

# O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais

*Roberto Passos Nogueira\**

### **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se destacado entre as demais políticas sociais por notáveis avanços em sua organização federativa. Tais avanços podem ser exemplificados pela descentralização das funções administrativas e da prestação de ações e serviços em todo o território nacional, pelo funcionamento contínuo de instâncias de cogestão nas esferas federais e estaduais e pelos pactos promovidos entre os gestores, com vistas à definição de metas comuns, inclusive em termos de indicadores de saúde. Neste sentido, a articulação federativa conduzida pelo SUS é usualmente tida pelos analistas de gestão de políticas públicas como experiência muito bem-sucedida (ABRUCIO, 2005; ARRETICHE, 2002).

Contudo, há um setor da gestão pública do SUS devido ao qual o sistema parece acumular mais problemas do que qualidades: é o da gerência de suas unidades assistenciais, constituídas pelos hospitais e ambulatorios, cuja missão é assegurar acesso universal e igualitário, conforme preconizado no art. 196 da Constituição Federal. Essas unidades do SUS estão longe de exibir desempenho adequado em termos de eficiência e de qualidade dos serviços prestados aos seus usuários. Segundo avaliação promovida pelo Banco Mundial, esse mau desempenho é atribuível, entre outros fatores, à falta de autonomia financeira e técnico-administrativa (WORLD BANK, 2007). Há também que se considerar os níveis de financiamento do sistema pelo governo fede-

\* Este texto está sendo publicado simultaneamente pela DIEST/IPEA.

ral, os quais a maioria dos gestores avalia como insuficientes e cujo impacto desfavorável sobre a qualidade dos serviços hospitalares próprios e de terceiros não pode ser subestimado.

O debate sobre a necessidade de conferir maior autonomia à gestão financeiro-administrativa das unidades assistenciais do SUS põe em relevo um contraste entre dois tipos de reforma administrativa do Estado. De um lado, encontra-se a reforma de tipo clássico, de inspiração thatcheriana, que almeja, antes de tudo, a eficiência no uso dos recursos públicos: fazer mais com menos, evitar o desperdício. De outro lado, está aquele modo de reforma que, sem desprezar as questões de eficiência, busca primariamente alcançar efetividade, quer dizer, prestar serviços públicos com acesso garantido e mais amplo, em conformidade com as necessidades dos cidadãos. Trata-se, neste caso, de mudanças institucionais e gerenciais feitas na perspectiva da ampliação da cobertura e da melhoria da qualidade dos serviços de proteção social brindados pelo Estado (BJÖRKMAN, 2005; ABRUCIO, 2007).

Em sua primeira fase, o SUS desencadeou o que pode ser chamado de reforma democratizante do Estado em sua estrutura federativa (SANTOS, 2009). Atualmente, está passando pela redefinição institucional do papel de suas unidades assistenciais, que está mais próxima do segundo tipo de reforma administrativa. Pode-se afirmar que o objetivo geral que os gestores têm em vista é tornar esse sistema de proteção social mais efetivo, aumentando a capacidade de prestação de serviços e dando acesso a serviços integrais de saúde, isto é, atendendo ao conjunto das necessidades de saúde das pessoas. Mas a principal mudança que vem ocorrendo nesta direção – que é a criação de novas modalidades institucionais de assistência não subordinadas à administração direta do Estado, entre as quais se destacam as organizações sociais (entes privados) e as fundações estatais (entes estatais) – tem sido objeto de intensa polêmica entre os principais atores políticos do SUS e, especialmente, tem envolvido em conflitos acirrados os gestores e o controle social (isto é, os conselhos de saúde).

Este artigo pretendeu examinar quatro questões:

- 1) Por que o SUS foi bem-sucedido em sua estratégia de descentralização e de gestão em colaboração federativa e tem demonstrado desempenho desfavorável por parte de suas unidades públicas prestadoras de serviços?
- 2) Em termos qualitativos e quantitativos, qual é a situação atual das novas modalidades institucionais?
- 3) Quais são os conflitos de natureza política e ideológica que restringem ou dificultam a disseminação dessas modalidades no conjunto do SUS?
- 4) Que futuro pode ser previsto em relação a essas modalidades?

