



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

DOUGLAS NASCIMENTO SANTANA

**HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO DE SÃO PAULO:
EVOLUÇÃO DO DESEMPENHO SOB DIFERENTES ESTRUTURAS
GERENCIAIS**

Salvador
2014

DOUGLAS NASCIMENTO SANTANA

**HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO DE SÃO PAULO:
EVOLUÇÃO DO DESEMPENHO SOB DIFERENTES ESTRUTURAS
GERENCIAIS**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia como requisito para a obtenção do grau de MESTRE em Administração.

Orientadora: Prof. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Salvador – BA
2014

Escola de Administração - UFBA

S232 Santana, Douglas Nascimento.

Hospitais públicos de ensino de São Paulo: evolução do desempenho sob diferentes estruturas gerenciais / Douglas Nascimento Santana. – 2014.

269 f.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2014.

1. Hospitais de ensino – Desempenho – São Paulo (Estado). 2. Hospitais públicos – Eficiência organizacional – São Paulo (Estado). 3. Hospitais públicos – Administração – Estudo comparado – São Paulo. (Estado).
I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 362.11

AGRADECIMENTOS

À minha esposa e minha filha, Thaís Aurora e Daniele Aurora, pela presença constante ao meu lado e em meus pensamentos.

Aos meus pais, Izael e Normélia Santana, por terem sempre colocado o caminho da educação como primordial em minha vida.

Aos meus irmãos, Isabelle Santana e Izael Júnior, pelo companheirismo habitual.

Aos professores do Núcleo de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, pelos novos conhecimentos e novas formas de pensar apresentados, em especial a minha orientadora, Prof. Dra. Vera Lúcia Santos Peixoto Mendes, pela dedicação ao longo destes dois anos de trabalho.

A Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, instituição mantenedora do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino.

À Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, instituição mantenedora do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino, pela disponibilização do acesso ao banco de dados do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino e, especialmente, ao Prof. Dr. Olímpio Bittar e à Dra. Adriana Magalhães, da Assessoria de Hospitais de Ensino do Gabinete da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, pela gentileza, paciência e acolhimento dispensados às solicitações durante o estudo empírico e pelas pertinentes contribuições teóricas ao longo do trabalho. Foi o espírito público institucional e acadêmico do qual eles estão imbuídos que tornou possível a realização desta pesquisa e que incentivou este pesquisador a replicar tal comportamento.

Aos colegas e amigos dos cursos de Mestrado e Doutorado em Administração da Universidade Federal da Bahia pela convivência frutífera, em especial aos amigos Paulo Ricardo Reis e Flávio Fontanelli, pelo apoio, discussões e opiniões sempre oportunas.

À banca examinadora composta pela Prof. Dra. Ana Maria Malik e pelo Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza, pelos valiosos comentários e sugestões incorporadas a esta versão final da dissertação.

“A individualidade mais importante do hospital não é o seu diretor, nem o contribuinte, nem o médico, nem a enfermeira, nem o secretário; a individualidade mais importante do hospital é, sem dúvida, o enfermo”.

GOLDWATER.

SANTANA, Douglas Nascimento Santana. Hospitais Públicos de Ensino de São Paulo: evolução do desempenho sob diferentes estruturas gerenciais. 168 f. il. 2014. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMO

No Brasil, no período pós-redemocratização, o aumento das exigências quanto à prestação de serviços públicos pela população, bem como os custos crescentes de produção decorrentes das incorporações tecnológicas desafiaram o modelo burocrático de administração pública nacional. A partir de meados da década de 1990, a Segunda Reforma Administrativa do Estado foi iniciada, sob a égide do Novo Gerencialismo e com foco na máxima eficiência na prestação de serviços públicos. Onipresentes na estrutura do Estado, essas mudanças ocorreram no setor saúde com a adoção de Políticas Públicas que aproximaram os serviços públicos de saúde dos entes privados mediante a criação de estruturas gerenciais mistas, como Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas e pela adoção de programas de incentivo ao desempenho. Este trabalho tem por objetivo avaliar em que medida o desempenho dos diferentes hospitais públicos de ensino, organizações estruturantes da rede de saúde pública, respondem, ao longo do tempo, aos estímulos trazidos pelos programas focados no aumento da eficiência. Para tanto, foram realizadas revisão bibliográfica e um estudo empírico, quantitativo, retrospectivo, de 2008 a 2012, no grupo de 44 hospitais credenciados ao Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo. Os resultados demonstram que, quando categorizados quanto às estruturas gerenciais, os hospitais da Administração Direta, Autarquias e Organizações Sociais, os três grupos da amostra, apresentaram diferenças no padrão de evolução do desempenho assistencial ao longo dos cinco anos do estudo. Os hospitais da Administração Direta apresentaram padrão de evolução do desempenho predominante estacionário e não responsivo aos estímulos, as Organizações Sociais apresentaram padrão predominante crescente, enquanto as Autarquias apresentaram padrão estacionário em alguns indicadores e crescente em outros. A produtividade das Organizações Sociais foi significativamente maior que a dos demais grupos para todos os indicadores selecionados. O grupo de hospitais da Administração Direta apresentou taxa de infecção hospitalar significativamente menor que a os demais grupos. Entre os hospitais públicos estudados e ao longo do período selecionado, as Autarquias foram os grandes repositórios de alunos e de produção de conhecimento científico do estado de São Paulo. Uma possível explicação para as diferenças no padrão de evolução do desempenho assistencial pode estar na estrutura gerencial dos hospitais públicos, quando categorizados por autonomia administrativa e financeira, regime de vinculação de pessoal e modalidade de contratações. Hospitais sem autonomia administrativa e financeira, com trabalhadores estatutários e obrigados legalmente a contratar por licitações, como os da Administração Direta, ocuparam o polo estacionário do desempenho, enquanto hospitais com autonomia total, trabalhadores celetistas e com diferentes possibilidades para contratações, como as Organizações Sociais, ocuparam o polo crescente do desempenho.

Palavras-chave: desempenho hospitalar; estruturas gerenciais; hospitais públicos de ensino.

SANTANA, Douglas Nascimento Santana. Public University Hospitals of São Paulo: evolution of the performance under different management structures. 168 f. il. 2014. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ABSTRACT

In Brazil, in the post-democratization period, increased demands for public services for the population and rising costs of production, resulting from technological developments, challenged the bureaucratic model of national administration. From the mid-1990s, the Second State Administrative Reform was started under the aegis of the New Public Management and focusing on maximum efficiency in delivering public services. Ubiquitous in the State structure, these changes occurred in the health sector by the adoption of Public Policies that brought together the public health services and private entities through the creation of joint management structures, such as Social Organizations and Public-Private Partnerships, and also by the adoption of performance incentive based programs. This paper aims to assess to what extent the performance of different public teaching hospitals, structuring organizations of public health network, respond, over time, to stimuli brought by programs focused on increasing efficiency. For this purpose, literature review and an empirical study, quantitative, retrospective, 2008-2012, in the group of 44 hospitals accredited to the System for the Evaluation of Teaching Hospitals of the state of São Paulo were held. The results show that, when categorized by its managerial structures, Direct Administration hospitals, Autarchy and Social Organizations, the three groups found at the sample, showed differences in the pattern of evolution of healthcare performance over the five years of the study. Direct Administration hospitals showed a predominant steady pattern of performance evaluation and unresponsive to stimuli, Social Organizations showed increasing predominant pattern, while the Autarchy showed a steady pattern in some indicators and growing in others. Productivity of Social Organizations was significantly higher than that of other groups for all selected indicators. The group of Direct Administration hospitals showed markedly lower nosocomial infection index, when compared to other two groups. Among the public hospitals and throughout the selected period, the Autarchy were main repositories of students and production of scientific knowledge of the state of São Paulo. One possible explanation for the differences in the evolution of the performance patterns of healthcare may be management structure of the public hospitals, when categorized by administrative and financial autonomy, workers hiring regime and modality of acquisition of insumes and services. Hospitals without total administrative and financial autonomy, with statutory workers and legally obligated to hire by bids, such as the Direct Administration hospitals, occupied the pole of steady performance, while hospitals with complete autonomy, non statutory workers and market-free possibilities to buy insumes and services, such as Social Organizations hospitals, occupied the increasing performance polo.

Keywords: hospitalar performance, management structures, public hospitals in Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação esquemática da relação entre os modelos da administração pública brasileira.	31
Figura 2	Trajectoria histórica das reformas da administração pública brasileira x trajetória histórica dos sistemas de qualidade.	44
Figura 3	Setores do Estado pós-Reforma Bresser x Entidades Administrativas Públicas.	52
Figura 4	A Reforma Bresser e a reestruturação dos serviços de saúde brasileiros	71
Figura 5	Número médio de alunos dos cursos técnicos x Número médio de aprimorandos da pós-graduação na Administração Direta. SP, 2008 e 2012.	136
Figura 6	Gráficos de resultados de Pesquisa na Administração Direta numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.	137
Figura 7	Número de alunos dos cursos técnicos x Número de aprimorandos da pós-graduação nas Autarquias. SP, 2008 e 2012.	138
Figura 8	Gráficos de resultados de Pesquisa nas Autarquias numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.	139
Figura 9	Gráficos de resultados de Ensino e Pesquisa nas Organizações Sociais numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.	140
Figura 10	Gráficos de resultados integrados dos indicadores de Ensino numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.	141
Figura 11	Gráficos de resultados integrados dos indicadores de Pesquisa numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.	142
Figura 12	Espectro do padrão de evolução do desempenho assistencial dos hospitais quando categorizados por entidades administrativas públicas.	151
Figura 13	Associação entre padrão de evolução do desempenho e estrutura gerencial das entidades administrativas públicas no Setor de serviços não exclusivos do Estado – Saúde.	156
Figura 14	Espectro do padrão de evolução do desempenho assistencial estimado dos hospitais, quando categorizados por entidades administrativas públicas <i>versus</i> flexibilidade da estrutura gerencial.	157

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Autonomia administrativa e financeira, regime de vinculação de pessoal e modalidade de contratações: variações possíveis.	66
Quadro 2	Lista dos hospitais de ensino certificados no Estado de São Paulo e respectivo CNES, categorizados por localização e por estrutura administrativa.	89
Quadro 3	Hospitais de ensino remanescentes na amostra após aplicação dos três critérios de exclusão	93
Quadro 4	Indicadores agregados de produção.	104
Quadro 5	Indicadores agregados de produtividade.	104
Quadro 6	Indicador agregado de qualidade.	105
Quadro 7	Quadro-resumo da relação entre R-quadrado, coeficiente de a e padrão de evolução do desempenho da amostra estudada.	112
Quadro 8	Resumo das dimensões e indicadores estudados e do modelo de análise.	114
Quadro 9	Quadro-resumo da análise da série histórica da Produção absoluta de Internações. SP, 2008 a 2012.	117
Quadro 10	Quadro-resumo da análise das séries históricas dos indicadores de produção absoluta Ambulatoriais. SP, 2008 a 2012.	122
Quadro 11	Quadro-resumo da análise das séries históricas dos indicadores de produção absoluta de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. SP, 2008 a 2012.	132
Quadro 12	Quadro-resumo dos padrões de evolução dos indicadores de produção absoluta assistenciais por grupos de hospitais. SP, 2008 a 2012.	144

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Gráfico ilustrativo da modelagem do padrão de evolução da série histórica.	109
Gráfico 2	Gráfico ilustrativo da série histórica com linhas de tendência lineares.	110
Gráfico 3	Série histórica da Produção absoluta de Internação. SP, 2008 a 2012.	116
Gráfico 4	Série histórica da Produção absoluta de consultas de urgências/emergência. SP, 2008 a 2012.	120
Gráfico 5	Série histórica da Produção absoluta de consultas especializadas. SP, 2008 a 2012.	120
Gráfico 6	Série histórica da Produção absoluta de procedimentos em Hospital-dia. SP, 2008 a 2012.	121
Gráfico 7	Série histórica da Produção absoluta de exames de Patologia Clínica. SP, 2008 a 2012.	124
Gráfico 8	Série histórica da Produção absoluta de Testes Ergométricos. SP, 2008 a 2012.	125
Gráfico 9	Série histórica da Produção absoluta de Raio-X. SP, 2008 a 2012.	126
Gráfico 10	Série histórica da Produção absoluta de Ultrassonografia. SP, 2008 a 2012.	127
Gráfico 11	Série histórica da Produção absoluta de Tomografia Computadorizada. SP, 2008 a 2012.	127
Gráfico 12	Série histórica da Produção absoluta de Ressonância Magnética. SP, 2008 a 2012.	128
Gráfico 13	Série histórica da Produção absoluta de Endoscopia. SP, 2008 a 2012.	129
Gráfico 14	Série histórica da Produção absoluta de Hemodinâmica. SP, 2008 a 2012.	129
Gráfico 15	Série histórica da Produção absoluta de Cirurgias em Centro Cirúrgico. SP, 2008 a 2012.	130
Gráfico 16	Série histórica da Produção absoluta de Quimioterapia. SP, 2008 a 2012.	131
Gráfico 17	Série histórica da Produção absoluta de Terapia Renal Substitutiva. SP, 2008, 2009 e 2012.	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tipificação das Entidades administrativas públicas no setor de serviços não exclusivos do Estado – Saúde	67
Tabela 2	Processo de seleção da amostra de hospitais de ensino estudados	93
Tabela 3	Processo de estratificação da amostra por tipos de entidades administrativas públicas.	95
Tabela 4	Tabela-resumo das entidades administrativas, grupos de estudo e hospitais estudados na amostra.	97
Tabela 5	Análise comparativa da Média de Permanência Hospitalar: Organização Social (<i>Group 0</i>) versus Administração Direta e Autarquia (<i>Group 1</i>). SP, 2008 a 2012.	118
Tabela 6	Análise comparativa da Taxa de Ocupação Hospitalar: Organização Social (<i>Group 0</i>) versus Administração Direta e Autarquia (<i>Group 1</i>). SP, 2008 a 2012.	118
Tabela 7	Análise comparativa da Produtividade de consultas especializadas: Organização Social (<i>Group 0</i>) versus Administração Direta e Autarquia (<i>Group 1</i>). SP, 2008 a 2012.	123
Tabela 8	Análise comparativa da Produtividade de exames de Tomografia Computadorizada: Organização Social (<i>Group 0</i>) versus Administração Direta e Autarquia (<i>Group 1</i>). SP, 2008 a 2012.	133
Tabela 9	Análise comparativa da Produtividade de Cirurgias em Centro Cirúrgico: Organização Social (<i>Group 0</i>) versus Administração Direta e Autarquia (<i>Group 1</i>). SP, 2008 a 2012.	134
Tabela 10	Análise comparativa da Taxa de Infecção Hospitalar em Cirurgias Limpas: Administração Direta (<i>Group 0</i>) versus Autarquia e Organizações Sociais (<i>Group 1</i>). SP, 2008 a 2012.	135

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS	19
2	BUROCRACIA E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA	21
2.1	A EVOLUÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA	21
2.2	CRISE DO ESTADO E REDEMOCRATIZAÇÃO	28
3	3 O PRINCÍPIO DA EFICIÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO	32
3.1	CONCEITUAÇÃO DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA	32
3.2	BREVE HISTÓRICO DA EFICIÊNCIA E DA EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE QUALIDADE AO LONGO DO SÉCULO XX	33
3.2.1	Os primórdios dos sistemas de qualidade nos Estados Unidos	34
3.2.2	A migração dos sistemas de qualidade do Ocidente para o Oriente	38
3.2.3	Qualidade Total: do Oriente para o Ocidente	40
3.2.4	Eficiência na administração pública	42
4	O PRINCÍPIO DA EFICIÊNCIA NA REORGANIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA	45
4.1	A REFORMA BRESSER	45
4.2	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL	47
4.3	ORGANIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA PÓS-REDEMOCRATIZAÇÃO	49
4.4	ENTIDADES ADMINISTRATIVAS PÚBLICAS	53
4.4.1	Entidades Administrativas Públicas Estatais	53
4.4.1.1	Administração Direta	54
4.4.1.2	Autarquia	55
4.4.1.3	Fundação	56
4.4.1.4	Empresa Pública	57
4.4.2	Entidades Administrativas Públicas Paraestatais	59
4.4.2.2	Organização Social	60
4.4.2.2	Parceria Público-Privada	61
4.5	ESTRUTURA GERENCIAL DAS ENTIDADES ADMINISTRATIVAS PÚBLICAS HOSPITALARES	62
3.5.1	Autonomia administrativa e financeira	64
3.5.2	Regime de vinculação de pessoal	65
3.5.3	Modalidade de contratações	66
3.6	EFICIÊNCIA NAS ENTIDADES ADMINISTRATIVAS PÚBLICAS	67

3.7	REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS BRASILEIROS	69
5	O MODELO GERENCIALISTA E A REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO BRASILEIROS	74
5.1	BREVE HISTÓRICO DOS HOSPITAIS BRASILEIROS	74
5.2	PROFISSIONALIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS BRASILEIROS	77
5.3	AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO: ALGUMAS INICIATIVAS FEDERAIS	79
5.4	PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO	81
5.5	SISTEMA DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO DE SÃO PAULO	83
6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	86
6.1	TIPO DE ESTUDO	86
6.2	SELEÇÃO DA AMOSTRA	86
6.2.1	Critério de inclusão	87
6.2.2	Critérios de exclusão	91
6.3	ESTRATIFICAÇÃO DA AMOSTRA	94
5.3.1	Os grupos de estudo	96
5.4	DEFINIÇÃO DA <i>PROXI</i> DE DESEMPENHO	97
6.4.1	Os indicadores	97
6.4.1.1	Dimensão assistencial	99
6.4.1.2	Dimensões Ensino e Pesquisa	102
6.4.2	Os agregados	103
6.5	COLETA DE DADOS E CORTE TEMPORAL	105
6.6	ANÁLISE DOS DADOS	107
6.6.1	Série histórica	107
6.6.2	Análise comparativa	112
7	RESULTADOS	115
7.1	PRODUÇÃO E PRODUTIVIDADE NA INTERNAÇÃO	115
7.2	PRODUÇÃO E PRODUTIVIDADE AMBULATORIAL	119
7.3	PRODUÇÃO E PRODUTIVIDADE NO APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	123
7.4	QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA	134
7.5	PRODUÇÃO EM ENSINO E PESQUISA	135
7.5.1	Ensino e Pesquisa nos hospitais da Administração Direta	136
7.5.2	Ensino e Pesquisa nas Autarquias	138
7.5.3	Ensino e Pesquisa nas Organizações Sociais	139
7.5.4	Resultados integrados de Ensino e Pesquisa	140
9	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	143
9.1	O DESEMPENHO ASSISTENCIAL	143

9.2	QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA	147
9.3	O DESEMPENHO EM ENSINO E PESQUISA	149
9.4	ENTIDADES ADMINISTRATIVAS PÚBLICAS VERSUS PADRÃO DE EVOLUÇÃO DO DESEMPENHO: UMA EXPLICAÇÃO POSSÍVEL	150
10	CONCLUSÕES	158
	REFERÊNCIAS	162

1 INTRODUÇÃO

A Administração como objeto de estudo remonta mais de um século de história. Iniciou-se nos Estados Unidos no início do Século XX com a Administração Científica preconizada pelos engenheiros Frederick Winslow Taylor e Henri Fayol, considerados os pioneiros da racionalização do trabalho. Contribuições posteriores de diversas outras escolas da Administração como a Escola de Relações Humanas, Comportamentalismo, Estruturalismo, Modelo Sistêmico e Contingencialismo consolidaram a Teoria das Organizações como um campo definido de estudo e trabalho e contribuíram para a crescente elevação da produtividade econômica dos países capitalistas ocidentais (MOTTA, 1994).

O avanço da aplicação dos conhecimentos gerenciais desenvolvidos ao longo de cerca de cem anos de estudo da Administração como ciência não foi, entretanto, simultâneo e nem uniforme entre todos os setores das atividades produtivas. De sua origem nas indústrias norte-americanas até a presença quase que ubíqua nos sistemas produtivos dos países do mundo ocidental atualmente, longa trajetória foi percorrida pelos princípios de busca da máxima eficiência na produção de bens e serviços. Trajetória que envolve: uma ampla adoção dos sistemas de qualidade nos Estados Unidos após a crise econômica de 1929, o que implicou uma elevação da produtividade desse país até a Segunda Guerra Mundial a uma escala sem precedentes; abandono no Ocidente, no pós-guerra, das técnicas e ferramentas gerenciais desenvolvidas, que iriam ressurgir do outro lado do mundo, no Japão; e retorno dos sistemas de qualidade do Oriente para o Ocidente, renovados pelos avanços da Terceira Revolução Industrial emergida em meados da década de 1970. Foi também por volta do final da década de 1970 que os sistemas de qualidade se estenderam para outros ramos da atividade produtiva de mercado, além da indústria, como comércio e serviços, incluindo-se aqui os serviços de saúde (MOTTA, 1994; SANTOS, 1998; BATISTA JR, 1997).

A despeito da revolução gerada no modo de produção das empresas pela profissionalização da administração, o princípio da eficiência dos sistemas de qualidade passou ao largo da Administração Pública durante quase todo o século XX, blindado que estava o Estado

com seus princípios burocráticos rígidos. Essa penetração no setor público era, entretanto, inevitável, aguardando o momento, apenas, em que as bases do Estado burocrático fossem contestadas para que a mudança ocorresse.

Esse momento chegou. Foi ao final da década de 1980, quando a história do desenvolvimento do capitalismo no mundo ocidental vivia um momento particular e propício. Tinha-se uma crise econômica de dimensões globais, desencadeada, inicialmente, pelo Choque do Petróleo, que logo repercutiu politicamente numa crise do Estado (MANKIW, 2007; SANTOS, 1998). O entendimento predominante era de que o modelo do Estado de Bem-estar Social Europeu e o modelo de Estado Desenvolvimentista Latino-americano não seriam capazes de resolver essa crise econômica; o Estado era grande demais e dotado de tamanha rigidez burocrática nos seus processos que o tornava, intrinsecamente, incapaz de promover a retomada do crescimento; e que o Estado precisava ser reformado para tornar-se mais ágil e eficiente (SANTOS, 1998; LÓPEZ, 2012).

Em se tratando da administração pública brasileira, uma trajetória de reformas ou tentativas constantes de reformas da máquina administrativa do Estado ao longo de todo o século passado tornava o país um terreno fértil para reprodução do modelo de busca da eficiência que ganhara corpo nos países capitalistas centrais. O modelo burocrático adotado pelo serviço público brasileiro oficialmente desde a Reforma Administrativa de 1936 – Reforma Daspiana -, na Era Vargas, era o predominante até meados da década de 1990. No contexto da Reforma do Estado de 1995, liderada por Bresser-Pereira – Reforma Bresser - e em alinhamento com o ideário gerencialista supracitado, a prestação de serviços públicos nacional passou a ser pautada no princípio da eficiência (LÓPEZ, 2012).

A Reforma Bresser levou a mudanças no setor primário, na indústria, nos serviços; onde havia Estado no Brasil, quer por meio de empresas públicas, fundações e autarquias, quer por atuação direta, havia espaço para reforma. Em se tratando da prestação de serviços públicos de infraestrutura social, devido ao peso atribuído a eles pela sociedade a partir da Constituição de 1988, às dificuldades de padronização de processos pelo emprego intensivo de mão de obra e à subjetividade na definição dos critérios do que são resultados ótimos, grande interesse é despertado para o estudo da aplicação dos princípios de busca da eficiência neles.

No cerne da oferta de serviços públicos em saúde estão as organizações hospitalares, sobretudo os hospitais públicos de ensino, estes imbuídos das obrigações de, além de prestar cuidados assistenciais, formar profissionais especializados e produzir conhecimento científico em saúde. Dessa forma, aumentar a eficiência dos serviços públicos de saúde implica, necessariamente, impelir um olhar analítico mais criterioso sobre o desempenho dos hospitais públicos de ensino.

A função assistencial dos hospitais públicos de ensino está comprometida por problemas crônicos de financiamento, gerenciamento, indefinição do modelo de prestação de serviços e insulamento do sistema de saúde num contexto chamado de “crise dos hospitais universitários” (LUZ, 1986).

Também podem ser apontadas inadequações nos métodos de formação de profissionais médicos pelos hospitais de ensino. A educação e o treinamento de especialistas voltados para o mercado é desproporcionalmente superior à formação do médico generalista capacitado para atuação no setor público. O problema do perfil do profissional formado, problema esse que atinge também as profissões de saúde não médicas, é agravado pelas condições inadequadas dos campos de prática onde são feitos os treinamentos (BITTAR, 2013).

No campo das pesquisas científicas, aponta-se uma produção científica deslocada da realidade brasileira, do perfil de doenças da região na qual o hospital está inserido e de baixo valor comercial e utilitário (BRASIL, 2012).

O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado tratou os serviços de saúde como Serviços não Exclusivos do Estado, permitindo, portanto, a convivência no setor de organizações públicas estatais, organizações públicas não estatais e organizações privadas (BRASIL, 1995).

No Brasil, nesse contexto de reforma gerencialista, a tentativa de elevação do desempenho dos hospitais públicos por meio da ampliação da participação do ente privado na prestação dos serviços de saúde foi conseguida através da permissão legal para a existência de entidades administrativas com modelos de governança mista envolvendo contratualizações entre os entes público e privado. São os casos da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 e a Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004 que permitiram a criação, respectivamente, das Organizações

Sociais e da Parceria Público-privada. Essas novas entidades administrativas públicas somaram-se àquelas regulamentadas a partir do Decreto-lei 200 de 25 de fevereiro de 1967, quais sejam: Administração Direta Autarquia, Fundação e Empresa Pública.

A importância particular dos hospitais de ensino para a rede de saúde, bem como a necessidade de reformas deles foram reconhecidas por todos os governos federais brasileiros pós-redemocratização, fato que pode ser atestado pelas diversas tentativas empreendidas de elevação do desempenho dessas organizações. Além da autorização supracitada para a criação de novas entidades administrativas públicas paraestatais, que foi rapidamente adotada por diversas unidades da federação, o governo federal empreendeu outras políticas públicas voltadas para a modificação do microambiente organizacional. O Índice de Valorização de Desempenho (IVD), criado em 1987, e o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), criado em 1991, são exemplos de programas que antecederam o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (PRHE), sendo este a atual política nacional específica dos Ministérios da Saúde e da Educação, em vigor desde 2003, que visa o aumento da eficiência e da resolutividade dos hospitais de ensino (BRASIL, 2012). Iniciativas similares no âmbito das federações, como o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) do Estado de São Paulo, são também exemplos de programas que, sobre o lastro da eficiência e da gestão baseada em resultados, tentam elevar o desempenho na prestação de serviços assistenciais e produção acadêmica.

Destarte, os programas de reestruturação baseados no princípio da eficiência objetivam elevar o desempenho dos hospitais públicos de ensino, garantindo-lhes resultados máximos. Os hospitais públicos de ensino brasileiros, entretanto, não são todos iguais perante a lei, lei esta que lhes determina diferentes estruturas e regras de funcionamento. Isso leva à questão de pesquisa deste trabalho: em que medida o desempenho dos diferentes hospitais públicos de ensino responde, ao longo do tempo, aos estímulos trazidos pelos programas lastreados no princípio da eficiência dos resultados?

Isso posto, avaliar como o desempenho dos hospitais públicos de ensino, categorizados nas diferentes entidades administrativas públicas autorizadas pela legislação brasileira, evolui, ao longo do tempo, nesse ambiente de estímulo à eficiência criado pelas intervenções

governamentais adotadas nas últimas duas décadas, objetivo principal deste trabalho, pode trazer importantes contribuições teóricas e empíricas para o campo da Administração de Hospitais Públicos.

Para o campo teórico da Administração Pública, poderão advir novas evidências relativas aos benefícios da adoção de modelos de governança mista e da ampliação da participação do ente privado em organizações dos setores de infraestrutura social, bem como novas conclusões sobre a efetividade da implantação de programas baseados em metas de desempenho.

Para os campos empíricos da Administração Hospitalar e de Políticas Públicas de Saúde, busca-se auxiliar na construção de novos conhecimentos que possam ajudar a responder perguntas como: qual, dentro do espectro de entidades administrativas públicas existentes, é aquela que pode aproximar mais o hospital público de ensino brasileiro de seus objetivos de desempenho assistenciais, de ensino e de pesquisa; e o quanto e em quais circunstâncias é válida a estratégia de reestruturação dos hospitais de ensino baseada em programas focados na eficiência. A contribuição última do trabalho é, dessa forma, produzir conhecimentos que evitem a fragmentação das Políticas Públicas voltadas para os hospitais públicos, otimizem o uso dos tributos arrecadados e, sobretudo, garantam melhoria nas condições de atendimento à população, de formação de profissionais de saúde e de produção e incorporação racionais de tecnologia no setor.

Nesse contexto, o presente trabalho, traça, inicialmente, a trajetória da administração pública brasileira, sob a ótica das diferentes tentativas de reformas da máquina administrativa do Poder Executivo (Capítulo I), até o seu encontro com o princípio da eficiência (Capítulo II). Em seguida, destaca-se, dessa totalidade da máquina administrativa pública modernizada, a prestação de serviços de infraestrutura social como campo de estudo, particularmente o setor saúde (Capítulo III). Considerando-se o papel nuclear dos hospitais públicos de ensino como executores das ações nesse setor, no Capítulo IV são analisadas as reformas empreendidas nessas organizações focando o aumento da eficiência, sobretudo as criações de novas entidades administrativas públicas e as contratualizações por resultados, contextualizando a discussão do caso empírico deste trabalho envolvendo os hospitais de ensino públicos do estado de São Paulo. No Capítulo V são apresentados os aspectos metodológicos da análise comparativa do padrão de

evolução do desempenho empreendida no estudo, dando rigor e substrato para que sejam apresentados e discutidos os Resultados nos Capítulos VI e VII e apontadas algumas conclusões quanto à aplicação dos modelos de busca da eficiência em hospitais públicos de ensino (Conclusões).

1.1 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar como o desempenho de hospitais públicos de ensino de São Paulo, quando categorizados como diferentes entidades administrativas públicas, é afetado ao longo do tempo pela participação em programas de reestruturação fundamentados no princípio da máxima eficiência dos resultados.

Objetivos Específicos

- 1) Categorizar, de acordo com o marco regulatório-legal brasileiro, o espectro das diferentes possibilidades de entidades administrativas públicas sob as quais estão sendo geridos os hospitais públicos de ensino brasileiros;
- 2) Analisar longitudinalmente (série histórica), num horizonte de 5 (cinco) anos, os padrões de evolução do desempenho (ascendente, estacionário ou descendente) dos indicadores de produção da Assistência, de Ensino e de Pesquisa de hospitais públicos de ensino da Administração Direta, Autarquia e Organização Social do estado de São Paulo;
- 3) Analisar comparativamente, num horizonte de 5 (cinco) anos, a existência de diferenças de desempenho entre os indicadores de produtividade e de qualidade da Assistência dos hospitais públicos de ensino da Administração Direta, Autarquia e Organização Social do estado de São Paulo;

- 4) Discutir possíveis causas explicativas para as diferenças no padrão de evolução do desempenho na produção, na produtividade e na qualidade existentes entre os hospitais estudados que estejam associadas à diversidade de suas estruturas gerenciais.

2 BUROCRACIA E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

O estudo do modelo burocrático weberiano implantado no Brasil pela reforma daspiiana será o fio condutor deste capítulo sobre burocracia e administração pública brasileiras, sendo dividido seu conteúdo numa fase pré- reforma, com um panorama geral do modelo de administração patrimonialista; seguido de um detalhamento do período da reforma daspiiana propriamente dita e implantação do modelo burocrático; e por fim uma descrição da trajetória da burocracia brasileira em pouco mais de meio século até o advento da Reforma Bresser, em 1995.

2.1 A EVOLUÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Administração Pública pode ser definida como o conjunto de órgãos, funcionários e procedimentos utilizados pelo Estado para realizar as funções que a sociedade lhe atribui em determinado momento histórico (COSTIN, 2010). O Estado aqui deve ser entendido como composto não somente do poder Executivo, mas também dos poderes Legislativo e Judiciário, estando a administração pública presente na atuação de todas as três esferas. As funções do Estado variarão de acordo com a conjuntura política, indo desde uma atuação econômica, de defesa exterior e de garantia da segurança dentro do território, vistas desde períodos mais remotos da história da humanidade, até a garantia de direitos considerados fundamentais como saúde e educação, entre outros, presentes no entendimento do Estado contemporâneo do pós-Segunda Guerra Mundial.

Max Weber é classicamente considerado o pilar central do estudo da Burocracia, tanto sob o ponto de vista da Administração quanto da Sociologia das Organizações. A tipificação idealizada, e, portanto, abstrata, de organização burocrática proposta por Weber em sua obra clássica *A ética protestante e o espírito do capitalismo* ganhou, ao longo dos anos, na abordagem dos mais diversos autores, mais do que os ares originais de um simples estereótipo: passou a exercer um caráter normativo rígido sob o mundo empírico ditando como tem que ser uma

organização burocrática ideal que deseje alcançar seus fins. Configurou-se, assim, a transformação de um recurso meramente metodológico num modelo prescritivo (MARTINS, 1997).

A partir de Weber, então, o problema de estrutura das organizações era visto como resolvido e maior parte dos esforços dos estudiosos que o sucederam passaram a ser concentrados em como tornar o protótipo de organização burocrática weberiana o mais eficiente possível, superando as suas disfunções.

No que pesem as limitações desse modelo *one best way* - o tipo ideal burocrático weberiano- adotado nos estudos da Administração, sejam essas limitações aparentes (o modelo desconsidera a importância do poder no estudo da burocracia, importância presente na obra original de Weber), ou seja, porque ele foi construído numa realidade específica da Alemanha do século XIX; no que pesem as argumentações de que não há organização burocrática típica em sua morfologia; o modelo weberiano ainda pode ser considerado parte central e ponto de partida do estudo das organizações burocráticas da atualidade (MARTINS, 1997).

No Brasil, a burocracia racional, profissional e meritocrática nos moldes weberianos foi introduzida na administração pública, de fato, pela Reforma Daspiana do Governo Vargas. A influência do modelo daspiano de Estado foi vigorosa ao longo de todo o século XX, como bem notou Abrucchio, Pedroti & Pó, apud Loureiro, Abrucchio e Pacheco (2010, p.28): “É possível dizer que a visão daspiana de reforma foi a inspiração e o fantasma das demais”. Muito de história da administração pública brasileira, entretanto, transcorreu até a chegada ao ponto de inflexão da reforma daspiana, com aspectos importantes que remontam até mesmo o período colonial.

O modelo de administração pública pré-década de 1930 tem como aspecto mais marcante seu caráter patrimonialista. Inspirado nas monarquias absolutas europeias, sobretudo a francesa dos séculos XVI e XVII, transplantada para a ex-colônia portuguesa após a independência no período do Brasil imperial, esse modelo encarava o Estado como patrimônio do rei, num desregrado imbricamento do público com o privado. Tão rico era um rei quanto rico fosse seu território. Nepotismo, pagamento de dívidas e favores pessoais usando bens públicos ou trocando por empregos em cargos administrativos, loteamento de propriedades públicas por conveniência,

clientelismo e outras práticas eram o padrão de atuação do Estado, não sendo ainda aludidas a práticas de corrupção.

Considerando-se que a colonização portuguesa e espanhola nas terras americanas, desde o século XVI, deu-se por repartição de territórios nos moldes de capitânias hereditárias ou vice-reinos cedidos a indivíduos ligados às coroas ibéricas, tornando-os representantes delas além-mar, tem-se que esse modelo patrimonialista de administração se enraizou ao longo de quatro séculos de existência na América Latina e no Brasil.

Com a pressão para redução do poder dos monarcas absolutistas europeus, capitaneada pela Revolução Francesa no final do século XVIII e pelas ondas de propagação mundo a fora desses ideais das revoluções liberais burguesas, na primeira metade do século XIX, com o crescimento do capitalismo industrial e do poder econômico da burguesia, que precisava de uma clara distinção do que era propriedade privada e do que era público e com o crescimento dos movimentos democráticos e da participação política dos cidadãos nas decisões coletivas e no controle do Estado, o modelo patrimonialista de administração pública rapidamente tornou-se disfuncional (HOBSBAUM, 2012).

O modelo patrimonialista foi gradualmente substituído por um modelo mais meritocrático e burocrático em alguns países europeus desde o início do século XIX - por exemplo, com Napoleão na França entre 1799 e 1815 e sua reforma administrativa do estado francês. O processo se intensificou em toda a Europa no final do século XIX e início do século XX com o advento da Segunda Revolução Industrial, chegando também até os Estados Unidos. O então novo modelo burocrático racional-legal de administração do Estado, inspirado em Max Weber e nos princípios da administração do exército da Prússia (Alemanha pré-unificação) mostrava-se mais eficiente no uso dos recursos comuns, menos corrupto e capaz de separar o público do privado e o político do administrador público tecnicista (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Após adequada estruturação nos países centrais europeus e na nova potência que surgia nas Américas, os Estados Unidos, o modelo burocrático weberiano expandiu-se ao longo do século XX para a América Latina, aportando também no Brasil. Em 1930, chegava ao fim o

período conhecido como República Velha com a deposição por um golpe militar armado do então presidente Washington Luís e ascensão ao poder de Getúlio Vargas. (FAUSTO, 1972).

Num contexto histórico caracterizado pela crise mundial de superprodução de 1929 e enfraquecimento das oligarquias rurais dominantes, o golpe era considerado parte de um movimento revolucionário ou reformista maior que almejava levar o Brasil ao progresso por meio do processo de industrialização econômica, revertendo o atraso em relação às grandes potências mundiais europeias. Era, segundo Pinho (1998, p.60): “A admissão da necessidade da via industrializante como meio de construir um país condizente com o potencial de seus recursos e com a sua expressão espacial”.

Com o Estado Novo instituído e em alinhamento com os objetivos modernizantes supracitados, foi iniciada a primeira reforma da administração pública brasileira, reforma esta operacionalizada por meio do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), criado em 1936.

Com o DASP, segundo Nogueira (1997, p. 09), colocava-se o:

[...] desafio de criar uma administração pública moderna, burocrática, sintonizada com os novos tempos que se previa para o País, capaz, portanto, de desempenhar papéis relevantes na regulamentação econômica, no fomento ao crescimento industrial, no atendimento das crescentes demandas sociais e dos novos encargos impostos ao Estado pelo sistema produtivo nacional.

A criação do DASP representava, dessa forma, o braço executivo na implantação no Brasil do modelo de burocracia clássica weberiana caracterizada por organização hierárquica rígida, centralização do poder e da tomada de decisões, racionalização dos métodos e padronização dos processos administrativos e profissionalização do quadro técnico de servidores com dissociação do exercício político. Tratava-se de um ideal reformista com pretensão clara de enfrentamento do centenário modelo patrimonialista.

Ao fim da Era Vargas, entretanto, a reforma burocrática weberiana não havia alcançado o sucesso pretendido de deixar a administração pública mais ágil, eficiente e eficaz. A estrutura administrativa vigente no país ainda era ineficiente e obsoleta, numa interpenetração do sistema

tradicional patrimonialista com algumas das mudanças burocratizantes exitosas que davam a máquina administrativa uma feição “quase esquizofrênica” (NOGUEIRA, 1997).

Enquanto o Estado brasileiro era pequeno, englobando apenas as funções de defesa, ordenamento jurídico, arrecadação fazendária e diplomacia, o problema de ineficiência era pouco percebido. As necessidades econômicas burguesas mais imediatas de seguridade da propriedade privada e dos contratos mantinham viável o processo de industrialização e crescimento dos negócios.

À medida que o Estado cresceu para abarcar funções econômicas, de infraestrutura e principalmente sociais - como previdência, assistência social, educação, cultura, e parte dos serviços de saúde - especialmente após a Segunda Guerra Mundial em alinhamento com a tendência mundial de adoção do modelo de Estado de Bem-estar Social, os problemas da baixa efetividade e eficiência tornaram-se vertebrais (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Outras, porém não necessariamente novas reformas administrativas, foram sequencialmente aventadas e implantadas, com sucesso questionável nos objetivos de minimizar o patrimonialismo, intensificar o modelo racional-legal weberiano e, posteriormente, até mesmo com o intuito de combater ambos.

Findada a Era Vargas, inicia-se um período de governo democrático que vai de 1945 a 1964. O ideal de reforma administrativa do Estado permanecia vivo e prioritário. A ambiciosa meta de crescer cinquenta anos em cinco somente seria alcançada com concretização das reformas exitosas daspianas e implantação de novas reformas que minimizassem a tendência à perpetuação do modelo patrimonialista.

Ao invés, entretanto, do enfrentamento direto do problema do obsoletismo e baixa eficiência da estrutura administrativa oficial do Estado, o que se viu foi a criação de um Estado paralelo ao existente; a superposição de uma nova estrutura a estrutura já em vigor (NOGUEIRA, 1997). A via de desenvolvimento público por meio da Administração Indireta, com criação de autarquias e empresas estatais, intensificou-se. Foram 25 novas empresas estatais criadas no período entre 1950 e 1964 ante as 12 criadas durante toda a primeira metade do século XX,

significando a concretização de uma verdadeira estrutura administrativa paraestatal, dotada de uma alta burocracia mais moderna e eficiente (ARAUJO, 1975, apud PINHO, 1998, p. 65).

Na administração pública do corpo do Estado “oficial” permanecia a convivência da rigidez burocrática com valores patrimonialistas que limitavam o desenvolvimento industrial e econômico e afastava a prestação de serviços públicos das demandas reais dos cidadãos. As práticas clientelistas estavam renovadas com a criação de grande contingente de cargos públicos para albergar a classe média, ratificando o papel do Estado em reduzir o déficit de empregos de uma economia com participação da burguesia diminuta no fomento ao crescimento econômico.

Sem aprofundamentos das reformas daspianas ou sequer retificação de equívocos da sua experiência na Era Vargas, o continuísmo do modelo administrativo público no período democrático favorecia a perpetuação das práticas patrimonialistas (NOGUEIRA, 1997).

Com o Golpe Militar ocorrido em 1964, ascendeu ao poder uma elite burocrática do Exército e, junto com ela, o ideário de uma nova reforma administrativa do Estado. Com esse fim, foi publicado em 1967 o Decreto-lei nº 200, que normatizava a Administração Pública Federal e tentava contornar a rigidez da administração direta por meio, mais do que nunca, da intensificação do setor paraestatal.

Nos dez primeiros anos de governo militar, de 1964 a 1973, foram criadas mais empresas estatais do que em toda a história progressiva do Brasil: 120 novas empresas ante as 34 já existentes (ARAUJO, 1975, apud PINHO, 1998). A estrutura paraestatal montada no período democrático precedente foi exponencialmente ampliada por esse governo de exceção, passando a ser sua marca mais proeminente na história da administração pública nacional.

A criação das empresas estatais, autarquias e fundações para atuação em diversos setores produtivos e na prestação de serviços era condizente com a linha de intervenção na economia pretendida pelo governo nacional-desenvolvimentista militar. A partir do governo militar, portanto, uma análise mais aprofundada da administração pública brasileira contempla necessariamente um detalhamento das suas duas estruturas paralelas: a estrutura burocrática convencional da administração direta e a tecnoburocracia da administração indireta.

Em termos estruturais, mais autonomia administrativa e financeira, com gestão descentralizada de recursos e do processo decisório davam às organizações da administração indireta maior agilidade nos processos licitatórios de contratações. Quanto ao corpo de servidores, logo ficou evidente o contraste de uma moderna, bem remunerada e profissionalizada alta burocracia da administração indireta com uma burocracia mal paga e estigmatizada como ineficiente na administração direta.

