaria de Estado de Saúde, 1990 e Revista do Instituto Estadual de Hematologia, 1990, n1/2- Editorial).
- ³² No 1º semestre de 1998, havia 535 funcionários contratados pela fundação (dados fornecidos pela FUNDARJ), entre os quais cerca de 470 tem duplo vínculo (Estado e fundação). Os demais são contratados apenas pela fundação (grupo de 13 funcionários da administração da fundação, mais funcionários lotados no Instituto de áreas que não existem nos quadros do Estado: informática, comunicação social). Segundo entrevista com a diretora do Hemo-Rio, Kátia Motta, existem ainda no Instituto cerca de 110

servidores do Estado que não quiseram aumentar sua carga horária através de um segundo vínculo com a Fundação. **Todo corpo técnico do Instituto é estatutário**; não existe nenhum **profissional de saúde** da unidade que seja **somente** contratado pela Fundação.

- ³³ No ano de 1997, o corte efetuado correspondeu a mais de 30% do faturamento do Instituto, ou seja, do total anual do valor faturado pelo Hemo-Rio, somente 69,4% dos recursos foram efetivamente pagos para a FUNDARJ (Instituto Estadual de Hematologia, 1998- Ofício nº 196/98, encaminhado à Subsecretaria de Saúde/SES/RJ).
- ³⁴ Segundo entrevista com Maria Manuela P.A. dos Santos, a Secretária estimulava as unidades, mas era necessário o movimento interno do hospital. Nesse sentido, alguns institutos já dispunham de Associações de Amigos, que originaram as Fundações de Apoio. Ao que parece, o Estado apoia juridicamente a formação das fundações de uma forma bastante direta, em um movimento articulado com a Curadoria das Fundações. Esse fato explicaria porque o processo de constituição de Fundações (elaboração de estatuto-aprovação pela Curadoria- registro em cartório- convênio com a SES) é tão acelerado naquele período, especialmente no 1º trimestre de 1991, final do Governo Moreira Franco (que termina em 15/03/91). O movimento de constituição de fundações é estagnado após a mudança do Governo.
- ³⁵ Segundo o diretor atual do Instituto de Dermatologia, Carlos Terra, que está no cargo desde 1995, as pessoas que instituíram a fundação no início da década não estão mais na unidade. A fundação não teria chegado a receber recursos do fundo público (talvez tenha recebido recursos eventuais de doações, ou pesquisas); na realidade, praticamente não teria funcionado. O Diretor relatou ainda que desde que assumiu o cargo, não tem informações acerca da fundação. Há pouco tempo, representantes do Ministério Público estiveram no hospital investigando a situação e também não encontraram informações a esse respeito.
- ³⁶ Informações obtidas a partir de entrevista e material fornecido pelo Diretor Médico do IEDE, Raul Faria Júnior. No ano de 1997, a arrecadação do SIA/SUS pela fundação de apoio ao IEDE foi de R\$783.858,83 (setecentos e oitenta e três mil, oitocentos e cinquenta e oito reais e oitenta e três centavos). Tal volume financeiro é muito inferior ao movimentado por fundações de hospitais de maior porte e maior complexidade tecnológica, como a Fundação Ari Frauzino do INCA (cerca de 40 milhões de reais/ano), e a FUNDARJ, do Hemo-Rio (cerca de 24 milhões de reais/ano).
- ³⁷ As seguintes despesas são pagas diretamente pela SES: folha de pagamento dos servidores, contratos com empresas terceiras de alimentação, segurança e limpeza, contas de fornecimento de energia elétrica, gás, água, serviços telefônicos e de remoção de lixo; fornecimento de medicamentos, material médico-hospitalar, cilindros de oxigênio, dentre outras.
- ³⁸ Entrevista com Gustavo Bertino, Diretor do IECAC.
- ³⁹ A arrecadação de recursos pela FALMED em 1997 foi de R\$189.748,40 (cento e oitenta e nove mil e setecentos e quarenta e oito reais e quarenta centavos), sendo 98% provenientes do SIH/SUS, segundo dados fornecidos pela fundação.
- ⁴⁰ Segundo documentos da FALMED e as atas de reuniões do Conselho de Curadores da fundação, o contrato consiste na montagem do serviço de hemodinâmica e cardiologia intervencionista pela empresa contratada nas instalações do hospital, podendo a referida firma contratar funcionários que já são do instituto. A receita arrecadada através da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no serviço terceirizado, seja