## O sucesso da articulação federativa descentralizadora e seus motivos

Os resultados positivos alcançados pelo SUS na articulação federativa e no processo de descentralização têm sido destacados por inúmeros pesquisadores. Abrucio (2005) afirma que “a saúde é, sem dúvida alguma, a política pública de maior destaque no quadro federativo desde a Constituição de 1988”. Por sua vez, Arretche (2002) salienta que “a municipalização da gestão

dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 1990 e pode-se afirmar que, deste ponto de vista, a reforma foi um sucesso”. Ainda mais incisivo, um respeitado jornalista de economia afirma sobre o SUS que se trata do “mais bem-sucedido modo de articulação federativa até agora desenvolvido no país” (NASSIF, 2009). A partir desse tipo de reconhecimento, o SUS tem servido de inspiração para a conformação do modelo federativo de outras áreas de políticas públicas como, por exemplo, a assistência social, a segurança pública e até para a negociação de investimentos em saneamento do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC).

São múltiplos os mecanismos de articulação federativa que foram postos em funcionamento para que a gestão do SUS pudesse se tornar realidade em praticamente todos os municípios do país. Há que se citar, em primeiro lugar, o papel exercido pela Comissão Tripartite, que atua junto ao Ministério da Saúde e é formada por gestores do SUS das três esferas do governo. Esta comissão representa a principal instância de negociação e pactuação de critérios de distribuição de recursos, de planos e de avaliação do desenvolvimento das pactuações realizadas em casa esfera de governo.

No âmbito estadual, papel similar é cumprido pela Comissão Bipartite, que reúne gestores municipais e estaduais e se encarrega dos planos estaduais, regionais e de regionalização das ações e serviços propostos pelos Colegiados de Gestão Regional, que, por sua vez, são integrados pelos gestores dos municípios envolvidos e por representação da gestão estadual.

A essas instâncias de caráter permanente devem ser agregados dois outros mecanismos de caráter mais informal:

- a) reuniões com vistas à formulação e aprovação de pactos de gestão, que explicitem metas administrativas e dos pactos pela saúde, os quais determinam resultados a serem alcançados de acordo com indicadores;
- b) negociações de caráter extraordinário e informal dos gestores com o ministro da saúde e com outras autoridades da área federal, quando se apresentam certas questões candentes, principalmente no diz respeito a aspectos de financiamento e de estratégias de atenção integral à saúde.

Tendência importante, que põe em relevo a capacidade de cooperação federativa do SUS, é a formação de consórcios municipais para a organização regional de ações e serviços de saúde que correspondam a seu nível de atuação (RIBEIRO E COSTA, 2000), conforme previsto na lei orgânica (artigo 10º da lei 8.080/1990), e que garantam atendimento integral à população dos municípios associados. Em 2008, registravam-se 176 desses consórcios formados para fins de prestação integral de serviços de saúde à sua população, com destaque para o Estado de Minas Gerais, onde existiam nada menos que 65 consórcios em funcionamento (Tabela 1).

Segundo Neves e Ribeiro (2006), o menor compromisso dos governos estaduais com investimentos e custeio dos sistemas regionais estimulou, na década de 1990, os municípios a buscarem compensação mediante a organização dos consórcios intermunicipais. Neste sentido, a organização espontânea de consórcios preencheu um vazio criado pela falta de poder diretivo dos

**Tabela 1** – Brasil e Unidades Federadas (UF), 2008: número de consórcios de saúde

Estado	Consórcios	Estado	Consórcios
CE	2	RJ	6
ES	8	RN	3
MG	65	RS	16
MT	15	SC	10
PA	3	SP	17
PB	7		
PR	24	Brasil	176

Fonte: Ministério da Saúde

estados na organização das suas regiões e microrregiões assistenciais durante esse período. De sua parte, a Norma Operacional de Assistência de 2002 (NOAS/2002) não faz referência ao papel dos consórcios, mas estabelece como requisito a formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), “como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9). A NOAS afirma que o PDR:

*fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9).

A estratégia de formação de consórcios municipais facilmente pode escapar às diretrizes da política estadual de organização da assistência em microrregiões, devido ao caráter de cooperação espontânea dos consórcios. Portanto, esta estratégia tem de ser avaliada pelas secretarias estaduais para que possa se ajustar às diretrizes do PDR, o qual, em princípio, busca detectar o conjunto das necessidades e prioridades das microrregiões dentro do território de cada unidade federada.