No cerne dos processos burocráticos, entretanto, em “ambos os Estados”, as raízes patrimonialistas remanescentes permaneceram, por mais duas décadas, pouco atacadas. A administração indireta não conseguiu permanecer impermeável às práticas clientelistas e populistas (MARTINS, 1997). Muito pelo contrário. Como o regime de exceção que caracterizava o governo militar reduziu o controle do poder legislativo e o controle direto da população sobre as organizações públicas, sobretudo às recém-criadas que gozavam de ampla autonomia, o que se viu foi um agravamento destas antigas práticas e o surgimento de novas modalidades de imbricamento dos interesses públicos com os interesses privados.

A supressão ou obstrução, pelo regime autoritário, dos canais institucionais de representação de interesses, com autonomia adquirida por alguns órgãos governamentais, fez surgir novas formas de articulação e relacionamento entre a burocracia pública e os interesses privados [...] e [...] surgir um tráfego novo e incontrolável entre os interesses públicos e privados – indo muito além dos limites das práticas convencionais de lobby, e assentando os fundamentos do que mais tarde assumiria a forma de corrupção generalizada nos altos escalões do Aparelho do Estado (MARTINS, 1997, apud PINHO, 1998, p. 67).

Assim, novas camadas de problemas depositavam-se sobre as camadas mais antigas, afastando a administração pública brasileira do fim último de atendimento das necessidades dos cidadãos.

Por fim merece destaque que é aqui neste momento, no período do crescimento da administração indireta durante o governo militar, o nascedouro da diversidade de estruturas administrativas, quadro de funcionários e desempenho na prestação de serviços das organizações públicas dentro de um mesmo Estado brasileiro. A gama de estruturas administrativas alternativas à administração direta vai crescer ano após anos nas décadas posteriores, bem como a disparidade

nos resultados entregues por elas, estando situado exatamente nessas diferenças o objeto de estudo do presente trabalho.

2.2 CRISE DO ESTADO E REDEMOCRATIZAÇÃO

Por volta do final da década de 1970 e início da década de 1980, ganhava corpo nos países centrais a terceira revolução industrial e o processo de globalização econômica. O modelo fordista de produção das indústrias siderúrgica e petroquímica, baseado na energia elétrica e no trabalho em série estava sendo rapidamente substituído pelo modelo pós-fordista, também denominado de Toyotismo. Bem mais flexível, esse modelo fundava-se no desenvolvimento da mecatrônica, da informática e das telecomunicações que tornava todos os processos produtivos muito mais acelerados e encurtava as distâncias entre as empresas e entre os países. O processo de globalização econômica atingia grandes proporções, com produtos e serviços sendo transacionados corriqueiramente entre agentes (firmas e consumidores) de diferentes países, sem dar relevância às fronteiras entre as nações. A intensidade das relações econômicas internacionais entre os agentes individuais passou a ser de tamanha monta que passou a enfraquecer os ordenamentos jurídicos nacionais e até mesmo a própria soberania dos Estados (SANTOS, 1988).

Nas palavras de Santos (1988, p. 113):

[...] o uso do território de um Estado federal é, em grande parte, resultado de fluxos gerados fora dele e até no estrangeiro e que escapam ao controle de suas instituições. Em outras palavras, a organização do espaço provincial é, em boa parte, ditada de fora.

A despeito do intenso desenvolvimento tecnológico ocorrido que permitiria uma redução nos custos de produção para todos os setores da atividade empresarial e crescimento econômico, os ganhos de produtividade foram mascarados quando a Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP) decidiu reduzir a quantidade de petróleo cru oferecida no mercado internacional e lançou os preços desta importante matéria prima às alturas. Instalava-se uma crise econômica

que, nessa economia com países já tão interdependentes, rapidamente se alastrou por todo o ocidente (MANKIW, 2005).

Os questionamentos quanto à atuação do Estado numa economia globalizada e sua capacidade para resolver as crises passaram logo a ser acompanhados por questionamentos quanto ao tamanho do Estado, num entendimento que seus gastos eram eles próprios parte da crise econômica. O Estado de Bem-estar Social e todas as suas garantias dadas aos cidadãos desde o pós II Guerra Mundial passaram a ser vistos como financeiramente insustentáveis, sendo sua minimização vista como única alternativa viável para sair da crise (SANTOS, 1988).

Apoiados nos princípios pregados por Margareth Thatcher na Inglaterra e por Ronald Reagan nos Estados Unidos, uma onda de medidas de reformas do Estado se alastrou por toda a Europa. Não se levando em consideração as diversas interpretações políticas e ideológicas suscitadas pelas propostas reformistas, o pressuposto básico de todas era o mesmo: a ineficiência da Administração Pública. A inspiração teórica estava na Escola de Economia de Chicago, que argumentava pela existência de uma vantagem comparativa da administração privada, tanto nos seus fins como nos seus meios, quando comparada à administração pública, lançando esta última na berlinda de questionamentos em escala internacional (LÓPEZ, 2012).

A administração pública perdeu credibilidade. O modelo de burocracia racional-legal weberiano no qual se baseava até então era entendido como incapaz de levar o Estado em crise à excelência nos seus fins exigida pela sociedade e à redução de custos necessária. A alternativa reformista com o objetivo de mimetizar o setor privado em seus arranjos estruturais de organização e nos seus processos tornou-se a via comum.

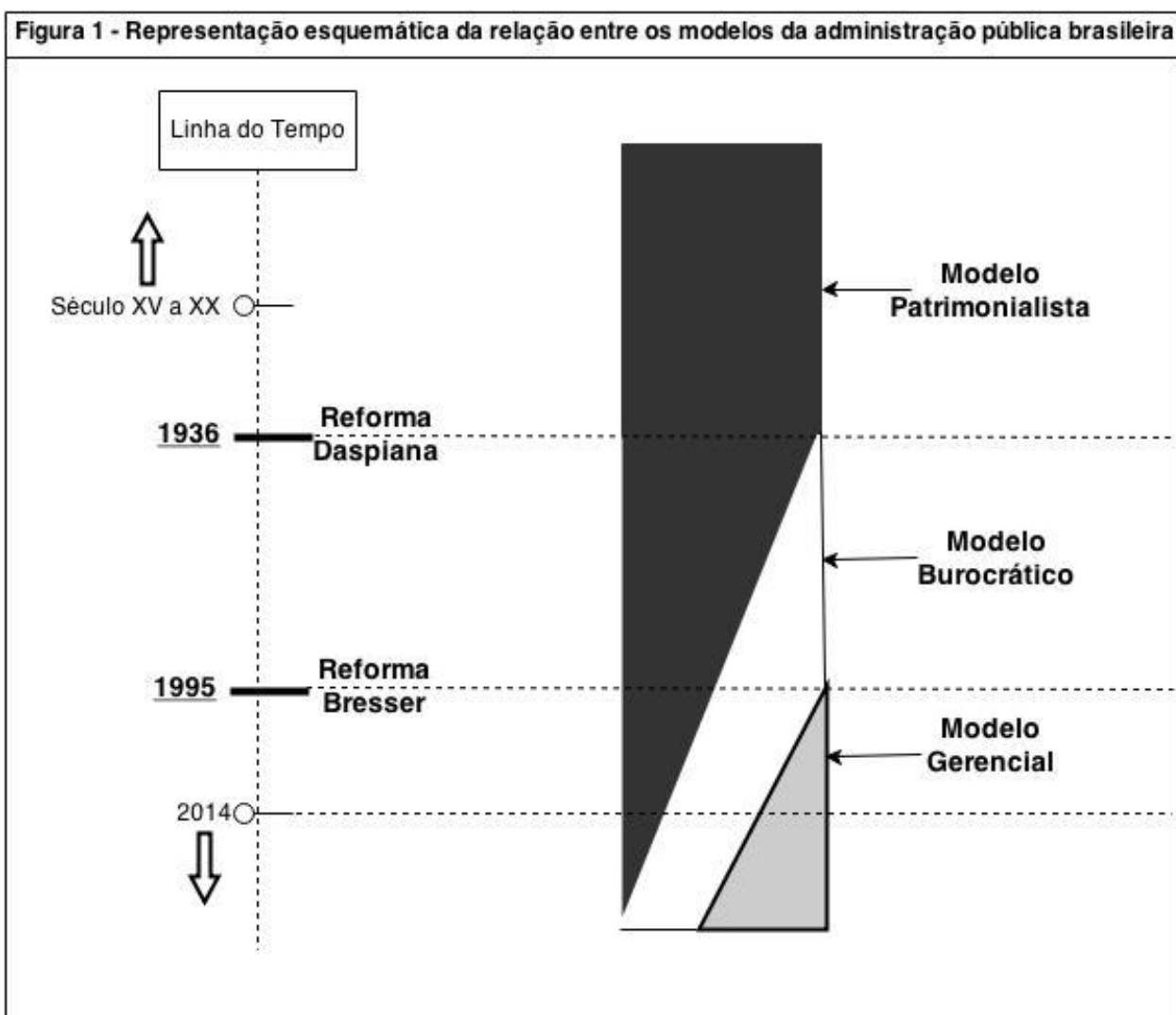
Privatizações, adoção de modelos de governança que aproximaram o ente privado na prestação do serviço público direta ou indiretamente foram consequências imediatas dos projetos reformistas na Europa da década de 1980. No que restou do serviço público, segundo López (2012, p. 66): “[...] el valor de la eficacia en la resolución de los problemas y la eficiencia en la utilización de los medios, adquirieron una importancia notable en la valoración de las administraciones públicas por la sociedad.”

No Brasil, a crise econômica que interrompia o crescimento e causava hiperinflação levou a derrocada do Regime Militar e instalação do novo Regime Republicano Democrático. Os problemas econômicos e a preocupação com a manutenção da democracia foram tão grandes no primeiro governo republicano, do presidente José Sarney, que a reforma administrativa do Estado não chegou a entrar em pauta. Foi somente retomada no governo de Fernando Collor, mas ainda de forma incipiente e desorganizada. É de fato no governo de Fernando Henrique Cardoso que, segundo Bresser-Pereira (1996, p. 34):

A reforma da administração pública adquire foros de importância, passando a ser ‘uma questão nacional’, com a transformação da Secretaria de Administração Federal, que geria o serviço público, em Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), isto quer dizer, a reforma de Estado não só entra em pauta governamental como ganha um ministério para conduzi-la.

Era o início da chamada Administração Pública Gerencial ou Nova Gestão Pública, do inglês *New Public Management*.

Neste momento, importante consideração merece ser feita. Apesar do caráter linear da trajetória das reformas da administração pública brasileira aqui traçada e da menção a marcos históricos pontuais de mudança de orientação dos modelos administrativos, o que se observa no mundo empírico é que: 1) há um convívio simultâneo dos diferentes modelos (patrimonialista, burocrático e gerencial), numa superposição de camadas de modo que os modelos mais antigos servem de substrato para a construção dos modelos mais novos, conforme ilustra esquematicamente a Figura 1; e 2) as reformas transcorrem ao longo de faixas de tempo, que podem durar de anos a décadas.



Fonte: Autoria própria

Para melhor entendimento da Administração Pública Gerencial, antes, porém, no capítulo que segue, será remontado o processo histórico de construção e disseminação do princípio da eficiência e dos sistemas de qualidade da produção de bens e serviços, princípio esse que se fundiu com o ideal reformista brasileiro acima descrito para formar esse novo modelo de administração pública.

3 O PRINCÍPIO DA EFICIÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO

O presente capítulo tem por objetivo traçar as linhas gerais da trajetória do princípio da eficiência e dos sistemas de qualidade na administração ao longo do século XX. Após uma breve conceituação de qualidade, serão remontados os passos desde a origem do conceito moderno de eficiência nas indústrias dos Estados Unidos, na primeira metade do século XX, sua influência na organização das atividades econômicas no Japão, no pós-Segunda Guerra Mundial, e nos demais países capitalistas centrais, a partir da década de 1970, sua penetração no setor de serviços e na administração pública na década de 1980 e, por fim, aproximando-o da realidade nacional, sua expansão para os países em desenvolvimento latino-americanos e para o Brasil a partir de meados da década de 1990.

A trajetória do princípio da eficiência na produção de bens e de serviços confunde-se com a história da própria Administração como ciência. Com origem na economia de mercado e na indústria, visando pragmaticamente aumentar a produtividade e os ganhos dos produtores e dos investidores, a lógica de trabalho fundamentada na eficiência, bem como os sistemas de qualidade que a operacionalizam ganham aceitação e difundem-se propagandeados pelos resultados positivos práticos apresentados na maximização do lucro. A adoção desses sistemas é, sobretudo, mais necessária nos períodos de crise econômica e de necessidade de reestruturações, a exemplo do período de Grande Depressão pós-Crise de 1929 e da crise global ocorrida no final da década de 1970, pós-Choques do Petróleo. Neste último momento histórico, a expansão do princípio da eficiência quebra até mesmo as barreiras da administração pública.

3.1 CONCEITUAÇÃO DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA

O conceito de qualidade aparece na Língua Portuguesa com várias significações. No Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2010, p. 987), o verbete “*qualidade*” aparece como sendo:

s.f. Maneira de ser, boa ou má, de uma coisa: *a qualidade de um tecido, de um solo.* / Superioridade, excelência em qualquer coisa: *preferir a qualidade à quantidade.* / Aptidão, disposição favorável: *este menino tem qualidades.* / Condição social, civil, jurídica etc.: qualidade de cidadão, de administrador, de legatário. (Sin.: atributo, modalidade, propriedade, virtude.) // *Homem de qualidade, homem de origem nobre.* // *Voto de qualidade, voto de desempate atribuído ao presidente de uma assembléia.* //; loc. prep. Na qualidade de, a título de, no desempenho de (cargo ou função).

Para os fins deste trabalho, interessa o conceito associado com o princípio da eficiência.

Na língua inglesa, a diversidade de significados já não é tão grande, estando a palavra “qualidade” fortemente vinculada ao significado destacado para este trabalho. No Cambridge Dictionary of American English, 2008, p.1230, o verbete “*quality*” aparece como sendo: “the degree of excellence of something, often a high degree of it: *Our company guarantees the quality of our merchandise.* / Quality often refers to how good or bad something is: *The fabric was of the highest quality.*”

Mesmo com a associação com “excelência”, o conceito de qualidade permanece com uma aplicação ampla, disseminada pelos vários campos dos saberes. Restringindo seu uso ao campo da Administração, o conceito ganhou, entretanto, uma ressignificação contemporânea e particular nos trabalhos de Friederich Taylor (TAYLOR, 1970) e Henry Fayol (FAYOL, 1916) do início do século XX, por onde se iniciará a história adiante. Neles, qualidade passa a referir-se especificamente à eficiência e à excelência na produção de bens e serviços e passa também claramente a estar vinculada à Teoria das Organizações, sobretudo à Gestão Empresarial.

3.2 BREVE HISTÓRICO DA EFICIÊNCIA E DA EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE QUALIDADE AO LONGO DO SÉCULO XX

Em busca de um objetivo de máxima produtividade e entrega dos melhores resultados possíveis, o conceito de qualidade passou ao longo de todo o século XX a carrear consigo, além de um fim específico, um conjunto de métodos e ferramentas capazes de controlar e acelerar os processos da produção empresarial (LÓPEZ, 2012).

Delineia-se a seguir um breve retrospecto histórico da aplicação dos sistemas e das ferramentas da qualidade na produção de bens e serviços.

3.2.1 Os primórdios dos sistemas de qualidade nos Estados Unidos

O conceito mais contemporâneo de qualidade aplicada à produção econômica, como mencionado anteriormente, começou a ser forjado nos trabalhos de Taylor e Fayol do início do século XX. Considerados os pais da Administração como campo de estudo e área específica do saber, suas ideias sobre a estruturação das organizações ainda têm larga influência até os presentes dias, sobretudo na visão contemporânea sobre a qualidade. De fato, a busca pela elevação da produtividade e pela excelência na execução das tarefas produtivas tem, em comum, não somente o mesmo nascedouro da Administração Científica, como toda uma imbricada trajetória de desenvolvimento (MOTTA, 1994).

Frederick Taylor (1856-1915) foi um engenheiro americano que publicou a obra intitulada *Princípios da Administração Científica*, em 1911. Em tempos de intenso desenvolvimento capitalista, sua trajetória de vida é bastante representativa do ideal de crescimento pessoal liberal norte-americano, baseado na meritocracia e na valorização das capacidades individuais. Taylor foi operário, capataz de indústria e, por fim, engenheiro. Profundo conhecedor do ofício dentro das fábricas do início do século passado, dedicou-se a estudar empiricamente a divisão das tarefas dentro das organizações e medir os tempos e movimentos dos operários ao executá-las.

Com um objetivo pragmático de elevar ao máximo a produtividade das fábricas ao exercer o controle de todos os seus processos e da força de trabalho, desenvolveu diretrizes normativas de organização das indústrias como a padronização dos procedimentos e das ferramentas, o minucioso planejamento de tarefas, a supervisão funcional e a premiação por eficiência. Ratificou e aperfeiçoou ao seu extremo o conceito smithiano de divisão do trabalho e especialização profissional como promovedores da produtividade máxima do trabalhador. Apesar de repercussões nocivas à saúde física e mental dos operários (destacadas em obras artísticas marcantes como o filme *Tempos Modernos*, de 1936, de Charles Chaplin), sua

contribuição para a elevação da produção industrial foi crucial. A adoção das diretrizes tayloristas nas linhas de montagem da indústria de automóveis americana Ford contribuiu para transformar rapidamente a empresa na maior fabricante desse bem no mundo, fazendo do modelo de produção fordista, símbolo da Segunda Revolução Industrial (HELOANI, 2003).

Os trabalhos de Taylor ganharam sinergia com princípios defendidos por outro engenheiro, Henry Fayol (1841-1925). Francês, com uma vida de trabalho em funções de comando em organizações industriais na França, não podendo nesse momento já serem descritas como funções gerenciais ou executivas por ter sido o próprio Fayol a delimitar esses conceitos em sua forma contemporânea, ele publicou em 1916, já idoso, a sua obra clássica *Administração Industrial e Geral* (MOTTA, 1994; LINS, 2005).

Mais concentrado na estruturação hierárquica das organizações e menos na linha de produção que Taylor, porém igualmente focado na elevação da produtividade, Fayol defendia a unidade de comando e a unidade de direção no fluxo das decisões, concentração da autoridade no topo da hierarquia, separação das funções administrativas das funções de produção e segmentação da empresa nas seis funções gerenciais básicas: técnica, contábil, comercial, administrativa, financeira e de segurança. Mais do que isso, Fayol já subdividia as atividades da função administrativa em prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, subdivisão essa ainda hoje citada como inovação por técnicas gerenciais bem posteriores. As diretrizes de Fayol tornaram-se quase dogmáticas no campo empírico da administração de empresas.

Com Taylor e Fayol, dessa forma, o conceito de qualidade como elevação da produtividade e máxima eficiência na produção dos bens ganhava posição central na estruturação das empresas e os seus princípios adquiriam caráter normativo incontestável.

Por volta da década de 1930, novas contribuições na estruturação dos sistemas de qualidade empresariais foram somadas. Elton Mayo e seus experimentos na fábrica em Hawthorne evidenciaram a influência dos fatores psicológicos no desempenho dos trabalhadores, apontando, de maneira bastante pragmática, diretrizes sobre a melhor forma de controlá-los e elevar a eficiência produtiva.

Um incremento ainda mais significativo, não tão grande nas fundamentações teóricas dos sistemas de qualidade, mas gigantesco na sua capacidade operacional veio com o estatístico Walter Shewhart (1891-1967). Com seu livro *Economic control of quality of manufactured products* o conceito de qualidade foi objetivado, positivado nos números da estatística. Ele organizou o conceito de Controle Estatístico dos Processos (CEP), até hoje importantíssimo no campo da engenharia da qualidade industrial, e introduziu o princípio da melhoria contínua. Não era mais suficiente o incremento da qualidade eventual, levando a empresa episodicamente a um patamar superior de produtividade. O incremento da produtividade passava a ser exigido como contínuo e progressivo e o retrocesso considerado inadmissível (MENDES, 1994).

Princípios de organização da estrutura hierárquica da empresa e de seus processos de produção enunciados por Taylor e Fayol, somados às possibilidades de atuações sobre os fatores psicológicos da classe operária ofertadas por Mayo, tudo isto mensurado e controlado por meio do ferramental estatístico criado por Shewhart: estava completo o “caldeirão” que revolucionaria as formas de produzir até então conhecidas. Não eram mais meros princípios soltos. Não eram mais técnicas isoladas de controle. Eram um conjunto de ideias e técnicas racionalmente fundamentadas e imbricadas constituindo um sistema, denominado um Sistema de Qualidade, genericamente replicável por toda a atividade industrial americana e vital para alçar, dentro de alguns anos, os Estados Unidos à condição de maior potência econômica mundial.

O momento histórico permitiu a disseminação dos sistemas de qualidade pelos Estados Unidos. Era o período entre as duas grandes guerras mundiais e de necessidade de reconstrução econômica após a crise de 1929. A reestruturação econômica não era mais uma opção, era a única. Grandes monopólios industriais, nos mais diversos ramos produtivos, como siderurgia, petroquímica, financeiro e automobilístico, característicos da Segunda Revolução Industrial em curso, também permitiam que mudanças, por ventura adotadas por uma cúpula de dirigentes, tivessem impacto em setores econômicos inteiros (MANKIOW, 2007).

Nos Estados Unidos, sob o mote da necessidade de controle de custos pós-crise e de elevação da produtividade, com o país sendo impulsionado pelos financiamentos garantidos pelo programa de reestruturação econômica criado pelo então presidente Franklin Delano Roosevelt - New Deal- e com uma atuação durante a Segunda Guerra Mundial como polo fornecedor de

insumos bélicos, os sistemas de qualidade passaram a ser os instrumentos da reconstrução do país para superar a Grande Depressão. Consultores da qualidade como Winston Eduard Deming – discutido mais aprofundadamente adiante – e o próprio Shewhart tiveram ampla atuação durante os esforços de guerra americanos (REIS FILHO, FERREIRA & ZENHA, 2000)

A despeito do sucesso da utilização dos sistemas de qualidade e de seus consultores divulgadores nos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial e após o término dela, ambos, sistemas e consultores, foram desprestigiados e renegados a um segundo plano. A economia americana já desfrutava de crescimento e de margens de lucro elevados e de mercado consumidor amplo mundial de seus produtos, tornando desnecessário o rigoroso controle dos processos preconizado pelas ferramentas da qualidade.

Havia crise, porém, e necessidade de reestruturação do outro lado do globo: no Japão. O país havia tido seu território e população arrasados pelo confronto, vitimados até mesmo por ataque nuclear. Também a economia e o parque industrial estavam despedaçados, sendo limitado o abastecimento até mesmo do mercado interno. A implantação dos princípios e ferramentas dos sistemas de qualidade apresentava-se, mais uma vez, como uma alternativa para reconstrução econômica. Para tanto, era necessário importar, dos Estados Unidos, não somente alimentos e máquinas, mas também essa tecnologia produtiva (KRUGMAN & OBSTFELD, 2005).

No pós-guerra, então, o americano Winston Eduard Deming (1900-1993) aceitou o convite para ir trabalhar no Japão. Levou consigo o conhecimento do ferramental da qualidade e a experiência de implantação vivida nas indústrias durante a Segunda Guerra Mundial. Iniciava-se uma nova fase para os sistemas de qualidade, agora passando a ser implantados no Oriente. “Vocês podem produzir qualidade [...], vocês podem vender qualidade e comprar alimentos. A cidade de Chicago faz exatamente isto” (LINS, 2005, p. 60). Argumentava Deming em discurso dirigido aos japoneses para justificar a adoção dos sistemas de qualidade.

3.2.2 A migração dos sistemas de qualidade do Ocidente para o Oriente

Deming era físico e estatístico, discípulo de Shewhart. Passou a oferecer, em seus trabalhos como consultor de empresas no Japão, todo o conjunto de princípios e técnicas desenvolvidas no setor industrial americano ao longo de meio século de estudos e trabalhos de diversos pesquisadores e dele próprio. Além de uma conjuntura econômica propícia, os sistemas de qualidade se conformaram adequadamente à tradição de autodisciplina e repeito às normas orientais (LINS, 2005).

Parêntesis seja feito para informar que Deming resumizou suas diretrizes de trabalho em seu principal livro intitulado *Out of Crisis*, lançado no Brasil como “Qualidade: a revolução na Administração”. Ambos os títulos são bastante sugestivos do papel que desempenhou na economia japonesa. Em inglês, ressalta o papel importante da qualidade para o Japão retirando o país de um cenário de total destruição em direção à prosperidade capitalista e também o quanto suas ferramentas recebem mais importância nos ciclos de crises ante a importância nos ciclos de crescimento econômico. Em português, superlativa o impacto que os sistemas de qualidade e o trabalho de Deming tiveram no campo da Administração a partir de então.

Numa perfeita adoção dos princípios da qualidade e da melhoria contínua, os japoneses logo deixaram de apenas passivamente assimilar os princípios americanos para passar a desenvolver técnicas e organizações produtivas próprias. Nesse cenário surgiram nomes como Kaoru Ishikawa e Genichi Tagushi, entre outros, permitindo que características e ferramentas autóctones fossem incorporadas aos sistemas de qualidade japoneses, sendo algumas das principais (MENDES, 1994; MOTTA, 1994; LINS, 2005):

- organização da produção pelo sistema *just in time*, que consiste em dar o gatilho de início da produção após ter sido feito o pedido pelo cliente. O sistema *just in time* permitia minimizar ou eliminar a necessidade de espaço físico para estocagem de produtos intermediários e do produto final (problema este de espaço crucial no Japão, entre outros motivos, pela sua característica geográfica insular, densamente povoada e do alto custo da propriedade), aumentava

o giro de capital, reduzindo o montante investido e ajustava mais adequadamente a oferta à demanda;

- desenvolvimento do conceito de *célula flexível de manufatura*. Com o sistema *just in time*, o produto escolhido pelo cliente, dentro da gama de opções oferecidas pelas fábricas japonesas, somente era conhecido no momento da venda, fazendo-se necessária uma flexibilidade na cadeia produtiva que permitisse produzir quaisquer dos produtos, sem perdas de tempo ou qualidade. Era mantida a escala de produção industrial capitalista do modelo fordista, porém permitindo uma customização quase artesanal dos produtos;
- aperfeiçoamento das técnicas de controle dos tempos de produção pelo sistema de cartões denominado *kan ban*;
- desenvolvimento de técnicas que permitiram uma melhor organização e limpeza do local de trabalho como o sistema intitulado *5S*;

Com a contribuição japonesa, a essa altura, o conjunto dos princípios e técnicas dos sistemas de qualidade já estavam sendo chamados de Qualidade Total.

O conceito de Qualidade Total, bem verdade, aparece primeiro enunciado no livro *Total Quality Control*, de Armand Feigenbaum, de 1951. O papel de Deming e dos seus trabalhos na implantação e divulgação dos princípios da Qualidade Total, entretanto, foi tão crucial que o nome dele é talvez mais fortemente associado ao conceito que o do próprio Feigenbaum.

A Qualidade Total adotada no Japão permitiu às indústrias daquele país reduzirem a quantidade de erros da sua cadeia produtiva a uma frequência mínima, medidas em partes por milhão (ppm). Isto aproximava os resultados do mundo empírico aos resultados idealmente traçados pelo princípio do “erro zero”, enunciado décadas antes por Feingenbaum.

Cerca de 30 anos após a destruição total durante a Segunda Guerra Mundial, o Japão já apresentava sua economia capitalista totalmente reconstruída. Indústrias locais altamente produtivas adeptas dos sistemas de qualidade garantiam abastecimento do mercado interno. Grandes conglomerados corporativos permitiam que o Japão se lançasse no mercado mundial de

fornecimento de produtos industrializados numa posição de vantagem competitiva significativa em relação às nações europeias e até aos Estados Unidos.

O exemplo de produtividade estava agora do outro lado do mundo, no Oriente.

3.2.3 Qualidade Total: do Oriente para o Ocidente

Por volta do final da década de 1970 e início da década de 1980, o mundo vivia uma nova fase do sistema produtivo capitalista. Essa fase era caracterizada pela intensa aplicação da Mecatrônica nas cadeias produtivas e pelo uso da Informática e das Telecomunicações nos processos de distribuição, transporte e comercialização dos produtos. Era a Terceira Revolução Industrial que se instalava nos países capitalistas desenvolvidos (BATISTA JR, 1997).

O avanço tecnológico e as facilitações nas realizações das trocas econômicas geradas por essas inovações permitia a migração das empresas para uma nova escala de produtividade e de custos e a expansão de seus mercados dos níveis locais e nacionais para a atuação global. A internacionalização das economias é um fenômeno antigo no sistema capitalista, estando presente na Revolução Comercial que permitiu a construção dos impérios coloniais nos séculos XV e XVI e nas duas primeiras revoluções industriais (HOBSBAUM, 2012). O que era diferente naquele momento histórico era a intensidade e o vigor daquele fenômeno, sem precedentes históricos (SANTOS, 1998). Não mais somente bancos e grandes monopolistas nacionais podiam comercializar no mercado mundial. Empresas de pouca, por vezes, nenhuma expressão local nos seus países de origem podiam ousar vender seus produtos a consumidores situados a quilômetros de distância de suas operações, numa escala de custos que permitia preços competitivos com os dos produtores locais.

A participação da indústria japonesa no processo supracitado de comercialização internacional era, diante de toda a bem sucedida elevação da produtividade, premente. E de fato ocorreu. O Japão saltou da proporção de exportação/PIB, em 1950, de 6,8%, para a proporção de 11,8%, no período 1979-1981, elevação que se torna ainda mais significativa quando se considera

a tendência crescente do PIB desse país no pós-guerra (BAIROCHE, 1996, apud BATISTA JR, 1997). Assim, os produtos japoneses passaram a estar facilmente disponíveis nos mercados europeus e americanos.

A tendência de ampliação da participação econômica nos mercados internacionais também foi crescente para os Estados Unidos e para a Europa Ocidental. A particularidade do fenômeno japonês vem, entretanto, da posição de vantagem competitiva assustadora das indústrias japonesas quando comparada com as concorrentes dos demais países desenvolvidos (LINS, 2005). Produção rápida, diversificada, a menores custos, porém mantendo qualidade do produto final equiparável aos competidores ocidentais surpreendia grandes industriais europeus e americanos e despertava o interesse por conhecer o que tornava exequível aquele nível de produtividade.

Estava aberta a porta de volta dos sistemas de qualidade para o ocidente.

Numa repetição da história da ida dos sistemas de qualidade para o oriente, o retorno deles para o ocidente também foi facilitado pela ocorrência de uma crise econômica: o Choque do Petróleo.

A Crise do Petróleo veio à tona em dois momentos ao longo da década de 1970 (1973 e 1979) e foi decorrente da elevação dos preços do produto no mercado internacional após redução da quantidade produzida e comercializada pelos países membros da OPEP (Organização dos Países Exportadores de Petróleo), um dos mais importantes ofertantes desse mercado concentrado. A elevação do preço do petróleo cru no mercado internacional, insumo básico de toda a produção industrial, empurrava para cima os custos de produção do setor a despeito de toda a inovação tecnológica e ganho de produtividade supracitados decorrentes da Terceira Revolução Industrial (MANKIW, 2007). A adoção dos modelos de qualidade bem sucedidos no Japão passava a ser vista não somente como benéfica para a competitividade no mercado internacional, mas vital para a sobrevivência das empresas.

Ao longo dos 30 anos subsequentes ao retorno dos sistemas de Qualidade Total do Japão para a Europa Ocidental e Estados Unidos, terço final do século XX, novas características foram incorporadas ao fenômeno para garantir adaptação às exigências da sociedade contemporânea e

expansão dos mercados de atuação das empresas, sem sacrificar a tendência crescente da produtividade.

Citam-se como algumas dessas mudanças assimiladas pelos sistemas de qualidade: 1) a busca pela melhoria do relacionamento com os clientes, com redução das exigências contratuais unilaterais e ampliação das vantagens multilaterais em condições de parceria; 2) a necessidade de incluir as esferas da sustentabilidade ambiental e social no panorama geral dos resultados empresariais, limitando a maximização de lucros a estes condicionantes; 3) a necessidade de tornar público ao consumidor a qualidade do produto final por meio da adoção de Sistemas de Certificação de Qualidade; 4) a necessidade de adaptação ao setor terciário das ferramentas e técnicas de qualidade que haviam sido desenhadas inicialmente para a produção industrial.

Nesse momento histórico de recuperação pós-crise dos países capitalistas centrais, outro evento envolvendo a adoção dos sistemas de qualidade merece destaque: a expansão para o setor de serviços. No início dos anos 1980, comércio, serviços de tecnologia e de infraestrutura social representavam novas fronteiras de expansão dos lucros empresariais. Fronteiras que, para serem suplantadas, exigiam das empresas garantia da satisfação de usuários com alto nível de exigência, mesclada com margens de lucros mais estreitas: uma alta produtividade que somente poderia ser garantida com auxílio dos sistemas de qualidade.

Indústria americana, indústria japonesa, indústria mundial, serviços mundiais; os sistemas de qualidade auxiliaram na disseminação do princípio da eficiência pelas mais diversas atividades produtivas. Restava apenas uma última fronteira a ser alcançada: a administração pública.

3.2.4 Eficiência na administração pública

Partindo de uma origem no mercado, a aproximação da lógica da eficiência com a gestão pública ocorreu em um momento particular da história do desenvolvimento institucional dos Estados ocidentais, na década de 1980, caracterizado por um fenômeno denominado de Crise do Estado (HELD, 1999).

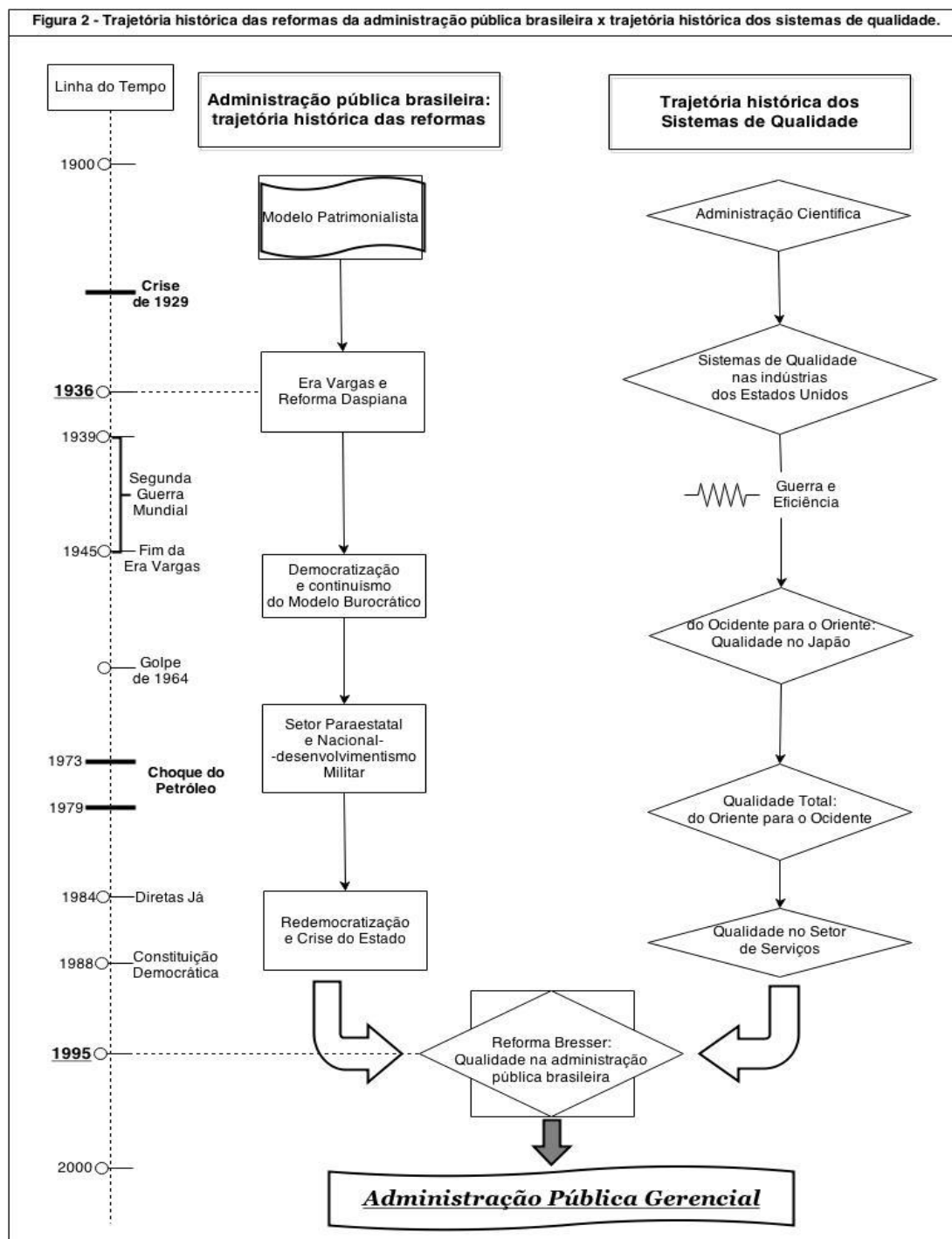
O final da década de 1970 e início da década de 1980 são marcados, conforme anteriormente descrito, por uma crise econômica de dimensões globais e uma reestruturação nos sistemas produtivos e no capital financeiro. Havia o entendimento de que o modelo do Estado de Bem-estar Social Europeu e o modelo de Estado Desenvolvimentista Latino-americano não seriam capazes de resolver essa crise econômica. O Estado era grande e ineficiente demais para retomar o crescimento (REIS FILHO, FERREIRA & ZENHA, 2000; HELD, 1999). Ascendia mais uma vez o fulgor da reforma do estado, como anteriormente descrito no capítulo I.

Outro fenômeno, um tanto quanto paradoxal, merece destaque no impulso sinérgico à adoção dos princípios da qualidade e da máxima eficiência pelas organizações públicas. As expectativas e necessidades das populações ocidentais quanto aos benefícios sociais continuavam crescentes, enquanto a tolerância ao crescimento do gasto público era cada vez menor. Conciliar melhores resultados com recursos mais escassos, àquela altura, tinha como resposta apenas a reorganização dos serviços públicos utilizando as ferramentas consagradas na iniciativa privada. Além disso, quando se considera as facilidades de participação pública direta e indireta, características dos regimes democráticos ocidentais, facilidades essas capazes de endossar ampliações dos direitos sociais e ao mesmo tempo punir gestores públicos de cargos eletivos que não zelam pela austeridade, conclui-se que o vetor reformista somente podia continuar a se fortalecer. (MENDES, 2014; LÓPEZ, 2012).

Daquele momento em diante, onde quer que houvesse um Estado em reforma, ou um interesse em reformá-lo, havia uma porta aberta para a entrada da lógica de maximização da eficiência. E por volta de meados da década de 1990, a onda reformista do Estado saiu dos países capitalistas centrais e chegou à América Latina, trazendo para a esfera pública também de países em desenvolvimento os conceitos de eficiência e os sistemas e programas de qualidade.

Com o Brasil não foi diferente. Sincronicamente ao que acontecia nos demais países periféricos, um longo período - 1974 a 1994 - de estagnação econômica e hiperinflação ampliava a ânsia dos dirigentes públicos e o clamor da população por reformas da máquina do Estado. Esse momento histórico representa a convergência, esquematizada na **Figura 2**, do ideário reformista, sempre presente na administração pública brasileira, detalhado no Capítulo I, com o princípio da eficiência difundido pelos sistemas de qualidade, detalhados neste Capítulo II, para formar a

espinha dorsal da organização da prestação de serviços públicos atualmente vigentes no país, detalhada no capítulo que segue.



Fonte: Autoria própria

4 O PRINCÍPIO DA EFICIÊNCIA NA REORGANIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Este capítulo tem por objetivo descrever a reorganização da máquina administrativa do Poder Executivo brasileiro realizada pela Reforma Bresser sobre o lastro do princípio da eficiência. Inicialmente será feita breve descrição do momento histórico pelo qual passava o país na ocasião da reforma e das fundamentações teóricas que a sustentaram, para em seguida tratar-se da reestruturação propriamente dita, dos setores e das entidades administrativas criadas. Por fim, adentra-se o setor saúde, suas especificidades e as repercussões das mudanças sobre ele e sobre suas organizações, particularmente os hospitais públicos de ensino.

4.1 A REFORMA BRESSER

Após o sucesso do Plano Real na estabilização econômica, assumiu a Presidência da República no Brasil, em 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC), trazendo um programa de governo reformista que ficou conhecido como a Segunda Reforma Administrativa Brasileira. A premissa clara assumida pelo governo FHC era a de que a solução da crise do Estado e a inserção do Brasil no já inevitável processo de globalização econômica somente seriam possíveis por meio da Administração Pública Gerencial, do inglês *New Public Management*. O Estado brasileiro deixaria de ter o papel de protetor da economia nacional da concorrência internacional para passar a ter a função de preparação dos agentes econômicos nacionais para a competição em nível mundial (BRESSER-PEREIRA, 1996).

De fato, o programa reformista implantado a partir de 1995 era amplo e visava resolver a crise do Estado, não apenas em sua esfera administrativa, mas também nas áreas fiscal, de intervenção econômica e na esfera política. A reforma administrativa, porém, conduzida em seus aspectos executivos e teóricos pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

(MARE), cuja figura central era o então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, ganhou posição central.

A reforma da administração pública adquire foros de importância, passando a ser “uma questão nacional”, com a transformação da Secretaria de Administração Federal, que geria o serviço público, em Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), isto quer dizer, a reforma de Estado não só entra em pauta governamental como ganha um ministério para conduzi-la (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 6).

Representava a Segunda Reforma Administrativa, a partir de então conhecida também como Reforma Bresser, que consubstanciou o princípio da eficiência que viria a guiar toda a reestruturação da máquina administrativa do Poder Executivo nacional.

Na administração pública brasileira, o princípio da eficiência havia sido introduzido constitucionalmente por meio da Emenda Constitucional nº 19 de 1998. Naquele momento, ele foi somado aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade que regiam as práticas de todos os poderes - União, estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 1988).

É bem verdade que houve um aparente esquecimento da eficiência como princípio nas constituições nacionais anteriores. Tal fato pode ser atribuído, em parte, porque a visão de Estado e as exigências dos cidadãos eram diferentes em épocas passadas quando comparadas àquelas da conjuntura pós-redemocratização e também porque a aproximação com o setor privado e a aplicação dos princípios da qualidade na produção de bens e serviços tinham sido, até então, apenas embrionárias (COSTIN, 2010).

Ficava uma questão: como incorporar um princípio teórico como a eficiência na prática administrativa cotidiana? Com um planejamento de curto, médio e longo prazo, foi o MARE o instrumento utilizado pelo governo FHC para viabilizar a operacionalização da eficiência.

O objetivo de curto prazo da Reforma Bresser era promover o ajuste fiscal e o corte de gastos públicos capazes de reequilibrar o *superavit* primário do Estado brasileiro e minimizar o impacto da máquina estatal na crise. Nesse ponto, focava-se principalmente o problema do excesso dos quadros de pessoal dos estados e municípios.