através do SUS ou de fontes privadas, seria dividida igualmente entre a fundação e a empresa contratada (50% para cada instituição). A terceirização do serviço seria justificada pela preemência de reativação do Serviço de Hemodinâmica, necessário ao desenvolvimento da área de Cirurgia Cardíaca no hospital, despesa que a fundação não teria condição de assumir de imediato. No momento da pesquisa, as instalações do hospital estavam em obras para abrigar o referido serviço. Também se discute no IECAC a possibilidade de terceirização da Unidade de Terapia Intensiva, frente à escassez de profissionais especializados no hospital para atender o aumento previsto de atividades.

- ⁴¹ Segundo Vieira Júnior (1995), o Hospital da Posse foi inaugurado em 1982 pelo INAMPS, comprado da iniciativa privada, e teve seu auge de funcionamento em meados da década de 80. Após 88, diversos médicos conseguem transferência para outras unidades, desfalcando o corpo clínico. O INAMPS tenta promover a volta dos médicos, sem sucesso. O hospital é municipalizado em 1991, e sofre com os baixos investimentos da Prefeitura Municipal de Nova Iguaçu. Nesse período somam-se aos problemas na área de pessoal, os de investimentos e de materiais, e os serviços de maternidade e a emergência param de funcionar. Em 1994, volta à esfera federal, em regime de co-gestão com a Prefeitura de Nova Iguaçu. Em 1995, é estabelecido o regime de co-gestão entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde, visando a reativação do hospital.
- ⁴² No momento da pesquisa, os salários pagos pelo Governo do Estado para os servidores de nível superior variavam de R\$192,00 (início de carreira, sem gratificações) a R\$692,00 (nível máximo, com gratificações). Os salários propostos para os cooperativados eram de R\$ 1.500,00 (médicos, com carga horária de 24 hs semanais), R\$900,00 (enfermeiros e outros profissionais de nível superior) e R\$450,00 (auxiliares de enfermagem). Segundo documento enviado pelo Chefe do Gabinete da SES/RJ para o Secretário de Saúde, os valores a serem pagos à cooperativa se justificariam porque *“Os preços dos serviços estão compatíveis com o mercado de trabalho na área de saúde, considerando o quantitativo mínimo de pessoal exigido e a desobrigação do Estado com encargos sociais”* (Rio de Janeiro, SES/RJ, 1995)
- ⁴³ A distribuição inicial dos 555 profissionais por categoria é: 214 médicos, um farmacêutico, 54 enfermeiros, e 286 auxiliares de enfermagem. Posteriormente, são incorporados outros profissionais à cooperativa, com ajustes no contrato. O valor da remuneração no contrato inicial é de R\$537.960,00 mensais, e compreende uma taxa de administração de 20%, sobre a qual é acrescentada uma segunda taxa de 15%, que representaria um subsídio para o treinamento e reciclagem dos profissionais, acordado com a cooperativa.
- ⁴⁴ Entrevista com o Ricardo Arraes de Alencar, Diretor do Hospital Rocha Faria (de janeiro de 1995 a junho de 1998).
- ⁴⁵ Em alguns casos não existem contratos oficiais, como na extensão da COOPSAÚDE do Hospital da Posse às outras unidades de emergência, e no caso das MULTCOOP e da COOPASS, que assumiram recentemente. Em relação a essas cooperativas, entre os documentos e processos consultados na pesquisa, foram localizados apenas Termos de Ajuste de Contas e notas de pagamento por serviços prestados.
- ⁴⁶ Em relação ao escândalo das maternidades, ver Jornal do Brasil, 30/01/98. As informações relativas ao convênio foram obtidas a partir do próprio Termo de Convênio, fornecido pela Coordenação Geral das Unidades Hospitalares Próprias do Ministério da Saúde, e de dados fornecidos pela Subsecretaria de Recursos Humanos da SES/RJ.