A trajetória bem-sucedida da descentralização do SUS é comprovada pela Tabela 2, que exibe a evolução do número de leitos hospitalares e do número de empregos de médicos nas três esferas de governo ao longo do período 1992-2005. Os dados evidenciam forte desconcentração

**Tabela 2** – Brasil, 1992-2005: evolução do número de leitos hospitalares e de empregos médicos nas três esferas de governo

	Leitos			Empregos médicos		
	1992	2005	Var. 1992-2005	1992	2005	Var. 1992-2005
<b>Federal</b>	24.072	17.189	-28,6	22.418	19.733	-12
<b>Estadual</b>	75.147	61.699	-17,9	56.649	63.530	12,1
<b>Municipal</b>	35.861	70.078	95,4	68.968	158.104	129,2
<b>Total</b>	135.080	148.966	10,3	150.027	243.372	62,2

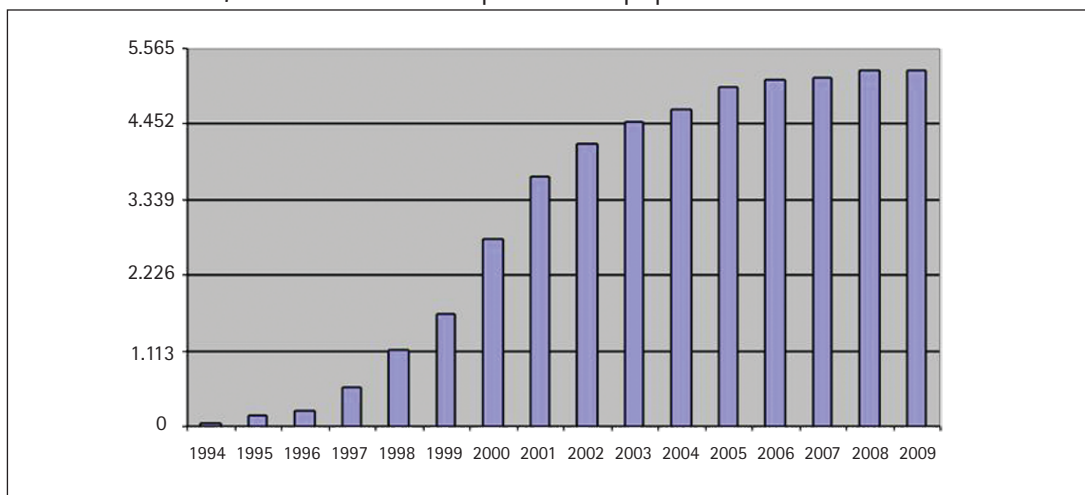
Fonte: DATASUS/IBGE

de recursos físicos e humanos no sentido do fortalecimento da capacidade de assistência pelos governos municipais. Parte desses resultados foi alcançada mediante a cessão descentralizadora de recursos humanos feita pelo Ministério da Saúde, pelas secretarias estaduais de saúde e por meio da transferência para a administração municipal de hospitais anteriormente mantidos nessas duas esferas. Com efeito, cerca de 70% de todo o pessoal do Ministério da Saúde encontra-se cedido a outros órgãos descentralizados do SUS. Mas deve ser observado que novos investimentos em leitos hospitalares e a expansão da força de trabalho própria, a partir da edição da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), vieram a aumentar significativamente a capacidade de atendimento pela rede assistencial dos municípios.

Em termos do alcance da cobertura das ações e serviços do SUS, um indicador expressivo é fornecido pela expansão da estratégia de saúde da família, como se constata pelo Gráfico 1. Em 2009, 5.251 municípios contavam com a atuação de equipes de saúde da família, representando 94% do total de municípios do país. É sabido que esta expansão vem acarretando um custo de legalidade administrativa. Mais de 50% dos recursos humanos da estratégia de saúde da família são mantidos mediante contratos precários; por outro lado, em municípios pequenos, a fim de serem atraídos e mantidos em seus postos de trabalhos, os médicos costumam receber remuneração que supera a do prefeito. Esses dois fenômenos caracterizam situações irregulares.