No médio e longo prazos, a Reforma Bresser visava tornar a administração pública brasileira mais eficiente e dotada de agilidade e flexibilidade capazes de enfrentar as novas exigências do mundo globalizado e as novas necessidades dos cidadãos, sobretudo após a ampliação dos seus direitos sociais ocorrida com a promulgação da Constituição de 1988 (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Para alcançar os objetivos de médio e longo prazos, o MARE recorreu, sobretudo, a uma aproximação da administração pública com a administração de mercado, tida como referência para eficiência e qualidade na produção de bens e na prestação de serviços. Isso foi conseguido por meio do estímulo à criação de novas modalidades de entidades administrativas públicas diferentes da Administração Direta e à assinatura de contratos de gestão baseados em metas. Essas duas estratégias, detalhadas adiante, são alternativas criadas pela Administração Pública Gerencial e têm importância nuclear para a atual configuração dos serviços públicos brasileiros, sobretudo aqueles prestados no setor saúde e pelos hospitais de ensino, dada a aderência que a Reforma Bresser teve a essa abordagem teórica.

4.2 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL

A reforma administrativa realizada no Brasil a partir de meados da década de 1990 assenta os seus princípios na abordagem teórica da Administração Pública Gerencial ou Novo Gerencialismo. Surgida nos países anglo-saxões, no final da década de 1970, com a denominação de *New Public Management*, tratava-se de um novo modelo de gestão e de reforma de Estado focado na redução do tamanho deste ente, limitação da sua influência na economia e reorganização da máquina administrativa à semelhança do setor privado, entendido como mais eficiente (ANDREWS & BARIANI, 2010).

A abordagem da Administração Pública Gerencial, por sua vez, tem sua fundamentação teórica centrada na Teoria da escolha pública e na Teoria da agência. O primeiro dos pilares teóricos gerencialistas, a Teoria da escolha pública, representa a aplicação dos princípios da economia neoclássica ao processo decisório da política. Dito de outra forma, como premissa

dessa teoria, as escolhas públicas têm fim utilitarista e são feitas buscando-se a maximização dos benefícios e minimização dos custos, exatamente como as escolhas individuais de um indivíduo racional dentro do mercado. Representa a primazia do princípio da eficiência no processo de tomada de decisões públicas em nome da coletividade (ANDREWS & BARIANI, 2010; BUCHANAN & TOLLISON, 1984)

Considerando, assim como a Teoria da escolha pública, os indivíduos atuantes nas atividades econômicas públicas e privadas como racionais e autointeressados, a Teoria da Agência prevê a necessidade de um alinhamento dos interesses das partes envolvidas por meio de um sistema de incentivos. Nessas condições, atuando o Estado como contratante (principal), é possível uma interação harmoniosa com o ente privado contratado (atuante, portanto, como agente), desde que contratos entre eles sejam adequadamente desenhados para ajustar os anseios de ambas as partes por obter o maior benefício possível - o bem-estar coletivo para o principal e o lucro para o agente. A Teoria da agência abriu espaço para a criação de novas entidades públicas, como as Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas, estas exemplares do processo de expansão de concessões a entes privados viabilizado pela estratégia de assinatura de contratos de gestão (BESANKO *et al*, 2006).

As diretrizes gerencialistas de máxima eficiência, corte de custos com o funcionamento do próprio aparato estatal e com suas políticas sociais e de desregulamentação da economia encaixavam-se às necessidades prementes naquele momento de crise econômica e de necessidade de redução do déficit orçamentário do Estado e impulso à iniciativa privada. Com tais inspirações, gabinetes governamentais de diversos países da Europa, dos Estados Unidos e de países em desenvolvimento adotaram reformas administrativas amplas, podendo a Segunda Reforma Administrativa Brasileira ou Reforma Bresser ser incluída nesse escopo.

4.3 ORGANIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA PÓS-REDEMOCRATIZAÇÃO

Segundo o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, a máquina administrativa do Poder Executivo nacional passaria a ser composta por quatro setores: (1) núcleo estratégico do Estado, (2) as atividades exclusivas de Estado, (3) os serviços não exclusivos do Estado e (4) a produção de bens e serviços para o mercado (BRASIL, 1995; BRESSER-PEREIRA, 1996; COSTIN, 2010).

O **núcleo estratégico** corresponde ao governo propriamente dito, ou seja, aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, dentro do Poder Executivo, a Presidência da República, Ministérios e equipe técnica que os assessora diretamente na formulação das políticas públicas. É responsável pela elaboração das políticas públicas e das leis, fiscalização do cumprimento delas e julgamento quando há infrações ao determinado em lei.

As **atividades exclusivas de Estado** ou essenciais compreendem os setores cuja prestação de serviços é entendida como somente podendo ser realizada pelo Estado. Estão, em geral, associadas às funções históricas básicas da instituição estatal como monopólio da violência e defesa da soberania nacional, sendo exemplos as atividades do fisco, a polícia, os serviços de trânsito, vigilância ambiental e sanitária, diplomacia e forças armadas.

Os **serviços não exclusivos do Estado ou competitivos** compreendem aqueles relacionados a direitos estabelecidos como fundamentais pelas constituições liberais democráticas modernas das quais a Constituição de 1988 é um exemplo, sendo exemplo desses direitos a educação, a cultura, a produção de ciência e tecnologia e a saúde. Esses direitos são capazes de gerar externalidades relevantes, tanto positivas quanto negativas, não sendo conveniente para a otimização do bem estar da sociedade que sejam transformadas em atividades meramente lucrativas (OSTROM & OSTROM, 1999). Não sendo, entretanto, exclusivas do Estado, essas atividades podem ser prestadas pelo próprio Estado diretamente, por organizações públicas paraestatais e até mesmo por organizações privadas.

Produção de bens e serviços para o mercado compreende as atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permaneciam sob a posse do Estado. É exemplo típico o setor de infraestrutura. Tradicionalmente, sob a ótica da Administração Pública Gerencial, o mercado é área de atuação das empresas. Constitucionalmente, a justificativa para que atividades com fins lucrativos estejam sob a tutela pública existe apenas quando elas envolvem eixos considerados estratégicos (petróleo e setor energético), por não haver capital suficiente no setor privado para os investimentos iniciais ou por tenderem a estrutura de monopólio natural, de difícil regulamentação. (BRASIL, 1988). Com a Reforma Bresser, o que estava fora dessas exigências foi incentivado a passar para a propriedade do setor privado.

O núcleo estratégico e as atividades exclusivas do Estado, por um lado, e a produção de bens e serviços para o mercado, por outro lado, constituem os extremos de um mesmo espectro nos quais o posicionamento de um Estado regido pelo modelo gerencial é relativamente claro e preciso. São premissas gerencialistas que: a) o núcleo estratégico e as atividades exclusivas de Estado devem, necessariamente, permanecer sob a propriedade e o exercício direto do Estado (Administração Direta e Indireta) e b) as atividades de produção de bens e serviços para o mercado devem ser transferidas para o mercado, ou seja, privatizadas, com transferência total da propriedade de ativos do ente público para o ente privado, passando também a prestação de serviços a ocorrer completamente dentro das regras da economia de mercado (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Num governo democrático, as escolhas do Estado e conseqüentemente a atuação da administração pública são definidas por um embate político que reflete as disputas de poder entre os representantes eleitos da sociedade para o Congresso Nacional, entre os membros técnicos e ocupantes de cargos do poder Executivo e entre os próprios cidadãos e grupos da sociedade civil. A força resultante dessas disputas formará o fio condutor da atuação governamental (COSTIN, 2010).

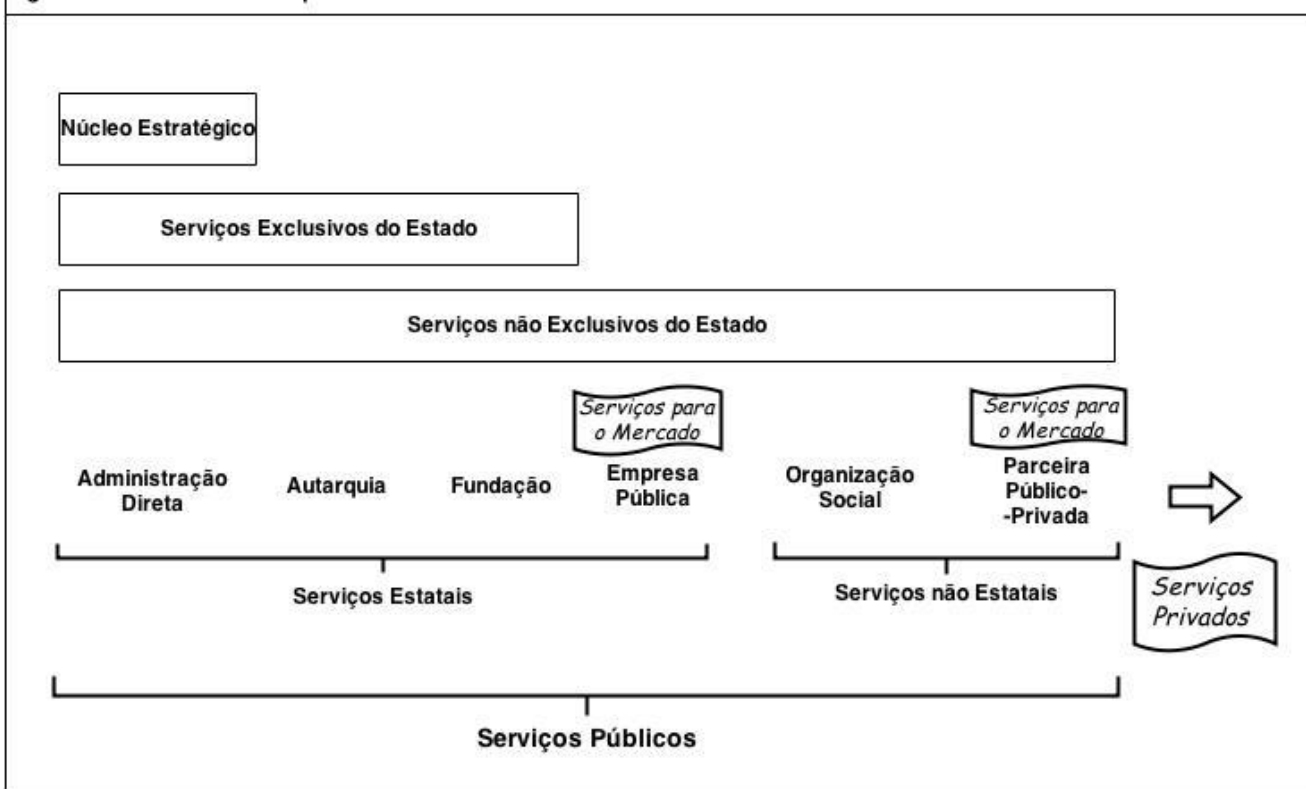
Ao longo das duas últimas décadas, nas quais a atuação administrativa dos governos brasileiros foi essencialmente gerencialista, a despeito de mudanças nas bandeiras políticas, a primeira premissa supracitada foi seguida à risca e o núcleo estratégico e as atividades exclusivas foram inquestionavelmente mantidas sob o exercício direto do Estado. Não foi cogitada a

possibilidade, por exemplo, de a polícia ter autonomia para estabelecer códigos de conduta ou a Receita Federal ter flexibilidade para contratar ou demitir profissionais.

Quanto ao outro extremo, no âmbito da produção de bens e serviços pelo Estado para o mercado, entretanto, não se constata uniformidade na condução do destino das organizações públicas dado pelos dirigentes nacionais. Houve momentos em que privatizações diversas ocorreram nos setores extrativistas e de infraestrutura, a exemplo de mineração, rodovias, ferrovias, aeroportos e momentos em que houve crescimento da atuação do Estado nessas áreas. Ambas as posturas governamentais, porém, foram intensamente debatidas num ambiente democrático que a todo momento revê qual atividade deve ou não ser considerada estratégica para garantir o desenvolvimento econômico do país e o bem estar social e que, portanto, precisa ser mantida sob a tutela estatal ou privatizada (LOUREIRO, ABRUCIO & PACHECO, 2010).

No meio desse espectro, para os serviços não exclusivos do Estado, setor foco do presente trabalho por compreender as organizações de saúde, entre elas os hospitais de ensino, a variabilidade na atuação do Estado foi e tem sido ainda maior. É fato que nenhum dos governos brasileiros pós-redemocratização recorreu à opção de privatização de hospitais públicos, porém diversas entidades administrativas públicas foram criadas para conduzir as organizações hospitalares, somando-se as já existentes, num conjunto aqui genericamente denominado de **Entidades Administrativas Públicas**, conforme esquematizado na **Figura 3**.

Figura 3 - Setores do Estado pós-Reforma Bresser x Entidades Administrativas Públicas



Fonte: Autoria própria, adaptado de BRESSER-PEREIRA, 1996.

Nota-se, destarte, a preservação do núcleo estratégico e dos serviços exclusivos de Estado como serviços prestados diretamente pelo Estado, somente existentes como entidades da Administração Direta, Autarquia ou Fundações, bem como a criação de Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas para a prestação indireta de serviços públicos. As empresas públicas, entidades estatais responsáveis pela produção de bens e serviços para o mercado existentes previamente a Reforma Bresser, foram os alvos principais dos processos de privatizações.

4.4 ENTIDADES ADMINISTRATIVAS PÚBLICAS

Entidade, dentro do vocabulário do Direito Administrativo, corresponde a uma pessoa jurídica, seja ela pública ou privada. Entidade pública corresponde àquela pessoa jurídica que desempenha funções de interesse público ou coletivo (MEIRELLES, 1999).

Dentro da organização da administração pública brasileira, as entidades públicas podem ser classificadas em estatais, autárquicas, fundacionais, empresariais e paraestatais (MEIRELLES, 1999).

4.4.1 Entidades Administrativas Públicas Estatais

A entidade administrativa pública estatal é composta por pessoas jurídicas de direito público que integram a estrutura constitucional do Estado. A propriedade de ativos das entidades estatais é, necessariamente, integral ou majoritariamente do Estado (MEIRELLES, 1999; BANDEIRA DE MELLO, 2002).

Uma divisão das entidades administrativas estatais em Administração Direta e Administração Indireta foi normatizada pelo Decreto-lei 200 de 1967, estabelecido durante o Governo Militar e mantido pela Constituição de 1988.

Nos termos desse dispositivo legal, a Administração Direta engloba as funções exercidas pela Presidência da República e seus ministérios, bem como pela estrutura administrativa das unidades federadas (estados, municípios e distrito federal). Engloba também as atividades exercidas pelos órgãos hierarquicamente ligados a esses entes, sendo órgão aqui definido como o elemento despersonalizado ao qual cabe realizar as atividades da entidade de que faz parte, por meio de seus agentes, pessoas físicas, investidas em cargos e funções (MEIRELLES, 1999). Desse modo, os hospitais da Administração Direta são parte do próprio Estado, sendo sempre órgãos hierarquicamente ligados a União, estado, município ou distrito federal.

As entidades administrativas estatais autárquicas (Autarquia), fundacionais (Fundação) e empresariais (Empresa Pública), foram englobadas pelo Decreto-lei 200 na Administração Indireta. A separação entre Administração Direta e Administração Indireta deveu-se à aplicação, basicamente, da categoria de análise “autonomia administrativa e financeira”. Diferentemente da Administração Direta, as entidades da Administração Indireta estão vinculadas ao poder central (federal, estadual ou municipal), porém não subordinados hierarquicamente a ele, gozando, portanto, de autonomia administrativa e financeira para o exercício de suas funções (COSTIN, 2010). Elas são criadas por lei para desempenhar as atividades que lhes forem atribuídas pelo poder central, porém possuem personalidade jurídica própria e patrimônio próprio (BRASIL, 1967).

Doravante, a entidade administrativa pública estatal hierarquicamente subordinada ao poder central e sem autonomia administrativa e financeira será denominada simplesmente como Administração Direta e as entidades da Administração Indireta, que são dotadas de autonomia administrativa e financeira, serão sempre tratadas individualizadamente sob a nomenclatura de Autarquia, Fundação e Empresa Pública.

4.4.1.1 Administração Direta

A entidade administrativa Administração Direta é constituída pelos serviços integrados à estrutura administrativa da Presidência da República, das unidades da federação e dos Ministérios (BRASIL, 1967).

As entidades da Administração Direta, portanto, são geridas diretamente pelos Ministérios, pelas secretarias estaduais ou pelas secretarias municipais. Sendo subordinadas hierarquicamente a essas instâncias da administração central, não apresentam autonomia administrativa e financeira, com restrições que podem ser representadas por: teto financeiro para as compras; restrição à aquisição de equipamentos, considerados bens permanentes cuja autorização para aquisição está concentrada na instância administrativa central; restrição à contratação de obras de reforma ou ampliação, estando sob autonomia da unidade apenas

serviços de mudanças de *layouts* internos; e ausência de recursos financeiros individualizados, havendo compartilhamento do orçamento com todos os demais órgãos da administração direta que também compõem a esfera administrativa a qual o hospital está vinculado (federal, estadual ou municipal).

O quadro de pessoal das entidades da Administração Direta é composto predominantemente por trabalhadores vinculados sob o Regime Estatutário.

Completando a categorização dessas entidades, observa-se que, quanto à modalidade de contratações, há obrigatoriedade do procedimento licitatório para todas as aquisições realizadas pelos hospitais da Administração Direta.

4.4.1.2 Autarquia

A entidade administrativa Autarquia é constituída pelos serviços autônomos, criados por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada (Brasil, 1967).

Já na definição fica claro que as Autarquias apresentam autonomia administrativa e financeira total. Dispõem de orçamento individualizado e autonomia para decidir como executá-lo na busca pela otimização de suas atividades.

O quadro de pessoal da Autarquia é composto predominantemente por trabalhadores vinculados sob o Regime Estatutário. Difere discretamente do Regime Estatutário da Administração Direta na medida em que o próprio órgão decide internamente sobre as condições de realização de concurso, tais como periodicidade, cargos a serem disponibilizados, número de vagas, remuneração. É por isso denominado Regime Estatutário próprio. Guarda, entretanto, a característica determinante da estabilidade presente em todo o gênero estatutário.

Quanto à modalidade de contratações, a Autarquia está submetida às mesmas obrigações legais de cumprimento dos procedimentos licitatórios a que está submetida à Administração Direta.

4.4.1.3 Fundação

Fundação é uma entidade administrativa pública dotada de personalidade jurídica de direito público, criada em virtude de autorização legislativa, assim como a Autarquia, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades integrantes da máquina estatal, atividades essas escolhidas pelo próprio poder público (BRASIL, 1967; MEIRELLES, 1999).

A Fundação é dotada de autonomia administrativa e financeira, ou seja, receita e patrimônio próprios, custeados por recursos da União e de outras fontes, e geridos com liberdade pelos seus órgãos de direção. Está submetida, porém, as regras e aos controles aos quais estão submetidos os demais órgãos públicos da Administração Direta e Autarquia.

Assim como a Autarquia, a Fundação tem o seu quadro de pessoal composto predominantemente por trabalhadores vinculados sob o Regime Estatutário próprio.

Existe também obrigatoriedade de contratações por meio dos procedimentos licitatórios estipulados na Lei Geral de Licitações e Contratos (8.666/1993) e na Lei do Pregão (10.520/2002).

Há proximidade nas características da estrutura administrativa das entidades Autarquia e Fundação. De fato, não há normativa legal que, diante de uma situação em que um serviço não precise ser prestado por um órgão integrante do Estado e maior autonomia possa ser dada a ele, defina quando a autorização legislativa deva criar uma autarquia ou uma fundação. Assim, às fundações é aplicado o regime jurídico próprio das autarquias.

Existem ainda as Fundações Privadas, que, de acordo com o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal de 1988, emendada pela EC 19/98, assim como as empresas públicas, são

criadas por lei e precisam ter seu registro realizado no cartório de pessoas jurídicas para que sejam efetivamente constituídas. As Fundações privadas, dessa forma, assemelham-se às entidades empresariais, de modo que o vocábulo Fundação, para fins deste trabalho e em alinhamento com a sua aplicação comum no Direito Público, refere-se exclusivamente às Fundações Públicas. As características anteriormente descritas, bem como todo o uso do termo adiante, aplicam-se apenas às Fundações Públicas, denominadas apenas Fundações.

Outra função das fundações é suportar as organizações hospitalares na contratação de recursos humanos ou na complementação da remuneração desses, bem como na prestação de serviços em atividades-meio, como Nutrição e Dietética, Higienização, Segurança, entre outras. As fundações são nesses casos denominadas Fundações de Apoio, não sendo aqui consideradas entidades administrativas independentes já que não são responsáveis pela administração das funções nucleares do hospital.

4.4.1.4 Empresa pública

Empresa Pública é uma entidade administrativa dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio e capital exclusivos da União, criada por lei, assim como a Autarquia e a Fundação, porém com o objetivo diverso do delas na medida em que visa à exploração de atividade econômica de interesse coletivo pelo Estado (BRASIL, 1967; MEIRELLES, 1999).

A Empresa Pública é dotada de autonomia administrativa e financeira total para exercício de suas funções, tendo, portanto, orçamento individualizado e controle decisório sobre a execução dele com a contratação de obras, serviços ou realização de compras.

O quadro de pessoal da Empresa Pública é composto predominantemente por trabalhadores vinculados sob o Regime do Emprego Público (celetista), sendo exigido, entretanto, concurso público para a admissão, em cumprimento ao Artigo 37, inciso II, da Constituição Federal de 1988.

Quanto à modalidade de contratações, há obrigatoriedade legal da Empresa Pública em seguir os trâmites determinados em lei dos procedimentos licitatórios.

Cabe nesse momento também breve distinção entre Empresa Pública e Sociedade de Economia Mista. Ambas são entidades dotadas de personalidade jurídica de direito privado, criadas por lei para exploração de atividade econômica pelo Estado, porém enquanto a Empresa Pública tem capital e exclusivo da União, a Sociedade de Economia Mista tem capital majoritário da União. Há, assim, na Sociedade de Economia Mista, a possibilidade de parte do patrimônio dessas entidades estar sob a posse de acionistas outros que não o poder público, desde que sempre minoritários. Não há registro de hospital público constituído como Sociedade de Economia Mista no Brasil.

Os acionistas minoritários das Sociedades de Economia Mista também têm direito a voto nas decisões da organização e, portanto, o modelo de governança delas aproxima-se do das empresas privadas de capital aberto.

Em 2011, por meio da Lei Federal nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, o governo federal lançou iniciativa no campo da Administração Indireta com criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. A EBSEH tem personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação e capital social integralmente sob a propriedade da União. Nos termos da lei:

A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária. (BRASIL, 2011, p. 01)

Dessa forma, a EBSEH poderá assumir integralmente a administração das unidades hospitalares, gerindo toda a prestação dos serviços assistenciais, bem como prestar apoio na gestão desses serviços, bem como nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Criada dentro do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino Federais, a EBSEH tem atuação estendida também para outros hospitais públicos atuantes no âmbito do

SUS, consideradas instituições congêneres. A contratação é feita diretamente pela administração pública gestora da instituição, sendo dispensada licitação. O contrato assinado prevê as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados pelas partes, bem como a respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, contendo critérios e parâmetros a serem aplicados, representando uma incorporação do princípio da eficiência na gestão das atividades hospitalares.

Assim como as demais empresas públicas, o regime de vinculação de pessoal da EBSEH é Celetista, condicionada à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos e a modalidade de contratações é por meio dos procedimentos licitatórios.

Quanto à fiscalização das atividades, a EBSEH e suas subsidiárias estarão sujeitas à fiscalização dos órgãos de controle interno do Poder Executivo e ao controle externo exercido pelo Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2011).

Dessa forma, ao assumir integralmente os serviços assistenciais hospitalares, o hospital contratante da EBSEH atuará nos moldes de uma Empresa Pública, sendo, para os fins deste trabalho, categorizados como Empresas Públicas. Quando a EBSEH atua prestando apoio aos hospitais nas suas atividades assistenciais, de ensino, de pesquisa ou de extensão, ela assemelha-se às fundações de apoio e, como tais, não será aqui tratada como entidade administrativa independente.

4.4.2 Entidades Administrativas Públicas Paraestatais

As entidades administrativas públicas paraestatais são pessoas jurídicas de direito privado autorizadas por lei a prestarem serviços ou realizarem atividades de interesse público ou coletivo (MEIRELLES, 1999). Conhecidas também como entes de cooperação com o Estado, funcionam em regime de iniciativa particular dentro do Setor de serviços públicos não exclusivos do Estado.

No setor saúde, dois são os tipos principais de entidades administrativas públicas paraestatais: Organização Social e Parceria Público-Privada.

4.4.2.1 Organização Social

Organização Social (OS) é uma entidade administrativa de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, qualificadas como organizações sociais pelo poder público mediante atendimento de requisitos específicos definidos em lei (BRASIL, 1998).

A criação de Organizações Sociais foi autorizada pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Por meio dessa lei, unidades de serviços públicos, com seus bens móveis e imóveis e recursos humanos e financeiros passaram a poder ser transferidos para entidades filantrópicas sem fins lucrativos, cooperativas, associações, entre outras organizações da sociedade civil qualificadas como OS.

A Organização Social recebe do ente público contratante um conjunto de obrigações especificando os serviços a serem prestados, consubstanciadas num instrumento legal específico denominado Contrato de Gestão (Artigo 5º ao Artigo 10º da Lei 9.637/98).

A Organização Social apresenta autonomia administrativa e financeira para gerir os recursos e o patrimônio que recebe do ente público contratante, sendo as obrigações do hospital definidas por indicadores e metas de desempenho quando da assinatura do Contrato de Gestão. A fiscalização do Contrato de Gestão é exercida pelo poder público contratante por meio de uma comissão de avaliação que acompanha o cumprimento das metas de resultados estipuladas para a prestação dos serviços, bem como a prestação de contas do exercício financeiro (BRASIL, 1998).

Quanto à categoria regime de vinculação de pessoal, a Organização Social apresenta trabalhadores predominantemente sob o Regime Celetista. Quando da assinatura do Contrato de Gestão com o ente público, há o recebimento de trabalhadores sob o regime estatutário provenientes da administração estatal anterior, desde que com anuência desses servidores e havendo uma igualdade das condições de trabalho deles às dos trabalhadores celetistas.

As Organizações Sociais não estão submetidas às exigências de contratações pelos procedimentos licitatórios definidos nas leis federais 8.666/1993 e 10.520/2002. Esses entes têm

autonomia para definir, por meio do seu conselho de administração, regulamento próprio a ser adotado para a contratação de obras, serviços, compras e alienações. Por tratar-se de emprego de recursos provenientes do Poder Público, essas entidades, entretanto, têm obrigação de publicizar quais serão esses procedimentos usados no prazo máximo de noventa dias contado da assinatura do Contrato de Gestão (BRASIL, 1998).

Cabe, nesse momento, fazer uma ressalva para apontar a existência da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entidade administrativa análoga a Organização Social criada a partir da Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999. Há correspondência na estrutura de ambas até mesmo no instrumento de vinculação com o ente público contratante, com a instituição do Termo de Parceria como correlato do Contrato de Gestão. Devido à similaridade nas regulamentações legais das duas entidades, elas foram consideradas, para fins deste trabalho, uma única entidade administrativa genericamente denominada Organização Social (OS).

4.4.2.2 Parceria Público-privada

A Parceria Público-privada (PPP) é uma entidade administrativa de personalidade jurídica privada, com fins lucrativos, a qual é outorgada a permissão, por meio de licitação, para prestar os serviços públicos interagindo diretamente com o usuário e, se necessário, cobrando taxas para garantir a continuidade da provisão (BRASIL, 2004d).

As entidades administrativas anteriormente citadas - Autarquia, Fundação, Empresa Pública e Organização Social – representam um transferência da execução de serviços públicos não exclusivos do Estado como saúde, educação, cultura e outros de infraestrutura social às organizações públicas ou às organizações de interesse público paraestatais. Com a PPP, essa transferência é feita para o setor privado com fins lucrativos (vide Figura 3), num aprimoramento dos processos de concessões.

Os contratos de concessões foram autorizados na administração pública brasileira pela Lei Federal 8987, de 13 de fevereiro de 1995, em conformidade com o Artigo 175 da Constituição

Federal, sendo dada permissão para a remuneração do ente privado por tarifação do usuário pelo uso do serviço público, além da contrapartida financeira garantida pelo poder público concedente (concessões patrocinadas). Com a Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que normatiza as PPPs, houve uma ampliação do regime de concessões. Para alguns serviços, sobretudo aqueles que necessitam de uma anterior disponibilização de obras de infraestrutura, a tarifação paga pelo usuário não era suficiente para garantir o retorno do ente privado, sendo necessária à concessão de empreendimentos inteiros, bem como tornar o próprio poder concedente num usuário capaz de manter a viabilidade do serviço (concessão administrativa) (BRASIL, 2004d).

As PPPs apresentam autonomia administrativa e financeira total. Recebem os seus recursos como contraprestação pecuniária do poder concedente e, em alguns casos, também por tarifação do usuário. O pagamento é condicionado ao atendimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas em contrato e verificadas pelo poder concedente e avaliador externo contratado. Os contratos são de longo prazo, de cinco a trinta anos, com valor sempre superior a 20 milhões de reais (BRASIL, 2004d).

A vinculação de pessoal é sob o Regime Celetista, não sendo obrigatória a realização de concurso público.

As PPPs, assim como as OSs e diferentemente das organizações estatais, não estão submetidas à obrigação de contratações por meio de procedimentos licitatórios. Há liberdade plena do conselho diretivo dessas organizações para alocação dos recursos recebidos.

4.5 ESTRUTURA GERENCIAL DAS ENTIDADES ADMINISTRATIVAS PÚBLICAS HOSPITALARES

As entidades administrativas públicas diferenciam-se em diversas categorias: propriedade de ativos, vinculação à administração central, forma de criação, autonomia administrativa, autonomia financeira, controle social, controle finalístico da administração e da conduta dos

dirigentes pelos órgãos judiciais, regime de vinculação de pessoal, natureza dos serviços prestados, entre outras. As variações existentes nessas categorias configuram, no seu conjunto, a estrutura administrativa das entidades públicas. Cada uma delas contribui, portanto, em algum aspecto, para determinar o funcionamento dos hospitais públicos de ensino.

Quais dentre elas, entretanto, podem ser consideradas mais relevantes para o desempenho? A discussão aqui apresentada tenta contribuir na resposta a esse questionamento. Num primeiro momento, foi feita uma análise crítica de todas as características que diferenciam as entidades administrativas públicas entre si, utilizando como substrato o referencial teórico anteriormente apresentado e, sobretudo, as normatizações legais que estruturam as entidades públicas. O objetivo era identificar dentre todas as categorias, aquelas a comporem uma estrutura gerencial mínima, simplificada, porém capaz de determinar o padrão de operação cotidiana das atividades assistenciais. Como o foco da análise é utilitarista, voltada para a elevação do desempenho assistencial, as categorias foram selecionadas pela sua capacidade de influenciar a aquisição de medicamentos, pensos e instrumentais, a compra e a manutenção de equipamentos, a realização de reestruturações físicas, a contratação de serviços e o trabalho diário das equipes médicas e multiprofissionais.

Três foram as categorias de análise consideradas mais relevantes na composição da estrutura gerencial de um hospital público e, portanto, mais importantes na determinação do seu padrão de elevação do desempenho. São elas: 1) autonomia administrativa e financeira, 2) regime de vinculação de pessoal e 3) modalidade de contratações. A influência das demais categorias que caracterizam as entidades públicas no alcance dos objetivos de eficiência na prestação dos cuidados assistenciais foi considerada secundária. A influência dessas três categorias selecionadas no alcance dos demais objetivos de um hospital público, indo além da ótica gerencial, também não foi considerada nesta discussão.

4.5.1 Autonomia administrativa e financeira

O vocábulo *autonomia* tem origem grega e significa o direito de se reger por suas próprias leis. O seu sentido é que a pessoa, o órgão ou a instituição dotada de autonomia pode traçar suas próprias normas de conduta, sem sofrer restrições ou imposições exteriores (SILVA, 2001).

Esse sentido amplo de autonomia política como o poder das entidades de fazer as suas próprias leis não aparece aqui discutido neste trabalho, uma vez que hospitais públicos são organizações inseridas na máquina administrativa do executivo, não sendo elas as fontes de onde imanam esse poder. O conceito de autonomia aparece aqui num sentido mais restrito, apenas como autonomia administrativa e financeira.

Por autonomia administrativa entende-se a soma de poderes da entidade para administrar os seus próprios negócios, ou seja, a liberdade para decidir sobre aquilo de que precisa para o exercício da sua atividade, da sua função, sob qualquer aspecto, desde que consoante com as normas e princípios institucionais de sua existência e do poder público ao qual está vinculado (SILVA, 2001).

Por entidade dotada de autonomia financeira entende-se aquela que recebe suas rendas e administra o seu dispêndio, decidindo internamente sobre opções de custeio e investimento (SILVA, 2001).

Autonomia administrativa e autonomia financeira serão sempre consideradas em conjunto no presente trabalho como Autonomia administrativa e financeira, uma vez que elas sempre aparecem vinculadas legalmente quando se consideram os tipos de entidades administrativas públicas. Não existe entidade administrativa pública que possua autonomia administrativa e não tenha autonomia financeira, ou vice-versa.

Assim, para os fins deste trabalho, nessa categoria de análise, o hospital público pode ter autonomia administrativa e financeira total ou não tê-la. O hospital público dotado de autonomia administrativa e financeira total é aquele que recebe seus recursos e tem liberdade para decidir como melhor empregá-los em todos os aspectos que envolvem suas atividades. Os hospitais públicos que não recebem seus recursos diretamente e cujo custeio e investimento são

administrados por outro órgão do poder ao qual estão subordinados não são dotados de autonomia administrativa e financeira total. Também o hospital público que apesar de receber seus recursos, não pode decidir sobre todos os empregos deles, sendo, por exemplo, proibido de adquirir equipamentos ou realizar obras ou efetuar compras a partir de determinado valor, são incluídos na categoria dos desprovidos de autonomia administrativa e financeira total.

Em alinhamento com essas conceituações, a classificação dos hospitais feita neste trabalho na categoria de análise autonomia administrativa e financeira apresenta as duas possíveis opções: hospital sem autonomia administrativa e financeira total ou hospital com autonomia administrativa e financeira total.

4.5.2 Regime de vinculação de pessoal

A Constituição de 1988 estabelece um conjunto de princípios para o acesso a cargos e empregos públicos no Brasil, como a exigência de concurso público de provas ou de provas e títulos e a restrição da grande maioria dos cargos a brasileiros, a exceção de professores em Universidades ou cientistas em Institutos de Pesquisa.

Após ter tido acesso ao serviço público, mediante concurso ou não, esses trabalhadores poderão estar vinculados aos órgãos nos quais trabalharão de diferentes formas:

- Regime Estatutário: ou Regime do Cargo Público, é estabelecido pela Lei Federal nº 8112 de 11 de dezembro de 1990, cuja principal característica é a estabilidade do trabalhador no cargo;
- Regime Celetista: ou Regime do Emprego Público, estabelecido pelo Decreto-lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943 e legislação trabalhista correlata e disciplinado pela Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, sendo a demissão do trabalhador facultada à administração do órgão desde que satisfeitas às obrigações rescisórias.

Para os fins deste trabalho, nessa categoria de análise regime de vinculação de pessoal, as entidades administrativas serão diferenciadas por vincular o seu trabalhador sob o Regime Estatutário ou sob o Regime do Emprego Público ou Celetista.

4.5.3 Modalidade de contratações

A obrigatoriedade do procedimento licitatório para as aquisições na administração pública está fundada no art. 37, XXI, da Constituição Federal, que fixou o procedimento como obrigatório para a contratação de obras, serviços, compras e alienações em todas as esferas do serviço público brasileiro. Os dois instrumentos legais que regulamentam o referido princípio constitucional são a Lei nº 8.666/1993, a Lei Geral de Licitações e Contratos e a Lei nº 10.520/2002, que criou o pregão.

Para os fins deste trabalho, as entidades administrativas públicas serão classificadas quanto a essa categoria de análise de modalidade de contratações como sendo obrigadas a contratar por licitação ou não obrigadas a contratar por licitação.

O Quadro 12 esquematiza as opções de estrutura que os hospitais poderão assumir dentro das três categorias de análise utilizadas para tipificar as entidades administrativas públicas no modelo sugerido neste trabalho e a Tabela 1 esquematiza a aplicação das três categorias de análise selecionadas aos hospitais públicos.

Quadro 1 – Autonomia administrativa e financeira, regime de vinculação de pessoal e modalidade de contratações: variações possíveis.

Autonomia Administrativa e Financeira Total		Regime de vinculação de pessoal		Modalidade de contratações	
Sem autonomia administrativa e financeira total	Com autonomia administrativa e financeira total	Estatutário	Celetista	Procedimentos Licitatórios	Livre

Tabela 1 – Sumário da caracterização dos hospitais públicos quanto à autonomia administrativa e financeira, ao regime de vinculação de pessoal e à modalidade de contratações.

Entidades	Categorias de Análise		
	Autonomia Administrativa e Financeira Total	Regime de vinculação de pessoal	Modalidade de contratações
Administração Direta	Sem autonomia administrativa e financeira total	Estatutário	Procedimentos licitatórios
Autarquia	Com autonomia administrativa e financeira total	Estatutário	Procedimentos licitatórios
Fundação	Com autonomia administrativa e financeira total	Estatutário	Procedimentos licitatórios
Empresa Pública	Com autonomia administrativa e financeira total	Celetista	Procedimentos licitatórios
Organização Social	Com autonomia administrativa e financeira total	Celetista	Livre
Parceria Público-Privada	Com autonomia administrativa e financeira total	Celetista	Livre

Fonte: autoria própria

4.6 EFICIÊNCIA NAS ENTIDADES ADMINISTRATIVAS PÚBLICAS

Toda a caracterização das entidades administrativas públicas da Administração Direta e da Administração Indireta - Autarquia, Fundação e Empresa Pública - fundamentou-se, basicamente, no Decreto-lei 200, emitido durante o Governo Militar em 1967. A estruturação dada para essas entidades pelo referido dispositivo legal foi mantida na Constituição de 1988.

Não havia nem em 1967, nem em 1988 uma preocupação efetiva com a eficiência. Conforme anteriormente visto (Figura 2), a entrada do princípio da eficiência na administração pública brasileira ocorreu a partir de 1995, com a criação do MARE e instituição da Reforma Bresser. O princípio da eficiência foi transformado em um dos pilares da administração pública apenas com a Emenda Constitucional nº 19, de 1998.

Não havia nem em 1967, nem em 1988, também, a categoria Serviços Públicos não Exclusivos do Estado. Serviços públicos, até então, eram prestados pelo Estado e serviços privados eram oferecidos pelo mercado. A discussão centrava-se na decisão sobre o que deveria

estar de um lado ou do outro, ou seja, decidir se educação, saúde, cultura e outros serviços de infraestrutura social deveriam ser públicos e, portanto, estatais ou se deveriam ser privados. Com a Administração Pública Gerencial, a Reforma Bresser e a instituição dos serviços públicos não exclusivos do Estado, tornou-se possível a convivência mais próxima entre Estado e mercado e a até mesmo a colaboração entre eles na busca da eficiência (MENDES, 2000).

A partir do final da década de 1990, portanto, a releitura dada à atuação das entidades administrativas públicas já existentes – Administração Direta, Autarquia, Fundação e Empresa Pública-, bem como a criação das novas entidades – Organização Social (1998) e Parceria Público-Privada (2004) - deu-se, indubitavelmente, sobre o lastro do princípio da eficiência e da interação do setor estatal com o setor privado (CANABRAVA, 2013; BITTAR, MENDES & MAGALHÃES, 2012).

Para as entidades estatais - Administração Direta, Autarquia, Fundação e Empresa Pública-, a preocupação imperativa com a eficiência levou à adoção de ferramentas gerenciais inspiradas na aplicação dos sistemas de qualidade nas organizações privadas. São exemplos o Planejamento Estratégico, a Análise *SWOT* (do inglês, *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*, em português, Análise FOFA - Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças), o *Balanced Scorecard* (KAPLAN & NORTON, 1997), o Modelo de Excelência em Gestão da Fundação Prêmio Nacional da Qualidade, entre outros. Houve também a submissão das organizações a selos de qualidade como o da Joint Commission, bem como à adesão a programas focados na melhoria contínua da qualidade, como o Compromisso com a Qualidade Hospitalar (MENDES, 1994; MALIK, 1996).

Para as entidades públicas paraestatais – OS e PPP -, nascidas já sob uma estruturação administrativa focada na eficiência, os Contratos de Gestão aos quais estão submetidas representavam a materialização da busca pela melhoria nos resultados. A manutenção dos recursos das entidades e da parceria com o ente público contratante era dependente do cumprimento das metas estabelecidas de resultados quantitativos e qualitativos para a prestação dos serviços. Nas palavras de Bresser-Pereira (1996, p. 18): “O elo de ligação entre os dois sistemas será o contrato de gestão, que o núcleo estratégico deverá aprender a definir e controlar [...] e organizações sociais, a executar.” O uso das ferramentas gerenciais supracitadas, bem como

à adesão a programas de qualidade apresentavam-se, assim como para a Administração Direta e Indireta, como os meios que tornavam exequíveis os resultados exigidos.

A partir de 1995, portanto, a pressão para a adoção de sistemas e ferramentas de qualidade e adesão a programas de qualidade, na máquina administrativa pública estatal e não estatal, como meio de alcançar os melhores resultados pretendidos pelo ideário reformista, tornou-se vigorosa na indução do comportamento das organizações públicas brasileiras componentes do setor de serviços não exclusivos do Estado, sobretudo do setor saúde. Pressão para adoção essa que, oriunda da força normativa da inclusão da eficiência como princípio constitucional, da cobrança exercida pelo controle social ampliado após a Constituição de 1988, das exigências de um eleitorado recrudescido pós-redemocratização e até mesmo de um comportamento organizacional mimético (DiMAGGIO & POWELL, 2005), permanece em vigor ainda na segunda década do século XXI.

4.7 REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS BRASILEIROS

A Reforma Bresser e a lógica da máxima eficiência produziu uma miríade de entidades administrativas novas e antigas renovadas que se espalharam por todo o setor de serviços não exclusivos do Estado, como educação, cultura e, sobretudo, saúde, conforme esquematizado na **Figura 4**. Indubitavelmente, no setor saúde, campo empírico do presente trabalho, naquele momento histórico de meados da década de 1990, a necessidade de aumento da eficiência era premente.