- ⁴⁷ Ver Jornal do Brasil, 14/10/97. *Estado vai terceirizar seis hospitais*. Rio de Janeiro: Jornal do Brasil. No início do processo, o então Secretário de Saúde Ivanir de Mello, e o Subsecretário de Saúde Walter Mendes- ao qual se subordinavam os hospitais estaduais- não chegam a debater publicamente o assunto. Durante a Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no dia 06/11/97 (mesmo dia da publicação da minuta do edital de licitação do Programa HELP no Diário Oficial do Estado), a então Subsecretária de Planejamento e Desenvolvimento da SES/RJ, Rosângela Bello, defende o programa de terceirização das unidades, sob protestos da platéia. Vale ressaltar que nessa época se inicia na Secretaria de Saúde um debate acerca da substituição do Secretário, que se afastaria do cargo por motivos de candidatura às eleições de 1998. A escolhida para a sucessão é Rosângela Bello, que assume o cargo de Secretária em 12/01/98.
- ⁴⁸ As justificativas para o estímulo à formação de consórcios envolvendo fornecedores de insumos hospitalares são apresentadas por diferentes representantes do Governo Estadual: a) o Secretário Estadual de Fazenda, Marco Aurélio Alencar, alega que a proposta de terceirização romperia os cartéis de fornecedores de material hospitalar e propiciaria a diminuição dos custos (Jornal do Brasil, 14/10/97; e Alencar, 1998); b) a Secretária de Estado de Saúde, Rosângela Bello, também aponta essa perspectiva de redução dos custos a partir da administração por um consórcio de empresas (apresentação do Programa HELP aos servidores estaduais em 27/02/98); c) o Subsecretário de Planejamento e Desenvolvimento da SES/RJ, Frederico Caixeiro (entrevistado em 11/08/98), afirma que a formação de consórcios foi estimulada tendo em vista a complexidade das unidades estaduais e a necessidade de capital de giro, que exigiria uma associação de empresas ou grupos financeiros de maior peso econômico, não podendo se restringir a grupos de profissionais de saúde com reduzido capital.
- ⁴⁹ O Conselho Curador seria o órgão internamente responsável pela fiscalização e avaliação das atividades desenvolvidas em cada hospital. Tal Conselho seria criado por ato do Secretário de Estado de Saúde e apresentaria a seguinte composição: a) dois representantes dos usuários indicados pelos respectivos Conselhos Distritais de Saúde; b) dois representantes indicados pela empresa contratada; c) dois representantes indicados pela SES (Rio de Janeiro, DOE, 06/11/98).
- ⁵⁰ A proposta é criticada pelo Ministério Público Federal, pelo CREMERJ, Sindicato dos Médicos, políticos, deputados, vereadores, funcionários dos hospitais envolvidos, dentre outros. Ver por exemplo, matérias publicadas no Jornal do Brasil, 14/10/97, 15/10/97, 15/06/98; Jornal O Dia 05/03/98, 22/06/98; jornais do CREMERJ de Janeiro/98, Fevereiro/98, Maio/98, Julho/98; Jornal do Sindicato dos Médicos, de novembro/97. Quanto à polêmica acerca da ilegalidade da proposta, consultar: Jornal O Dia, 05/03/98. *Suspensa a privatização dos hospitais*. O Procurador da República alega inconstitucionalidade do programa, e consegue uma liminar parcial suspendendo o processo. Jornal do Brasil, 15/06/98, no Informe JB- Ministério Público Federal condena a terceirização dos hospitais.
- ⁵¹ Segundo Luis Azar, Subsecretário de Administração da SES/RJ, o fato de só ter aparecido um grupo para cada hospital seria uma coincidência; a pouca procura pode ainda estar relacionada à proximidade das eleições- as empresas não estariam se sentindo seguras frente à possibilidade de mudança de governo e suspensão do processo- e também aos problemas relacionados à adesão ou remanejamento dos profissionais estatutários já atuantes nas unidades.