Abrucio (2005), Arretche (2002) e Viana, Lima e Oliveira. (2002) asseveram que o principal impulso para o sucesso da cooperação federativa descentralizadora do SUS deveu-se à combinação entre a obediência às diretrizes emanadas das normas operacionais (básicas e de assistência) pactuadas pelas três esferas de governo na Comissão Tripartite e o estímulo dado pelos repasses financeiros federais em conformidade com o estágio evolutivo da organização e a complexidade dos sistemas locais de saúde. Esta argumentação tem peso considerável, mas, pelo fato de se fundamentar unicamente no pressuposto da ‘conduta racional’ dos gestores, deixa de levar em

**Gráfico 1 – Brasil, 1994–2009: municípios com equipes de saúde da família**



Fonte: Ministério da Saúde

conta a dimensão político-ideológica, a qual pode favorecer alianças ou gerar conflitos entre os diversos atores envolvidos no processo de construção do SUS.

É preciso ter em vista que o SUS é fruto de um dos mais relevantes processos de mobilização social que ocorreram durante a redemocratização do país e em torno da formulação da Constituição de 1988. A reforma sanitária brasileira produziu quatro tipos principais de militantes, que vieram a consolidar suas posições ao longo dos anos 1990:

- 1) os docentes, os pesquisadores e os estudantes vinculados às instituições de ensino e pesquisa;
- 2) os gestores do sistema nas três esferas de governo, com destaque para o ‘movimento municipalista’, liderado pelos gestores municipais;
- 3) os que atuam em ONGs, nos movimentos populares e nos movimentos de defesa dos direitos dos usuários, por exemplo, as entidades de defesa dos portadores de HIV/AIDS;
- 4) finalmente, os trabalhadores de saúde do SUS e aqueles que, embora não vinculados diretamente a este sistema, o defendem enquanto política pública. Esses tipos de militantes não são mutuamente exclusivos, pois, certamente, há muitas possibilidades de sobreposição, como é o caso dos gestores que são docentes em instituições universitárias.

A hipótese aqui adotada é que, de modo geral, esses quatro tipos de atores historicamente tenderam para a convergência política e atuaram em aliança estratégica para reforçar os rumos oficialmente definidos na articulação federativa descentralizadora. Em torno desta questão, houve sempre mais convergência do que divergência. Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituinte (1987 a 1988), um alto grau de consenso político entre esses quatro atores veio a constituir o fator decisivo para a conformação federativa do SUS. Este é o consenso político original, que defendia três teses convergentes:

- 1) gestão compartilhada nos âmbitos federal, estadual e municipal, com direção única em cada esfera de governo;
- 2) descentralização que concede papel destacado à gestão municipal;
- 3) funcionamento obrigatório do controle social, por meio dos conselhos de saúde. O consenso similar não existe quando se trata de criar e implantar os novos modelos institucionais de gerência das unidades assistenciais.

## As unidades assistenciais públicas do SUS e seu desempenho

Em 2005, estavam em operação no país 2.752 unidades assistenciais, pertencentes ao setor público das esferas federal, estadual e municipal, providas de recursos de internação. Em conjunto, dispunham de 148.966 leitos, que correspondiam a 33,6% do total de 443.210 leitos para internação existentes no país. As unidades públicas com internação apresentavam maior concentração na região Nordeste, mas o maior número médio de leitos por unidade encontrava-se na região Sudeste (Tabela 3).

**Tabela 3 – Brasil e regiões, 2005: unidades públicas com internação segundo tipo de atendimento e média de leitos por unidade**

Região	Tipo		Total de unidades	Total de leitos	Média de leitos por unidade	
	especializado	Com especialidades				
Norte	8	163	183	354	15.667	44
Nordeste	59	539	654	1.252	52.492	42
Sudeste	51	260	239	550	53.428	97
Sul	11	66	182	259	14.859	57
Centro-Oeste	6	54	252	312	12.520	40
Brasil	135	1.082	1.510	2.727	148.966	55

Fonte: IBGE

A manipulação dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) permite obter uma imagem atualizada da distribuição regional de leitos públicos e privados. Evidencia-se que a região Sudeste concentra, proporcionalmente, quantidade maior de leitos de internação públicos do que o Nordeste (36,9 contra 34,5%), ao mesmo tempo em que concentra expressiva proporção de leitos privados (43,8%). Contudo, o número absoluto de leitos públicos no Sudeste é pouco maior que no Nordeste, enquanto que, no âmbito privado, há duas vezes mais leitos no Sudeste (Tabela 4). Portanto, conclui-se que o SUS obteve resultado favorável à equidade entre essas duas regiões na implantação de seu sistema assistencial.