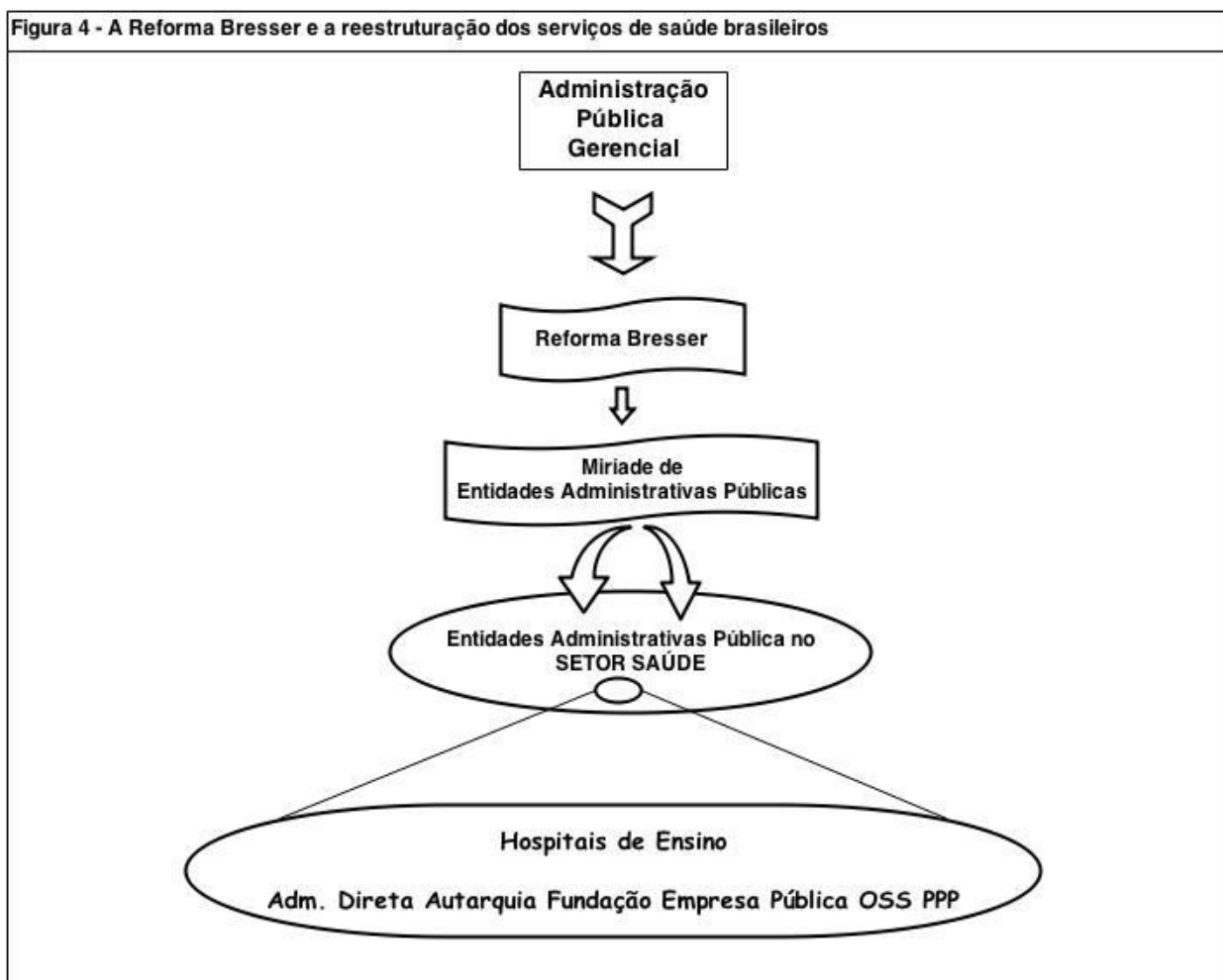
Voltando-se alguns anos no tempo para entender as mudanças estruturais na organização dos serviços públicos de saúde, observa-se que um movimento de reforma havia sido iniciado desde meados dos anos 1970. Era a Reforma Sanitária Brasileira, movimento social concomitante e alinhado às demais lutas pelas liberdades democráticas da sociedade brasileira em um contexto histórico de ditadura militar. Após conferências, manifestações públicas de rua e *lobbies* no poder Legislativo, a pauta do movimento foi incluída nas propostas de governo democráticos e ao cabo do processo de negociações políticas houve a garantia do direito à Seguridade Social pública e a

universalização do modelo de gestão da saúde. Foi assim criado o Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988, ampliado cobertura de prestação de serviços para a totalidade da população brasileira (PAIM, 2002; PAIM, 2009; SOUZA, 2009; CANABRAVA, 2013).

A década de 1990 no Brasil inicia-se, assim, com um sistema de saúde amplo, que crescia em complexidade e em incorporação de tecnologia com o advento dos avanços tecnológicos trazidos pela informática e mecatrônica e que crescia em demanda por financiamento agravada pelo envelhecimento populacional. A lógica da eficiência e o vetor de reestruturação da Reforma Bresser puderam, então, exercer sua influência no setor de saúde a partir de então (PAIM, 2009).

A reestruturação do setor saúde repercutiu na distribuição dos hospitais segundo os tipos de entidades administrativas públicas. A autorização legal para criação das Organizações Sociais foi, já no final da década de 1990 e início da década de 2000, rapidamente assimilada por vários estados da federação, como Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia e Roraima, bem como de municípios como São Paulo.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a capital paulista contava em maio de 2014 com 37 hospitais e 38 ambulatorios, além de diversas unidades de saúde secundárias sob a forma de Organizações Sociais em Saúde (SES-SP, 2014). No estado da Bahia, no mesmo período, segundo a Secretaria Estadual de Administração, o número de hospitais sob a forma de OS já chegava a 15, distribuídos pela capital e interior do estado (SAEB, 2014).



Fonte: Autoria própria

Em 2010, foi inaugurado o primeiro hospital do país em regime de Parceria Público-Privada, no estado da Bahia, o Hospital do Subúrbio. Em 2013, outros dois projetos de PPP para a saúde foram lançados neste mesmo estado. O primeiro projeto foi o de uma unidade hospitalar especializada em infectologia, o Instituto Couto Maia, com previsão de término da obra em 2014. O segundo projeto foi um projeto de gestão e operação dos serviços de apoio diagnóstico por imagem de 12 unidades hospitalares, intitulado PPP Diagnóstico por Imagem, em fase licitatória (SESAB, 2014). Tais exemplos ilustram o processo de difusão das Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas no setor saúde.

A maior parte das organizações hospitalares públicas, entretanto, permanece, mesmo após a reforma gerencialista, como entidades da Administração Direta. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), em 2014, das 75.397 unidades de saúde públicas existentes no Brasil, 73.119 delas eram da Administração Direta, representando, portanto, um total de 96,97% (73.119/75397) das unidades hospitalares do SUS.

A permanência dessas organizações de saúde como entidades da Administração Direta, entretanto, não leva à conclusão de que não sofreram influência da lógica gerencialista fundamentada na eficiência. Conforme anteriormente descrito, o uso de sistemas e ferramentas de qualidade, bem como a adesão a programas de qualidade têm sido estimulados por meio de contrapartidas financeiras diretas ou através de premiações. O Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA), criado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por exemplo, é voltado às entidades públicas e atua produzindo, disseminando e implantando ferramentas gerenciais como focadas nos resultados. Diversos são os hospitais da Administração Direta espalhados por todo o país que já aderiram e foram premiados pelo programa (GESPÚBLICA, 2014).

No estado da Bahia, o Programa de Fortalecimento da Gestão Pública (PROGEST), desenvolvido pelas secretarias de Administração (SAEB) e Planejamento (SEPLAN) do estado da Bahia e com recursos disponibilizados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), prevê a disseminação dos valores e das ferramentas gerenciais entre cerca de trinta hospitais da Administração Direta (SEPLAN, 2014).

Contratos de Gestão tem sido assinados até mesmo entre hospitais da Administração Direta e o poder público ao qual já estão hierarquicamente vinculados por lei (LUEDY, MENDES & RIBEIRO JR, 2014), a exemplo do Programa de Modernização Administrativa, também no estado da Bahia. O programa submeteu os hospitais da Administração Direta estadual, em 2012, a metas de desempenho quantitativas e qualitativas, com contrapartida financeira para os trabalhadores estatutários, paga proporcionalmente ao alcance dessas metas organizacionais e também de metas individuais como assiduidade e pontualidade (SESAB, 2014). Esses exemplos demonstram a penetração da lógica gerencialista nos hospitais da Administração Direta.

Após essa breve descrição das reestruturações administrativas trazidas ao setor saúde pela lógica gerencialista da Reforma Bresser, aprofunda-se a discussão das iniciativas reformistas ocorridas especificamente nos hospitais brasileiros, sobretudo nos hospitais de ensino, tão nucleares para a estruturação da prestação dos serviços de saúde.

5 O MODELO GERENCIALISTA E A REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO BRASILEIROS

As organizações hospitalares são dotadas de grande importância na rede de atenção à saúde, seja pela grande concentração da oferta de serviços de média e alta complexidade que possuem, seja pelo grande volume de recursos que consomem. Entre as organizações hospitalares, papel especial é reservado aos hospitais de ensino, cujas atividades vão além de uma função exclusivamente assistencial para atingir também objetivos de formação profissional e acadêmica e de produção de conhecimento novo. A reestruturação dos hospitais públicos de ensino, assim sendo, encontra-se no cerne da reforma da atuação do estado brasileiro na prestação de serviços de infraestrutura social e foi feita em alinhamento com o ideário gerencialista trazido pela Reforma Bresser. O presente capítulo trará conceituação e um breve histórico dos hospitais brasileiros, particularmente dos de ensino, remontará a trajetória da profissionalização da administração em hospitais, abordará iniciativas de reforma da estrutura administrativa dessas organizações adotadas pelo poder público, para, por fim, discutir os atuais programas de reestruturação dos hospitais de ensino, programas esses erigidos sobre princípios comuns aos da avaliação de desempenho que baliza o presente trabalho.

5.1 BREVE HISTÓRICO DOS HOSPITAIS BRASILEIROS

A palavra hospital tem origem latina na forma culta *hospitale*, que significa “relativo a hóspede ou hospitalidade”. É em última análise, o local onde, na antiguidade, abrigavam-se os doentes, viajantes e peregrinos que ficavam segregados da população residente. O isolamento era a melhor forma de evitar a transmissão dos males, ficando nos hospitais primordiais também os pobres, loucos e portadores de todos os tipos de doenças consideradas incuráveis aos conhecimentos da época, originando a palavra *hospício*. Esses primeiros registros das instituições

hospitalares remontam civilizações antigas asiáticas como a indiana, civilizações africanas como a egípcia e civilizações ocidentais como a grega e a romana. Nessas duas últimas civilizações, já passou a existir uma forte associação entre as instituições hospitalares e os templos religiosos. Os templos serviam como hospitais. A assistência aos doentes e segregados encontrava justificativa na lógica religiosa e a na prática do sacerdócio (GONÇALVES, 2006).

A vinculação da religião aos hospitais persistiu durante o percurso histórico dessas instituições, sendo, em linhas gerais, o fator determinante de toda a sua evolução inicial antes da industrialização. Nas palavras de Gonçalves (2006, p.37):

Durante um longo período, entre os séculos IV e XVII d.C, a Igreja Católica, tanto na Europa como em outras partes do mundo, dirigiu as instituições que hoje conhecemos como hospitais. Sob influência do cristianismo, essas instituições, que inicialmente abrigavam doentes e indigentes, adquiriram cunho eclesiástico.

Nos Séculos XVIII e XIX, na Europa, começaram a surgir os grandes hospitais, com incorporação de forte cientificismo proveniente das Teorias Iluministas. O comando ainda permanecia, entretanto, sob as rédeas da Igreja, somando-se como novo ao cenário apenas o surgimento de hospitais militares.

O processo de industrialização do final do século XIX, na Europa, modificou o papel dos hospitais lá existentes, passando a constituir o que se convencionou denominar de Hospital Moderno. O uso dos conhecimentos advindos de uma medicina já a intitular-se científica, aliado ao desenvolvimento tecnológico de equipamentos de apoio no diagnóstico, diante das necessidades de saúde de uma população urbana crescente, fez com que o hospital deixasse de ser um local de abrigo de pobres e segregados, um local para eles morrerem, para transformar-se na instituição privilegiada para o tratamento e cura das doenças. (ROTTA, 2004).

Nessa época de advento do modo industrial de produção, ocorreu outra importante modificação no percurso histórico dos hospitais. O intenso processo de urbanização, com aglomeração das pessoas nas cidades, a necessidade de conter as epidemias e de manter apta ao trabalho a grande massa proletária provocou uma agudização do interesse do Estado nas questões de saúde e nas instituições hospitalares. Saúde deixava de ser somente uma questão de caridade

religiosa prestada em templos para tornar-se, também, uma questão de vital importância econômica e política.

Rotta (2004, p. 65) resume bem essa transição do Hospital Antigo para o Hospital Moderno:

Até o século XIX, o funcionamento dos hospitais ainda estava em íntima relação com o caráter religioso e militar. Com o advento da industrialização houve grande êxodo das populações para áreas urbanas e a busca para a solução para os problemas de saúde pública, gerados pela urbanização, resultou em grandes avanços nas ciências médicas, alavancando a profissionalização dos hospitais que passaram a ser local para cura de doenças e não simplesmente um abrigo, passando para o Estado a responsabilidade da assistência aos doentes.

A origem dos hospitais brasileiros, em consonância com a evolução histórica vinculada à religião dos hospitais na Europa, veio das Obras de Misericórdia (BORBA, 1991). As Obras de Misericórdia foram fundadas em Portugal no século XV e foram sucedidas pelas Santas Casas de Misericórdia, transplantadas para o Brasil Colônia pelos jesuítas.

Data de 1543 a construção do mais antigo hospital no Brasil, a Santa Casa de Santos, fundada por Braz Cubas. Data do início do século XX a construção dos hospitais modernos, em monobloco, vinculados às universidades, que podem ser entendidos como hospitais de ensino, a exemplo do Hospital-escola da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do Hospital-escola da Faculdade de Medicina da Bahia, do Hospital-escola da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, do Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Escola Paulista de Medicina, entre outros (BRASIL, 1944). A história de participação dos hospitais de ensino na prestação de serviços públicos de saúde brasileiros remonta, portanto, mais de um século e prolonga-se até os dias atuais.

5.2 PROFISSIONALIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS BRASILEIROS

A profissionalização da administração hospitalar tem uma trajetória particular. De acordo com Gonçalves (2006, p. 20), de uma forma geral, no contexto mundial:

Até 1930, os hospitais eram frequentemente administrados por enfermeiras, religiosos ou empresários aposentados. Esta situação gerou uma certa tradição de situar a gestão numa posição secundária, em relação às atividades assistenciais. Embora bem intencionados, esses profissionais tinham suas ações limitadas ao bom senso e à intuição, por não possuírem conhecimento especializado em administração.

Por volta da década de 1930, nos Estados Unidos da América, foram abertos os primeiros cursos de Administração Hospitalar e já no período pós Segunda Guerra Mundial este país não mais permitiu que seus hospitais fossem administrados por profissionais que não possuísem formação específica na área (GONÇALVES, 2006). A tendência iniciada nos EUA foi primeiramente seguida pelos países centrais da Europa Ocidental e Japão e somente na segunda metade do Século XX se estendeu para os países da América Latina, da África e da Ásia.

No Brasil, o curso da profissionalização no campo da Administração Hospitalar entra, inicialmente, pela “porta” da Saúde Suplementar, quando, por volta do início dos anos 1990, o impacto gerado pelas políticas regulatórias nos custos das operadoras de saúde torna imperativa a preocupação com a melhoria dos resultados financeiros e uma profissionalização da gestão. (CALLEGARI, 2004),

A administração pública hospitalar brasileira vai também por em prática as mesmas diretrizes reformistas gerais adotadas como política de Estado a partir de meados da década de 1990, com o projeto gerencialista do Governo FHC (Capítulo III), que, segundo Marques (2005, p. 53), trazia um ideal de: “Profissionalização da gestão de hospitais públicos de modo que estes alcancem a excelência na qualidade da oferta de serviços aliada à boa gestão dos recursos e redução de custos”.

Algumas particularidades incidem sobre a prestação de serviços públicos no setor saúde quando comparado a outros setores de infraestrutura social da administração pública brasileira. Houve, nas últimas duas décadas: 1) um aumento da população assistida; 2) um aumento das

dimensões dos cuidados em saúde; 3) um aumento da exigência dos usuários por qualidade nos serviços; 4) um aumento dos custos no setor com a incorporação tecnológica.

A demanda por serviços públicos de saúde cresceu abruptamente com a universalização da assistência garantida com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988. De um sistema de saúde anteriormente previdenciário que cobria apenas a população economicamente ativa e seus dependentes, o SUS passava a ter que garantir que toda a população residente no país tivesse acesso a todos os serviços de saúde.

Além desse aumento no quantitativo supracitado da população assistida, houve extensão concomitante dos cuidados em saúde a serem ministrados pelos serviços públicos, não mais limitados a tratar doenças específicas, agora também imbuídos de uma lógica de atendimento integral que contemplava a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce, o tratamento e a reabilitação.

Com a abertura democrática pós-governo militar e ampliação da participação dos cidadãos nas decisões coletivas, houve também um incremento nas exigências dos usuários por melhorias na qualidade dos serviços prestados, manifestada nas instâncias de controle social previstas em lei, por meio do poder judiciário ou por intermédio dos meios de comunicação em massa (NOGUEIRA, 1997).

Na abordagem da incorporação tecnológica em saúde, destaca-se o fato de que, enquanto nos demais setores da economia houve redução de custos com o avanço tecnológico, pois ele permitiu substituição de equipamentos e processos pouco produtivos por outros mais eficientes e ágeis, no setor saúde a tendência observada foi a de elevação dos custos de produção. Isso ocorreu seja porque a aquisição de um novo equipamento não substitui o antigo (como exemplo cita-se o fato de que um equipamento de Tomografia Computadorizada de mais alta resolução não tornou obsoleto o uso dos equipamentos de Raio-X), mas sim o complementa, ou porque o aumento da disponibilidade e facilidade de acesso aos novos insumos estimula o seu uso em situações em que antes sequer eram cogitados (BITTAR, 1996; BATISTA JR, 1997).

Assim, a busca pela eficiência na administração em saúde pública traz dificuldades adicionais a serem consideradas quando da formulação das estratégias de operacionalização das políticas públicas.

No cerne da estruturação dessa rede de prestação de serviços públicos de saúde estão os hospitais de ensino, responsáveis pela prestação de serviços assistências à rede pública de saúde, pela formação de profissionais, pelo desenvolvimento de pesquisas, pela incorporação de novas tecnologias e pela produção de conhecimento. Em consonância com os ideais adotados a partir da Reforma Bresser, reformar o sistema público de saúde implicava, necessariamente, elevar o desempenho dos hospitais públicos de ensino (BRASIL, 2012).

5.3 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO: ALGUMAS INICIATIVAS FEDERAIS

Garantir assistência, ensino e pesquisa de qualidade e guiar o processo de organização da rede de serviços de saúde são tarefas dos hospitais públicos de ensino. A preocupação do Estado brasileiro com, não somente a mera operacionalização dessas funções, mas com a garantia de elevados níveis de desempenho nelas, remonta a segunda metade da década de 1980, antecedendo inclusive a universalização do sistema de saúde nacional garantida pela Constituição de 1988 e objeto de ação da Reforma Bresser (SPEDO, PINTO & TANAKA, 2010).

Por meio da Portaria Interministerial dos Ministérios da Educação e da Previdência e Assistência Social de nº 15 de 22 de maio de 1987 foi criado o Índice de Valorização de Desempenho (IVD) que qualificava os hospitais universitários e de ensino de acordo com critérios de complexidade, resolutividade e integração à rede de serviços do INAMPS (BRASIL, 2012). O índice representava uma tentativa de acompanhamento do desempenho dos hospitais de ensino pela esfera federal em múltiplas dimensões, uma vez que levava em consideração também o perfil dos recursos humanos formados, bem como as ações de extensão desenvolvidas pelo hospital, como programas de capacitação em áreas rurais e periféricas urbanas.

A portaria também direcionava recursos financeiros para a expansão e melhorias dos hospitais classificados pelo índice. Essa contrapartida representava um importante passo na garantia da monitorização sistemática de indicadores de desempenho e num reforço positivo para a visibilidade do programa pelas próprias organizações hospitalares participantes.

Numa tentativa de melhorar o detalhamento dos critérios de avaliação de desempenho previstos pelo IVD e de otimizar o uso das informações resultantes desse sistema, foi publicada, em 1991, Portaria MS/SNAS nº 15, que extinguiu o IVD e criava o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Mais que uma mera mudança de sigla, o FIDEPS divergia do IVD ao avaliar e destinar recursos exclusivamente para os hospitais universitários, deixando à parte os demais hospitais de ensino anteriormente contemplados pelo IVD (TANAKA, 2004; BRASIL, 2012).

Portarias posteriores (Portaria MS/MEC nº 01 de 16 de agosto de 1994, Portaria MS nº 1127 de 31 de agosto de 1999 e Portaria MS nº 1480 de 28 de dezembro de 1999) modificaram os critérios do FIDEPS, determinaram visitas “*in loco*” aos hospitais e estabeleceram outras mudanças na tentativa de melhorar a integração dos hospitais universitários à rede de saúde e de institucionalizar as atividades de ensino e pesquisa. Ainda assim, diversos são os casos conhecidos de hospitais que receberam recursos do FIDEPS e não desempenhavam atividades de ensino e pesquisa. Mesmo entre aqueles que desempenhavam tais funções, diversos são os exemplos de situações em que existia uma desproporção nos recursos recebidos pelos hospitais, de tal sorte que hospitais universitários tradicionais recebiam menos recursos que aqueles pouco atuantes.

O resultado último do FIDEPS foi que os recursos previstos para o programa foram incorporados ao custeio regular dos hospitais universitários numa tentativa de sanar problemas de financiamento variados, perdendo o programa, dessa forma, o seu caráter de incentivo à elevação do desempenho (BRASIL, 2012).

Iniciativas nacionais focadas na reestruturação e melhorias das condições de funcionamento dos hospitais de ensino também puderam ser notadas no âmbito da sociedade civil. Importante exemplo é a Associação Brasileira de Hospitais de Universitários e de Ensino

(ABRAHUE), criada em 1989 como sociedade civil de personalidade privada sem fins lucrativos, e cuja atuação é constante até dias presentes.

5.4 PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO

Nas últimas duas décadas, há uma tendência iniciada nos países desenvolvidos de modificação da autonomia dos hospitais de ensino, buscando melhor inseri-los no sistema de saúde locorregional. As reformas tentam balizar as diretrizes individuais dos hospitais para alinhá-las a lógica do sistema de saúde, determinando um papel definido para cada organização na rede de prestação de serviços assistenciais. (MÉDICI, 2001 apud BRASIL, 2012).

A política federal de reforma dos hospitais de ensino brasileiros tem sua operacionalização garantida pelo programa pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (PRHE). O PRHE incorpora o princípio de subordinação dos hospitais de ensino ao sistema de saúde, em alinhamento com o ideário acima enunciado. Alto desempenho passou a significar alto desempenho no alcance dos objetivos da rede de serviços de saúde, não sendo definido individualmente pelos hospitais.

Previamente a um detalhamento do PRHE e da estratégia de operacionalização definida por ele para elevar o desempenho dos hospitais, merece breve menção as dificuldades para a implantação de quaisquer medidas nesse sentido trazidas pelo contexto político interno dos hospitais de ensino.

Como hospitais de ensino, também chamados hospitais-escola, essas organizações são parte estruturante ou vinculadas a universidades ou faculdades. Quando a ligação a uma universidade ou faculdade é em caráter de exclusividade, sendo os hospitais por elas mantidos, são também chamados de hospitais universitários, portanto, subgrupo dos hospitais de ensino. Dessa relação entre o corpo assistencial e o corpo docente surge um complexo entrelaçamento de relações e constantes disputas de poder. Alcançar um alinhamento de objetivos, sem definição de hierarquização entre esses dois grupos políticos, tem sido objeto de constante discussão nas

análises do poder nas instituições de saúde (CARAPINHEIRO, 1993 apud BRASIL 2012; LUZ, 1986).

A problemática se intensifica quando se considera que há um extravazamento de poder dos grupos políticos dos hospitais para além dos muros dessas organizações, atingindo cada vez mais os demais campos da sociedade. De importância política crescente à medida que a saúde foi alçada à condição de direito do cidadão e também de crescente importância econômica, à medida que passou a movimentar muitos recursos financeiros, consumir grande fatia do orçamento público e empregar um exército de profissionais especializados, o microcosmo das organizações hospitalares públicas espelha o poder e as relações dentro do próprio Estado, conforme enuncia Luz (1986, p.34):

Pois, na verdade, se a história das instituições é a história do discurso dominante, do discurso da classe que detém o poder da sociedade [...], poder semi-revelado na lei, semi-aceito na prática, semi-recusado por seus destinatários, assim é o poder institucional. Assim tem sido o poder institucional médico.

As iniciativas de estímulo à elevação do desempenho dos hospitais públicos de ensino com a melhoria de seus resultados objetivamente aferidos, a exemplo do PRHE federal, precisam, portanto, ser contextualizadas nesse pano de fundo institucional e político peculiar.

O PRHE foi instituído pelos Ministérios da Educação e da Saúde, em 2004, por meio da Portaria Interministerial nº 1.006 e da Portaria GM/MS nº 1.702 que criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b). O programa representa a operacionalização de uma política de reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira, reconhecendo o hospital de ensino como espaço primordial na atenção à saúde de alta complexidade, na formação de mão de obra médica e de demais profissionais de saúde e no desenvolvimento de tecnologia e de novos conhecimentos. (BRASIL, 2004c).

O PRHE contava em janeiro de 2011 - data da última atualização de dados publicada pelo Ministério da Saúde (CGHOSP/DAE/SAS/MS, Ministério da Saúde, 2013) - com 137 hospitais contratualizados e comprometidos com o encaminhamento regular dos indicadores exigidos no

Plano Operativo Anual. Inclui unidades hospitalares distribuídas por 21 unidades da federação e mais o distrito federal.

O PRHE é uma política nacional. O trabalho de desenvolvimento de sistemas de acompanhamento gerenciais que contemplem hospitais de ensino já têm sido reproduzidos também em algumas unidades da federação. Merecem destaque as iniciativas do estado de Minas Gerais (Sistema Integrado de Gestão Hospitalar da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais) e do estado de São Paulo (Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo). Nos demais estados, não foi identificada sistematização para acompanhamento regular de indicadores de hospitais de ensino ou a estruturação existente é incipiente ou recente demais.

O Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) é um sistema que integra informações clínicas dos pacientes e funcionalidades gerenciais das 21 unidades administradas pela fundação. O sistema não é específico para hospitais de ensino, porém entre as unidades credenciadas há cinco deles, quais sejam: Hospital Infantil João Paulo II, Maternidade Odete Valadares, Hospital João XXIII, Instituto Raul Soares e Hospital Júlia Kubitschek.

Por motivos metodológicos descritos no Capítulo V – Procedimentos Metodológicos, o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo foi escolhido como foco da pesquisa, merecendo, por isso, aqui, melhor detalhamento.

5.5 SISTEMA DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO DE SÃO PAULO

Criado em 2005 pela Coordenadoria de Planejamento de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) e coordenado pela Assessoria de Hospitais de Ensino do Gabinete da SES-SP, o Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino (SAHE) tem o objetivo de acompanhar indicadores quantitativos e qualitativos da assistência, de produtividade profissional, de infraestrutura física e de equipamentos, bem como de financiamento dos hospitais de ensino

contratualizados do estado de São Paulo, sob as mais diversas estruturas administrativas. Indicadores quantitativos nas dimensões ensino e pesquisa também são coletados e analisados regularmente.

Mais do que um banco de dados de indicadores, o SAHE representa um órgão executivo assessor do nível estratégico da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo com a incumbência de acompanhamento do desempenho esperado dos hospitais e fornecimento de informações baseadas em evidências para suportar as decisões sobre contrapartidas financeiras e estruturação da rede assistencial estadual. A despeito de, nas palavras de Luedy, Mendes e Ribeiro Jr (2014, p. 646), ser “o contrato de gestão um instrumento necessário à gestão pública por resultados”, ele não funciona sozinho, com um fim em si mesmo.

O contrato de gestão necessita de um sistema de controle [...] e sua implementação requer a prévia definição de indicadores de desempenho, que sirvam de referência para a mensuração dos resultados e do efeito desses resultados na melhoria da gestão pública como um todo (LUEDY, MENDES & RIBEIRO JR, 2014, p. 647)

A existência de sistemas de controle como o SAHE, dessa forma, torna exequível os objetivos de elevação do padrão de desempenho dos programas focados na eficiência dos resultados.

Os hospitais que aderem ao programa da SES-SP e são incluídos no SAHE ficam responsáveis pelo preenchimento eletrônico e encaminhamento de um conjunto de planilhas mensais e anuais contendo dados e informações de desempenho das quatro dimensões: assistencial, administrativa, ensino e pesquisa. As planilhas têm sido mantidas atualizadas, incorporando novas variáveis as quais se quer avaliar, tanto decorrente de necessidades do poder público gestor, quanto por solicitações das unidades participantes.

Do período transcorrido entre julho de 2004 e julho de 2012, o SAHE contou com a adesão de 44 hospitais habilitados em portarias ministeriais como hospitais de ensino do estado de São Paulo (CNES, 2013). Nesse grupo de hospitais, a despeito de todos serem credenciados ao Sistema Único de Saúde, as mais diversas entidades administrativas públicas mostravam-se

presentes, quais sejam: Administração Direta (Federal, Estadual e Municipal), Autarquia; Fundação, Organizações Sociais e hospitais filantrópicos.

Uma abordagem teórica seguindo uma trajetória dedutiva permitiu entender melhor a variação das entidades administrativas públicas existentes entre os hospitais públicos de ensino brasileiros. Partiu-se de uma macroanálise da estrutura geral do Poder Executivo e de seus segmentos, adentrou-se o Setor de Serviços Públicos não Exclusivos do Estado, particularmente o setor saúde, para que fosse possível chegar ao micromundo das organizações hospitalares. Num caminho inverso, indutivo, através do estudo de organizações hospitalares de um programa específico, o SAHE, a fase empírica deste trabalho objetiva aproveitar-se dessa variação das entidades para levantar discussões que auxiliem a refazer, com novos conhecimentos, o caminho de volta até a estrutura geral da máquina administrativa pública brasileira.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, de caráter analítico, que se utiliza de fontes de dados secundárias para construir uma série histórica de indicadores de produção nas dimensões de desempenho Assistencial, Ensino e Pesquisa, bem como para comparar os indicadores de produtividade e qualidade hospitalar quanto à existência de associação estatística relevante. O objeto da análise foram hospitais públicos de ensino do estado de São Paulo, sendo os mesmos comparados utilizando a classificação de suas estruturas administrativas como categoria de análise.

6.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A análise de desempenho empreendida neste estudo fundamenta-se numa comparação de indicadores hospitalares de produção, de produtividade e de qualidade na dimensão Assistencial e de indicadores de produção na dimensão de Ensino e de Pesquisa. Para exequibilidade do projeto, fez-se necessário que o grupo de hospitais a ser escolhido apresentasse uma estrutura gerencial mínima de coleta de dados, alimentação sistemática de sistema de informação e disponibilização de acesso dessas aferições para comparações. A escolha de um sistema integrado de registro de indicadores ante a escolha de hospitais individualizados visou garantir a uniformidade da amostra e dos indicadores coletados.

Três sistemas de informações gerenciais e de indicadores de desempenho envolvendo hospitais públicos de ensino brasileiros, anteriormente apresentados, poderiam ser apontados como possíveis fontes de dados para a análise pretendida. Recapitulando-os, são eles: 1) o banco de dados do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (PRHE); 2) o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais; e 3)

o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Por incluir unidades hospitalares pulverizadas em 21 unidades da federação e mais o distrito federal, hospitais esses inseridos em diferentes contextos sócio-econômicos, redes e realidades de saúde e submetidos a regulamentações legais diversas, o banco nacional do PRHE foi considerado por demais heterogêneo para permitir uma comparabilidade de indicadores de desempenho nos moldes pretendidos por este trabalho. Soma-se a isso o fato de o banco de dados do PRHE não dispor de indicadores de Ensino e Pesquisa, de modo que sua escolha implicaria diminuição das dimensões abrangidas na avaliação de desempenho ou a necessidade de utilização de outros bancos de dados complementares, trazendo ainda maior heterogeneidade à amostra.

O SIGH da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) não é específico para hospitais de ensino e a pequena amostra de apenas cinco deles no programa, todos com a mesma estrutura administrativa de Fundação, inviabiliza a análise comparativa categorizada por entidades administrativas públicas.

Considerando as dimensões contempladas no banco de dados do SAHE - Assistencial, Ensino e Pesquisa-; o número de hospitais credenciados, que ultrapassa quatro dezenas; e a diversidade de estruturas administrativas dos hospitais no estado de São Paulo – primeiro estado do país a aderir ao sistema de Organizações Sociais-, o SAHE reúne as características necessárias para permitir a análise de desempenho comparativa pretendida entre hospitais de ensino com diferentes estruturas administrativas, sendo, portanto, o banco de dados escolhido para o presente trabalho.

6.2.1 Critério de inclusão

Do período que vai de julho de 2004 a julho de 2012, o SAHE contou com a adesão de 44 hospitais habilitados em portarias ministeriais como hospitais de ensino do estado de São Paulo (CNES, 2013).

Todos os 44 hospitais participantes do SAHE foram incluídos na amostra inicial, não sendo admitidos, em nenhum momento do estudo, hospitais não vinculados ao programa. Objetivou-se com esse critério de inclusão garantir a uniformidade da amostra e a exequibilidade da fase empírica de coleta de dados, uma vez que todos dentro do programa compartilham os mesmos critérios de avaliação de desempenho. Um importante viés causado na interpretação de possíveis diferenças de desempenho geradas por diferentes regras de mensuração de resultados pôde, assim, ser minimizado (LUEDY, MENDES & RIBEIRO JR, 2014, p. 647).

Essa amostra inicial de 44 hospitais de ensino englobava, a despeito de todos serem credenciados ao Sistema Único de Saúde, unidades prestadoras de serviço com diferentes estruturas administrativas, ou seja, diferentes entidades administrativas públicas, quais sejam: Administração Direta (Federal, Estadual e Municipal); Administração Indireta tipo Autarquia; Administração Indireta tipo Fundação; Organizações Sociais; e hospitais Filantrópicos.

A classificação das unidades foi feita de acordo com a seguinte sistemática: classificação inicial baseando-se nos dados constantes no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); pesquisa das portarias oficiais que autorizaram a criação das Autarquias e das Organizações Sociais; e, por fim, revisão da classificação pela cúpula diretiva do SAHE.

A identificação nominal dos hospitais certificados, município de localização e categorização geral por entidade administrativa foi feita conforme apresentado no **Quadro 2**, construída tendo como base o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2013) e o Cadastro de Hospitais credenciados do SAHE para o ano de 2012, acessado por intermédio do seu sítio eletrônico (SAHE, 2013).

Quadro 2 – Lista dos hospitais de ensino certificados no Estado de São Paulo e respectivo CNES, categorizados por localização e por estrutura administrativa (N = 44).

Relação dos Hospitais de Ensino Certificados no Estado de São Paulo – 2012			
Hospital	CNES	Localização	Entidade Administrativa
Hospital Clínicas FMUSP (HC/FMUSP)	2078015	São Paulo	Autarquia Estadual
Hospital Universitário da USP (HU-USP)	2076926	São Paulo	Autarquia Estadual
Hospital São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)	2077485	São Paulo	Filantrópico
Instituto Cardiologia Dante Pazzanese (IDPC)	2088495	São Paulo	Administração Direta Estadual
Instituto do Coração/InCOR / HCFMUSP (InCor)	2071568	São Paulo	Autarquia Estadual
Hospital do Rim e Hipertensão (Oswaldo Ramos)	2089785	São Paulo	Filantrópico
Hospital do Câncer A C Camargo (A C Camargo)	2077531	São Paulo	Filantrópico
Instituto de Infectologia Emilio Ribas (Emilio Ribas)	2028840	São Paulo	Administração Direta Estadual
Casa de Saúde Santa Marcelina (Santa Marcelina)	2077477	São Paulo	Filantrópico
Hospital Geral do Grajaú (Grajaú)	2077671	São Paulo	Organização Social
HMME Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (Mario Moraes)	2079186	São Paulo	Administração Direta Municipal
Irmandade da Santa Casa Misericórdia de São Paulo (Santa Casa SP)	2688689	São Paulo	Filantrópico
Centro Hospitalar Municipal de Santo André (Santo André)	0008923	Santo André	Administração Direta Municipal
Hospital Estadual Mario Covas de Santo André (Mario Covas)	2080273	Santo André	Organização Social
HMU -Fundação do ABC- FUAC (HMU)	2027356	São Bernardo do Campo	Administração Direta Municipal
Hospital de Ensino Padre Anchieta (HE)	2025361	São Bernardo do Campo	Administração Direta Municipal
PS Central Ver. J Tudo Azul Ginez Ramble (PS J Ramble)	2069776	São Bernardo do Campo	Administração Direta Municipal
Hospital das Clínicas e CAISM (UNICAMP)	2079798	Campinas	Autarquia Estadual
Centro Hematológico Dr. A Boldrini (Boldrini)	2081482	Campinas	Filantrópico
Hospital Municipal Celso Pierro - PUC Campinas (HM Celso Pierro)	2082128	Campinas	Filantrópico
Hospital Municipal Dr. Mario Gatti (Mario Gatti)	2081490	Campinas	Autarquia Municipal
Hospital Estadual Guilherme Álvaro (Guilherme Álvaro)	2079720	Santos	Administração Direta Estadual
Irmandade Santa Casa de Santos (Santa Casa Santos)	2025752	Santos	Filantrópico

Relação dos Hospitais de Ensino Certificados no Estado de São Paulo – 2012			
Hospital	CNES	Localização	Entidade Administrativa
Hospital Padre Albino/Fundação Padre Albino (Padre Albino)	2089327	Catanduva	Filantrópico
Hospital Emilio Carlos / Fundação Padre Albino (Emilio Carlos)	2089335	Catanduva	Filantrópico
Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CH Sorocaba)	2081695	Sorocaba	Administração Direta Estadual
Hospital Santa Lucinda - PUC Sorocaba (Santa Lucinda)	2765942	Sorocaba	Filantrópico
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - FMRP/USP (FAEPA)	2082187	Ribeirão Preto	Autarquia Estadual
Irmandade Santa Casa de Ribeirão Preto (Santa Casa Ribeirão Preto)	2084414	Ribeirão Preto	Filantrópico
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP (Centrinho)	2790564	Bauru	Autarquia Estadual
Hospital Estadual de Bauru (Bauru)	2790602	Bauru	Organização Social
Hospital das Clínicas de Marília (FAMEMA)	2025507	Marília	Filantrópico
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP)	2748223	Botucatu	Autarquia Estadual
Hospital de Base de São José do Rio Preto (FUNFARME)	2077396	S J Rio Preto	Filantrópico
Fundação Pio XII - Hospital do Câncer de Barretos (PIO XII)	2090236	Barretos	Filantrópico
Hospital Amaral Carvalho (Amaral Carvalho)	2083086	Jaú	Filantrópico
Hospital Universitário São Francisco de Assis (Bragança Paulista)	2704900	Bragança Paulista	Filantrópico
Hospital Estadual de Sumaré (Sumaré)	2083981	Sumaré	Organização Social
Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (Vicente de Paulo)	2786435	Jundiaí	Filantrópico
Hospital Regional de Presidente Prudente Domingos Leonardo Ceravolo (HRPP)	2755130	Presidente Prudente	Organização Social
Hospital Escola da Universidade de Taubaté (UNITAU)	2749319	Taubaté	Filantrópico
Irmandade Santa Casa de Fernandópolis (Santa Casa Fernandópolis)	2093324	Fernandópolis	Filantrópico
Santa casa de Araraquara (Santa Casa Araraquara)	2082527	Araraquara	Filantrópico
Irmandade da Santa Casa de Limeira (Santa Casa Limeira)	2081458	Limeira	Filantrópico

Fonte: Autoria própria

Os conceitos e critérios para estratificação da amostra segundo entidades administrativas serão retomados adiante, quando do detalhamento dos grupos de estudo.

6.2.2 Critérios de Exclusão

Buscando maior uniformização da amostra, foram aplicados três critérios de exclusão, abaixo descritos.

O primeiro critério de exclusão aplicado foi o de exclusão dos **hospitais filantrópicos**. Tal critério eliminou da amostra inicial de hospitais de ensino credenciados ao SAHE todos os hospitais filantrópicos, mantendo apenas os hospitais públicos (estatais e paraestatais).

Os hospitais filantrópicos são organizações de personalidade jurídica privada, sem fins lucrativos, de propriedade de terceiros, credenciadas como filantrópicas pelo Ministério da Saúde e obrigadas por lei a prestar pelo menos sessenta por cento de atendimentos ao SUS e oferecer serviços em gratuidade (BRASIL, 2009). Apesar de serem organizações sem fins lucrativos, os hospitais filantrópicos atuam como hospitais privados dentro das regras de mercado. O presente estudo visa avaliar desempenho exclusivamente em hospitais públicos de ensino, cuja propriedade seja exclusiva ou predominante do Estado, sendo exigida a exclusão dos hospitais filantrópicos para manutenção do rigor metodológico. Ademais, a estrutura administrativa, os processos de aquisições de insumos e equipamentos e a forma de contratação de pessoal, bem como diversas outras características estruturais dos hospitais filantrópicos, são mais afeitas às organizações privadas, podendo a disparidade entre os grupos de uma amostra que contemplasse tanto hospitais públicos quanto filantrópicos inviabilizar qualquer tentativa de comparação e de interpretação de eventuais diferenças encontradas.

Foram assim excluídos os 22 hospitais filantrópicos, reduzindo-se a amostra inicial que contava com 44 hospitais para 22 hospitais.

O segundo critério de exclusão, relacionado ao perfil hospitalar, envolveu a **exclusão dos hospitais especializados**. Os hospitais de ensino especializados, a exemplo do Hospital de

Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru ou do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, apresentam características particulares como perfil da população atendida, demanda por consultas e exames especializados, tempo de tratamento, média de permanência, taxas de infecção hospitalar, bem como especificidades nos cursos de especializações e produções científicas. Tais particularidades fazem com que seus indicadores sejam comparáveis somente entre organizações hospitalares com o mesmo perfil. Dessa forma, foram mantidos no estudo apenas hospitais gerais, sendo por essa nomenclatura entendidos aqueles hospitais destinados a prestar assistência sanitária minimamente a doentes nas quatro especialidades básicas, quais sejam: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Clínica Gineco-obstétrica (BRASIL, 1985).

Com a aplicação do critério de exclusão de hospitais especializados, foram excluídos mais 04 hospitais da amostra: Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese (IDPC), Instituto do Coração (INCOR/HCFMUSP), Instituto de Infectologia Emílio Ribas (Emílio Ribas), Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho). A amostra remanescente passou a contar com 18 hospitais.

Uma importante variável confundidora na interpretação de possíveis diferenças de desempenho entre os hospitais é a fonte de financiamento. Somente uma mesma regularidade na disponibilização dos recursos e a submissão aos mesmos critérios definidores do montante a ser recebido garantem uma amostra de hospitais uniforme o suficiente para minimizar tal viés. Tratando-se de hospitais públicos, o padrão de regras de financiamento é determinado pela esfera governamental a qual a unidade está vinculada: Federal, Estadual e Municipal. Diante do exposto, a uniformidade pretendida somente poderia ser garantida com a escolha de unidades de uma mesma esfera governamental. Dos 18 hospitais remanescentes na amostra, 12 hospitais são da esfera Estadual, 06 da esfera Municipal e não havia hospitais da esfera Federal. O terceiro critério de exclusão, portanto, tentando-se preservar o maior número possível de hospitais na amostra, consistiu na **exclusão dos hospitais da esfera de governo Municipal**, passando a amostra remanescente a contar com 12 hospitais de ensino vinculados ao Governo do Estado de São Paulo (Quadro 3).

Quadro 3 – Hospitais de ensino remanescentes na amostra após aplicação dos três critérios de exclusão.

Hospital de Ensino vinculados a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo	CNES
Hospital das Clínicas da FMUSP (HC/FMUSP)	2078015
Hospital Universitário da USP (HU-USP)	2076926
Hospital Geral do Grajaú (H. de Grajaú)	2077671
Hospital Estadual Mario Covas de Santo André (H. Mario Covas)	2080273
Hospital das Clínicas da UNICAMP	2079798
Hospital Estadual Guilherme Álvaro (H. Guilherme Álvaro)	2079720
Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CH Sorocaba)	2081695
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - FMRP/USP (FAEPA)	2082187
Hospital Estadual de Bauru (H. de Bauru)	2790602
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP)	2748223
Hospital Estadual de Sumaré (H. de Sumaré)	2083981
Hospital Regional de Presidente Prudente Domingos Leonardo Ceravolo (HRPP)	2755130
Total de hospitais	12

Três dos 12 hospitais da amostra remanescente tiveram adesão ao SAHE posterior a 2008, não estando seus indicadores disponíveis no banco de dados do sistema para todo o período compreendido pelo estudo (2008 a 2012). A amostra final do estudo, portanto, compreende 09 hospitais entre os 12 acima enumerados. Não serão especificados os 03 três hospitais excluídos por indisponibilidade de dados, nem serão apresentadas especificações adicionais dos hospitais participantes do estudo com o intuito de preservação da identidade das unidades, que a partir de agora passarão a ser chamadas exclusivamente pelas siglas H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8 e H9, conforme associação a ser explicitada adiante.