- 52 Poucos dias após as empresas terem assumido os dois hospitais, uma matéria publicada no *Jornal "O Globo"* em 16/08/98 já apontava algumas mudanças no funcionamento dos hospitais. O grupo que assumiu o Hospital Pedro II, por exemplo, anunciou que suspenderia a distribuição de remédios na unidade assim que o estoque atual acabasse, pois seria inviável para uma empresa privada distribuir medicamentos. A mesma matéria sugere que os custos do Governo do Estado com os hospitais terceirizados aumentariam, ao contrário das afirmações iniciais dos formuladores da proposta.
- 53 Após as eleições, o novo Governador, Anthony Garotinho, reverte a terceirização dos hospitais através de decreto publicado em março de 1999.
- 54 Em 1993, a SMS/RJ havia implantado a Gratificação por Desempenho e Produtividade, que propicia um adicional aos salários dos servidores, de acordo com indicadores de desempenho das unidades em que trabalham. Constitui portanto um mecanismo de complementação salarial, que procura associar a remuneração ao desempenho e produtividade. A SMS/RJ desenvolve também projetos com formas alternativas de recrutamento de recursos humanos, como: convênios com associações de moradores em comunidades carentes (o projeto-piloto é desenvolvido na Favela da Maré), em que a Prefeitura fornece equipamentos e materiais para seis postos da comunidade e repassa verbas para que a associação de moradores contrate e remunere os serviços de saúde; o Programa de Saúde da Família, implantado em Paquetá, também não é desenvolvido com servidores estatutários.
- 55 Os argumentos relacionados foram apresentados nas entrevistas com o Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Gazolla e com o Subchefe de Assuntos Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, Felipe Cardoso.
- 56 Na opinião do diretor do hospital, Paulo Marçal, os bons resultados da experiência não se devem apenas à implementação da cooperativa em si, mas ao conjunto de medidas implantadas no hospital em termos de planejamento das atividades e gerência de recursos humanos, como o regime horário integral e a ênfase no comprometimento dos funcionários com a mudança da lógica de organização do trabalho. O diretor enfatiza que o projeto é da Prefeitura do Rio de Janeiro, e a cooperativa tem sido uma parceira nesse processo.
- 57 A equipe da Direção desenvolve um estudo acerca das necessidades de recursos humanos do hospital, e identifica que, em regime de 40 horas semanais de trabalho, só precisaria de metade dos médicos atuantes naquele momento na unidade.
- 58 Decreto nº 15436, de 30/12/96, publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro (D.O.Rio) em 31/12/96. O Decreto foi regulamentado posteriormente pelo Decreto 15724, de 30/04/97 (D.O.Rio, 05/05/97) e pela Resolução Conjunta -Secretaria Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Administração- nº 21, de 05/05/97 (D.O.Rio, 06/05/97).
- 59 Segundo documento fornecido pela Direção do hospital, houve aumento de 93% dos atendimentos ambulatoriais, 74% das internações hospitalares, 46% da produção cirúrgica, e 25% dos atendimentos de pronto-socorro e pronto-atendimentos. O Tempo Médio de Permanência dos pacientes na unidade de internação caiu de 14 para 7,5 dias, a taxa de absenteísmo dos profissionais permaneceu abaixo de 3% no quinto mês após a implantação do projeto. Também houve redução na quantidade de licenças médicas/mês.
- 60 Entrevista com o Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Gazolla.

- ⁶¹ Segundo o Diretor do Hospital, Flávio Adolpho, o Serviço de Oftalmologia foi fechado, porque nenhum oftalmologista aderiu ao projeto, devido a outros compromissos profissionais que não permitiriam a dedicação exclusiva ao hospital. O Serviço de Endoscopia Digestiva também ficou fechado por alguns meses. Quanto à sobrecarga de trabalho dos profissionais que aderiram ao projeto, ver também *Jornal do CREMERJ*, edição de março de 1998. No momento da pesquisa, o Diretor do Hospital aguardava a lotação de médicos através de contrato temporário de trabalho, pela SMS/RJ, visando suprir os serviços deficitários até a realização de novo concurso público.
- ⁶² A partir de julho de 1997, a Secretaria Municipal de Saúde implanta o sistema de cooperativa em seis nos postos de saúde da Zona Oeste do Município do Rio, onde havia dificuldades de lotação e frequente evasão de profissionais de nível superior há muitos anos. Entretanto, o Secretário de Saúde afirma que a adoção do sistema de cooperativas nunca foi uma opção preferencial do Município, e que a diretoria da Secretaria é continuar privilegiando a contratação de servidores públicos através de concurso para as suas unidades hospitalares.
- ⁶³ As edições do *Jornal do CREMERJ* dos meses de março e abril de 1998, descrevem processos de votação realizados entre os funcionários dos dois hospitais, que apontam a rejeição do Projeto 40 horas. No Miguel Couto, há 1051 votos contra e 76 a favor do projeto (rejeição de 93,3% dos funcionários); no Souza Aguiar, há 1117 votos contra e 130 a favor do projeto (rejeição de 89,6%).
- ⁶⁴ Entrevista com o Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Gazolla. Entretanto, até outubro de 1999 o projeto não havia sido estendido para outros hospitais municipais.