Os leitos públicos estão localizados em unidades assistenciais que variam muito em sua oferta de leitos e, portanto, na capacidade de atendimento: desde as chamadas unidades mistas, que fazem predominantemente atendimento ambulatorial e dispõem de número reduzido de leitos de internação, até as unidades hospitalares de grande porte, que contam com mais de 300 leitos.

As unidades assistenciais com internação costumam ser divididas em três grupos:

- 1) atendimento especializado (unidades que admitem pacientes para uma única especialidade, por exemplo, oncologia, traumatologia ou cardiologia);
- 2) atendimento com especialidades (admitem pacientes para diversos serviços ou enfermarias especializadas);
- 3) atendimento geral de pacientes para serviços clínicos e cirúrgicos gerais (não têm distinção organizacional de especialidades). Mas é preciso ter em conta que grande parte dos hospitais especializados corresponde às tradicionais maternidades (atendimento em ginecologia e obs-

**Tabela 4 – Brasil e regiões, outubro de 2009: leitos públicos e privados de internação**

Região	Públicos	%	Privados	%	Total	%
Norte	18.842	10,6	14.472	4,3	33.314	6,5
Nordeste	61.593	34,5	70.353	21,1	131.946	25,8
Sudeste	65.860	36,9	158.122	47,4	223.982	43,8
Sul	17.253	9,7	64.767	19,4	82.020	16
Centro-Oeste	14.790	8,3	25.864	7,8	40.654	7,9
Brasil	178.338	100	333.578	100	511.916	100

Fonte: CNES

tetrícia), as quais, em geral, têm pequeno porte e baixo grau de complexidade tecnológica; muitas nem sequer dispõem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para recém-nascidos.

A portaria ministerial nº 2.224 de 5 de dezembro de 2002 estabeleceu critérios de classificação das unidades hospitalares para os estabelecimentos públicos e privados com leitos disponíveis ao SUS, conforme discriminados no Quadro 1.

De acordo com o número de pontos alcançados, os hospitais são classificados em 4 tipos: porte I (1 a 5 pontos); porte II (6 a 12 pontos); porte III (13 a 19 pontos) e porte IV (20 a 27 pontos). Os hospitais de porte III e IV correspondem aos estabelecimentos que se caracterizam por concentrarem procedimentos de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial. Tais procedimentos admitem grande diversidade, mas alguns dos mais importantes podem ser mencionados a título ilustração: patologia clínica, terapia renal substitutiva (diálise renal), quimioterapia, radiodiagnóstico, hemoterapia e medicamentos de dispensação excepcional. Naturalmente, esse é o setor de mais alto dispêndio financeiro no âmbito do SUS, absorvendo parcela considerável dos orçamentos públicos da saúde, especialmente nas esferas federal e estadual.

O Ministério da Saúde mantém unidades próprias, de alta complexidade, no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul. No Rio de Janeiro se localizam três institutos nacionais: o de Oncologia (INCA), o de Cardiologia (INC) e o de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Por outro lado, as transferências do Ministério da Saúde para o pagamento de procedimentos de média e alta complexidade representam, em geral, o dobro do destinado às ações de atenção básica. Em 2006, a transferência neste item de despesa do ministério alcançou quase 13 bilhões de reais, em comparação com 6,7 bilhões destinados à atenção básica (Tabela 5).

Um dos pontos de maior debilidade do SUS como política social encontra-se na grande fragmentação dos seus subsistemas de atenção. Tal fragmentação abrange aspectos que são, de um lado, de natureza técnico-financeira e, de outro, de natureza social, pois implicam a diferenciação da extração social da sua clientela. Por exemplo, os serviços de alta complexidade costumam ser utilizados pela clientela de classe média e mesmo a elite, que também são usuárias dos serviços de planos de saúde; por outro lado, a atenção básica só é utilizada por esses grupos excepcionalmente, a não ser em relação a alguns serviços de saúde pública, tais como a vacinação de crianças e de idosos.