A Tabela 2 abaixo resume o processo de seleção da amostra.

Tabela 2 – Processo de seleção da amostra de hospitais de ensino estudados.

Hospitais Certificados (amostra inicial)	44
Hospitais Filantrópicos (excluídos)	22
Hospitais Especializados (excluídos)	04
Hospitais vinculados à gestão Municipal (excluídos)	06
Hospitais de Ensino Selecionados	12
Dados indisponíveis	03
AMOSTRA FINAL	09

6.3 ESTRATIFICAÇÃO DA AMOSTRA

Após seleção da amostra baseada nos critérios de inclusão e exclusão descritos, procedeu-se sua estratificação.

Os 09 Hospitais de Ensino selecionados foram estratificados de acordo com a sua estrutura administrativa por aplicação da tipologia das Entidades Administrativas Públicas (Capítulo III), ou seja, nas definições dadas às entidades públicas pelo Decreto-lei 200 de 25 de fevereiro de 1967 (BRASIL, 1967), que regulamenta a Administração Direta e a Administração Indireta e pelas Leis Federais de nº 9.637, de 15 de maio de 1998 e de nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que criaram os novos arranjos institucionais para a prestação de serviços pelo Estado, respectivamente as Organizações Sociais e a Parceria Público-privada.

Em cada momento histórico, o Estado incorpora por meio de seus atores políticos as nuances ideológicas e as novas abordagens teóricas presentes na sociedade, especialmente quando se trata de um Estado democrático. Essas inovações incorporadas são refletidas nas mudanças na legislatura e nas políticas públicas de modo que a administração pública brasileira é caracterizada pelo exercício das suas funções dentro daquilo que é permitido em lei (COSTIN, 2010). Partindo dessa premissa, a opção foi de fundamentar a classificação das estruturas administrativas deste trabalho em um marco regulatório-legal nacional, ante a fundamentá-la em um referencial teórico internacionalmente chancelado. Objetivou-se com isso garantir maior aderência das estruturas identificadas no estudo com o mundo empírico da administração pública brasileira, ao mesmo tempo em que se desfrutou da sincronia com as conceituações teóricas implícitas nas leis.

Adaptações de nomenclatura, entretanto, podem ser necessárias para uma perfeita equivalência da classificação baseada em um marco regulatório-legal com classificações baseadas exclusivamente em abordagens teóricas. Mudanças legais posteriores a publicação deste trabalho, nuances de tipos híbridos ou mesmo estruturas administrativas de surgimento recente podem, também, tornar a categorização assumida ultrapassada.

As Entidades Administrativas Públicas possíveis, para fins deste trabalho, foram os seguintes: 1) Administração Direta; 2) Autarquia; 3) Fundação; 4) Empresa Pública; 5) Organização Social; e 6) Parceria Público-privada.

A tabela abaixo (**Tabela 3**) resume o processo de estratificação da amostra.

Tabela 3 – Processo de estratificação da amostra por tipos de entidades administrativas públicas.

AMOSTRA FINAL	09
Administração Direta	02
Autarquia	03
Fundação	00
Empresa Pública	00
Organização Social	04
Parceria Público-privada	00

Não foram encontrados: a) hospitais de ensino do tipo Fundação; b) hospitais de ensino do tipo Empresa Pública; nem c) hospitais de ensino sob a modalidade de Parcerias Público-privadas.

Com relação ao modelo de gestão fundacional, merece destaque neste momento breve detalhamento. Conforme anteriormente mencionado, conceitua-se Fundação como uma entidade administrativa pública dotada de personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, assim como a Autarquia, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades integrantes da máquina estatal, atividades essas escolhidas pelo próprio poder público (BRASIL, 1967; COSTIN, 2010). Há no grupo de hospitais estudado aqueles que têm suporte de fundações para contratação de recursos humanos ou complementação da remuneração desses, bem como para a prestação de serviços em atividades-meio, como Nutrição e Dietética, Higienização, Segurança, entre outras. As fundações são nesses casos denominadas Fundações de Apoio. Não há no grupo estudado, entretanto, hospitais que possam ser classificados como entidade administrativa fundacional, de acordo com

os critérios adotados neste trabalho, e que tenham autorização legal para exercício de toda a administração do hospital.

6.3.1 Os grupos de estudo

Foram assim definidos três grupos de estudo: 1) Hospitais da Administração Direta; 2) Hospitais da Administração Indireta sob a modalidade de Autarquia, doravante denominado simplesmente Autarquia; e 3) Hospitais sob a modalidade de Organizações Sociais, doravante denominados simplesmente Organizações Sociais.

A **Administração Direta** é constituída pelos serviços integrados à estrutura administrativa da Presidência da República, das unidades da federação e dos Ministérios (BRASIL, 1967). Os hospitais da Administração Direta, portanto, são geridos diretamente pelo Ministério da Saúde, pelas secretarias estaduais de saúde ou pelas secretarias municipais. Em consonância com os critérios de inclusão e exclusão, no grupo em estudo havia apenas hospitais da Administração Direta Estadual, não havendo hospitais da Administração Direta Federal, nem hospitais da Administração Direta das Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica).

O grupo de hospitais da Administração Direta, Grupo ADD, foi composto por 02 hospitais, representados pelas siglas H1 e H2.

Autarquia trata-se de serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada (Brasil, 1967). Em consonância com os critérios de inclusão e exclusão, no grupo em estudo havia apenas Autarquias Estaduais, não havendo Autarquias Federais nem Municipais.

O grupo das Autarquias, Grupo AUT, foi composto por 03 hospitais, representados pelas siglas H3, H4 e H5.

As **Organizações Sociais** são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico,

à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, qualificadas como organizações sociais pelo poder público mediante atendimento de requisitos específicos definidos em lei (BRASIL, 1998).

O grupo das Organizações Sociais, Grupo OSS, foi composto por 04 hospitais, representados pelas siglas H6, H7, H8 e H9.

A tabela-resumo a seguir (**Tabela 4**) apresenta a associação entre entidades administrativas, grupos de estudo e hospitais utilizada na análise e apresentação dos resultados deste trabalho.

Tabela 4 – Tabela-resumo das entidades administrativas, grupos de estudo e hospitais estudados na amostra.

Modelo de Gestão	Grupo de Estudo	Hospitais Estudados
Administração Direta	Grupo ADD	H1 H2
Autarquia	Grupo AUT	H3 H4 H5
Organizações Sociais	Grupo OSS	H6 H7 H8 H9

6.4 DEFINIÇÃO DA *PROXI* DE DESEMPENHO

6.4.1 Os indicadores

Múltiplas são as dimensões do desempenho hospitalar possíveis de serem avaliadas. Satisfação do usuário, resolutividade das demandas de saúde da população, produção assistencial, produtividade assistencial, qualidade dos cuidados, impacto sobre os indicadores sociais gerais,

cumprimento dos princípios constitucionais, entre outras. Maiores são as possibilidades quando as dimensões ensino e pesquisa são somadas as funções hospitalares, no caso dos hospitais de ensino. Algumas dimensões apresentam-se de forma mais objetiva, sendo quantificáveis, outras apresentam elevado grau de subjetividade e complexidade que dificultam a aferição. Destarte, delimitar o escopo da avaliação, sintonizando as conceituações teóricas com os objetivos do trabalho, é pré-requisito para a exequibilidade de qualquer análise de desempenho hospitalar (DONABEDIAN, 1985). Para os fins deste trabalho, é o desempenho sob a ótica gerencial que será estudado. Isso implica escolha de indicadores quantitativos que reflitam produção, produtividade e qualidade da Assistência, de Ensino e de Pesquisa. Tal escolha, ao tempo em que representa limitação da realidade estudada, visa garantir rigor metodológico à análise aqui empreendida (BITTAR, 2004).

Existe uma grande variação na conceituação dos termos utilizados para designação de situações comuns aos hospitais, como internação hospitalar, alta, óbito institucional entre outros. Isso leva a uma não uniformização da nomenclatura usada nos censos hospitalares e outros sistemas de coleta regular de dados (BITTAR, 1996; BRASIL, 2002). A dificuldade na padronização dos registros hospitalares dificulta o trabalho de pesquisa, tanto na etapa de formulação dos estudos quanto na fase de interpretação das informações geradas, sobretudo quando se tratam de estudos comparativos entre os diversos serviços existentes no País, como o pretendido neste trabalho (DONABEDIAN, 1995; BITTAR, 2004).

Buscando minimizar os problemas supracitados, os termos e os indicadores utilizados neste estudo seguem a padronização do manual técnico do Ministério da Saúde intitulado Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar (BRASIL, 2002), que é também a referência adotada pelo SAHE. O manual foi criado e implementado a partir de portaria ministerial de 2002, portanto anterior ao início do funcionamento do SAHE, que entrou em vigor a partir 2005. Tal escolha garantiu uma uniformidade nas informações coletadas e na interpretação dos resultados.

Para operacionalização da avaliação do desempenho hospitalar, foram selecionadas três dimensões de análise, quais sejam: dimensão assistencial, dimensão de ensino e dimensão de pesquisa.

6.4.1.1 Dimensão Assistencial

A dimensão assistencial contempla as atividades dos hospitais relacionadas à prestação de serviços de saúde diretos à população. Os serviços médicos e multiprofissionais prestados dentro das dependências de um grande hospital, como os hospitais de ensino estudados, são diversos, podendo a dimensão assistencial ser subdividida de acordo com o regime de prestação dos serviços em três subdimensões: subdimensão de Internação, subdimensão Ambulatorial e subdimensão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Os indicadores utilizados neste estudo para avaliar a dimensão assistencial, separados por suas subdimensões, bem como suas definições de acordo com o manual técnico do Ministério da Saúde de Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar (BRASIL, 2002), são apresentados a seguir.

I) Subdimensão Internação

Todos os hospitais estudados são hospitais gerais capazes de prestar cuidados em saúde ao paciente em regime de internação. Identificadora do hospital na medida em que o diferencia das unidades de saúde ambulatoriais e dos centros de diagnóstico, a subdimensão de internação é de importância primaz para o desempenho assistencial na alta complexidade. Os indicadores selecionados buscaram apreendê-la nos termos de sua produção absoluta, da sua produtividade e também da qualidade.

Dessa forma, foram quatro os indicadores estudados na dimensão assistencial, subdimensão internação:

- Produção absoluta de internações: indicador de produção absoluta, representa os pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas. É contabilizado pelo registro das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). O termo admissão hospitalar é um termo equivalente em significado. Destaca-se que todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital devem ser

considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

- Taxa de Ocupação Hospitalar: indicador de produtividade, representa a relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período. Considera-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras. Os termos “taxa de ocupação hospitalar instalada” e “porcentagem de ocupação” são termos equivalentes em significado. É possível uma taxa de ocupação hospitalar superior a 100% caso o hospital faça uso constante de leitos extras.
- Média de Permanência Hospitalar: indicador de produtividade, representa a relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Essa fórmula é a usada para hospitais com internações de curta permanência. Para hospitais de longa permanência utiliza-se no numerador a somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito. Em ambos os casos, representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital. A duração média da internação é um termo equivalente em significado. Merece destaque aqui o fato de que recomendações especiais de registro das estatísticas hospitalares são dadas pelo SAHE para evitar que o cálculo de alguns indicadores, como a média de permanência, seja afetado pela forma de tratamento das transferências internas no censo hospitalar, especialmente de unidades que têm grande volume de pacientes transferidos, como é caso da UTI.
- Taxa de Infecção Hospitalar: apresentada sob a forma do indicador Taxa de Infecção em Cirurgias Limpas. Indicador de qualidade, ela é definida como sendo a relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelo paciente submetido à cirurgia limpa, durante sua permanência no hospital, em determinado período, e o número de pacientes saídos (altas e óbitos), no mesmo período. Por cirurgia limpa são entendidas aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas grosseiras, diferenciando-as das cirurgias potencialmente contaminadas, das contaminadas e das infectadas (BRASIL,

1992). Estando as cirurgias limpas, dessa forma, menos propensas ao desfecho negativo da infecção à parte qualquer particularidade do hospital, o indicador selecionado intenta evidenciar de forma mais direta a qualidade dos processos da internação.

II) Subdimensão Ambulatorial

Para a dimensão assistencial, subdimensão ambulatorial, foram estudados indicadores absolutos de produção e indicadores de produtividade.

Os indicadores absolutos de produção estudados foram:

- Produção absoluta de Consultas de Urgência/Emergência: todos os atendimentos médicos não programados realizados no setor de Urgências e Emergências do hospital.
- Produção absoluta de Consultas Especializadas: todos os atendimentos médicos programados realizados nos consultórios dos setores de ambulatórios do hospital.
- Produção absoluta de Procedimentos em Hospital-dia: todos os procedimentos realizados por profissional médico em unidade hospitalar onde os pacientes recebem cuidados de saúde de forma programada, permanecendo apenas durante o dia sob cuidados médicos e não requerendo estadia durante a noite.

O indicador de produtividade utilizado foi a Produtividade de consultas especializadas/sala/dia, que corresponde à relação entre a produção absoluta dos setores ambulatoriais o número de profissionais atuantes no mesmo setor, por sala, por dia de trabalho. A produtividade de consultas especializadas foi o indicador assumido como representativo da produtividade na subdimensão ambulatorial.

III) Subdimensão Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Para a dimensão assistencial, subdimensão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, também foram estudados indicadores absolutos de produção e indicadores de produtividade.

Os indicadores absolutos de produção correspondem a quantificações de exames de imagens, laboratoriais e endoscópicos, a procedimentos invasivos e a tratamentos específicos,

quais sejam: Patologia Clínica, Teste Ergométrico, Raio-X, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Hemodinâmica, Quimioterapia, Terapia Renal Substitutiva e Cirurgias em Centro Cirúrgico.

Os indicadores de produtividade (relação entre produção absoluta total do setor e número de profissionais atuantes nos setor) foram: Produtividade de exames de Tomografia Computadorizada e Produtividade de Cirurgias/sala/dia em Centro Cirúrgico). A produtividade de exames de Tomografia Computadorizada foi tomada para representar a produtividade no diagnóstico, enquanto a produtividade de cirurgias realizadas em Centro Cirúrgico foi adotada como representativa do comportamento da produtividade em terapêutica.

6.4.1.2 Dimensões Ensino e Pesquisa

Serão analisados apenas dados absolutos de produção das atividades de Ensino e Pesquisa. Informações de produtividade e qualitativas tais como quais são as linhas de pesquisa sendo executadas ou a qualificação dos programas de ensino e pesquisa não são coletadas, nem disponibilizadas pelo SAHE regularmente. O acompanhamento mais detalhado dessas informações já está a cargo do Ministério da Educação, de agências de fomento e das próprias universidades às quais estão ligados os hospitais. Estão indisponíveis no SAHE também dados relacionados aos cursos de Graduação em saúde, sendo apresentados apenas resultados relativos aos níveis de Pós-graduação e de Formação Técnica Multiprofissional em saúde.

Os dados de produção, entretanto, não são destituídos de importância. Estudantes e profissionais em treinamento e realizando pesquisa nos hospitais consomem insumos da assistência, alimentação e outros recursos (água, energia elétrica, etc.), contribuindo para elevar os custos dos hospitais de ensino, sobretudo se comparados como os hospitais que não desempenham essas funções; bem como podem elevar o risco de infecção hospitalar e de iatrogenia relacionados a uma assistência prestada por profissionais ainda em fase de treinamento (BITTAR & MAGALHÃES, 2010). Além disso, a quantificação pretendida do crescimento dos

programas de ensino e pesquisa ao longo do tempo pode auxiliar a mapear resultados que somente aparecem no longo prazo.

Foram estudados os seguintes indicadores absolutos de produção: 1) Número de alunos dos cursos técnicos, 2) Número de aprimorandos, 3) Produção absoluta de Artigos Científicos publicados (nacionais e internacionais), 4) Produção absoluta de Pesquisas (em andamento e concluídas) e 5) Produção absoluta de Teses e Dissertações publicadas.

Os dois primeiros indicadores estão relacionados às atividades de ensino. O indicador Número de alunos dos cursos técnicos busca apreender a dimensão do corpo discente do Nível Médio, enquanto o indicador Número de aprimorandos está voltado ao corpo discente do Nível Superior.

Os três demais indicadores estão relacionados à produção acadêmica dos hospitais de ensino, trazendo a produção absoluta de três produtos: artigos científicos, pesquisas e teses e dissertações.

6.4.2 Os agregados

Após categorizados por entidades administrativas, os hospitais não mais foram considerados individualmente, passando a fazer parte indissociável do grupo no qual foram inseridos.

Para efeito de comparação, os indicadores individuais dos hospitais de um mesmo grupo foram compilados e passaram a constituir um assim denominado Agregado de Grupo. Um total de 1170 indicadores inicialmente coletados (26 indicadores x 09 hospitais estudados x 5 anos de estudo) foi reduzido para um total de 390 indicadores agregados (26 indicadores x 3 grupos de hospitais x 5 anos de estudo).

A compilação dos indicadores absolutos de produção dos hospitais para constituir o agregado de produção de grupo ocorreu por somatória simples dos dados individualizados dos hospitais tabulados. A Quadro 4 apresenta todos os indicadores agregados de produção.

Quadro 4 – Indicadores agregados de produção

Indicadores agregados de produção		
Produção absoluta de internações – AIH	Produção absoluta de exames de Ultrassonografia	Produção absoluta de Cirurgias em Centro Cirúrgico
Produção absoluta de consultas de urgência/emergência	Produção absoluta de exames de Tomografia Computadorizada	Número de Alunos dos cursos técnicos
Produção absoluta de consultas especializadas	Produção absoluta de exames de Ressonância Magnética	Número de Aprimorandos
Produção absoluta de procedimentos Hospital-dia	Produção absoluta de exames de Endoscopia	Produção absoluta de Artigos (nacionais e internacionais)
Produção absoluta de exames de Patologia Clínica	Produção absoluta de procedimentos de Hemodinâmica	Produção absoluta de Pesquisas (concluídas e em andamento)
Produção absoluta de Teste Ergométrico	Produção absoluta de procedimentos Quimioterapia	Produção absoluta de Teses e Dissertações publicadas
Produção absoluta de exames de Raio-X	Produção absoluta de procedimentos Terapia Renal Substitutiva	

A compilação dos indicadores de produtividade por setor para constituir o agregado de grupo ocorreu por cálculo de média dos indicadores individuais dos hospitais do grupo. A Quadro 5 apresenta todos os indicadores agregados de produtividade.

Quadro 5 – Indicadores agregados de produtividade

Indicadores agregados de produtividade
Taxa de Ocupação Hospitalar
Média de Permanência Hospitalar
Produtividade de Consultas Especializadas
Produtividade de Cirurgias em Centro Cirúrgico
Produtividade de exames de Tomografia Computadorizada

A compilação dos indicadores de qualidade para constituir o agregado de grupo ocorreu por cálculo de média dos indicadores individuais dos hospitais do grupo. A Quadro 6 apresenta o indicador agregado de qualidade.

Quadro 6 – Indicador agregado de qualidade

Indicador agregado de qualidade
Taxa de Infecção Hospitalar

6.5 COLETA DE DADOS E CORTE TEMPORAL

Para a coleta dos indicadores definidos na *proxi* de desempenho relacionados à produção assistencial e às atividades de ensino e pesquisa foram utilizados os dados do SAHE dos anos de 2008 a 2012.

O corte temporal de 5 (cinco) anos foi escolhido por ser considerado tempo suficiente para que mudanças no padrão de desempenho façam repercutir-se nos indicadores.

A entrada de dados dos indicadores do SAHE é feita em sistema eletrônico pelos próprios hospitais de ensino credenciados, em planilhas mensais e anuais. As planilhas mensais são em número de dez, com fechamento no 25º dia do mês seguinte e as planilhas anuais são em número de 20, com fechamento em 31 de março do ano seguinte. Os indicadores padronizados têm sido atualizados periodicamente, incorporando novas dimensões de avaliação, porém um número mínimo deles, considerados essenciais na avaliação de desempenho, é comum e foi preservado desde o início do projeto em 2005. Somente indicadores de desempenho presentes desde o início do programa serão usados para construção da série histórica e para a análise comparativa dos hospitais.

Somente foram utilizadas as informações estatísticas constantes nas planilhas anuais do SAHE, com fechamento em 31 de março do ano seguinte aos cinco anos estudados. Não foram trabalhadas as informações disponíveis nas planilhas mensais por considerar-se que mudanças nas infraestruturas física e gerencial decorrentes da adesão ao programa não teriam repercussão nos indicadores de desempenho em períodos de tempo tão curtos quanto meses ou um único ano.

Todos os dados brutos e indicadores foram gentilmente cedidos pela Assessoria de Hospitais de Ensino do Gabinete da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

A amostra inicial de dados foi submetida ao método Gráfico de Box-plot para identificação de valores extremos (*outliers*) (MOROCO, 2003). Não foi detectada nenhuma situação em que um indicador hospitalar apresentasse um grande afastamento das aferições restantes do mesmo hospital, não tendo havido, portanto, exclusão de dados extremos por aplicação desse método.

Da amostra inicial de 1215 indicadores, 79 aferições (6,50%) não foram disponibilizadas ao SAHE pelos hospitais, todas elas de indicadores absolutos de produção. Com o intuito de não causar distorção na série histórica ao assumir essa aferição indisponível como zero; nem causar hiatos no gráfico de tendência ao assumir essa aferição como inexistente, efetuou-se um ajuste tomando esse dado como sendo: 1) a média aritmética entre o indicador do ano anterior e do ano posterior, se dado indisponível houver sido dos anos 2009, 2010 e 2011; ou 2) igual ao dado do ano posterior, se o indicador indisponível houver sido do ano de 2008; ou 3) igual ao dado do ano anterior, se o indicador indisponível houver sido do ano de 2012.

Os motivos da ausência dos dados podem ser apontados como sendo não transmissão de informações ao SAHE de um registro existente, por erros de alimentação diversos do sistema pelos hospitais; ou não transmissão de informações ao SAHE pela inexistência do registro, no caso em que os hospitais não disponibilizavam o serviço (exemplo hemodinâmica, terapia renal substitutiva, entre outros) no ano em questão. Por quaisquer dos motivos, caso o mesmo hospital não houvesse disponibilizado dados por 3 ou mais anos da série para um mesmo indicador de produção, o que torna inviável a aplicação dos critérios de ajuste anteriormente descritos, o mesmo foi excluído da análise para aquele determinado indicador. Isso foi feito transformando-se todas as suas aferições, de todos os anos, em zero, garantindo que não houvesse impacto nos resultados dos agregados.

As séries de indicadores de produtividade e qualidade foram disponibilizadas completas, não tendo sido necessários ajustes com base nos anos anteriores e posteriores, nem exclusões por indisponibilidade de dados.

6.6 ANÁLISE DE DADOS

Após padronização dos indicadores, estratificação da amostra e consolidação dos agregados, foram procedidos dois tipos de análises dos indicadores selecionados: 1) construção de série histórica e 2) análise comparativa.

6.5.1 Série histórica

Uma série histórica ou série temporal consiste numa sequência de dados obtidos em intervalos regulares de tempo durante um período específico (LATORRE & CARDOSO, 2001). O conjunto de dados da amostra foi obtido através de processos de contagem do total anual dos indicadores selecionados, durante o período de 2008 a 2012. Assim sendo:

$$Z_t \text{ (t=1,2,3,4,5)}$$

Onde: Z= Série histórica; t=1 .: 2008; t=2 .: 2009; t=3 .: 2010; t=4 .: 2011; t=5 .: 2012.

A construção das séries históricas foi conduzida para todos os 20 indicadores agregados absolutos de produção, dos três grupos de hospitais.

A amostra foi trabalhada e as séries históricas construídas no software Microsoft Excel® 2007 imputando-se as parametrizações e a estratificação anteriormente detalhadas. A análise foi feita utilizando-se os recursos de Tabela Dinâmica e Funções estatísticas do referido software. (LAPPONI, 2005).

A análise da série histórica visa primeiramente modelar o padrão de evolução dos indicadores para efetuar-se, em seguida, a descrição da tendência da série.

O padrão de evolução recebeu tratamento gráfico por meio da utilização do recurso de tabelas dinâmicas. O ano de 2008 foi tomado como ano-base para o desenho da curva. Desse modo, o valor absoluto do indicador agregado do grupo nesse ano passou ser a unidade de

referência (valor numérico unitário nas apresentações gráficas) e os valores absolutos do indicador agregado nos demais anos (2009, 2010, 2011 e 2012), foram calculados em função do valor do ano-base. Assim, sendo:

Se: Z_t ($t=1,2,3,4,5$) e

$$Z_1 = X_1, Z_2 = X_2, Z_3 = X_3, Z_4 = X_4, Z_5 = X_5$$

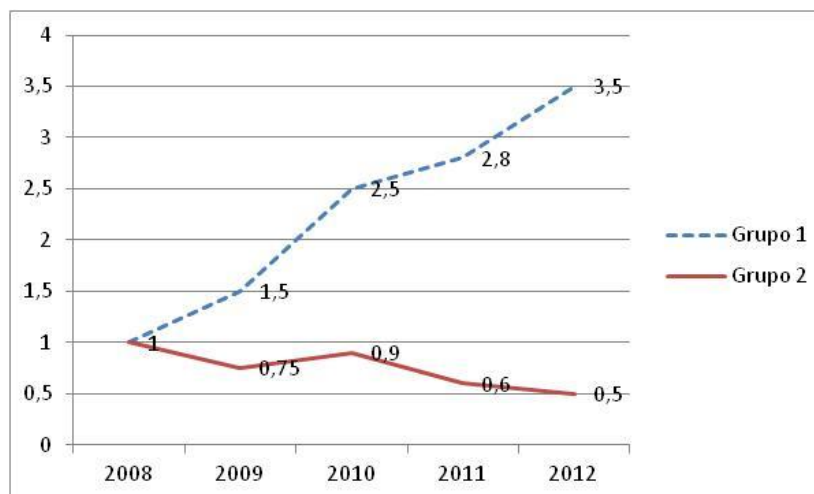
Então: $Z_t (X_1 / X_1, X_2 / X_1, X_3 / X_1, X_4 / X_1, X_5 / X_1)$

Como exemplo numérico meramente ilustrativo, tem-se que se os valores absolutos de um determinado indicador agregado, de um determinado grupo do estudo (Grupo 1) forem para 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, respectivamente, 10, 15, 25, 28 e 35, e os valores absolutos desse mesmo indicador agregado para um segundo grupo foram, respectivamente, 200, 150, 180, 120 e 100, tem-se:

Grupo 1	Grupo 2
$Z_{1(2008)} = 10/10 = 1$	$Z_{1(2008)} = 200/200 = 1$
$Z_{2(2009)} = 15/10 = 1,5$	$Z_{2(2009)} = 150/200 = 0,75$
$Z_{3(2010)} = 25/10 = 2,5$	$Z_{3(2010)} = 180/200 = 0,9$
$Z_{4(2011)} = 28/10 = 2,8$	$Z_{4(2011)} = 120/200 = 0,6$
$Z_{5(2012)} = 35/10 = 3,5$	$Z_{5(2012)} = 100/200 = 0,5$

Resultando numa série histórica com a seguinte trajetória ou apresentação gráfica **(Gráfico 1)**:

Gráfico 1 – Gráfico ilustrativo da modelagem do padrão de evolução da série histórica.



A modelagem do padrão de evolução das séries históricas tendo como referência um ano-base traz três grandes contribuições para a análise pretendida neste estudo. A primeira é que transforma o próprio grupo no seu parâmetro de comparação de evolução. A segunda é que permite colocar lado a lado grupos cujos valores absolutos dos indicadores têm magnitudes bem diferentes. A terceira é que traz a ideia intuitiva de variação percentual na comparação com um ano-base traduzido em valor numérico unitário. Essas contribuições poderão ser exploradas durante a fase de interpretação dos resultados.

Após modelado o padrão de evolução, procedeu-se a análise de tendência da série histórica.

As aferições pontuais dos anos da série histórica podem ser reduzidas para uma curva denominada linha de tendência ou análise de correlação. Para analisar a tendência, dois métodos estatísticos são os mais comumente utilizados: ajuste de uma função polinomial do tempo e análise do comportamento da série ao redor de um ponto, estimando a tendência naquele ponto (MORETTIN, 1985; DIGGLE, 1992 apud LATORRE & CARDOSO, 2001).

Tomando-se o tempo como variável independente e os valores das séries de indicadores como variável dependente, a análise baseada em uma função polinomial é a mais adequada

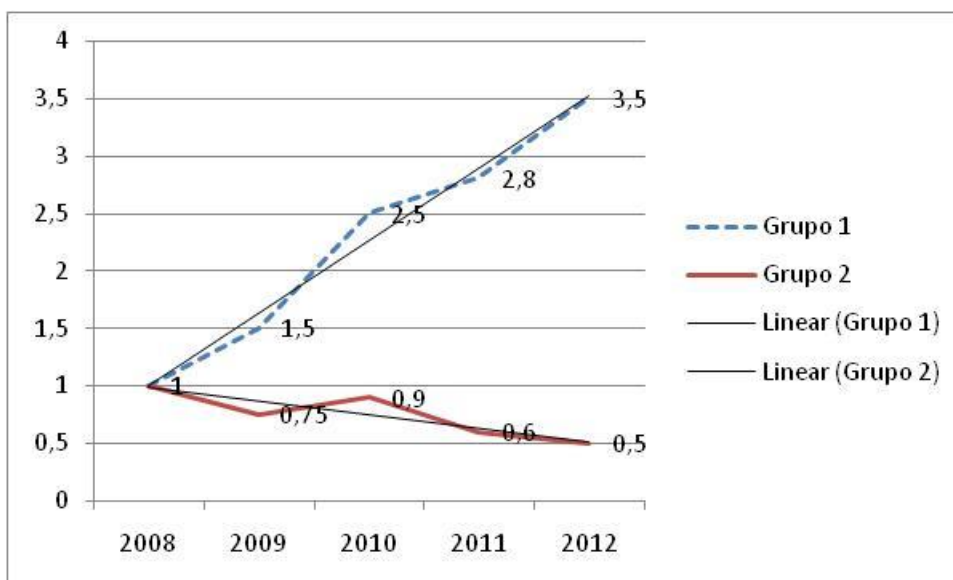
quando existe flutuação nos dados da variável dependente e um comportamento desconhecido (ou complexo) dela, como no caso da amostra em estudo (LATORRE & CARDOSO, 2001).

Sendo o objetivo da análise da série histórica do presente trabalho identificar o padrão de evolução dos indicadores ao longo do tempo – ascendente, descendente ou estacionário -, não sendo o foco da análise a intensidade da elevação, foi escolhida a função polinomial de grau um ou função linear, que reduz os dados da amostra a uma reta, como expressa a equação do indicador (y) em função do tempo (t) abaixo:

$$y = a t + b$$

Inserindo-se as linhas de tendências lineares no gráfico da série temporal ilustrativa acima relacionada (**Gráfico 2**), tem-se:

Gráfico 2 – Gráfico ilustrativo da série histórica com linhas de tendência lineares.



Os dados da amostra flutuam num padrão previamente desconhecido. Uma importante variável para descrever o quanto esses dados podem ser descritos como uma reta é o R-quadrado. R-quadrado é um número entre 0 e 1 que revela a precisão com que os valores estimados para a linha de tendência (ideal) correspondem aos dados da amostra real. (LAPPONI, 2005). Quanto

mais próximo de 1, mais precisa será a linha de tendência, ou seja, com mais precisão refletirá a função que expressa os dados reais da amostra. Para interpretação dos valores de R-quadrado, foi utilizado os seguintes parâmetros:

R- quadrado $< 0,40$: Baixo

R-quadrado = ou $> 0,40$: Alto

Um R-quadrado baixo significa que a amostra de dados flutuou, durante o período de 5 anos estudado, de tal forma que não foi possível reduzi-la a uma reta e identificar o seu padrão de evolução. Tal padrão de evolução foi denominado para fins deste trabalho como “não detectável”. Para os indicadores que apresentarem-se nessa situação, período de estudo superior a 5 anos seria necessário para que o padrão pudesse ser detectado.

Um R-quadrado alto significa que a amostra de dados pôde ser descrita por uma reta com nível de segurança satisfatório, sendo o padrão de evolução dos indicadores ao longo dos 5 anos estudados, portanto, detectável.

Análise estatística adicional foi empreendida para classificar os indicadores cujo padrão de evolução foi detectável em “ascendente”, “descendente” ou “estacionário”.

Retomando a função básica da regressão linear do indicador em estudo (y) em função do tempo (t), $y = a t + b$, observa-se que o coeficiente angular “ a ” indica a inclinação da reta que representa a linha de tendência dos dados em função do tempo. Três são os padrões possíveis de apresentação desse coeficiente:

Se $a > 0$, então a reta é ascendente em relação ao eixo x (tempo);

Se $a < 0$, então a reta é descendente em relação ao eixo x (tempo);

Se $a = 0$, então a reta é paralela em relação ao eixo x (tempo).

Tal descrição do comportamento do coeficiente “ a ” captura os objetivos do presente trabalho, sendo esse coeficiente a variável selecionada a ser analisada nas séries históricas para descrever o padrão de evolução dos indicadores estudados.

Procedeu-se teste estatístico de médias com o coeficiente “ a ” das retas que traduzem os indicadores de modo que, correlacionando-se com o sinal desse coeficiente, obteve-se o seguinte espectro de possibilidades para os padrões de evolução detectáveis:

Hipótese Nula: $p\text{-valor} > 0,05 \rightarrow$ Padrão Estacionário

Hipótese alternativa 1: $p\text{-valor} < 0,05$ e $a > 0 \rightarrow$ Padrão Ascendente.

Hipótese alternativa 2: $p\text{-valor} < 0,05$ e $a < 0 \rightarrow$ Padrão Descendente.

O coeficiente linear “ b ” aponta o ponto em que a variável independente (indicador em estudo) toca o eixo y ($t = 0$). Considerando não ser possível trabalhar com $t = 0$, sua interpretação não apresenta significado, não tendo, portanto, merecido trabalho adicional durante a análise.

A Quadro 7 abaixo resume as possibilidades de apresentação dos resultados da análise das séries históricas.

Quadro 7 – Quadro-resumo da relação entre R-quadrado, coeficiente de a e padrão de evolução do desempenho da amostra estudada.

R-quadrado	p-valor	Sinal do coeficiente a	Padrão de evolução
Baixo	Sempre maior que 0,05	Indiferente	Não detectável
Alto	Menor que 0,05	Positivo	Ascendente
Alto	Menor que 0,05	Negativo	Descendente
Alto	Maior que 0,05	Indiferente	Estacionário

6.6.2 Análise comparativa

A análise comparativa foi conduzida apenas para os cinco indicadores de produtividade (Média de permanência, Taxa de ocupação, Produtividade de consultas especializadas,

Produtividade de Tomografias Computadorizadas e Produtividade de cirurgias em Centro Cirúrgico) e para o indicador de qualidade (Taxa de infecção hospitalar). Esses indicadores correspondem a taxas cujos níveis são comparáveis entre hospitais desde que os hospitais apresentem o mesmo perfil e os indicadores sejam aferidos da mesma forma. Essas exigências foram atendidas nos critérios de inclusão e exclusão aplicados no processo de seleção amostral na medida em que todos os hospitais são hospitais gerais e os indicadores utilizados são aqueles padronizados pelo SAHE (vide tópicos Critério de inclusão, Critérios de exclusão e Definição da *proxi* de desempenho).

Se a série histórica permitiu enxergar a evolução do desempenho dos indicadores dos grupos de hospitais ao longo do tempo tendo cada grupo como sua própria referência a partir do ano-base, a análise comparativa permite comparar diferenças de desempenho de taxas de produtividade e de qualidade existentes entre eles durante os cinco anos de estudo.

Essa análise comparativa foi conduzida pela aplicação do Teste *t-student* para amostras independentes. Para cada indicador selecionado, o procedimento consistiu numa comparação de médias feita entre a média de um grupo de hospitais com a média dos dois outros grupos ao longo de todo o período estudado para detectar se essas médias são realmente diferentes ou a diferença deve-se meramente ao acaso.

Após garantida a homogeneidade da variância (variabilidade semelhante entre os grupos testados) pelo teste de Levene, a análise comparativa foi realizada utilizando-se o software estatístico STATA® – *Data Analysis and Statistical Software* -, versão 11.0.

A Quadro 8 resume os parâmetros da análise desenvolvida neste trabalho.

Quadro 8 – Resumo das dimensões e indicadores estudados e do modelo de análise

	Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Análise
Desempenho Hospitalar	Assistência	Internação	Produção absoluta de internações (produção)	Série temporal
			Taxa de Ocupação Hospitalar (produtividade)	Análise Comparativa
			Média de Permanência Hospitalar (produtividade)	Análise Comparativa
			Taxa de Infecção Hospitalar (qualidade)	Análise Comparativa
		Ambulatório	Produção absoluta de consultas especializadas (produção)	Série temporal
			Produção absoluta de consultas de urgência/emergência (produção)	Série temporal
			Produção absoluta de procedimentos em Hospital-dia (produção)	Série temporal
		Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Produtividade de consultas especializadas (produtividade)	Análise Comparativa
			Produção absoluta individualizada dos indicadores de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (produção)	Série temporal
	Produtividade de Cirurgias em Centro Cirúrgico (produtividade)		Análise Comparativa	
Ensino	Cursos técnicos (Nível Médio)	Produtividade de exames de Tomografia Computadorizada (produtividade)	Análise Comparativa	
	Pós-graduação (Nível Superior)	Número de alunos dos cursos técnicos (produção)	Série temporal	
Pesquisa	Publicações	Número de Aprimorandos (produção)	Série temporal	
		Produção absoluta de Artigos nacionais e internacionais publicados (produção)	Série temporal	
		Produção absoluta de Pesquisas concluídas e em andamento (produção)		
			Produção absoluta de Teses e Dissertações publicadas (produção)	

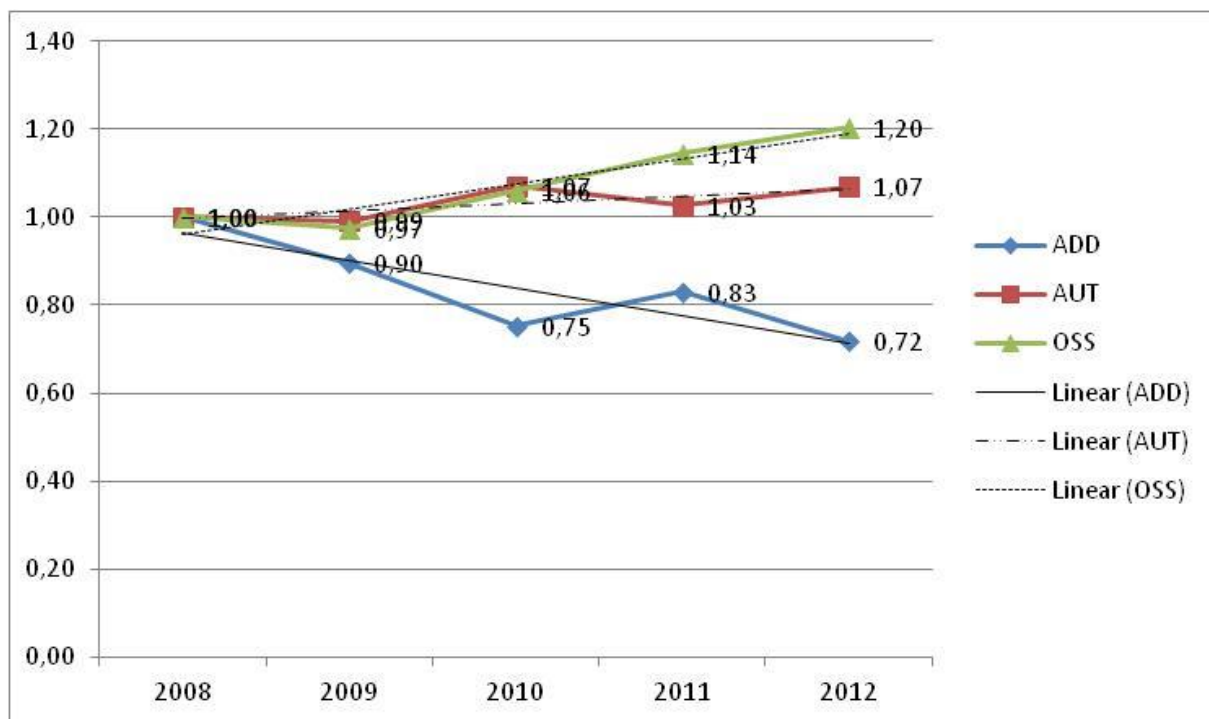
7 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos da análise dos dados fundamentada na construção das séries históricas dos 20 indicadores de produção e na análise comparativa dos 5 indicadores de produtividade e do indicador de qualidade. Tratando-se de um estudo de análise de performance, a apresentação dos resultados será sistematizada pelas dimensões de desempenho a serem avaliadas, quais sejam: dimensão Assistencial, nas subdimensões Internação, Ambulatorial e Apoio Diagnóstico e Terapêutico; dimensão Ensino e dimensão Pesquisa.

7.1 PRODUÇÃO E PRODUTIVIDADE NA INTERNAÇÃO

Importante indicador da atividade do setor de Internação de um hospital é a sua produção efetiva de pacientes internados, que se apresentou, durante o período estudado, entre os grupos Administração Direta, Autarquia e Organização Social, como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 – Série histórica da Produção Absoluta de Internação. SP, 2008 a 2012.



Conforme apresentado no Capítulo V – Procedimentos Metodológicos, o valor absoluto do indicador agregado dos grupos para o ano de 2008 foi transformado em base de cálculo para os anos seguintes, expresso no gráfico pelo valor unitário e criando uma linha de base que projeta a referência do ano inicial até 2012.

A série histórica analisada evidenciou uma elevação no número de pacientes internados entre as Organizações Sociais num percentual final de 20% em relação ao ano-base de 2008. Os resultados observados demonstram uma tendência crescente (p -valor < 0,05; $R^2 = 0,89$) no padrão de evolução da produção de internação desse grupo ao longo dos anos.

Ao final do mesmo período, o número de internações no grupo Autarquia elevou-se em 7% em relação ao ano-base. O padrão de evolução geral da série de dados, entretanto, foi estacionário ($R^2 = 0,53$), apontando para uma manutenção do desempenho na internação das autarquias ao longo dos anos de estudo.

Quanto ao grupo dos hospitais da Administração Direta, a despeito de também estarem inseridos em programa focado nos resultados cuja operacionalização está fundamentada no princípio da máxima eficiência, observou-se, ao final de 2012, que houve queda de 28% no número de internações em relação a 2008. Não somente um valor final mais baixo, o que se observou foi também uma curva de tendência descendente (p -valor $< 0,05$; $R^2 = 0,77$) para o desempenho na produção de internações durante o período.

A Quadro 9 resume os dados obtidos na análise para R-quadrado e p-valor, com seis casas de aproximação, bem como apresenta o padrão de evolução resultante para o indicador Produção absoluta de internações para os três grupos de hospitais.