Referências Bibliográficas

- ALENCAR, Marco Aurélio. Terceirização para melhorar. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 11 fev. 1998. s/p.
- ARRUDA, Déa; MANDELLI, Marcos J. Autonomia administrativa em saúde: subsídios para discussão. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1993. (Série Estudos em saúde coletiva, n. 43).
- BAHIA (Estado). Gestão participativa obtém sucesso. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, 27 dez. 1996. S/p.
- BAHIA (Estado). Governador inaugura hospital para atender doentes crônicos. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, 13 maio 1997. S/p.
- BJÖRKMAN, James M.; ALTENSTETTER, Christa. Globalized concepts and localized practice: convergence and divergence in National Health Policy reforms. In: ALTENSTETTER, Christa; BJÖRKMAN, James M. (Ed.). *Health Policy Reform, National: variations and globalization*. Londres: McMillan Press, 1997.

BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: da ordem social - seguridade social*. Brasília, DF: Senado, 1988. P.131-137.

BRASIL. Congresso. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a estruturação do SUS. Brasília, DF: Senado, 1990.

BRASIL. Congresso. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a estruturação do SUS e dá outras providências. Brasília: Senado, 1990

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Organizações sociais*. Brasília: MARE, 1997. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, v.2).

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A reforma do Aparelho do Estado e as mudanças constitucionais*. Brasília: MARE, 1997b. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, v.6).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília, DF: O Ministério, 1993.

BRASIL Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde* (DOU de 6/11/96). Brasília, DF: O Ministério, 1996. Mimeografado.

BRASIL. *Presidência da República*. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF: *Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado*, 1995.

CASTRO, E. B.; CUNHA, R. Q. *Contrato de Gestão: Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor*. Rio de Janeiro: HSE, 1995. Mimeografado. Texto apresentado no Seminário Nacional de Gestão Hospitalar do Hospital dos Servidores do Estado

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Alternativas de gestão das unidades públicas do SUS: relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 1995.

_____. *Vigilância à saúde: ética no SUS- estratégias para operacionalização da NOB-01/96- Alocação de Serviços de Saúde (Modalidades): relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 1996.

MODELO baiano de terceirização de hospitais será usado no Rio. Salvador, *Correio da Bahia*, 15 nov. 1997. S/p.

CONVÊNIO vai garantir reabertura do Martagão Gesteira. Salvador. Salvador, *Correio da Bahia*, 26 nov. 1997.s/p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da criação das organizações sociais*. Brasília, DF: O Conselho, 1997. Mimeografado.

JORNAL DO CREMERJ. Rio de Janeiro: CREMERJ, s/n, jan.-jul. 1998.

DI PIETRO, Maria Sylvia Z. *Parcerias na administração pública*. São Paulo: Atlas, 1996.

PAS vive crise e encolhe ao completar 1 ano. *Folha se São Paulo*, São Paulo, 16 fev. 1997, s/p.

FUNDAÇÃO ARI FRAUZINO. *Relatório de atividades: 1996*. Rio de Janeiro: A Fundação, 1996.

_____. *Relatório de atividades: 1997*. Rio de Janeiro: Fundação Ari Frauzino, 1997.

GEDDES, Barbara. *Politician's dilemma. building state capacity in Latin America*. Berkeley: University of California Press, 1995.

INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA (RJ). Editorial. *Revista do IEHE-ASC*, v.7, n. 1/2, s/p., 1990.

INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA (RJ). Editorial. *Revista do IEHE-ASC*, v.11, n. 1/2, s/p., 1994.

JORNAL DO INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA. Rio de Janeiro. IEDE, s/n., jan-fev 1996.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). *Relatório de atividades do INCA: 1996*. Rio de Janeiro: O Instituto, 1996.