As ações e serviços de alta complexidade têm altíssimo custo e grande visibilidade social, o que garante a convergência de interesses políticos e econômicos entre gestores, prestadores e usuários de classe média e elite. Neste caso, o SUS não funciona, de fato, como 'um sistema pobre para os pobres'. Paradoxalmente, a alta complexidade é o único subsistema que mantém o caráter originalmente previsto do SUS: relativamente universal e igualitário<sup>1</sup>. Por outro lado, por funcionar frequentemente como instância isolada, que se mantém, sobretudo mediante

---

<sup>1</sup> Pode-se interpretar que o uso continuado desse nível de atenção pela classe média é justificável do ponto de vista dos objetivos de uma política pública, na medida em que constitui uma espécie de seguro provido pelo Estado em relação a riscos econômico-sociais catastróficos que podem acometer o indivíduo e sua família.



**Quadro 1** – Critério de classificação das unidades hospitalares pelo Ministério da Saúde

Pontos por item	ITENS DE AVALIAÇÃO								Pontos totais
	A	B	C	D	E	F	G		
	Nº de Leitos	Leitos de UTI	Tipo de UTI	Alta complexidade	Urgência Emergência	Gestão de alto risco	Salas cirúrgicas		
1 ponto	20 a 49	1 a 4	-----	1	Pronto atendimento	-----	Até 2		Mínimo 1
2 pontos	50 a 149	5 a 9	Tipo II	2	Serviço de urgência/emergência	Nível I	Entre 3 e 4		
3 pontos	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referência nível I ou II	Nível II	Entre 5 e 6		Máximo 27
4 pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência nível III	-----	Acima de 8		

Fonte: Ministério de Saúde. - nº 2.224 de 5 de dezembro de 2002

**Tabela 5 – Brasil, 2006: recursos transferidos do Ministério da Saúde por grupo de despesas**

<b>Grupo de despesa</b>	<b>Valor despendido</b>
Média e alta complexidade	12.878.797.580
Atenção básica	6.787.272.182
Ações estratégicas	2.233.448.916
<b>TOTAL</b>	<b>21.899.518.678</b>

Fonte: DATASUS

convênios e contratos com entidades privadas, a alta complexidade é vista, às vezes, como o vilão do SUS, na medida em que seus altos custos subtraem recursos dos demais subsistemas e raramente atua de forma integrada com demais níveis de atenção.

Assim, no exercício de sua função de assistência direta à saúde (portanto, excluindo ações e serviços de vigilância sanitária), o SUS é hoje composto por quatro subsistemas heterogêneos e relativamente independentes:

- 1) os hospitais e ambulatórios, que realizam atendimentos de alta e média complexidade técnica (de porte IV e III, na classificação mencionada);
- 2) as maternidades e pequenos hospitais de atendimento geral (majoritariamente de porte I);
- 3) os serviços de urgência e emergência que podem ser hospitalares e ambulatoriais, a par dos serviços de remoção de pacientes graves e atendimento imediato (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU);
- 4) os serviços básicos de saúde, que incluem a estratégia de saúde da família.

Essas considerações preliminares servem também ao propósito de chamar atenção para a necessidade de avaliar a questão da qualidade da assistência hospitalar no SUS, de acordo com certas condições sociais, financeiras e técnicas, que criam fortes diferenças de efetividade (ou seja, de capacidade de atendimento) entre suas unidades assistenciais.

O subsistema 2, que abrange unidades públicas e privadas conveniadas, é o que mais padece das consequências dos níveis insuficientes de financiamento do SUS. Em geral, essas unidades hospitalares estão obrigadas a limitar sua capacidade de atendimento por escassez de recursos humanos e materiais. Para a opinião pública, a face mais visível desses problemas são as longas filas ou o longo tempo de espera para consultas e internações. Como a qualidade e a presteza do cuidado deixam a desejar, mesmo no caso de procedimentos relativamente simples, como o parto, a classe média espontaneamente se exclui desse subsistema e utiliza os serviços privados equivalentes, credenciados pelos planos de saúde.

É preciso ter em vista o pano de fundo do financiamento do SUS para que se faça apreciação adequada dos problemas do desempenho gerencial de suas unidades operacionais. Com efeito, uma breve comparação internacional (Tabela 6) permite que se tenha ideia mais clara dos níveis

**Tabela 6** – Despesa per capita do Governo com Saúde (Dólares, PPP) e como porcentagem da despesa *per capita* total com saúde, 2006

	<b>Despesa do Governo – Dólares (PPP)</b>	<b>% Total</b>
Argentina	549	45,6
Bolívia	161	62,6
<b>Brasil</b>	<b>323</b>	<b>47,9</b>
Chile	363	52,7
Colômbia	396	85,3
Cuba	617	91,5
Equador	165	43,5
Estados Unidos	3.076	45,8
México	344	44,2

Fonte: WHO, World Health Statistics, 2009

PPP: Paridade de Poder de Compra (do inglês *Purchasing Power Parity*)

inadequados da despesa pública com saúde no Brasil, sobretudo por se tratar de um país que, constitucionalmente, dispõe de sistema de acesso universal e igualitário<sup>2</sup>.