Quadro 9 – Quadro-resumo da análise da série histórica da Produção absoluta de Internações. SP, 2008 a 2012.

	Administração Direta			Autarquia			OSS		
Indicador	R²	p-valor	Padrão	R²	p-valor	Padrão	R²	p-valor	Padrão
Internação*	0,771294	0,050065	Decrescente	0,523407	0,167133	Estacionário	0,892886	0,015386	Crescente

Além da avaliação da internação sob a ótica do volume de produção, dois indicadores foram utilizados para trazer informações comparativas sobre a produtividade de internação nos três grupos de hospitais: Média de Permanência Hospitalar e Taxa de Ocupação Hospitalar.

Como regra geral, médias de permanência menores estão associadas a uma maior produtividade ao denotarem internações mais curtas e uma maior resolutividade da equipe e dos processos assistenciais.

O grupo das Organizações Sociais apresentou, na comparação com o grupo da Administração Direta e o das Autarquias, menor média de permanência durante período estudado (p -valor $< 0,01$), conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – Análise comparativa da Média de Permanência Hospitalar: Organização Social (*Group 0*) versus Administração Direta e Autarquia (*Group 1*). SP, 2008 a 2012.

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	20	6.65815	.401433	1.795263	5.817941	7.498359
1	16	4.62875	.2523488	1.009395	4.090881	5.166619
combined	36	5.756194	.2996402	1.797841	5.147893	6.364496
diff		2.0294	.5031797		1.006816	3.051984
diff = mean(0) - mean(1)					t =	4.0332
Ho: diff = 0					degrees of freedom =	34
Ha: diff < 0		Ha: diff != 0		Ha: diff > 0		
Pr(T < t) = 0.9999		Pr(T > t) = 0.0003		Pr(T > t) = 0.0001		

A taxa de ocupação foi o segundo indicador de produtividade da Internação hospitalar analisado. Maiores taxas de ocupação, como regra geral, significam uso mais efetivo da capacidade instalada de leitos do hospital e, conseqüentemente, promoção de assistência para pacientes em número o mais próximo possível da sua capacidade máxima.

O grupo das Organizações Sociais apresentou, na comparação com o grupo da Administração Direta e o das Autarquias, maior taxa de ocupação durante período estudado (p-valor < 0,05), conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Análise comparativa da Taxa de Ocupação Hospitalar: Organização Social (*Group 0*) versus Administração Direta e Autarquia (*Group 1*). SP, 2008 a 2012.

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	20	74.824	2.017511	9.022582	70.6013	79.0467
1	16	81.33687	1.849588	7.398352	77.39457	85.27918
combined	36	77.71861	1.475948	8.855687	74.72228	80.71494
diff		-6.512874	2.799022		-12.20117	-.8245778
diff = mean(0) - mean(1)					t =	-2.3268
Ho: diff = 0					degrees of freedom =	34
Ha: diff < 0		Ha: diff != 0		Ha: diff > 0		
Pr(T < t) = 0.0130		Pr(T > t) = 0.0261		Pr(T > t) = 0.9870		

7.2 PRODUÇÃO E PRODUTIVIDADE AMBULATORIAL

A produção na subdimensão Ambulatorial foi representada pelos seguintes indicadores: 1) Produção absoluta de consultas de urgência/emergência, 2) Produção absoluta de consultas especializadas e 3) Produção absoluta de procedimentos em Hospital-dia.

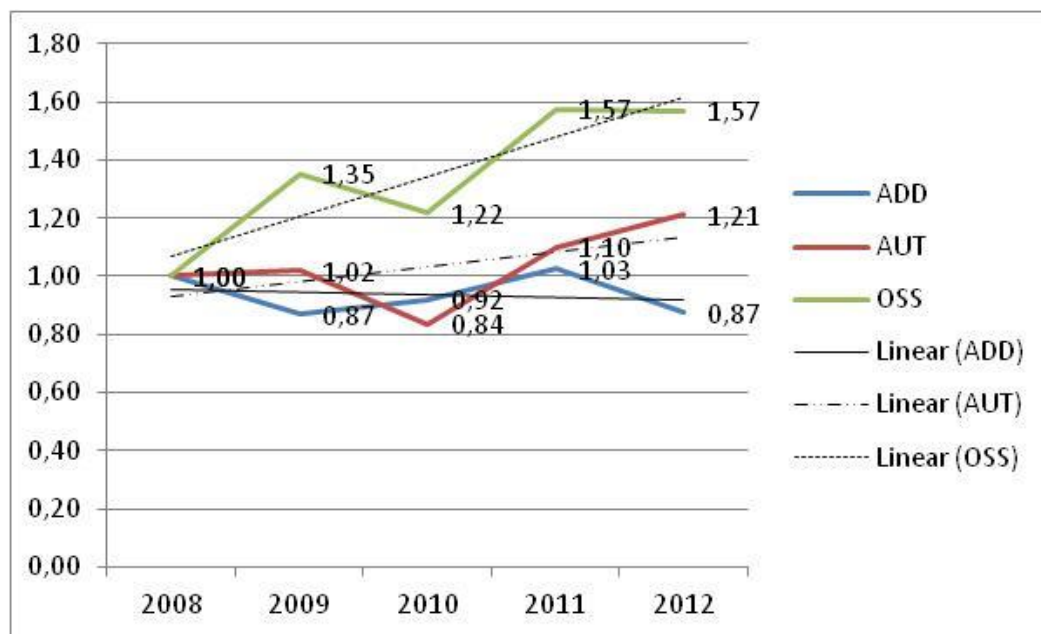
Para o grupo das Organizações Sociais, houve um padrão de evolução crescente (p-valor $< 0,05$; $R^2 = 0,78$) na Produção de consultas de urgência e emergência ao longo dos cinco anos de estudo, chegando, em 2012, a se observar uma produção cerca de 57% maior que a produção de 2008.

O desempenho no grupo das Autarquias oscilou até 2011 em torno da linha de base, com elevação maior na produção em 2012, quando chegou a 21% de aumento nos valores absolutos em relação a 2008. Devido a grande oscilação dos resultados em torno da linha de base não foi possível detectar padrão de evolução estatisticamente significativa ($R^2 = 0,33$), ou seja, não foi possível diferenciar estatisticamente, nos cinco anos de estudo, se a oscilação em torno da linha de base é devida ao acaso ou corresponde a um padrão estacionário de evolução do indicador.

Oscilação semelhante em torno da linha de base até 2011 ocorreu no grupo de hospitais da Administração Direta, tendo, porém, havido queda no ano de 2012 de 13% em relação a 2008. Assim como para o grupo das Autarquias, não foi possível detectar padrão de evolução do desempenho na Produção absoluta dos atendimentos de urgências/emergências ao longo dos anos ($R^2 = 0,04$).

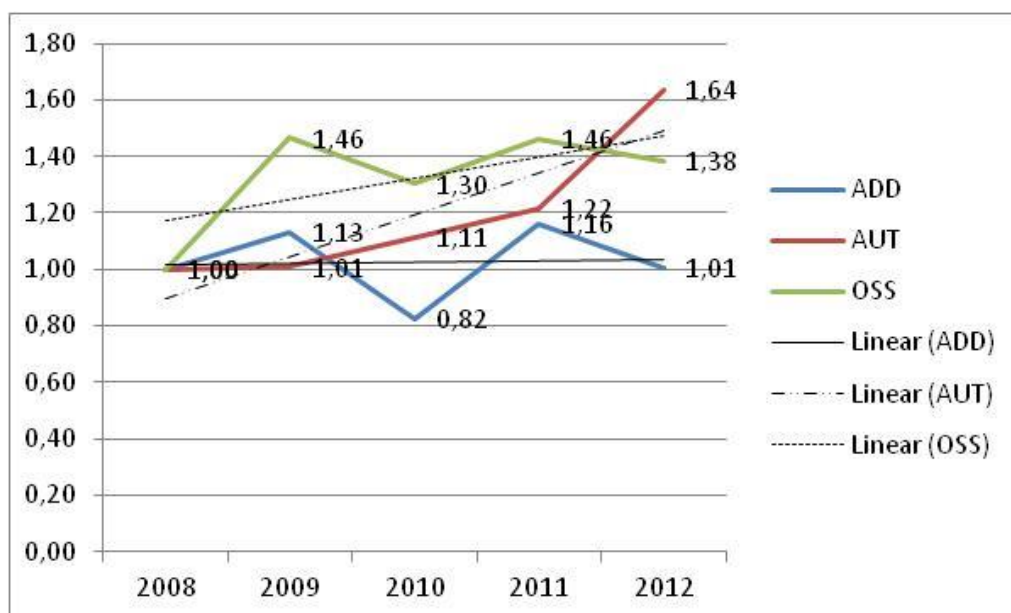
Os resultados da Produção absoluta de consultas de urgência/emergência são resumidos na apresentação gráfica das séries históricas dos grupos e na dedução das suas linhas de tendência do Gráfico 4.

Gráfico 4 – Série histórica da Produção absoluta de consultas de urgências/emergência. SP, 2008 a 2012.



Na análise das séries históricas dos grupos referentes à Produção absoluta de consultas especializadas, conforme descritas no Gráfico 5, observou-se um padrão de evolução crescente para as Autarquias (p-valor < 0,05; $R^2 = 0,80$).

Gráfico 5 – Série histórica da Produção absoluta de consultas especializadas. SP, 2008 a 2012.

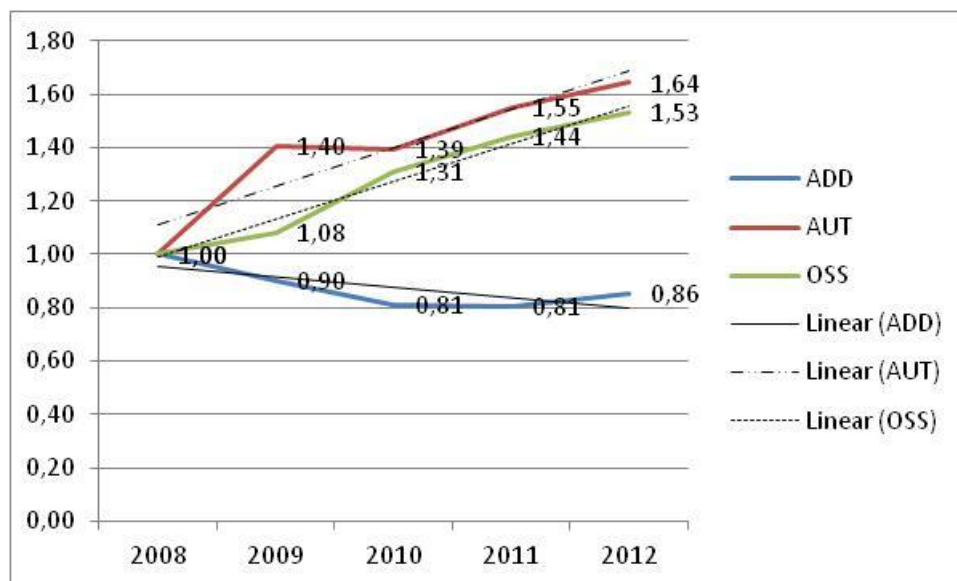


No caso do grupo das Organizações Sociais, a despeito da produção de consultas especializadas em 2012 ter sido 57% superior a de 2008, não foi possível detectar, para os cinco anos estudados, um padrão de evolução crescente estatisticamente significante. Dito de outra forma, a grande flutuação dos dados ($R^2 = 0,39$) da amostra não permitiu afirmar com segurança que as produções absolutas até 2012 tenham sido diferentes daquela produção de 2008.

Quanto aos hospitais da Administração Direta, a impressão visual trazida pelo gráfico de oscilação em torno da linha de base se traduz numa ausência de padrão estatístico de evolução detectável ($R^2 = 0,003$).

Na análise da Produção absoluta de procedimentos em Hospital-dia ao longo dos cinco anos do estudo, apresentada no Gráfico 6, o padrão de evolução estacionário ($R^2 = 0,58$) do grupo da Administração Direta confrontou-se claramente com o padrão de evolução crescente de desempenho do grupo das Organizações Sociais (p -valor $< 0,01$; $R^2 = 0,97$) e das Autarquias (p -valor $< 0,05$; $R^2 = 0,85$).

Gráfico 6 – Série histórica da Produção absoluta de procedimentos em Hospital-dia. SP, 2008 a 2012.



A Quadro 10 resume os dados obtidos na análise para R-quadrado e p-valor, com seis casas de aproximação, bem como apresenta o padrão de evolução resultante para os indicadores de produção absoluta Ambulatorial para os três grupos de hospitais.

Quadro 10 – Quadro-resumo da análise das séries históricas dos indicadores de produção absoluta Ambulatoriais.

Indicador	Administração Direta			Autarquia			OSS		
	R ²	p-valor	Padrão	R ²	p-valor	Padrão	R ²	p-valor	Padrão
C. Urg/Eme*	0,042840	0,738361	Não detectável	0,332347	0,308957	Não detectável	0,776990	0,048106	Crescente
C. Espec.**	0,002572	0,935460	Não detectável	0,797052	0,041462	Crescente	0,393575	0,257258	Não detectável
Hosp-dia***	0,585135	0,131875	Estacionário	0,849652	0,025958	Crescente	0,973951	0,001798	Crescente

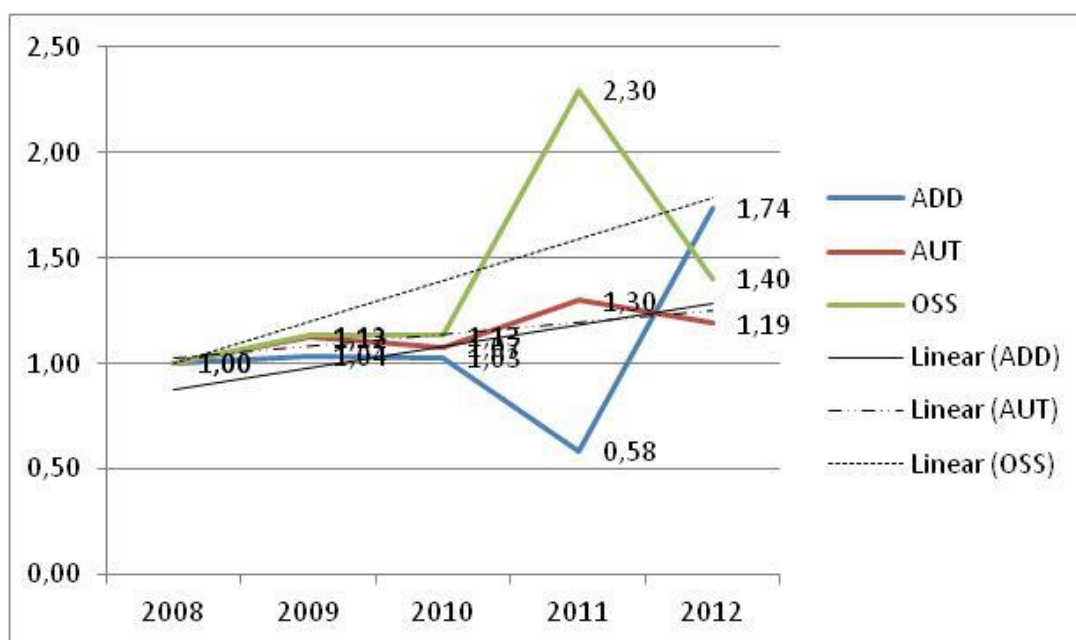
*C. Urg/Eme: Produção absoluta de Urgências e Emergências ** Produção absoluta de Consultas Especializadas *** Produção absoluta de Procedimentos em Hospital-dia.

A Produtividade do setor ambulatorial foi representada pelo indicador Produtividade de consultas especializadas. Quanto maior a Produtividade de consultas especializadas nos ambulatórios de um hospital, maior tende a ser a sua oferta geral de atendimentos, uma vez que o ambulatório é uma importante porta de entrada para os demais serviços; e maior tende a ser também a resolutividade da organização, pois boa parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos até a média complexidade, sem ser necessário o acesso do paciente à internação ou a procedimentos de alta complexidade.

O grupo das Organizações Sociais apresentou, na comparação com o grupo da Administração Direta e o das Autarquias, maior produtividade de consultas especializadas durante período estudado (p-valor < 0,01), conforme apresentado na Tabela 7.

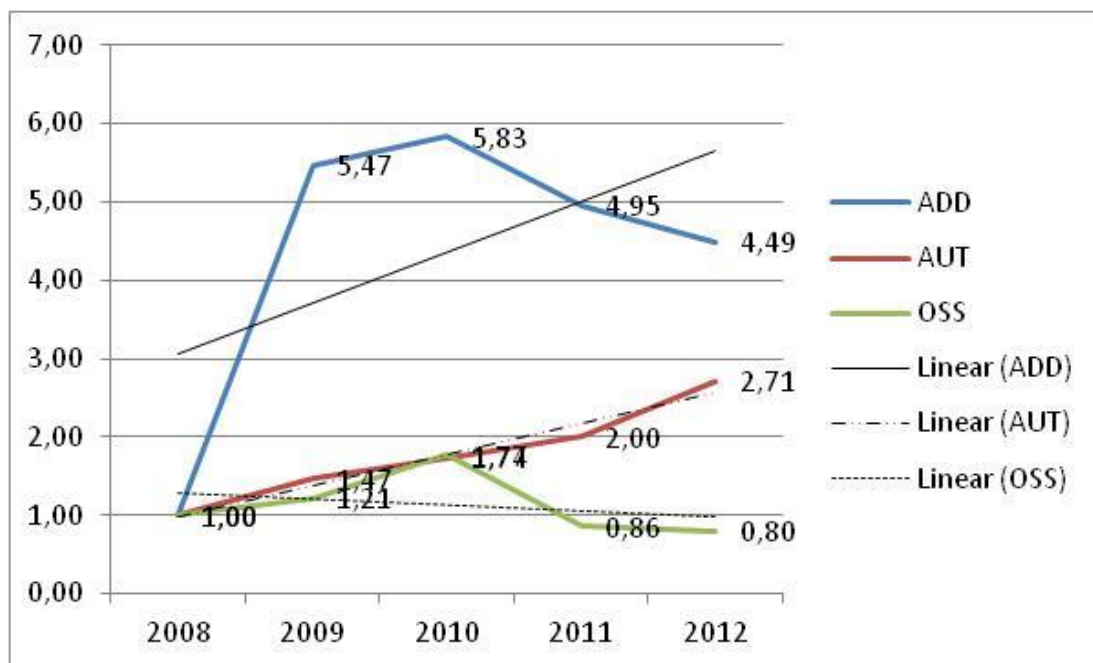
Grande oscilação foi observada nos resultados relativos à produção laboratorial para os hospitais da Administração Direta ($R^2 = 0,15$) e para as Organizações Sociais ($R^2 = 0,35$) durante o período estudado, não tendo sido possível detectar padrão de evolução estacionário, crescente ou decrescente estatisticamente significativo. As Autarquias por sua vez apresentaram padrão de evolução no desempenho estacionário ($R^2 = 0,59$). As curvas desse indicador são apresentadas para os três grupos no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Série histórica da Produção absoluta de exames de Patologia Clínica. SP, 2008 a 2012.



Na análise do desempenho na produção de exames gráficos, observou-se que o grupo de hospitais da Administração Direta apresentou em 2012 uma Produção absoluta de exames de Teste Ergométrico cerca de 4,5 vezes maior que a de 2008. Nenhum padrão de evolução estatisticamente significativo, entretanto, foi detectável ($R^2 = 0,20$) devido à oscilação dos dados. No grupo das Autarquias, a produção em 2012 foi 2,71 vezes superior à produção do ano-base e, nesse caso, a elevada produção final atesta um padrão de evolução ascendente da série de dados (p -valo $< 0,01$; $R^2 = 0,96$). No caso do grupo das Organizações Sociais, não foi possível detectar padrão de evolução significativo para a produção de testes ergométricos ($R^2 = 0,09$). O Gráfico 8 apresenta as séries históricas de Produção de Testes Ergométricos.

Gráfico 8 – Série histórica da Produção absoluta de Testes Ergométricos. SP, 2008 a 2012.



Na análise de desempenho da produção dos hospitais públicos de ensino no Setor de Bioimagem, foram estudados indicadores relacionados aos quatro principais tipos de exames: Raio-X, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética.

Para o grupo da Administração Direta, observou-se padrão de evolução crescente na Produção absoluta de Tomografias Computadorizadas (p-valor < 0,05; $R^2 = 0,84$) e Ressonância Magnética (p-valor < 0,10; $R^2 = 0,75$), padrão estacionário na produção de Ultrassonografias ($R^2 = 0,64$) e não foi possível detectar um padrão de evolução para a produção de Raio-X ($R^2 = 0,32$) devido a grande flutuação dos resultados nos cinco nos estudados.

As Autarquias também apresentaram padrão de evolução no desempenho da produção de Tomografias Computadorizadas crescente (p-valor < 0,05; $R^2 = 0,84$). Não houve alteração no padrão de desempenho, que permaneceu estacionário, na produção de Raio-X ($R^2 = 0,50$) e Ressonância Magnética ($R^2 = 0,62$). Não foi possível detectar padrão de evolução estatisticamente significativa ($R^2 = 0,38$) na produção de Ultrassonografias.

O grupo das Organizações Sociais apresentou padrão de evolução do desempenho crescente para todos os quatro indicadores de produção da Bioimagem: Raio-X (p-valor < 0,10; $R^2 = 0,68$), Ultrassonografia (p-valor < 0,10; $R^2 = 0,73$), Tomografia Computadorizada (p-valor < 0,01; $R^2 = 0,97$) e Ressonância Magnética (p-valor < 0,05; $R^2 = 0,87$). A produção de Tomografias Computadorizadas em 2012 chegou a ser 2 vezes superior a de 2008 e a produção de Ressonâncias Magnéticas, no mesmo ano, alcançou a proporção de quase 30 vezes a produção de 2008.

Os Gráficos 9, 10, 11 e 12 apresentam as séries históricas dos indicadores do Setor de Bioimagem dos grupos de hospitais de ensino estudados.

Gráfico 9 – Série histórica da Produção absoluta de Raio-X. SP, 2008 a 2012.

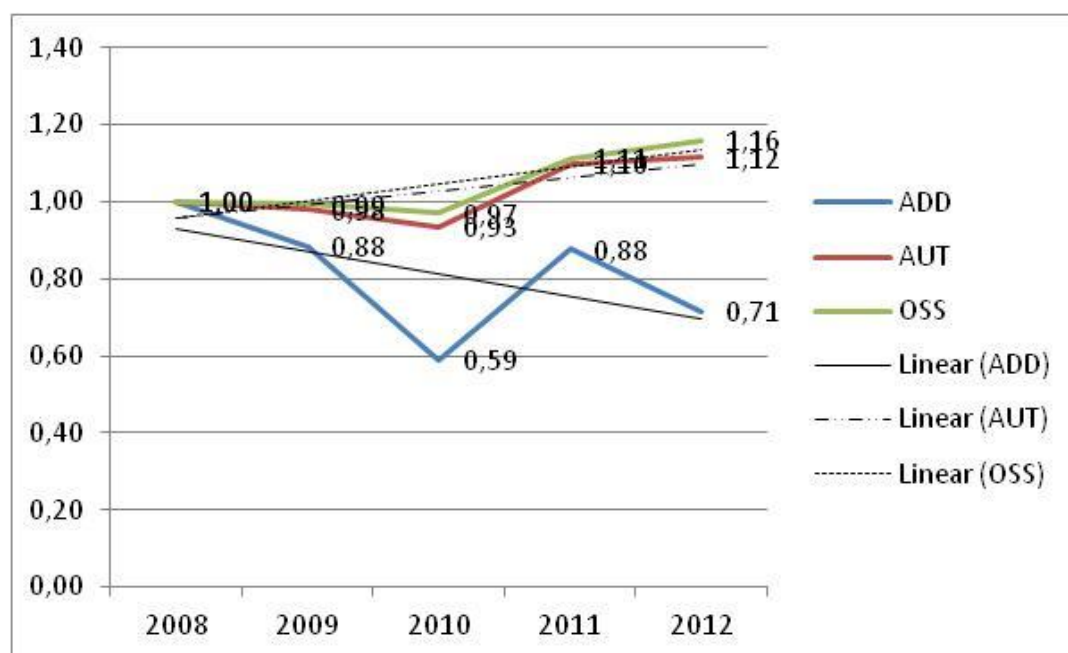


Gráfico 10 – Série histórica da Produção absoluta de Ultrassonografia. SP, 2008 a 2012.

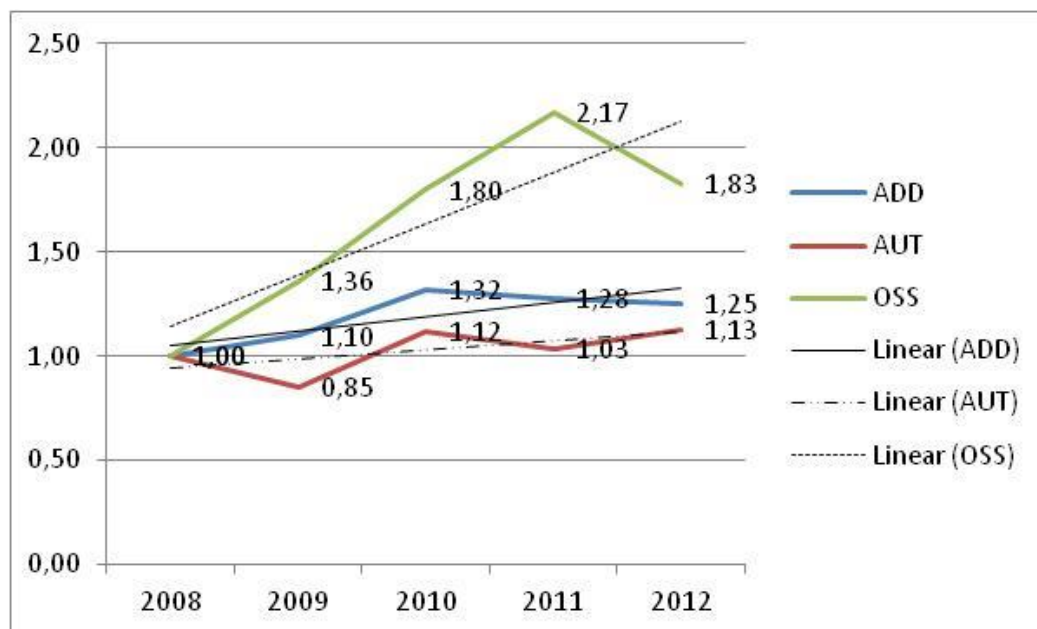


Gráfico 11 – Série histórica da Produção absoluta de Tomografia Computadorizada. SP, 2008 a 2012.

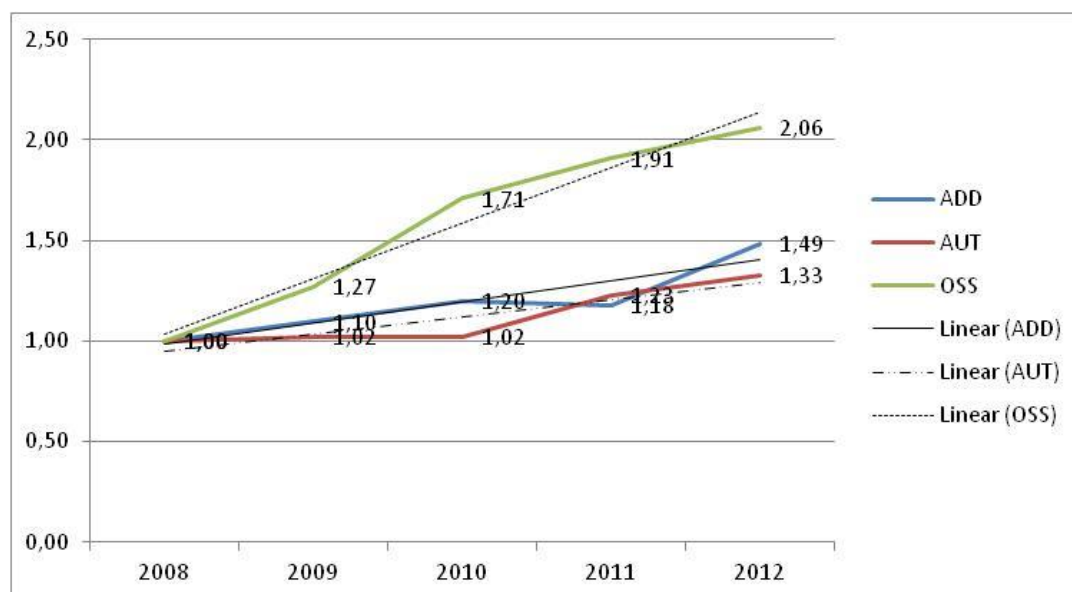
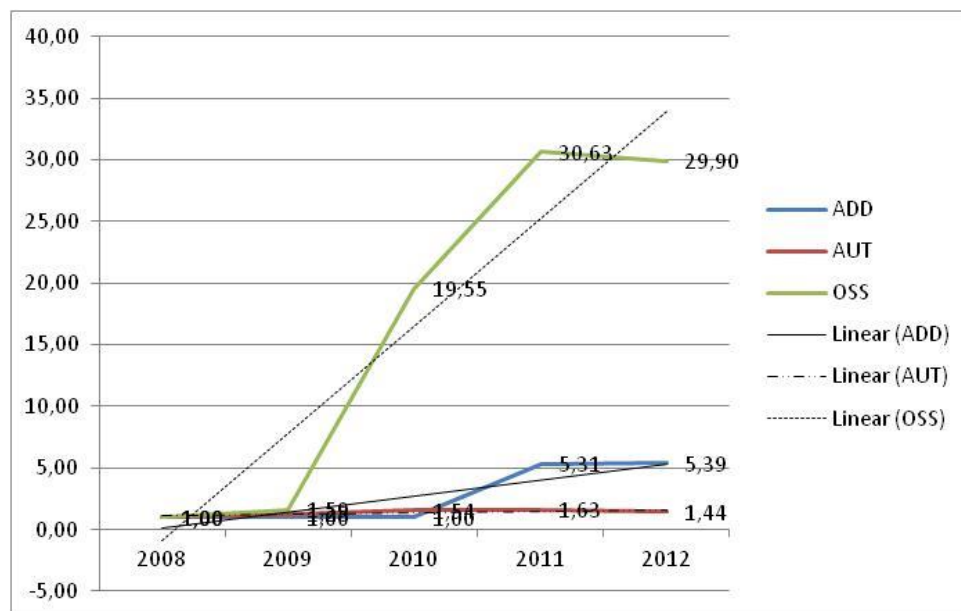


Gráfico 12 – Série histórica da Produção absoluta de Ressonância Magnética. SP, 2008 a 2012.



Dando seguimento aos resultados da subdimensão Apoio Diagnóstico e Terapêutico, dois indicadores relacionados a procedimentos que são simultaneamente diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias foram selecionados para estudo: Produção absoluta de Endoscopias e de procedimentos de Hemodinâmica. São procedimentos especializados, complexos, realizados por profissionais médicos em apoio aos cuidados de pacientes internados ou ambulatoriais. Suas séries históricas encontram-se apresentadas nos Gráficos 13 e 14.

Gráfico 13 – Série histórica da Produção absoluta de Endoscopia. SP, 2008 a 2012.

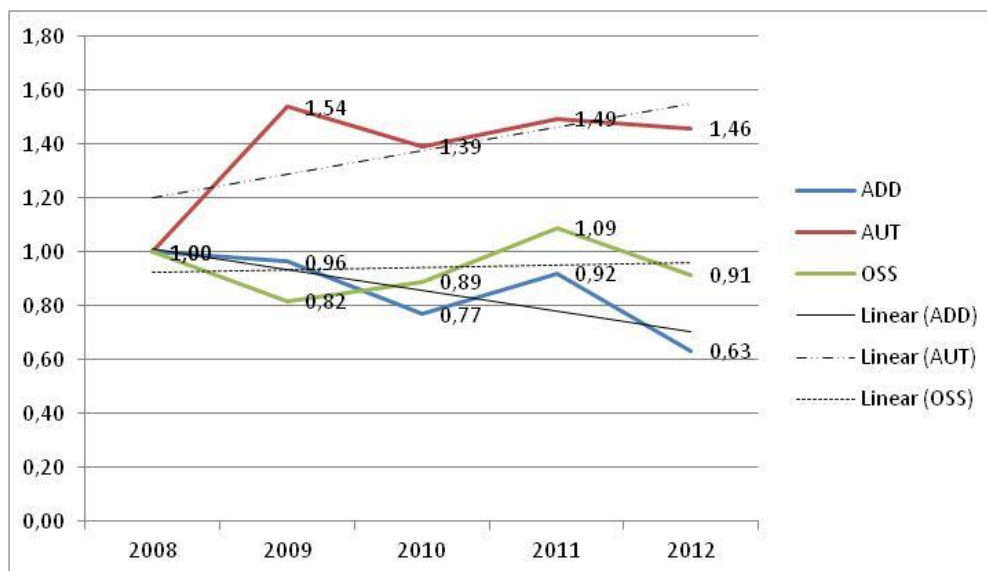
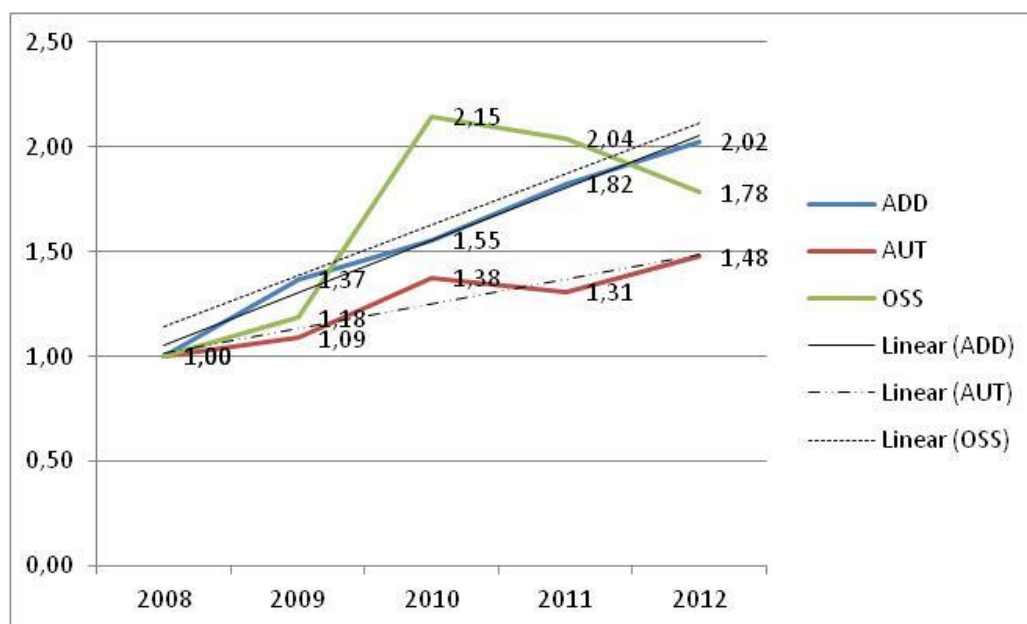


Gráfico 14 – Série histórica da Produção absoluta de Hemodinâmica. SP, 2008 a 2012.



O padrão de evolução no desempenho da produção de endoscopias foi estacionário para os hospitais da Administração Direta ($R^2 = 0,65$) e para as Autarquias ($R^2 = 0,40$). Não foi

possível detectar um padrão de evolução nos cinco anos estudados para as Organizações Sociais ($R^2 = 0,02$).

O padrão de evolução da Produção absoluta de Hemodinâmica dos hospitais da Administração Direta foi crescente (p -valor $< 0,01$; $R^2 = 0,99$), chegando em 2012 a aproximadamente o dobro da produção de 2008. Foi crescente também o padrão de evolução para esse indicador para as Autarquias (p -valor $< 0,05$; $R^2 = 0,86$), com aumento em 2012 de cerca de 50% em relação à produção inicial. Para as Organizações Sociais, não houve nem elevação nem decréscimo significativos no padrão de evolução da produção hemodinâmica, que permaneceu estacionária ($R^2 = 0,56$) ao longo dos cinco anos.

Prosseguindo a análise na direção dos procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico de ainda maior complexidade, apresentam-se os resultados da Produção absoluta de Cirurgias em Centro Cirúrgico, Quimioterapias e Terapia Renal Substitutiva, cujas séries históricas são apresentadas, respectivamente, pelos Gráficos 15, 16 e 17.

Gráfico 15 – Série histórica da Produção absoluta de Cirurgias em Centro Cirúrgico. SP, 2008 a 2012.

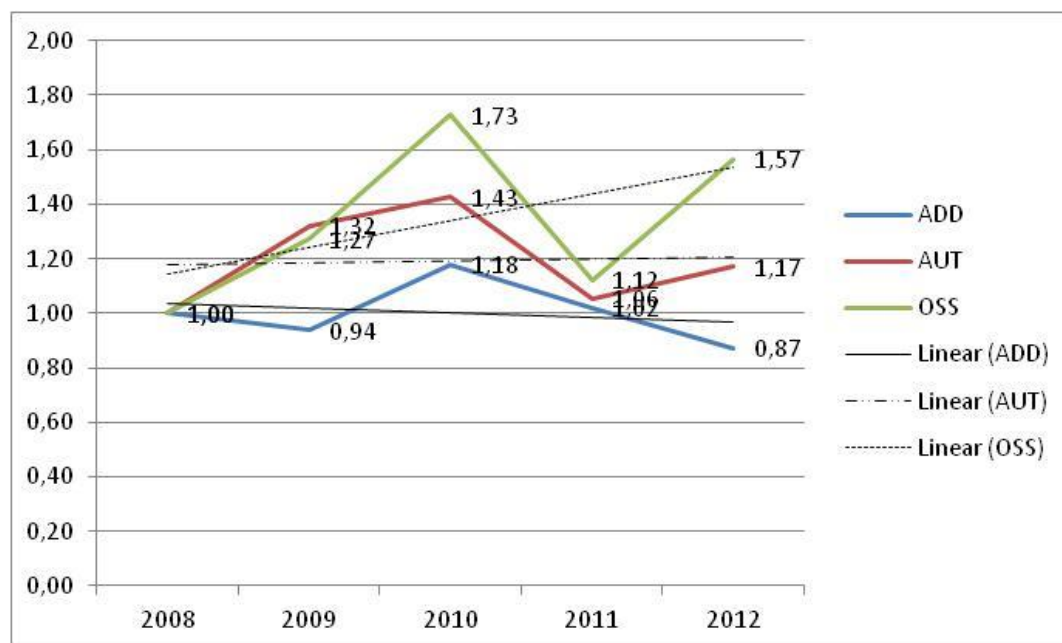


Gráfico 16 – Série histórica da Produção absoluta de Quimioterapia. SP, 2008 a 2012.

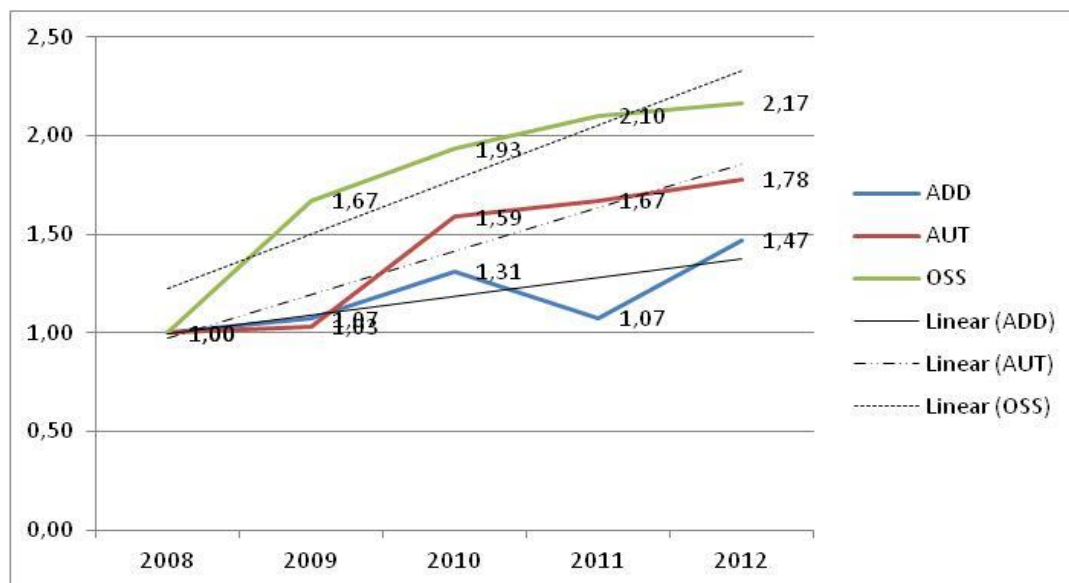
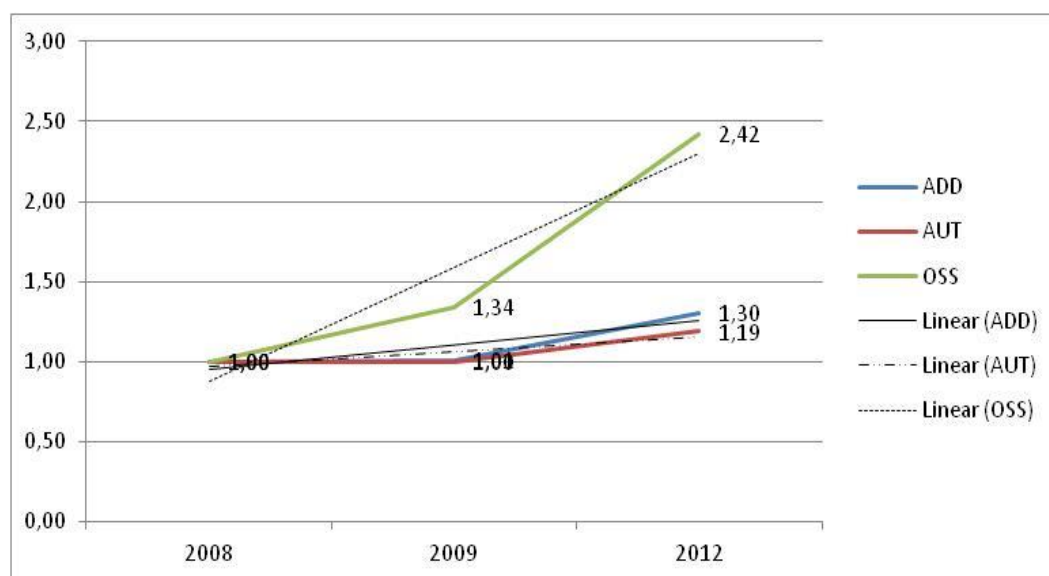


Gráfico 17 – Série histórica da Produção absoluta de Terapia Renal Substitutiva*. SP, 2008, 2009 e 2012.



*Dados indisponíveis para os anos de 2010 e 2011.

Devido à grande oscilação dos dados ao longo dos cinco anos estudados, não foi possível detectar padrão de evolução na Produção Absoluta de Cirurgias em Centro Cirúrgico nem para os hospitais da Administração Direta ($R^2 = 0,06$), nem para as Autarquias ($R^2 = 0,01$), nem para as Organizações Sociais ($R^2 = 0,26$).

Os hospitais da Administração Direta apresentaram padrão de evolução do desempenho em quimioterapias estacionário ($R^2 = 0,57$) ao longo dos cinco anos. Autarquias (p -valor $< 0,05$; $R^2 = 0,88$) e Organizações Sociais (p -valor $< 0,05$; $R^2 = 0,85$) apresentaram padrão de evolução crescente.