_____. *Relatório de atividades do INCA: 1997*. Rio de Janeiro: O Instituto, 1997.

_____. *Organização social*. Rio de Janeiro: O Instituto, 1997b.

_____.s/título. Rio de Janeiro: INCA, 1997. (Informe INCA, n.19).

_____. s/título. Rio de Janeiro: INCA, 1998. (Informe INCA, n.37).

SECRETÁRIO explica parceria com instituições privadas. *Jornal da Associação Médica Brasileira*, ano 39, n. 1288, s/p., maio 1998.

MUNICIPALIZAÇÃO cria batalha política. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 16 ago. 1997. s/p.,

ESTADO vai terceirizar seis hospitais. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 14 out. 1997. S/p.

TERCEIRIZAÇÃO da saúde é criticada. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 15 out. 1997, s/p.

POLÍTICA debilita setor saúde no . *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 7 dez. 1997, s/p.

MINISTRO da Saúde critica a Saúde. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 8 dez. 1997. s/p.

CONDOMÍNIO de igrejinhas. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 9 jan. 1998. s/p.

TUMULTO em licitação. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 15 jun. 1998. s/p.

MINISTÉRIO Público condena a terceirização dos hospitais. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 15 jun. 1998. s/p.

SERRA diz que corte é substancial. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 9 set. 1998. s/p.

FH mudará organograma do governo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 5 out. 1998. s/p.

SERRA muda hospitais do Rio. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 23 dez. 1998. s/p.

SUSPENSA a privatização de hospitais. *Jornal O Dia*, Rio de Janeiro, 5 de mar. 1998. s/p.

LICITAÇÃO na saúde sob suspeita. *Jornal O Dia*, Rio de Janeiro, 22 de jun. 1998. S/p.

TREZE hospitais do estado vão ter gestão privada. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 25 de out. 1996. s/p.

MUDANÇA em hospital provoca uma crise no conselho gestor. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 25 de set. 1997. s/p.

PREFEITURA quer assumir gestão de hospitais federais. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 16 de dez. 1997. S/p.

ESTADO gastará mais com hospitais terceirizados. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 16 de out. 1998. s/p.

HOSPITAL terceirizado dá um exemplo de eficiência. *Jornal da Tarde*, Salvador, 25 de jan. 1997. s/p.

NOVO hospital reduzirá pressão na rede pública. *Jornal da Tarde*, Salvador, 13 de maio 1997. s/p.

LESSA, Carlos et al. *Pobreza e Política Social: uma leitura da questão da exclusão nos anos 90*. São Paulo: HUCITEC, 1997. P. 63-87 (Praga- Estudos Marxistas, n.3).

LEVCOVITZ, Eduardo, 1985. *Planejamento para o Desenvolvimento Institucional: a co-gestão no Instituto Nacional do Câncer*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

LEVCOVITZ, Eduardo, 1997. *Transição x Consolidação: o Dilema Estratégico da Construção do SUS. Um Estudo sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde- 1974/1996*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

LEVCOVITZ, Eduardo, e YAMAMOTO, Edison K, 1989. Utilização do SAMHPS/AIH no hospital público. *Divulgação em Saúde para Debate*, 1: 57-59.

LUCCHESI, Patrícia T.R., 1996. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a Implementação do Sistema Único de Saúde- Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas/IPEA*, 14: 75-156.

MACHADO, Cristiani V., 1999. *Contexto, Atores, Instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro nos anos 90*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

MARE, 1996. *Sistema de Atendimento de Saúde do SUS*. Brasília (mimeo).

MARE, 1998. *Revista Reforma Gerencial*, n.0, março de 1998. Brasília: MARE.

MEIRELLES, Hely L., 1996. *Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Malheiros Editores, 21ª edição.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 1998. Parecer elaborado em atendimento à representação de deputados federais. Brasília: Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ERERJ, 1996. A Atuação do ERERJ/MS (período 95-96). Rio de Janeiro: ERERJ/MS.

MORÍGINO, Fábio C., 1997. *A Inquietude do Trabalho Médico: HSE 50 anos*. Rio de Janeiro: HSE.

PARADA, Roberto, 1997. *Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações Intergovernamentais: Um Estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

PESSÔA, Luisa R., 1996. *Terceirização nos Hospitais Públicos. Mais um Problema ou uma Possível Solução?*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

RIO DE JANEIRO (Estado), 1997. Programa de Hospitais em Locais Populares. Minuta do Edital de Licitação. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*, 06/11/97.