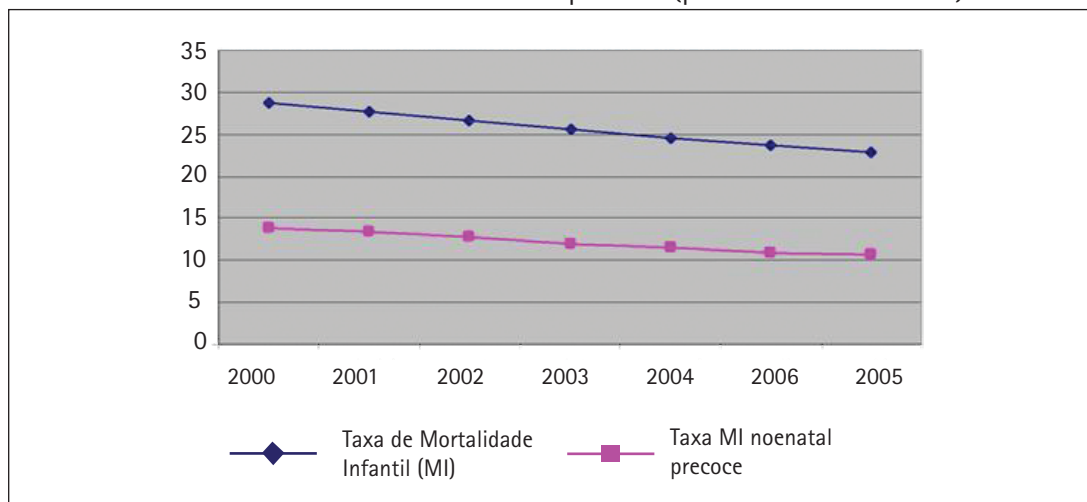
Vê-se que o gasto público total *per capita* com saúde no Brasil limita-se a 323 dólares e representa menos da metade (47,9%) do gasto total, que inclui o gasto privado das famílias. O gasto governamental *per capita* do Brasil é menor que o dos países da América Latina com grau semelhante de desenvolvimento (Argentina, Chile e México) e, inclusive, se situa abaixo do gasto da Colômbia.

Por certo, essa condição de financiamento insuficiente afeta o desempenho das unidades hospitalares do SUS, especialmente quanto aos tipos de porte I e II, com reflexos sobre alguns indicadores de saúde, dos quais cumpre salientar a mortalidade neonatal e a mortalidade materna. Aqui se tomou como referência unicamente a mortalidade neonatal, dado que a qualidade do indicador de mortalidade materna está comprometida devido a problemas de subregistro das causas específicas de óbito.

No Brasil, a mortalidade infantil vem caindo em ritmo constante, o que se deve, em grande parte, à queda da fecundidade e às melhorias nas condições de vida da população e na cobertura por serviços de atenção básica de saúde e saneamento. Contudo, tem sido surpreendentemente lenta a diminuição da mortalidade neonatal (óbitos de recém-nascidos com menos de quatro semanas de vida) e, particularmente, da mortalidade neonatal precoce (óbitos de recém-nascidos com menos de uma semana de vida). Esses indicadores dependem estreitamente de boa assistência pré-natal e da qualidade dos serviços hospitalares no momento do parto e nos dias seguintes subsequentes. Deve-se ter em conta que 98% dos partos no Brasil são realizados em hospitais (RIPSA, 2009). O Gráfico 2 compara a velocidade de queda desses dois indicadores, evidenciando que, entre 2000 e 2006, a mortalidade infantil caiu 6 pontos, enquanto a mortalidade neonatal precoce caiu apenas 3 pontos (por mil).

<sup>2</sup> Os indicadores de despesas com saúde citados na Tabela 6 procedem do relatório mundial de estatísticas de saúde publicada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009).