Para Terapia Renal Substitutiva, a despeito de não terem sido disponibilizados os dados para os anos de 2010 e 2011, foi possível detectar padrão de evolução para os três grupos de hospitais, que se mostrou estacionário para a Administração Direta ($R^2 = 0,96$) e Autarquias ($R^2 = 0,94$) e crescente para as Organizações Sociais (p -valor $< 0,01$; $R^2 = 0,99$).

A Quadro 11 resume os dados obtidos na análise para R-quadrado e p -valor, com seis casas de aproximação, bem como apresenta o padrão de evolução resultante para os indicadores de Produção absoluta de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para os três grupos de hospitais.

Quadro 11 – Quadro-resumo da análise das séries históricas dos indicadores de produção absoluta de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. SP, 2008 a 2012.

Indicador	Administração Direta			Autarquia			OSS		
	R ²	p-valor	Padrão	R ²	p-valor	Padrão	R ²	p-valor	Padrão
Patol. Clínica	0,152508	0,515716	Não detectável	0,590845	0,128831	Estacionário	0,349563	0,293718	Não detectável
Teste Erg.	0,277826	0,361405	Não detectável	0,964365	0,002886	Crescente	0,094030	0,615779	Não detectável
Raio-X	0,323065	0,317421	Não detectável	0,499858	0,181781	Estacionário	0,684824	0,083714	Crescente
USG	0,644468	0,101965	Estacionário	0,379656	0,268420	Não detectável	0,733504	0,063865	Crescente
TC	0,837499	0,029289	Crescente	0,837183	0,029378	Crescente	0,966675	0,002608	Crescente
RNM	0,754895	0,055881	Estacionário	0,618804	0,114443	Estacionário	0,886082	0,016913	Crescente
Endoscopia	0,646573	0,100972	Estacionário	0,403171	0,249751	Estacionário	0,021533	0,813837	Não detectável
Hemodin.	0,987147	0,000621	Crescente	0,861929	0,022749	Crescente	0,556843	0,147488	Estacionário
Cirurgias	0,058390	0,695355	Não detectável	0,004360	0,915993	Não detectável	0,262367	0,377586	Não detectável
Quimioterapia	0,569337	0,140482	Estacionário	0,882245	0,017797	Crescente	0,852051	0,025318	Crescente
TRS*	0,954701	0,136539	Estacionário	0,936751	0,161844	Estacionário	0,999913	0,005935	Crescente

*TRS: Terapia Renal Substitutiva

A produtividade no Apoio Diagnóstico e Terapêutico foi representada por dois indicadores: Produtividade de exames de Tomografia Computadorizada e Produtividade de Cirurgias em Centro Cirúrgico. O primeiro relaciona-se aos serviços diagnósticos,

particularmente do Setor de Bioimagem e o segundo relaciona-se a alta complexidade dos procedimentos terapêuticos.

Como regra geral, quanto maior a produtividade de exames tomográficos e de cirurgias, mais pacientes podem ter suas patologias diagnosticadas e tratadas por esses procedimentos com os recursos disponíveis no hospital.

O grupo das Organizações Sociais apresentou, na comparação com o grupo da Administração Direta e o das Autarquias, maior produtividade de exames de Tomografia Computadorizada (p-valor < 0,10) e maior produtividade de Cirurgias em Centro Cirúrgico (p-valor < 0,001) durante período estudado, conforme apresentado, respectivamente, nas Tabelas 7 e 8.

Tabela 8 – Análise comparativa da Produtividade de exames de Tomografia Computadorizada: Organização Social (*Group 0*) versus Administração Direta e Autarquia (*Group 1*). SP, 2008 a 2012.

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interva]	
0	10	24.861	1.676236	5.300724	21.06909	28.65291
1	7	29.45571	3.267954	8.646193	21.45932	37.45211
combined	17	26.75294	1.702451	7.019385	23.14391	30.36198
diff		-4.594714	3.369912		-11.77751	2.588084

diff = mean(0) - mean(1) t = -1.3635
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 15

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.0964 Pr(|T| > |t|) = 0.1929 Pr(T > t) = 0.9036

Tabela 9 – Análise comparativa da Produtividade de Cirurgias em Centro Cirúrgico: Organização Social (Group 0) versus Administração Direta e Autarquia (Group 1). SP, 2008 a 2012.

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	30	1.642333	.0731314	.4005572	1.492763	1.791904
1	24	2.217917	.0740617	.3628268	2.064708	2.371125
combined	54	1.898148	.0650163	.4777703	1.767742	2.028554
diff		-.5755833	.105252		-.7867869	-.3643798

diff = mean(0) - mean(1) t = -5.4686
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 52

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.0000 Pr(|T| > |t|) = 0.0000 Pr(T > t) = 1.0000

7.4 QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

A Taxa de Infecção Hospitalar foi o indicador de qualidade estudado, mais particularmente a Taxa de Infecção Hospitalar de Cirurgias Limpas. Conforme apresentado no CAPÍTULO V – Procedimentos Metodológicos, a infecção após procedimentos limpos é um desfecho negativo inesperado, tendo um papel sentinela na tradução da qualidade na internação e, por consequência, de todo o processo assistencial.

Dessa forma, taxas de infecção hospitalar mais altas, como regra geral, apontam aspectos negativos da qualidade dos serviços assistenciais prestados. O contrário também é verdadeiro, na medida em que taxas de infecção hospitalar mais baixas em geral estão associadas a um padrão de maior qualidade nos cuidados em saúde ministrados.

O grupo dos hospitais da Administração Direta, na comparação com o grupo das Autarquias e o das Organizações Sociais, apresentou Taxa de Infecção Hospitalar em Cirurgias Limpas significativamente menor (p-valor < 0,01), como apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 – Análise comparativa da Taxa de Infecção Hospitalar em Cirurgias Limpas: Administração Direta (*Group 0*) versus Autarquia e Organizações Sociais (*Group 1*). SP, 2008 a 2012.

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	31	2.722903	.4403232	2.451616	1.823643	3.622163
1	12	.8416666	.2668669	.924454	.2542966	1.429037
combined	43	2.197907	.3492836	2.290406	1.493024	2.90279
diff		1.881237	.7313409		.4042637	3.358209
diff = mean(0) - mean(1)					t =	2.5723
Ho: diff = 0					degrees of freedom =	41
Ha: diff < 0			Ha: diff != 0			Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.9931			Pr(T > t) = 0.0138			Pr(T > t) = 0.0069

7.5 PRODUÇÃO EM ENSINO E PESQUISA

Os hospitais públicos de ensino, além de serem responsáveis pela prestação de serviços assistências à rede de saúde pública, estão imbuídos da missão de formação de profissionais, desenvolvimento de pesquisas e produção de novas tecnologias e conhecimentos (BRASIL, 2012). Uma análise de desempenho mais aprofundada dessas organizações precisa contemplar, portanto, além de indicadores assistenciais, aqueles relacionados às dimensões de Ensino e de Pesquisa.

Para a avaliação do desempenho da dimensão Ensino foram selecionados dois indicadores: Número de alunos dos cursos técnicos e Número de aprimorandos da pós-graduação. Esses indicadores representam o corpo discente existente nos hospitais de ensino. Mais três indicadores foram selecionados para a avaliação do desempenho na dimensão Pesquisa: Produção absoluta de Artigos Científicos (nacionais e internacionais), Produção absoluta de Pesquisas (em andamento e concluídas) e Produção absoluta de Teses e Dissertações publicadas. Esses, por sua vez, representam a produção acadêmica das organizações hospitalares.

Todos os cinco indicadores de desempenho selecionados para as dimensões Ensino e Pesquisa são indicadores de produção. A construção de séries históricas, a análise da curva de tendência e a definição do padrão de evolução, nos moldes do estudo feito com os indicadores de desempenho assistenciais, entretanto, não foi possível para esses indicadores. Apenas dados

relativos aos anos de 2008 e 2012 estavam disponíveis de forma mais sistemática no banco de dados utilizado, impossibilitando a construção das curvas envolvendo todos os cinco anos estudados e a análise estatística. Diante do exposto, os resultados apresentados a seguir são provenientes de uma abordagem exclusivamente descritiva dos agregados de indicadores dos grupos de hospitais, comparando-se os valores médios do ano inicial do estudo (2008) com os valores médios do ano final do estudo (2012).

7.5.1 Ensino e pesquisa nos hospitais da Administração Direta

Quanto ao dimensionamento do corpo discente usuário das atividades de ensino, observou-se entre os hospitais da Administração Direta uma redução no número médio de estudantes de Nível Médio representada por uma queda na média de 2.029 alunos dos cursos técnicos em 2008 para 1.498 alunos em 2012 (73,83% da produção média inicial). Ao mesmo tempo, porém, houve um aumento significativo no número médio de estudantes de Nível Superior representado pela ampliação da média de 9 aprimorandos em 2008 para 101 em 2012, o que representa um aumento superior a 11 vezes na tabela desses estudantes, conforme é representado na Figura 5.

Figura 5 – Número médio de alunos dos cursos técnicos x Número médio de aprimorandos da pós-graduação na Administração Direta. SP, 2008 e 2012.

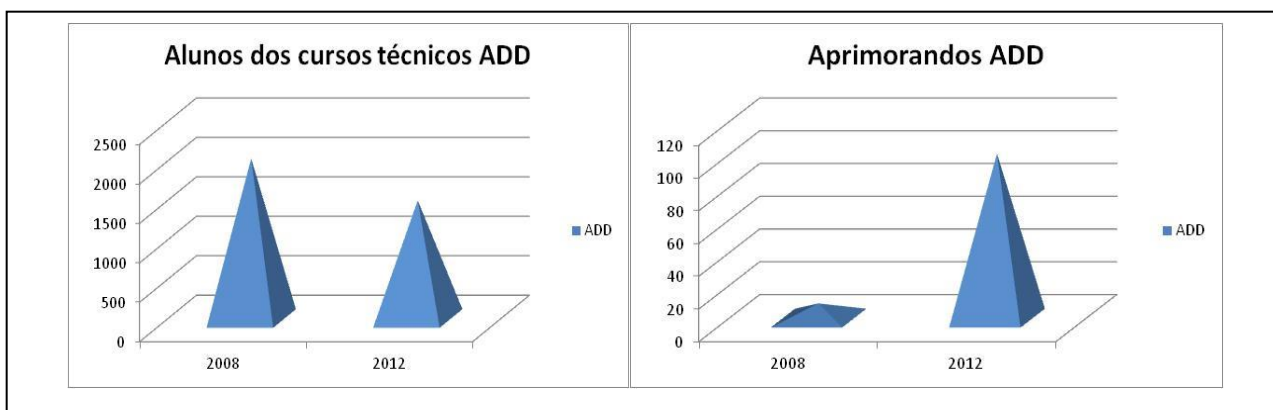
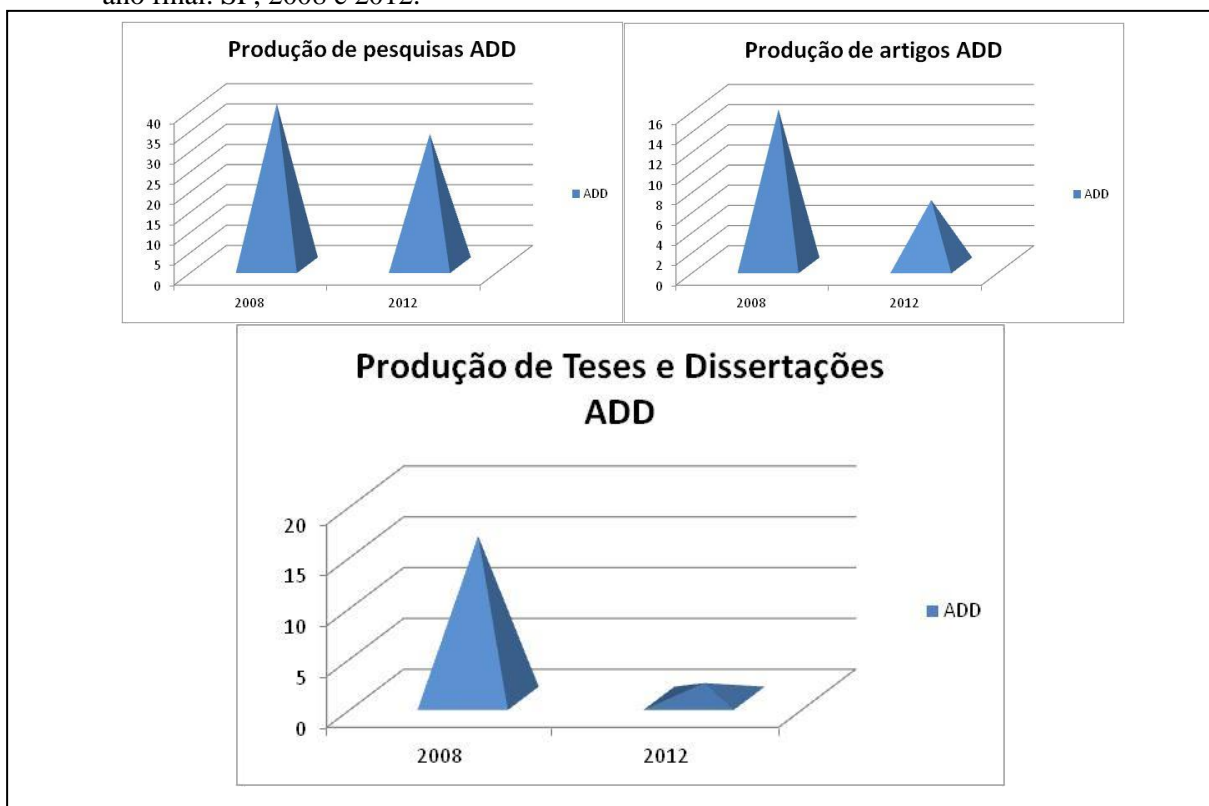


Figura 6- Gráficos de resultados de Pesquisa na Administração Direta numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.

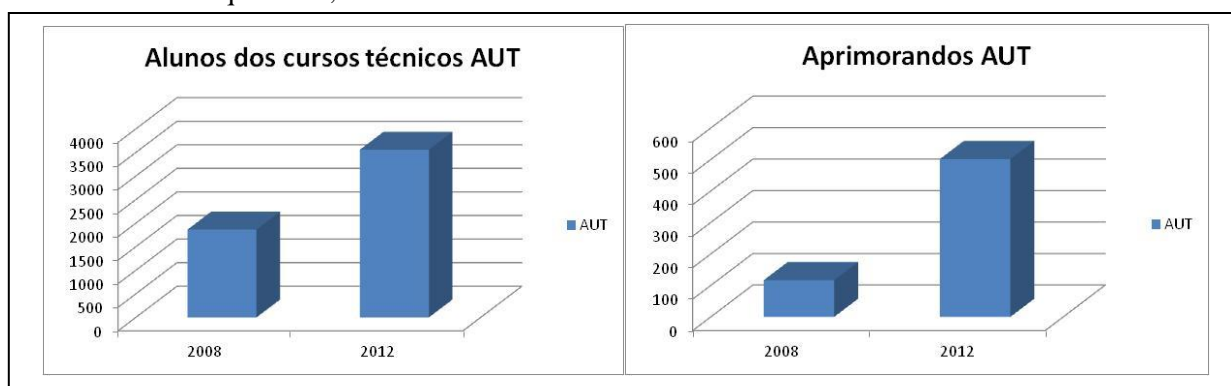


Os hospitais da Administração Direta reunidos produziram e publicaram, em média, 16 artigos científicos em 2008, média que caiu para menos da metade em 2012 quando a produção média foi de 7 (43,75% da produção média inicial) artigos científicos. Mantendo essa linha de comparação entre o ano de início do acompanhamento do estudo e o ano de término, a produção média de pesquisas caiu de 40 em 2008 para 33 em 2012 (82,5% da produção média inicial) e de Teses e Dissertações publicadas caiu de 16 em 2008 para apenas 2 (12,5% da produção média inicial) em 2012 (Figura 6).

7.5.2 Ensino e pesquisa nas Autarquias

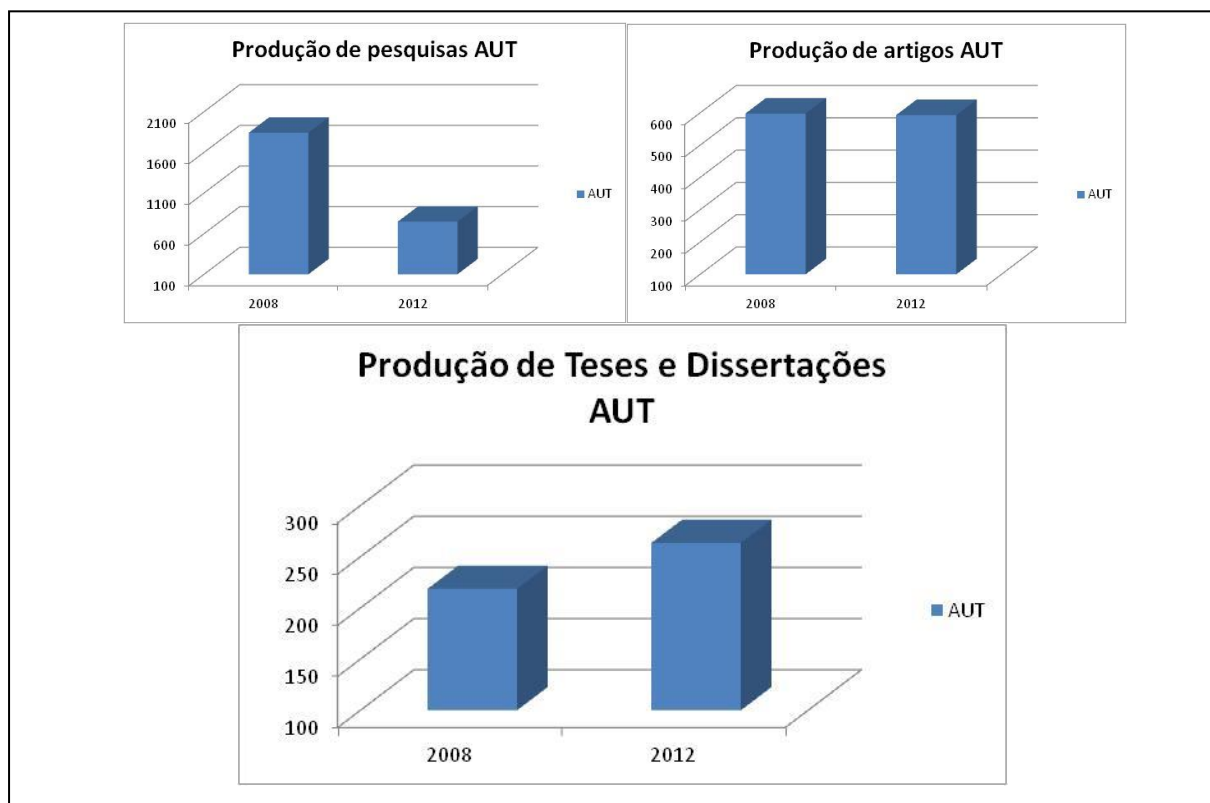
O grupo das Autarquias apresentou ampliação do corpo discente beneficiado pela função de ensino dos hospitais, ampliação essa que ocorreu tanto do quadro de estudantes do Nível Médio quanto do de estudantes de Nível Superior quando se comparou 2008 com 2012. O número médio de alunos dos cursos técnicos quase duplicou ao passar de 1.864 no ano inicial para 3.560 em 2012, enquanto o número médio de aprimorandos da pós-graduação aumentou quase 3,5 vezes quando passou de 117 estudantes em 2008 para 502 em 2012, como mostra a Figura 7.

Figura 7 – Número de alunos dos cursos técnicos x Número de aprimorandos da pós-graduação nas Autarquias. SP, 2008 e 2012.



A produção acadêmica das Autarquias mostrou comportamento distinto a depender do produto analisado quando se comparou 2008 com 2012. A produção média de pesquisas caiu para cerca de 40% da produção média inicial (de 1.842 em 2008 para 748 em 2012), a produção média de artigos científicos permaneceu praticamente estável (598 em 2008 e 593 em 2012), enquanto a produção média de teses e dissertações publicadas cresceu cerca de 20% (de 219 em 2008 para 264 em 2012), conforme representado na Figura 8.

Figura 8- Gráficos de resultados de Pesquisa nas Autarquias numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.



7.5.3 Ensino e pesquisa nas Organizações Sociais

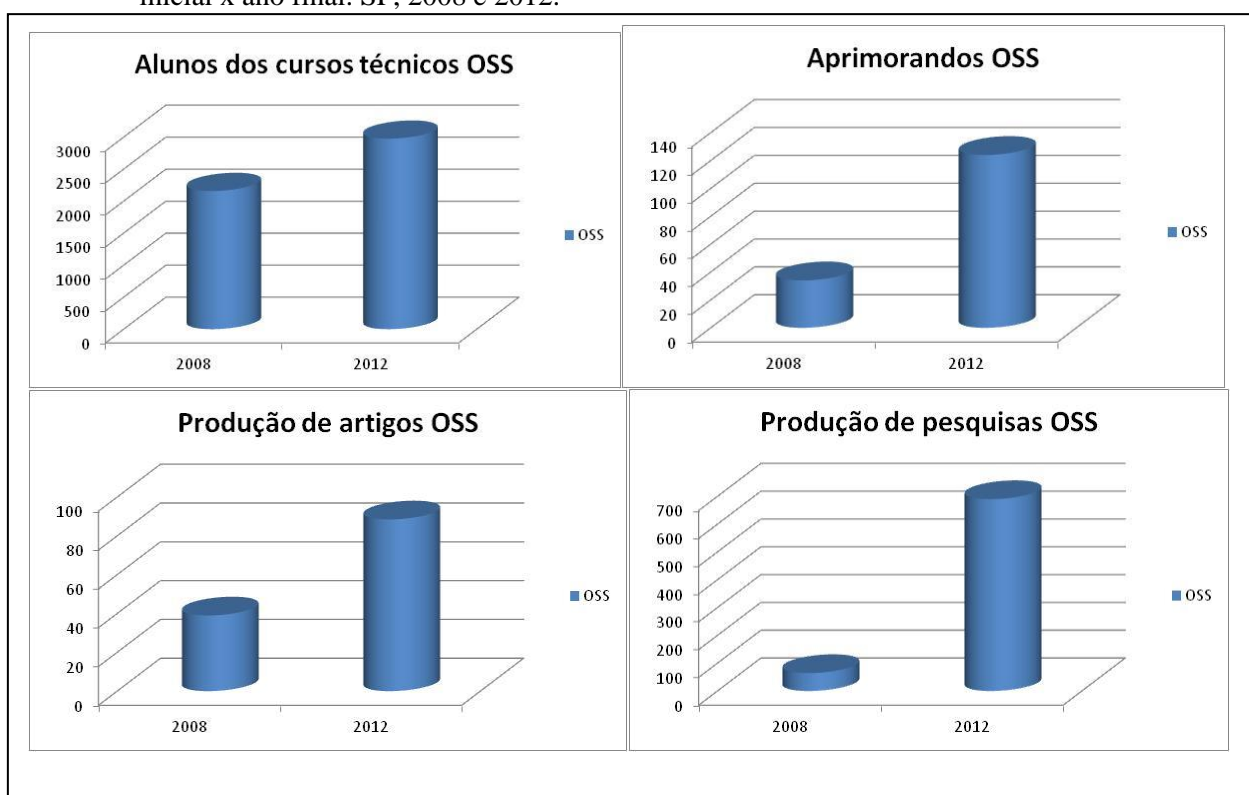
O grupo das Organizações Sociais, num quadro comparativo da produção média entre o ano inicial do estudo (2008) e o ano final (2012), apresentou aumento da produção em todos os indicadores estudados das dimensões Ensino e Pesquisa. A única exceção foi o indicador Produção absoluta de Teses e Dissertações publicadas que, estando indisponível o dado referente ao ano de 2012, não pôde ser confrontado com o ano de 2008.

Assim sendo, o corpo discente de alunos de Nível Médio cresceu cerca de 38%, com o número médio de alunos dos cursos técnicos passando de 2.159 em 2008 para 2.976 em 2012; o corpo discente de alunos de Nível Superior cresceu cerca de 3,5 vezes, com o número médio de aprimorandos da pós-graduação passando de 34 em 2008 para 124 em 2012; a produção de

artigos científicos mais que duplicou, com o aumento no número médio de artigos produzidos passando de 39 em 2008 para 89 em 2012; e, por fim, a produção média de pesquisas cresceu cerca de 10 vezes, com o número médio de pesquisas publicadas passando de 64 em 2008 para 690 em 2012.

Os resultados dos indicadores das dimensões Ensino e Pesquisa para o grupo da Organizações Sociais estão representados na Figura 9 abaixo.

Figura 9 - Gráficos de resultados de Ensino e Pesquisa nas Organizações Sociais numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.



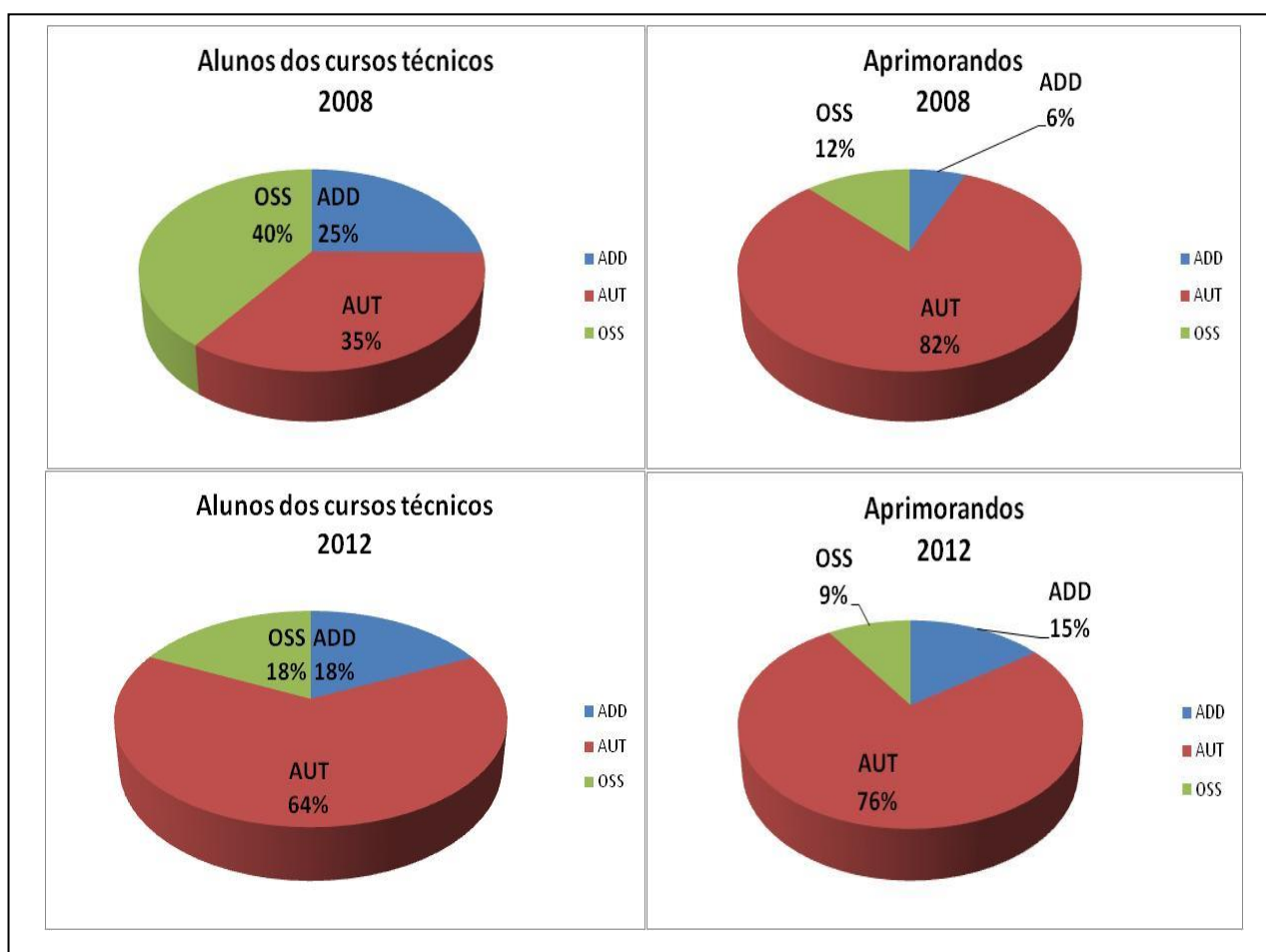
7.5.4 Resultados integrados de Ensino e Pesquisa

Saindo de uma comparação intragrupo da média de produção do ano de 2008 (ano inicial) com o ano de 2012 (ano final), esta seção mantém a comparação ano inicial-ano final, porém

apresenta uma comparação entre os grupos da soma da produção dos indicadores de Ensino e Pesquisa. Um panorama da participação de cada grupo de hospitais no quadro geral (integrado) da produção nessas dimensões pode assim ser traçado.

Destarte, no campo das atividades de ensino, quando se soma a produção de todos os hospitais dos grupos, em cada ano estudado, a participação deles no quadro geral de Alunos dos cursos técnicos e Aprimorandos apresenta-se como na Figura 10.

Figura 10 - Gráficos de resultados integrados dos indicadores de Ensino numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.

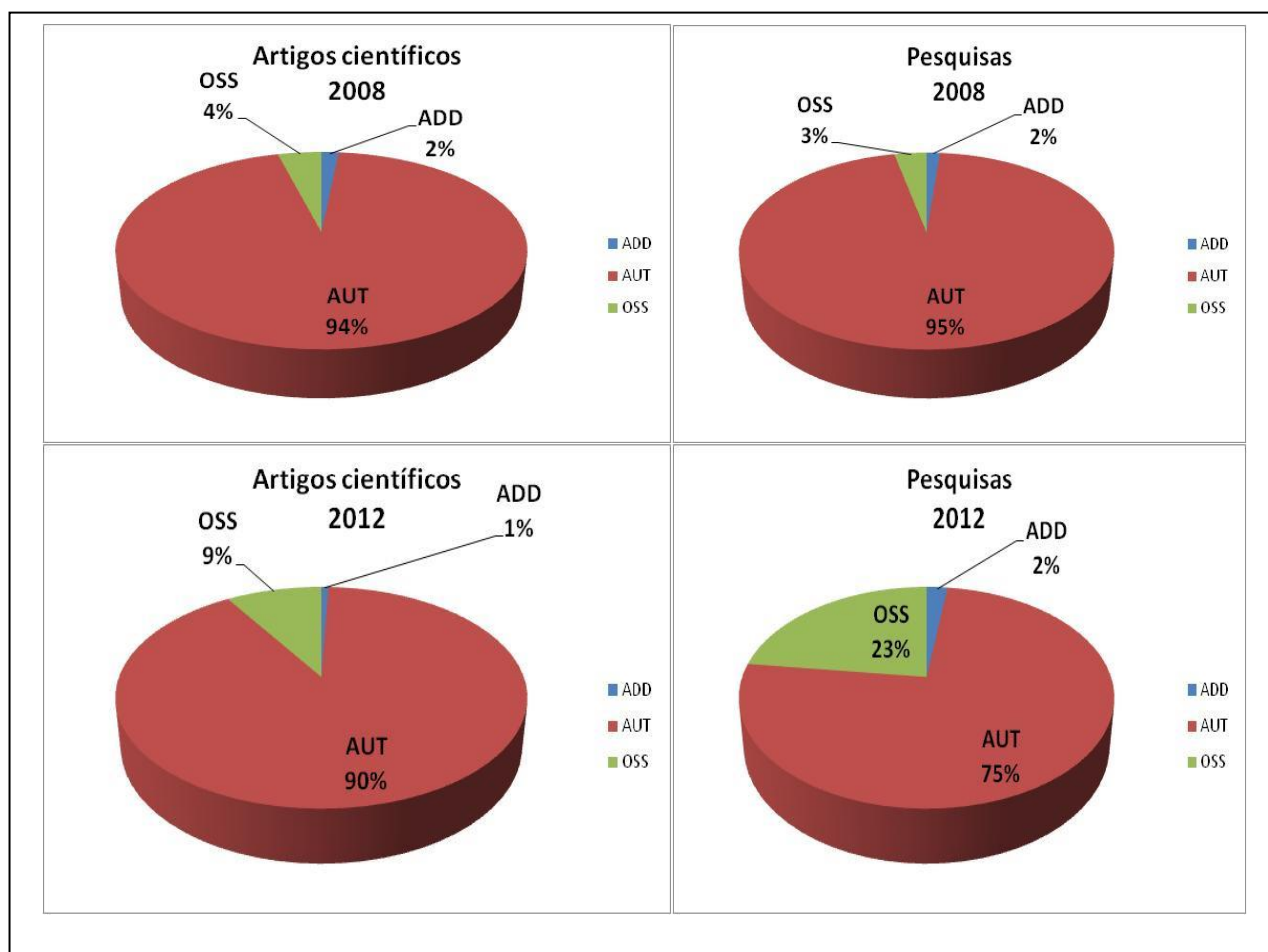


Observou-se uma concentração de estudantes de Nível Médio e de Nível Superior no grupo das Autarquias, tanto em 2008 quanto em 2012, em tal intensidade que suplantou eventuais crescimentos observados nos outros dois grupos quando da análise intragrupo.

O grupo das Autarquias foi também o repositório da produção de conhecimento acadêmico sob a forma de Artigos científicos e Pesquisas durante o período estudado, como mostra a Figura 11.

A participação das Organizações Sociais no total de artigos e pesquisas produzidos pelos grupos de hospitais de ensino estudados, entretanto, cresceu ao final dos cinco anos.

Figura 11- Gráficos de resultados integrados dos indicadores de Pesquisa numa comparação ano inicial x ano final. SP, 2008 e 2012.



9 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um estudo de análise de desempenho contemplando múltiplas dimensões e indicadores pode trazer uma vasta gama de resultados e de interpretações desses resultados. O presente capítulo discutirá, num primeiro momento, os principais daqueles resultados apresentados no Capítulo VI. A ênfase será dada sempre na interpretação que explique o padrão geral de comportamento do grupo de hospitais, sem, entretanto, negligenciar eventuais particularidades associadas aos indicadores individualmente. Por fim, apresentar-se-á uma explicação possível para as diferenças encontradas que associa os padrões de evolução de desempenho dos grupos de hospitais públicos às suas estruturas gerenciais, modelo esse centrado em três categorias de análise que diferenciam as entidades administrativas públicas entre si: autonomia administrativa e financeira, regime de vinculação de pessoal e modalidade de contratações.

9.1 O DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Previamente a qualquer discussão, merece ratificação, nesse momento, uma importante distinção metodológica. Para os fins deste trabalho, a discussão dos resultados aqui feita, em todos os seus aspectos, está sempre centrada no padrão de evolução do desempenho dos grupos de hospitais, não no nível de desempenho deles. Dito de outra forma, não será discutido qual dos grupos de hospitais apresenta melhor ou pior desempenho e os motivos para tal, mas sim como evoluiu esse desempenho ao longo do tempo - cresceu, diminuiu ou não se alterou-, seja ele qual fosse inicialmente. Toda a análise estatística e a apresentação dos resultados previamente apresentadas já haviam mantido esse foco no padrão de evolução do desempenho, o qual será preservado neste capítulo de discussão dos resultados e na apresentação da explicação para eles proposta.

Na interpretação dos resultados dos padrões de evolução de desempenho da produção assistencial, evidenciou-se a existência de uma polarização da performance. De um lado do

espectro, posicionou-se o grupo de hospitais da Administração Direta, que apresentou padrão de evolução predominantemente estacionário dos seus indicadores. Do outro lado, posicionou-se o grupo de hospitais das Organizações Sociais, que respondeu com padrão de evolução ascendente ao longo de cinco anos para maior parte dos indicadores estudados. Entre os dois extremos, situou-se o grupo das Autarquias, que alternou padrão estacionário com padrão ascendente nas suas séries históricas de produção. O Quadro 12 compila esses padrões de evolução das séries históricas dos indicadores de produção assistencial, sendo utilizado um gradiente de tons de cinza para mapear o espectro acima descrito.

Quadro 12 – Quadro-resumo dos padrões de evolução dos indicadores de produção absoluta assistenciais por grupos de hospitais. SP, 2008 a 2012.

	Administração Direta	Autarquias	Organizações Sociais
Indicador	Padrão	Padrão	Padrão
Internação	Decrescente	Estacionário	Crescente
Consultas de Urgência/Emergência	Não detectável	Não detectável	Crescente
Consultas Especializadas	Não detectável	Crescente	Não detectável
Procedimentos em Hospital-dia	Estacionário	Crescente	Crescente
Exames Patologia Clínica	Não detectável	Estacionário	Não detectável
Teste Ergométrico	Não detectável	Crescente	Não detectável
Raio-X	Não detectável	Estacionário	Crescente
Ultrassonografia	Estacionário	Não detectável	Crescente
Tomografia Computadorizada	Crescente	Crescente	Crescente
Ressonância Magnética	Estacionário	Estacionário	Crescente
Endoscopia	Estacionário	Estacionário	Não detectável
Hemodinâmica	Crescente	Crescente	Estacionário
Cirurgias em Centro Cirúrgico	Não detectável	Não detectável	Não detectável
Quimioterapia	Estacionário	Crescente	Crescente
Terapia Renal Substitutiva	Estacionário	Estacionário	Crescente

O grupo de hospitais da Administração Direta foi o único grupo a apresentar um padrão de evolução decrescente estatisticamente significativa na série histórica de um indicador, a despeito da inserção de todos os hospitais do estudo em um programa baseado no princípio da eficiência e de melhoria contínua do desempenho. Mais do que isso. O padrão de queda no

desempenho ocorreu naquele que é um dos mais importantes indicadores assistenciais: a Produção absoluta de internações.

Na subdimensão Ambulatorial, dados oscilando em torno da linha de base, definida pelo ano de 2008, não permitiram detecção do padrão de evolução da produção em consultas ambulatoriais (especializadas e de urgência/emergência) dos hospitais da Administração Direta. Foi detectável, entretanto, o padrão de evolução do desempenho dos procedimentos em Hospital-dia para esse grupo de hospitais, mas não foi observada alteração significativa da produção ao longo do tempo, sendo isso representativo de um padrão estacionário.

A produção no Apoio Diagnóstico e Terapêutico da Administração Direta, dentre os onze indicadores avaliados, apresentou resposta com crescimento apenas na produção absoluta de Tomografias Computadorizadas e na produção absoluta do serviço de Hemodinâmica. Para todos os demais indicadores, o padrão de evolução do desempenho foi estacionário.

De fato, em se tratando da produção de Tomografias Computadorizadas, observou-se que ela apresentou um padrão claramente crescente para os três grupos de hospitais, com p -valor $< 0,05$ e $R^2 = 0,84$ para a Administração Direta, p -valor $< 0,05$ e $R^2 = 0,84$ para as Autarquias e p -valor $< 0,01$ e $R^2 = 0,97$ para as Organizações Sociais. Foi o único indicador que se comportou desta forma, crescente para todos. Isso pode sugerir ter havido uma política de investimento específica do Governo do Estado de São Paulo para a ampliação da oferta desse tipo de exame durante o período estudado. Em se comprovando tal intervenção governamental específica, a fuga do indicador de produção em Tomografias Computadorizadas da Administração Direta do polo de desempenho estacionário, que caracteriza os hospitais desse grupo, poderia ser mais bem explicada por motivações externas do que por particularidades internas dos hospitais do grupo. Dito de outra forma, não teria sido o estímulo à eficiência dado aos hospitais da Administração Direta, bem como aos demais, a garantir um padrão crescente do indicador, mas sim uma força maior, uma variável externa comum a todos os hospitais estaduais de São Paulo.

Individualização dos hospitais do grupo da Administração Direta e aprofundamento do estudo dos indicadores de produção de Tomografias Computadorizadas e da Hemodinâmica poderiam oferecer outras explicações para o padrão crescente especificamente detectado para

apenas esses dois indicadores. O que se observa, entretanto, é que, ainda assim, o padrão de evolução predominante dos indicadores de produção assistenciais do grupo de hospitais da Administração Direta foi estacionário.

No polo oposto ao da Administração Direta, no espectro aqui apresentado de padrão de evolução do desempenho, está o grupo das Organizações Sociais. O grupo apresentou padrão de evolução crescente na produção da internação, das atividades ambulatoriais, dos exames de Bioimagem e dos procedimentos de alta complexidade quimioterápicos e de terapia renal substitutiva, permitindo afirmar que o padrão de evolução da produção dos indicadores assistenciais foi predominantemente crescente.

O padrão de evolução significativamente crescente detectado na maior parte dos indicadores de produção das Organizações Sociais veio acompanhado de maior produtividade. Em todos os indicadores assistenciais de produtividade estudados – Média de Permanência, Taxa de Ocupação, Produtividade de consultas especializadas, Produtividade de Tomografia Computadorizada e Produtividade de Cirurgias em Centro Cirúrgico -, portanto, em todas as três subdimensões, a produtividade comparada das Organizações Sociais foi significativamente maior que a dos hospitais da Administração Direta e das Autarquias.

Esse padrão de evolução significativamente crescente dos indicadores assistenciais dos hospitais do grupo das Organizações Sociais, bem como a produtividade significativamente mais elevada deles quando comparados aos demais grupos é um dos mais importantes resultados demonstrados pelo estudo empírico. As Organizações Sociais foram as entidades administrativas que melhor responderam com elevação do desempenho assistencial ao longo dos cinco anos estudados, quando imersas em um ambiente lastreado pelo princípio da eficiência e busca contínua pela melhoria dos resultados.

Quanto às Autarquias, o padrão de evolução das séries históricas na produção de Internação foi estacionário; foi predominantemente crescente nos Ambulatórios (Produção de consultas especializadas e procedimentos em Hospital-dia); e oscilou no Apoio Diagnóstico e Terapêutico, por vezes respondendo com crescimento ao estímulo dado pelo programa focado nos resultados (Testes ergométricos, Hemodinâmica e Quimioterapia) e, por vezes, não

respondendo (Patologia Clínica, Raio-X, Ressonância Magnética, Endoscopia e Terapia Renal substitutiva). O padrão de evolução da produção dos indicadores assistenciais foi, portanto, variável entre estacionário e crescente, ou seja, variou entre o polo estacionário da Administração Direta e o polo crescente das Organizações Sociais.

Saindo-se um pouco da discussão dos padrões gerais de evolução do desempenho dos grupos para tratar de um indicador específico, observou-se que a produção absoluta de Cirurgias em Centro Cirúrgico, importante indicador da subdimensão Apoio diagnóstico e terapêutico, oscilou em torno da linha de base definida pelo ano de 2008 para todos os três grupos de hospitais. A oscilação foi de tal monta que não foi possível detectar um padrão de evolução estatisticamente significativo nem para a Administração Direta, nem para a Autarquia, nem para as Organizações Sociais. No caso desse indicador em particular, bem como em todos os demais casos em que não foi possível detectar um padrão de evolução do desempenho para um determinado indicador de um grupo, o corte temporal de cinco anos representou uma limitação deste trabalho. Uma série temporal mais longa, contemplando mais anos de estudo, além dos cinco anos compreendidos na análise, poderia revelar o caráter estacionário, crescente ou decrescente do padrão de evolução do desempenho da amostra de dados.