RIO DE JANEIRO, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 1990. *Rio Saúde. Relatório de Gestão da SES/RJ, 1987-1989*. Rio de Janeiro: SES/RJ.

RIO DE JANEIRO, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 1995. Proposta de contratação emergencial da COOPSAÚDE. Rio de Janeiro: SES/RJ (Processo E-08/801170-0/95).

RIO DE JANEIRO (Prefeitura), 1996. Decreto nº 15.436, de 30/12/96. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*, 31/12/96.

RIO DE JANEIRO (Prefeitura), 1997. Decreto nº 15.724, de 30/04/97. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*, 05/05/97.

RIO DE JANEIRO (Prefeitura), Resolução Conjunta Secretaria Municipal de Saúde, / Secretaria Municipal de Administração nº21, de 05/05/97. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*, 06/05/97.

SÁ, Evelin N.C., 1998. *Organizações Sociais: Recurso Organizacional*

para Saúde/SUS. Trabalho elaborado para a o convênio ABRASCO/ Conselho Nacional de Saúde. São Paulo: USP (mimeo).

SANTOS, Lenir, 1997. *As Organizações Sociais: breves comentários*. (mimeo)

SANTOS, Eduardo N.M., 1997. Tocantins inova nas ações básicas de saúde e gestão hospitalar. *Divulgação em Saúde para Debate*, 17: 79-81.

SANTOS, Wanderley G., 1985. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Campos.

SEMINÁRIO “Perspectivas para a Gestão Hospitalar Pública no Contexto da Reforma do Estado”, 1996. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 11-12 de novembro de 1996.

SEMINÁRIO “Reforma do Estado e Políticas Sociais: a Política de Saúde”, 1997. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 15 e 16 de julho de 1997.

SEMINÁRIO “Novos Modelos de Financiamento e Gestão no Setor Saúde”, 1997. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências/UFRJ, 8-10 de outubro de 1997.

SILVA, A., sem data. *Empresa Pública Hospital de Clínicas de Porto Alegre: um Modelo Eficaz*. Texto preparado para a OPS. Porto Alegre: HCPA (mimeo)

SINDICATO DOS MÉDICOS, 1997. Com a terceirização dos hospitais, governo confessa sua incompetência para administrar. *Jornal do SINMED*, novembro/97.

VIANA, Ana Luíza D., 1995. Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, *Série Estudos de Saúde Coletiva* n. 118.

VIEIRA JÚNIOR, Walter Mendes, 1995. Uma Proposta de Vida para o Hospital da Posse. Rio de Janeiro (mimeo).

ABSTRACT

New Management Models in Public Hospitals: Recent Experiences

The paper addresses the proliferation of different types of management and/or of health professionals insertion as alternatives to the direct state administration in Brazilian public hospitals in the 90s. The basic assumption is that these types of management represent new forms of public-private articulation in the field of health care, which brings about a broader discussion about the State pattern of intervention in health care. Thus, the process of proliferation of the alternative types of management is analyzed on the basis of three main dimensions, which are somewhat connected: a) the macro-political **context** in which this process is found, particularly the national debate about the State Reform and the carrying out of health care policies; b) the strategies of the **political actors** - the managers of the health care system - for the implementation of these types of management in public hospitals; c) the influence of the specific characteristics of the **institutions** - at the federal, state and municipal levels - in the adoption of these proposals.

The field research was restricted to the public hospitals located in the Municipality of Rio de Janeiro. The types of management identified in the study were: the *Social Organization* model; the *private foundations* that support hospitals; the *contracting out of management* in hospitals; and the *contracting out of assistance activities* in hospitals, mainly through hiring the services of cooperatives of health care professionals. It has been noted that the proliferation of the alternative types of management in these hospitals increases in the post-95 period, in accordance to the national guidelines of the State Reform and to the multiplication of these experiences throughout the country. However, this process presents different characteristics in hospitals at the federal, state and municipal levels. The research also points out the relevance of the choices and of the political strategies of the health care system managers for the adoption of these proposals.

Keywords: State and health care; State Reform; public-private relations in health care; management of public hospitals.

Recebido em: janeiro de 2001.

Aprovado: fevereiro de 2001.