9.2 QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

A dimensão assistencial contempla as atividades dos hospitais relacionadas à prestação de serviços de saúde diretos à população. Apesar da demanda por serviços públicos de saúde no Brasil ter crescido significativamente com a criação do SUS em 1988, exigindo elevação da produção e da produtividade dos prestadores, avaliada pelos indicadores previamente relacionados, as exigências de incrementos na qualidade também existem. A qualidade é um dos pilares dos sistemas gerenciais baseados na eficiência (CAPÍTULO II). Além disso, conforme discutido no CAPÍTULO IV, com a abertura democrática pós-governo militar, houve ampliação da participação dos cidadãos, do poder judiciário e dos meios de comunicação em massa no

controle social e na construção das decisões coletivas que elevaram o nível de exigência de qualidade na prestação dos serviços públicos de infraestrutura social (NOGUEIRA, 1997).

A Taxa de Infecção Hospitalar de Cirurgias Limpas foi o indicador de qualidade utilizado no presente trabalho para traduzir a qualidade na internação. Por tratar-se de evento com caráter sempre negativo e sentinela dos cuidados ministrados, tal indicador traz informações indiretas sobre a organização geral dos processos assistenciais dos hospitais.

Os hospitais da Administração Direta apresentaram uma Taxa de Infecção Hospitalar de Cirurgias Limpas significativamente menor que a dos dois demais grupos. Tal resultado pode indicar, nesse grupo de hospitais, um movimento divergente da curva de produção e de produtividade em relação à curva de qualidade quando esses hospitais são submetidos a programas baseados no acompanhamento sistemático de resultados. Em outras palavras, os resultados sugerem que os hospitais da Administração Direta, quando estimulados a trabalhar com máxima eficiência, a despeito da resposta pouco significativa na elevação da produção e da produtividade, respondem significativamente mais que as Autarquias e as Organizações Sociais na melhoria da qualidade da assistência.

Ressalvas merecem aqui serem feitas com relação a essa interpretação que associa uma menor taxa de infecção a um melhor padrão de elevação da qualidade na assistência nos hospitais da Administração Direta. Este estudo trabalha com agregados de indicadores hospitalares por grupos de hospitais. Uma variável qualitativa como taxa de infecção hospitalar pode ter múltiplos fatores determinantes do seu nível de crescimento ou descenso, a exemplo da taxa de ocupação hospitalar, da média de permanência, dentre outros, somente possíveis de serem controlados numa análise individualizada por hospitais. Por exemplo, taxas de ocupação mais baixas podem contribuir para taxas de infecção menores ao longo do tempo, causando viés na interpretação do resultado final da qualidade.

Estudos que contemplem análises multivariadas da taxa de infecção hospitalar de hospitais individualizados, portanto, são necessários para comprovar a existência desse movimento divergente das curvas de produção e produtividade da Administração Direta em

relação à curva de qualidade, bem como para avaliar se o fenômeno manifesta-se de forma inversa nas Organizações Sociais, situadas no outro extremo do espectro.

A indisponibilidade de outros indicadores de qualidade regularmente coletados e disponibilizados pelos grupos de hospitais estudados, tanto aprofundando a análise da Internação quanto apontando diretamente a qualidade nos Ambulatórios e no Apoio Diagnóstico e Terapêutico, representa outra limitação na interpretação dos resultados de qualidade apresentados neste trabalho e no estudo do desempenho em saúde (MENDES & BITTAR, 2010).

9.3 O DESEMPENHO EM ENSINO E PESQUISA

Mudanças no perfil dos indicadores educacionais podem somente concretizarem-se após longos períodos de tempo, sendo aquelas aqui encontradas nos cinco anos estudados consideradas apenas mudanças iniciais.

Na amostra de hospitais estudada, a maior parte das atividades de Ensino e Pesquisa está concentrada no grupo das Autarquias, como mostram as Figuras 10 e 11, tanto no início do estudo, em 2008, quanto ao término dele, em 2012.

Merece destaque o padrão de crescimento observado nas atividades de ensino e na produção acadêmica do grupo das Organizações Sociais. No campo do ensino, o número de estudantes de Nível Médio dos cursos técnicos desse grupo cresceu 38% de 2008 para 2012 e o número de estudantes de Nível Superior (aprimorandos) mais que triplicou no mesmo período. Não houve, entretanto, impacto com ampliação da participação desse grupo no quadro geral das atividades de ensino porque houve crescimento concomitante do corpo discente das Autarquias, maior repositório de estudantes.

Em se tratando de artigos e pesquisas científicas, também foi observado um padrão de crescimento no grupo das Organizações Sociais. O crescimento da produção dos hospitais desse grupo (cerca de 2 vezes para artigos e 10 vezes para pesquisas) repercutiu numa ampliação da participação desse grupo no estoque geral da produção acadêmica da amostra. Em 2008, os

hospitais do grupo das Organizações Sociais produziram cerca de 4% do total de artigos frente aos 9% de 2012, enquanto a fatia de apenas 3% da produção em pesquisa em 2008 ampliou-se para 23% em 2012.

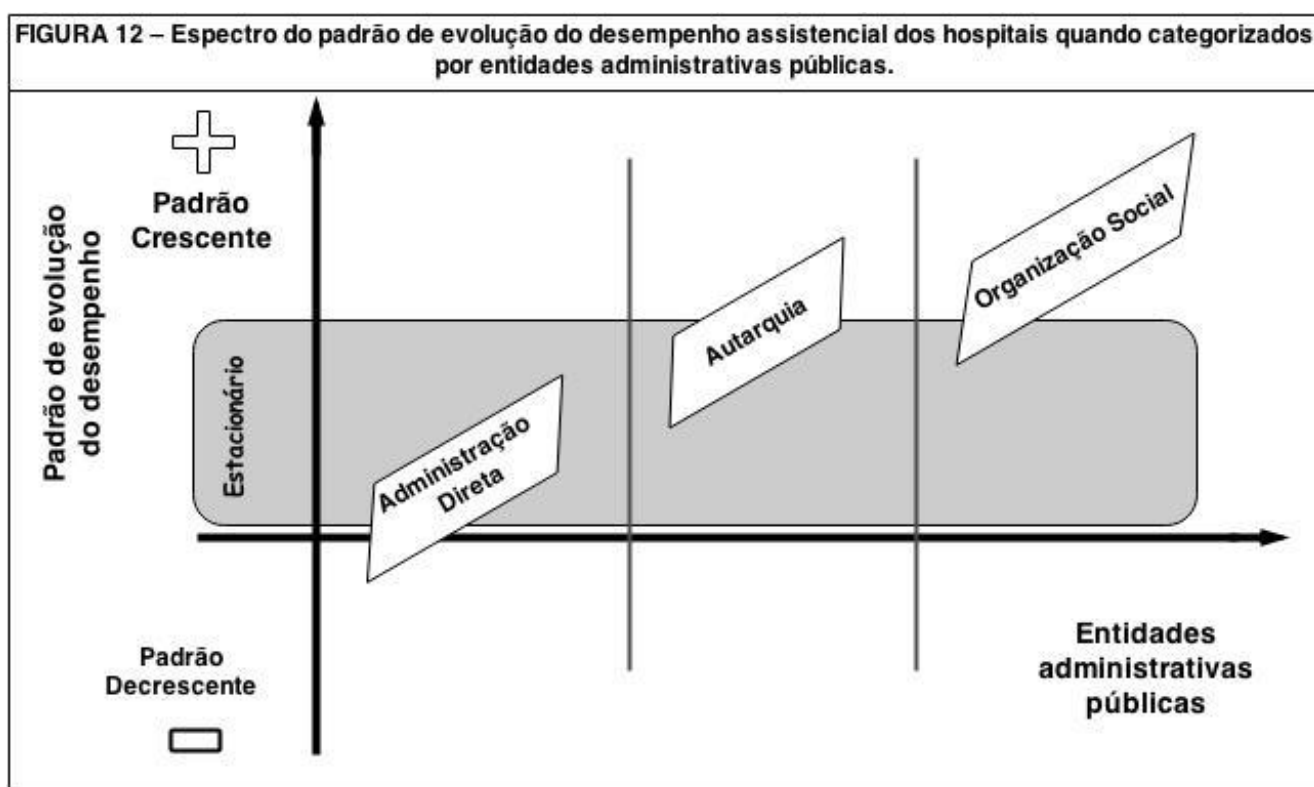
Os indicadores de Ensino e Pesquisa estudados não contemplam toda a complexidade dessas importantes atividades realizadas pelos hospitais de ensino, sobretudo pela indisponibilidade de indicadores qualitativos. A abordagem eminentemente descritiva aqui realizada, comparando apenas ano inicial e ano final, também não permite afastar com rigor e com segurança o fato de que as variações observadas, ao longo dos cinco anos estudados, nos padrões de evolução dos indicadores de Ensino e Pesquisa, possam ser atribuídas meramente ao acaso. Amostra disponibilizando dados de um maior número de anos seria necessária para um trabalho estatístico semelhante ao realizado para os indicadores assistenciais. Tais limitações devem ser consideradas quando da interpretação dos resultados de Ensino e Pesquisa observados.

Discutidos os principais resultados da análise do padrão de evolução do desempenho empreendida neste trabalho, a próxima seção apresentará uma possível explicação para as diferenças encontradas, modelo esse centrado no microambiente organizacional dos hospitais. As limitações supracitadas na interpretação dos resultados da análise qualitativa da Assistência e da análise dos indicadores de Ensino e Pesquisa não permitem incluir, mantendo o rigor, essas dimensões no referido modelo. A explicação que será apresentada restringiu-se, portanto, a oferecer uma justificativa apenas para as diferenças encontradas entre os grupos de hospitais quanto aos padrões de evolução dos resultados de produção e produtividade assistenciais.

9.4 ESTRUTURA GERENCIAL *VERSUS* PADRÃO DE EVOLUÇÃO DO DESEMPENHO: UMA EXPLICAÇÃO POSSÍVEL

Sobre um lastro de um programa baseado no princípio da eficiência, que acompanha sistematicamente indicadores cujos resultados subsidiam a pactuação de metas e contrapartidas financeiras, os hospitais públicos de ensino do estado de São Paulo, quando categorizados como tipos de entidades administrativas públicas, apresentaram diferentes padrões de evolução do

desempenho assistencial ao longo do tempo. Os hospitais da Administração Direta não demonstraram ganho significativo de performance, com padrão de evolução predominantemente estacionário; as Autarquias responderam com desempenho crescente em alguns indicadores, enquanto outros permaneceram estagnados; enquanto as Organizações Sociais apresentaram padrão de evolução predominantemente crescente (Quadro 12 e Figura 12).



Fonte: Autoria própria

O que explica essa diferença de evolução do desempenho assistencial dos hospitais públicos, ao longo do tempo, quando são categorizados por tipos de entidades administrativas públicas? Se estão submetidos aos mesmos estímulos para elevação da eficiência, de acordo com a abordagem gerencial, o resultado esperado seria um padrão de evolução crescente para todos os três grupos de hospitais. Tipificar os hospitais em entidades administrativas como Administração Direta, Autarquia e Organização Social, nessas circunstâncias, nada traria de novo numa discussão sobre desempenho hospitalar se o conjunto de resultados demonstrasse que os padrões

de evolução dos grupos são iguais ou aleatoriamente determinados. Resultados que permitiram observar não somente diferenças no padrão de evolução do desempenho, mas mapear um espectro como o demonstrado no Quadro 12 e na Figura 12, associando padrões de evolução diferentes a entidades administrativas públicas específicas, sugerem que tal categorização importa. Um aprofundamento no estudo das diferenças existentes entre as entidades administrativas públicas e a relação dessas diferenças com o desempenho pode, portanto, auxiliar a entender as variações nos padrões de evolução encontradas.

Numa primeira abordagem analítica buscando entender as diferenças no padrão de evolução do desempenho encontradas no estudo empírico, buscou-se tipificar as estruturas gerenciais dos hospitais públicos de ensino segundo três categorias que podem potencialmente influenciar no desempenho deles, quais sejam: autonomia administrativa e financeira, regime de vinculação de pessoal e modalidade de contratações. Essas três categorias, entre todas aquelas que diferenciam as entidades administrativas públicas, foram consideradas às relevantes para a análise do padrão de evolução do desempenho. Alguns elementos de como essas três categorias podem condicionar o microambiente institucional dos hospitais e influenciar na resposta aos estímulos para elevação da eficiência podem ser agora melhor apontados.

Quanto à autonomia administrativa e financeira, o repasse mensal de financiamento dos Planos Mensais de Aplicação (ou correlatos bimestrais e trimestrais) sujeita os hospitais da Administração Direta, únicos que não possuem autonomia administrativa e financeira total, às oscilações conjunturais de recursos de toda a máquina do executivo, bem como às oscilações decorrentes de mudanças nas lideranças políticas.

Nesses hospitais sem autonomia total, constrangimentos à aquisição de equipamentos, itens considerados bens permanentes e, portanto, somente passíveis de serem adquiridos pelos órgãos da administração central (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais), limitam a renovação do parque tecnológico e a incorporação de novas tecnologias. Estabelecimentos de tetos financeiros para compras e contratações de serviços diretamente pelos hospitais, bem como restrição à execução de obras de ampliação ou reestruturação podem também contribuir para períodos de interrupção da assistência, sobretudo na alta complexidade, bem como limitar a expansão dos serviços.

No seu conjunto, todos esses constrangimentos podem contribuir para que a ausência de autonomia administrativa e financeira total traga impedimentos estruturais à elevação do desempenho dos hospitais da Administração Direta, mesmo num ambiente de estímulo à melhoria dos resultados.

O regime de vinculação de pessoal influencia na reposição dos postos de trabalho e na resposta dos trabalhadores aos incentivos para elevação da eficiência trazidos pelos programas focados nos resultados.

A necessidade de realização de concurso público para o regime estatutário ou para o regime celetista das autarquias e fundações, pelos custos e esforços associados à organização do certame, pode tornar mais lento o processo de reposição de cargos vagos por aposentadorias, afastamentos ou demissões, bem como a ocupação de novas vagas surgidas durante projetos de expansão.

Hospitais são organizações do setor de serviços caracterizadas pelo uso intensivo de mão de obra. Diferentemente das indústrias, elevar o desempenho nessas organizações implica mudanças nos processos produtivos dependentes de pessoas em maior monta que naqueles processos dependentes de equipamentos. Assumindo como premissa que o comportamento dos trabalhadores das organizações públicas é racional, o maior esforço de quem trabalhada em direção a máxima eficiência é obtido balizando-se o desejo individual de recompensa e o medo da punição, encarados como incentivos positivos ou negativos ao trabalho (BESANKO *et al*, 2006).

Por incentivos fortes são entendidos os incentivos financeiros, pecuniários (ROBERTS, 2010). Eles apresentam efeitos positivos na elevação do desempenho. Estipular contrapartidas financeiras variáveis, associadas aos resultados, seria uma alternativa para alinhar os esforços dos trabalhadores dos hospitais com os objetivos de elevação do desempenho.

A legislação do regime de vinculação estatutário não apresenta proibições à remuneração variável, porém prevê incorporação ao salário base se ela for duradoura, mitigando os efeitos do incentivo pecuniário. Outra alternativa prevista em lei para o regime estatutário, que pode ser entendida como incentivo positivo forte, é a suplementação, com cargos comissionados, da

remuneração das funções gerenciais, funções essas que têm vital importância no acompanhamento do cumprimento das metas de desempenho. Também a remuneração trazida pelos cargos comissionados é incorporada ao salário-base do servidor estatutário após anos de exercício da função. Além disso, o fato de os cargos comissionados serem regularmente negociados na construção de apoio político, dentro da lógica multipartidária do presidencialismo de coalizão, subvaloriza o critério meritocrático da alocação deles e desvirtua o seu uso como estratégia para incentivo ao desempenho operacional (ABRANCHES, 1988).

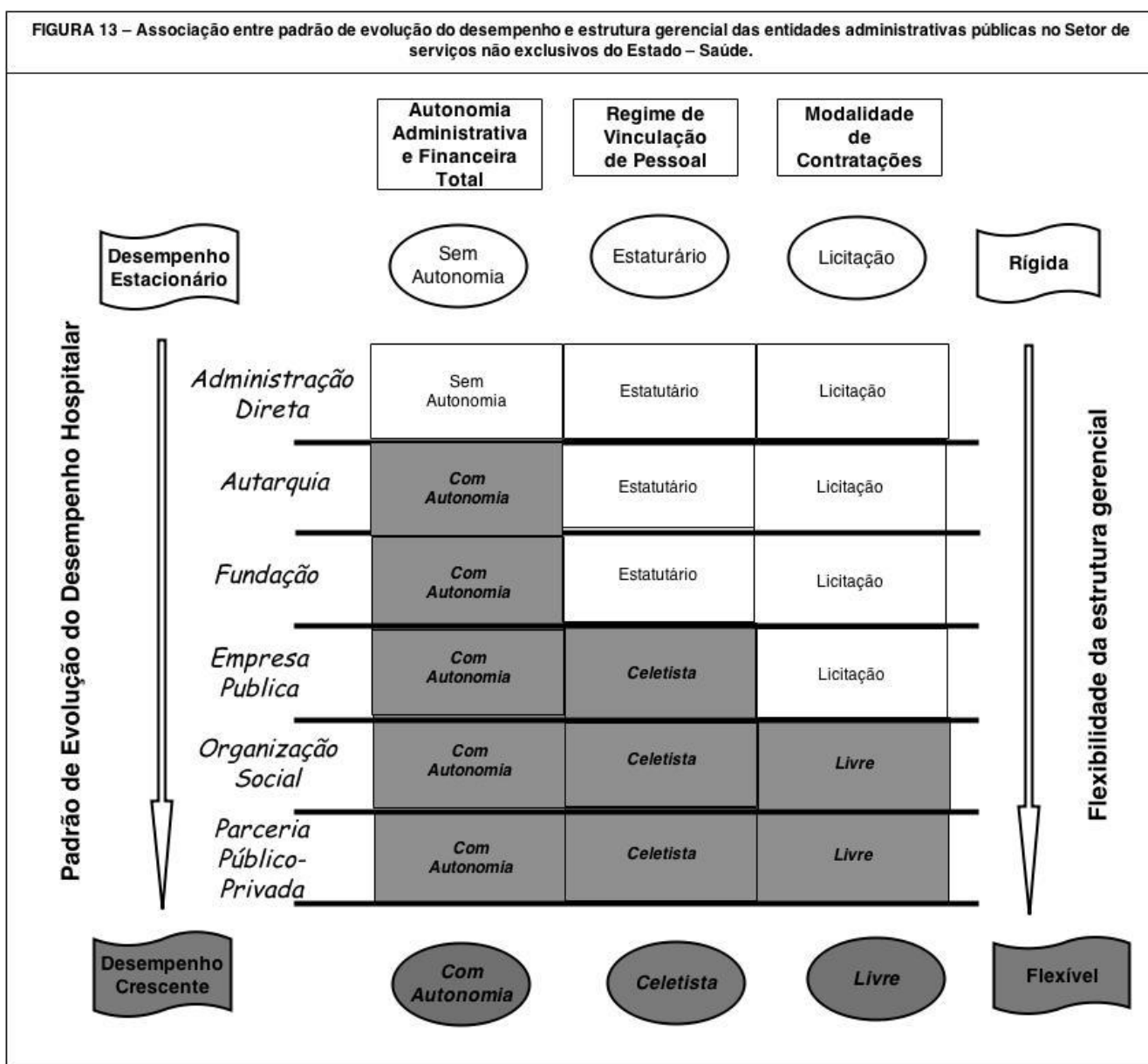
Por incentivos fracos à elevação do desempenho podem ser exemplificados: o reconhecimento pelo trabalho desempenhado, elogios, premiações, dias de folga, ameaças de punições e demissão. Os incentivos fracos podem ser positivos ou negativos, de acordo com o efeito que têm sobre o anseios do trabalhador (BESANKO *et al*, 2006; ROBERTS, 2010).

As normatizações do regime de trabalho dos servidores públicos estatutários entendem como missão do trabalhador o adequado exercício das suas funções, não merecendo compensações adicionais além daquelas já previstas em lei, a exemplo da Licença Prêmio. Isso limita o uso dos incentivos fracos positivos, como premiações e dias de folga pelo bom desempenho. A característica de estabilidade trazida pelo regime estatutário diminui as possibilidades de punições, atrasa o efeito exemplificador da medida punitiva e deprecia, portanto, os efeitos no desempenho trazidos pelos incentivos fracos negativos. De fato, o servidor estável só perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar no qual lhe seja assegurada ampla defesa (BRASIL, 1990).

O regime de vinculação celetista, quando comparado ao regime estatutário, permite maior velocidade de reposição dos postos vagos, flexibiliza os parâmetros para definição da remuneração variável, prevê demissão a critério do contratante, sem exigência de transcurso de processo administrativo-disciplinar e compatibiliza-se com punições e bonificações. Além disso, no particular aspecto dos incentivos fortes pecuniários, a possibilidade de repartição dos lucros obtidos pelas Empresas Públicas e Parcerias Público-Privadas entre os seus trabalhadores celetistas pode exercer, nessas entidades, papel adicional importante como incentivo positivo à elevação do desempenho.

Quanto à influência da modalidade de contratações no desempenho hospitalar, aponta-se que o perfeito cumprimento das exigências legais para as contratações por licitações na administração pública, ao tempo em que resguarda o erário do uso indevido dos seus recursos, pode implicar, por outro lado, maior rigidez e menor celeridade nas aquisições. A necessidade de múltiplos orçamentos, primazia da escolha baseada no menor preço, exigência de especificações e pareceres técnicos detalhados, cumprimentos dos prazos mínimos para publicização dos editais, entre outras obrigações legais, podem tornar as aquisições por licitação sobremaneira mais lentas e distantes das necessidades reais e imediatas às quais as organizações hospitalares estão atualmente submetidas.

Destarte, na explicação aqui proposta, entidades administrativas públicas caracterizadas pela ausência de autonomia administrativa e financeira total, pelo regime estatutário de vinculação de pessoal e pela modalidade de contratações por procedimentos licitatórios apresentariam baixa ou nenhuma resposta de elevação do desempenho ao longo do tempo, quando num ambiente organizado pela lógica da eficiência e foco nos resultados, culminando num padrão de elevação do desempenho estacionário. O protótipo desse grupo é a Administração Direta, como pode ser observado na Figura 13, que resume a associação proposta entre padrão de evolução do desempenho e estrutura gerencial das entidades administrativas públicas hospitalares, quando elas são categorizadas por: autonomia administrativa e financeira, regime de vinculação de pessoal e modalidade de contratações.

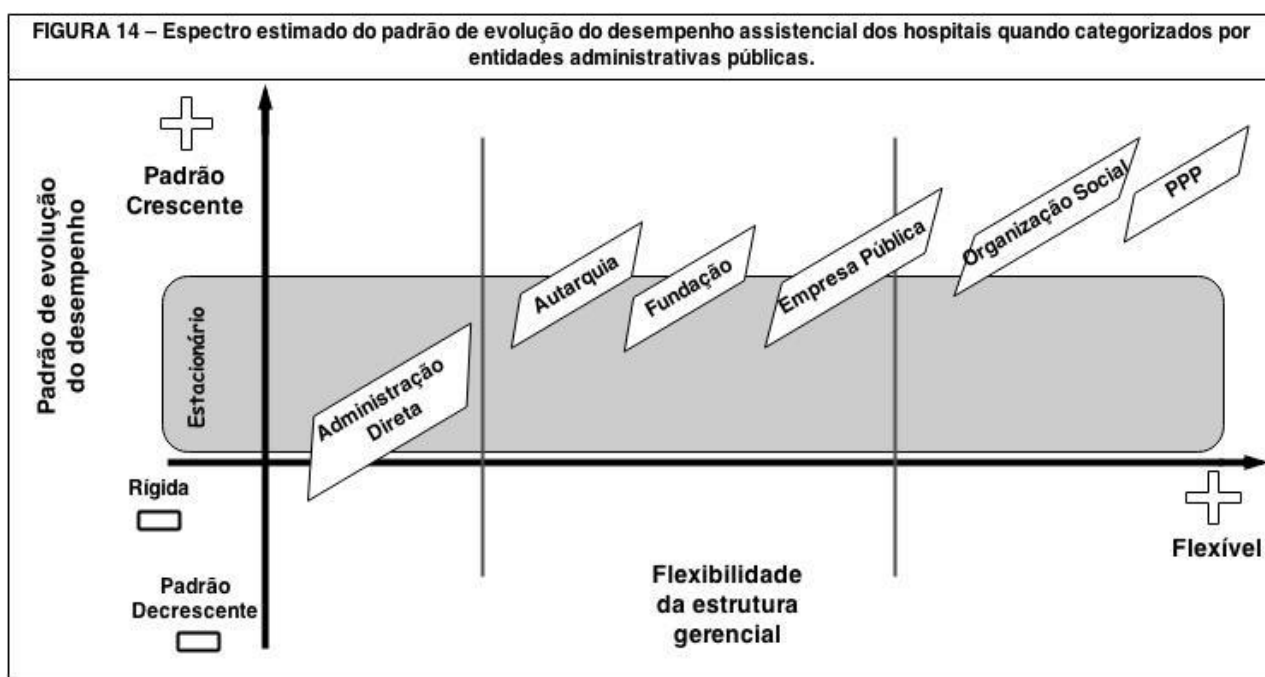


Fonte: autoria própria

Ao mesmo tempo, no outro extremo do espectro, entidades administrativas públicas dotadas de estruturas gerenciais caracterizadas por autonomia administrativa e financeira total, regime celetista de vinculação de pessoal e modalidade de contratações livres apresentariam, nesse mesmo contexto de busca pela eficiência, padrão de evolução do desempenho ao longo do tempo crescente. O protótipo desse grupo são as Organizações Sociais. Por corolário, também as Parcerias Público-Privadas serviriam de exemplo para esse extremo do espectro, a despeito de

não terem sido testadas neste estudo (vide Figura 13). Essas características gerenciais, mais flexíveis em relação àsquelas da Administração Direta, foram trazidas para as organizações públicas brasileiras pela Reforma Gerencial, a partir de 1995.

A Figura 12, anteriormente apresentada, esquematizou o espectro do padrão de evolução do desempenho obtido com os resultados empíricos do estudo, posicionando os hospitais da Administração Direta, Autarquias e Organizações Sociais. A Figura 14 utiliza-se dessa figura e do análise proposta para ampliar o espectro do padrão de evolução do desempenho proposto e incluir os hospitais com as outras estruturas gerenciais possíveis. Tal extrapolação, não testada, porém alinhada com a explicação proposta neste trabalho, pode ter valor preditivo para análises de desempenho futuras.



Fonte: autoria própria

Nesse espectro ampliado, padrões de evolução do desempenho intermediários, portanto, apareceriam nas Fundações e Empresas Públicas, já que elas apresentam flexibilização em uma ou duas das três categorias de análise selecionadas. Nele também, padrão de evolução predominantemente crescente seria detectado em hospitais como Parcerias Público-Privadas, dada a estrutura gerencial totalmente flexível desse tipo de entidade.

10 CONCLUSÕES

As funções assistencial, de formação de profissionais e de produção acadêmica dos hospitais públicos de ensino brasileiros estão comprometidas por problemas crônicos de financiamento, infraestrutura física, indefinição do modelo de prestação de serviços, descolamento da realidade do mercado de trabalho e inadequação dos serviços ao perfil e às exigências de uma população crescente usuária de um sistema universal de saúde (LUZ, 1986; CANABRAVA, 2013; BRASIL 2012).

À luz da abordagem da Administração Pública Gerencial, a necessidade de reformas que melhor aproveitassem os finitos recursos públicos para atender à crescente demanda por mais serviços de saúde e de melhor qualidade centrou a atuação do poder público brasileiro, nas últimas duas décadas, no objetivo de aumento do desempenho dos hospitais públicos, sobretudo os de ensino. Embasado no princípio da eficiência, a principal estratégia adotada foi a de investir em programas focados em metas e resultados, que disseminassem, entre as organizações hospitalares, práticas e comportamentos de estímulo à melhoria contínua e de elevação do padrão de desempenho na prestação de serviços, principalmente os assistenciais.

O estímulo à eficiência é o mesmo, entretanto os hospitais públicos não são todos iguais. Eles apresentam estruturas gerenciais bastante heterogêneas. Este trabalho teve como objetivo principal avaliar como o desempenho de hospitais públicos de ensino de São Paulo, quando categorizados como diferentes entidades administrativas públicas, é afetado ao longo do tempo pela participação em programas de reestruturação fundamentados no princípio da máxima eficiência dos resultados.

No estudo empírico, os hospitais públicos de ensino credenciados ao Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) de São Paulo foram categorizados de acordo com o marco regulatório-legal brasileiro e as diretrizes da reforma gerencial de 1995, em hospitais da Administração Direta, Autarquias e Organizações Sociais e tiveram analisado o padrão de evolução do desempenho (ascendente, estacionário e descendente) de seus indicadores de

produção, produtividade e qualidade da Assistência e de seus indicadores de produção de Ensino e Pesquisa, em uma série histórica de cinco anos (2008 a 2012).

Essa abordagem empírica demonstrou serem heterogêneos os padrões de evolução do desempenho assistencial dos grupos de hospitais, quando diferenciados quanto à estrutura gerencial, ao longo do tempo, em resposta aos estímulos à eficiência. Os hospitais da Administração Direta apresentaram padrão de evolução do desempenho predominantemente estacionário; as Autarquias responderam com desempenho crescente em alguns indicadores, enquanto outros permaneceram estagnados; enquanto as Organizações Sociais apresentaram padrão de evolução predominantemente crescente do seu desempenho.

Em se tratando de hospitais públicos de ensino, portanto, a realidade empírica parece demonstrar que um ambiente alicerçado no princípio da eficiência e organizado com foco nos resultados, a exemplo daquele construído no Setor Saúde brasileiro dentro da lógica da Administração Pública Gerencial, não garante sempre e necessariamente uma elevação do padrão de desempenho ao longo do tempo. A existência de um padrão de desempenho estacionário, não responsivo, precisa ser considerada e a ampliação da produção e da produtividade assistenciais pode ocorrer em graus diferentes de acordo com a estrutura gerencial dessas organizações.

O padrão de evolução do desempenho crescente, detectado empiricamente no grupo dos hospitais como Organizações Sociais, demonstra que os sistemas, programas e ferramentas gerenciais de incentivo à elevação da eficiência atualmente em uso no país parecem estar mais adequadamente desenhados para os hospitais cujos arranjos gerenciais nasceram a partir da Reforma Gerencial de 1995. O padrão de evolução do desempenho estacionário, estagnado dos hospitais da Administração Direta demonstra que estratégias diferentes, para os diferentes tipos de hospitais, precisam ser consideradas pelo poder público. Políticas públicas incluindo, num mesmo programa de fomento à elevação do desempenho, hospitais da Administração Direta, da Administração Indireta, Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas podem levar a dispêndio de recursos públicos sem alteração efetiva dos padrões de desempenho.

No que se refere aos hospitais da Administração Direta, que ainda são a grande maioria dos hospitais públicos brasileiros, algumas alternativas apresentam-se para resolver esse

problema de desalinhamento do estímulo à eficiência com o tipo de hospital. A primeira delas é a construção de políticas, sistemas, programas e ferramentas que considerem o microambiente organizacional do hospital da Administração Direta não apenas como diferente, mas como único. Isso representaria o desenvolvimento, quiçá utópico, de estímulos à eficiência genuinamente brasileiros, exclusivos para esse tipo de hospital.

Construir modelos prescritivos de estímulos à eficiência exclusivos para os hospitais da Administração Direta tende a ser de difícil exequibilidade técnica no presente momento, devido ao conhecimento ainda incipiente do microambiente organizacional desses hospitais. Tende a ser também uma alternativa mais demorada. Dessa forma, a opção por manter as políticas públicas e os estímulos à eficiência como estão, alinhados com a operação das Organizações Sociais e PPPs, mas desalinhados com o funcionamento dos demais hospitais, apresenta-se como provável. Caminhando por essa via, pode ser necessário considerar a realização de mudanças na legislação, concedendo mais autonomia administrativa e financeira e flexibilizando o regime de vinculação e a modalidade de contratações dos hospitais da Administração Direta e Indireta ou, de fato, evoluir na migração dos hospitais da Administração Direta para os “modelos mais flexíveis”, conforme prescreve a Administração Pública Gerencial.

Outro importante aspecto trazido pelos resultados empíricos é que padrões diferentes de evolução do desempenho para diferentes entidades administrativas públicas demonstram que o microambiente organizacional e a estrutura gerencial importam para os hospitais também (NORTH, 1981; NORTH, 1990). Modelos explicativos que aprofundem o estudo nessa direção do microambiente hospitalar, a exemplo da explicação proposta neste estudo, em atendimento ao último dos objetivos específicos, que destaca a importância da autonomia administrativa e financeira, do regime de vinculação de pessoal e da modalidade de contratações, podem contribuir para entender como se comporta o desempenho nos hospitais públicos ao longo do tempo.

O campo para novas pesquisas abordando desempenho em hospitais públicos é extenso. Uma complementação do presente trabalho incluindo Fundações, Empresas Públicas e as iniciativas mais recentes de hospitais sob o regime de Parcerias Público-Privadas poderá ser

possível em mais alguns anos, com um corte temporal mais extenso e contemplando mais indicadores qualitativos e de Ensino e Pesquisa.

Considerando serem as três categorias de análise variáveis relacionadas ao microambiente interno das organizações, estudos qualitativos que mergulhem profundamente nos diferentes hospitais, investigando suas estruturas hierárquicas, o padrão de comportamento dos seus trabalhadores e a organização dos seus processos podem também contribuir para a validação do modelo proposto. Nesse sentido, estudos de casos comparativos apresentam-se como uma alternativa metodológica, capazes de trazer novos resultados além daqueles obtidos na macroanálise dos agregados de grupo empreendida neste trabalho.

São limitações desta pesquisa a restrição da avaliação a apenas uma unidade da federação, o número limitado de indicadores de qualidade e a baixa disponibilidade dos indicadores de ensino e pesquisa. Melhorias nos sistemas de informações hospitalares podem tornar possível a realização de estudos semelhantes nas diversas unidades da federação, avaliar outras entidades administrativas públicas, inclusive as mais recentemente criadas como as PPPs, bem como a expansão da avaliação para escolas, universidades, postos de saúde, delegacias, presídios, entre outras organizações públicas prestadoras de serviços no setor de atividades não exclusivas do Estado.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, Sérgio. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Dados**, v. 31, n. 1, p. 5-38, 1988.
- ANDREWS, Christina W.; BARIANI, Edison. **Administração pública no Brasil: breve história política**. São Paulo, Editora Unifesp, 2010.
- BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 07 de outubro de 2013.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo**. 14ª edição, São Paulo: Malheiros Editores, 2002.
- BATISTA JR., Paulo Nogueira. Círculo de Giz da "Globalização". **Novos Estudos**, nº 49. São Paulo: CEBRAP, 1997.
- BESANKO, D., Dranove, D., Shanley, M. and Schafefer, S. **A Economia da Estratégia**. 3.ed., Porto Alegre: Bookman, 2006.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 53-60, 1996.
- _____, Olímpio J. Nogueira. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Rev. adm. saúde**, v. 6, n. 22, p. 15-18, 2004.
- _____, Olímpio J. Nogueira, MAGALHÃES, Adriana. Hospitais de ensino no estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento. São Paulo: **Revista de Administração em Saúde**, ed. especial, 2010.
- _____, Olímpio J. Nogueira V.; MENDES, José Dínio Vaz; MAGALHAES, Adriana. Administração de sistemas e serviços de saúde: competências exigidas na atualidade. **RAHIS**, v. 3, n. 7, p. 30-44, 2012.
- _____, Olímpio J. Nogueira V. O mercado médico no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 1, p. 55-66, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e Evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. **A organização da Administração Pública Federal**. Brasília: Casa Civil, 1967.

_____. Ministério da Saúde, **Terminologia Básica em Saúde**. Secretaria Geral, Grupo de Trabalho/Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília: 2ª Edição, 1985.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. O regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília: Casa Civil, 19 abr. 1990.

_____, Leis. "Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992. Dispõe sobre controle de prevenções de infecções hospitalares." BRASIL. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 4 set. 1992.

_____. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Pública Federal e Reforma do Estado, 1995.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Normas gerais sobre o regime de concessões. **Diário Oficial da União**, Brasília: Casa Civil, 14. Fev. 1995 e republicado em 28 set. 998

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Qualificação das organizações sociais e criação do Programa Nacional de Publicização. **Diário Oficial da União**, Brasília: Casa Civil, 8 mai. 1998 e retificado 25 mai. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed. revista, 2002.

_____. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.006 de 27/05/2004. Criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União** Brasília: Ministério da Saúde, 28 mai. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.702 de 17/08/2004. Criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. **Cadernos de Atenção Especializada**. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=470645&indexSearch=ID>>. Acesso em: 07 de outubro 2013, 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.179, de 30 de dezembro de 2004. Normas gerais para licitação e contratação de Parceria Público-Privada. Brasília: Casa Civil, 2004d.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Certificação das entidades filantrópicas. **Diário Oficial da União**, Brasília: Casa Civil, 30. nov. 2009.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. **Diário Oficial da União**, Brasília: Casa Civil, 16 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **A política de Reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, jan. 1996.

BUCHANAN, James M.; TOLLISON, Robert D. (Ed.). **The Theory of Public Choice**. II with James M. Buchanan. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 1984.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. CNES. Disponível em <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 04 de out. de 2013.

CALLEGARI, Lucas. **Estudo Especial sobre Hospitais Privados: situação e perspectivas**. São Paulo: Panorama Setorial, 2004.

CAMBRIDGE DICTIONARY OF AMERICAN ENGLISH, Cambridge University Press, second edition, 2008.

CANABRAVA, Claudia Marques. **Análise de implantação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais–PRO-HOSP.** 2013. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

COSTIN, Cláudia. **Administração Pública.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, Editora Positivo, 5ª edição, 2010.

DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. A gaiola de ferro revisitada: Isomorfismo Institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas. RAE – Clássicos.** São Paulo, abr/jun, 2005.

DONABEDIAN, Avedis. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol 1) pdf by. 1985.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995.

FAYOL, R. **Administration industrielle et generale.** Paris: Dunod, 1916.

GESPUBLICA, Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização. Disponível em: <<http://www.gespublica.gov.br>>. Acesso: 25 de junho de 2014, 2014.

GONÇALVES, Ernesto Lima (organizador). **Gestão Hospitalar: Administrando o Hospital Moderno.** São Paulo: Saraiva, 2006.

HELD, David, ed. **Global transformations: Politics, economics and culture.** Stanford: Stanford University Press, 1999.

HELOANI, Roberto. **Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho.** São Paulo: Atlas, 2003.

HOBBSBAUM, Eric J.. **A era das revoluções, 1789-1848.** 25ª edição revista, 4ª impressão. São Paulo: Paz e Terra., 2012.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard.** Rio de Janeiro: Editora Campus, 1997.

KRUGMAN, Paul; OBSTFELD, Maurice. **Economia internacional: economia e política.** São Paulo: Pearson, 2005.

LAPPONI, Juan Carlos. **Estatística usando excel.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira & CARDOSO, Maria Regina Alves. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, n. 3, 2001.

LINS, Bernardo Estellita. Breve história da Engenharia da Qualidade. **Cadernos Aslegis**. Brasília, 2005.

LÓPEZ, Joaquin S. Ruiz. Calidad em la gestión pública: del azar a la necesidad. **Revista del CLAD Reforma e y Democracia**, nº 54, Oct. 2012, pp. 63-94.

LOUREIRO, Maria Ria; ABRUCIO, Fernando Luiz & PACHECO, Regina Silvia. **Burocracia e política no Brasil: desafios para o estado democrático no século XXI**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

LUEDY, Almerinda; MENDES, Vera Lúcia Peixoto S.; RIBEIRO JÚNIOR, Hugo. Gestão Pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 19, n. 63, 2014.

LUZ, Madel Therezinha. **As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

MALIK, Ana Maria; D'INNOCENZO, M. **Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução**. D'Innocenzo M, coordenador. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, p. 21-35, 2006.

_____, Ana M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cad Fundap**, v. 19, p. 7-24, 1996.

MANKIWI, N. Gregory. **Introdução à Economia**. Tradução da 3ª edição, São Paulo: Thomson Learnig, 2007.

MARTINS, Humberto Falcão. Burocracia e a revolução gerencial: a persistência da dicotomia entre política e administração. Belo Horizonte: **Revista do Serviço Público**, Ano 48, número 1, jan-abr, 1997.

MOROCO, J. Análise **Estatística de dados**. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

MARQUES, Iracema Sena de Souza. **Gestão de Hospitais Públicos: estudo sobre os modelos burocrático e terceirizado de gestão no Estado da Bahia**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 24^a ed. atualizada por Eurico Andrade Azevedo, Délcio Balestero Aleixo e José Emmanuel Burle Filho. São Paulo: Malheiros Editores, 1999.

MENDES, Vera Lucia Peixoto Santos. **Gerenciando qualidade em Serviço de Saúde**. 1994. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

_____, Vera Lucia Peixoto Santos. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil**. 2000. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, O. J. N. V. Saúde Pública no Estado de São Paulo – informações com implicações no planejamento de programas e serviços. **Revista de Administração em Saúde**, v. 5, p. 71, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36281>. Acesso em: 20 de março de 2013, 2013.

MOTTA, Fernando Cláudio Prestes. **Teoria Geral da Administração: Uma Introdução**. 18 ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. A crise da gestão pública: do reformismo quantitativo a um caminho qualitativo de reforma do Estado. **Cadernos FUNDAP**, nº 21, p. 6-25, 1997.

North, Douglass Cecil. **Structure and Change in Economic History**. Norton: New York, 1981.

_____, Douglass Cecil. **Institutions, Institutional Change and Economic Performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

OSTROM, Vincent; OSTROM, Elinor. **Public Goods and Public Choices**. Workshop in Political Theory and Policy Analysis. Indiana University, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. Salvador; Centro de Estudos Projetos de Saúde - Instituto de Saúde Coletiva; 2002.

_____, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, 148p.

PINHO, José Antônio Gomes de. Reforma do Aparelho do Estado: Limites do Gerencialismo Frente ao Patrimonialismo. **Revista Organizações e Sociedade**, Salvador, v. 5, n. 12, p. 59-79, Maio/Agosto 1998

REIS FILHO, Daniel Aarão; FERREIRA, Jorge; ZENHA, Celeste. O século XX. O Tempo das Crises. Revoluções, fascismos e guerras. **Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 2, 2000.

ROBERTS, J. Designing incentives in organizations. **Journal of Institutional Economics**, 6(1): 125-132, 2010.

SAEB, Secretaria de Administração do Estado da Bahia. **Organizações Sociais na Bahia**. Disponível em: <<http://www.saub.ba.gov.br/ProgramaInternaView.aspx?pagina=organizacoes-sociais&interno=os-implantadas-organizacao>>. Acesso: 05 de maio de 2014.

SAHE, Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino. Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/>>. Acesso em: 07 de outubro 2013, 2013.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**. Fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. 4ª. ed. São Paulo: Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia HUCITEC Ltda., 1988.

SESAB, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Hospital do Subúrbio e Programa de Modernização Administrativa**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5074&catid=8&Itemid=49>. Acesso: 05 de maio de 2014, 2014.

SEPLAN, Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia. PROGEST. Disponível em: <<http://www.seplan.ba.gov.br>>. Acesso: 05 de maio de 2014, 2014.

SES-SP, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. **Organizações Sociais em São Paulo**. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/organizacoes-sociais-de-saude-oss>>. Acesso: 05 de maio de 2014, 2014.

SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2001.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão: uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, p. 911-8, 2009.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva and TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis** [online]. Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 953-972, 2010.

TAYLOR, F. W. **Princípios da administração científica**. São Paulo: Atlas, 1970.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L., MERCADO, F. J. (Org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-134.