**Gráfico 2 – Brasil, 2000–2006: Comparação da evolução da taxa de mortalidade infantil com a taxa de mortalidade infantil neonatal precoce (por mil nascidos vivos)**



Fonte: DATASUS

As principais causas dos óbitos neonatais são a prematuridade, as infecções e a asfíxia ou hipóxia do recém-nascido, causas que, ao contrário dos defeitos congênitos, têm grande potencial de prevenção por meio da assistência qualificada do sistema de atenção às gestantes, ao parto e ao puerpério imediato. Para que se tenha ideia desse potencial de prevenção, cumpre mencionar que o risco relativo de morte de crianças brasileiras por asfíxia ou hipóxia intraparto é quase nove vezes maior que o verificado nos Estados Unidos (RIPSA, 2009). Ademais, a taxa brasileira de mortalidade neonatal é mais do que o dobro da que se verifica no Chile e em Cuba.

As altas taxas de mortalidade neonatal constituem evidência de que o Brasil ainda apresenta deficiente qualidade de assistência hospitalar ao parto. Há problemas de capacitação técnica de recursos humanos, mas não há dúvidas de que os estabelecimentos gerais de menor porte, que incluem a maioria das maternidades, são justamente os mais atingidos pelos problemas de financiamento do SUS.

### Situação atual das novas modalidades de gestão e os conflitos políticos em torno delas

A avaliação conduzida pelo Banco Mundial evidenciou que as principais deficiências que afetam a qualidade do cuidado nos hospitais brasileiros estão relacionadas às áreas de suprimento de medicamentos, de gestão das pessoas e de equipamentos e insumos médicos (WORLD BANK, 2007). Esses problemas foram identificados pelos respondentes dos questionários da investigação como sendo resultantes de baixa eficiência e eficácia no manejo de recursos, ou seja, como devidos ao mau desempenho gerencial. Em geral, os hospitais estaduais registraram dificuldades gerenciais mais sérias do que seus congêneres federais.

A falta de autonomia na gestão de recursos humanos e materiais é repetidamente referida como o fator principal que, no âmbito do SUS, dificulta a prestação de serviços hospitalares com agilidade e qualidade. As unidades assistenciais vinculadas à administração pública direta enfrentam inúmeros problemas criados pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, que acaba por comprometer sua efetividade. Um desses problemas é a dificuldade de incorporar profissionais e especialistas de saúde no número e na diversidade que se fazem necessários. É igualmente prejudicada a relação com o mercado de insumos de saúde (medicamentos e equipamentos) e com os parceiros do setor privado, que têm em comum a característica de alto dinamismo tecnológico.

Os motivos da baixa efetividade podem ser desdobrados da seguinte maneira:

- 1) reduzida autonomia técnico-administrativa, devido às normas e procedimentos típicos da administração direta;
- 2) limitações criadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente quanto à admissão e expansão dos recursos humanos;
- 3) falta de agilidade nos processos licitatórios para a aquisição de equipamentos e insumos de necessidade urgente;
- 4) dificuldades de incorporação de pessoal mais qualificado e de certas especialidades, inclusive porque alguns profissionais, a exemplo dos anestesistas e oftalmologistas, recusam-se a prestar concurso público ou prestam, mas não assumem as vagas disponíveis.

Atualmente, duas modalidades institucionais principais se apresentam aos gestores do SUS como possível solução para o problema da falta de autonomia gerencial das unidades assistenciais – as Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais (FE). Além dessas duas modalidades, há as Fundações de Apoio (FA) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Contudo, as FA têm como missão precípua o apoio a atividades de pesquisa e ensino realizadas pelo hospital e, ao se imiscuírem nas atividades de gestão, deixam de respeitar esse limite legal.

As OS configuram-se como entidades gestoras, de caráter privado, mas sem finalidade de lucro, vinculando-se às secretarias de saúde por meio de contratos de gestão. Já as FE constituem fundações públicas com estrutura de direito privado, caracterizadas por obedecerem a regras flexíveis ou simplificadas de direito administrativo e por estarem adstritas ao âmbito da administração indireta do Estado<sup>3</sup>. Essas duas novas modalidades institucionais estão sendo implantadas pelos gestores em meio a conflitos com outros importantes atores do SUS.

No Quadro 2, tem-se uma descrição da situação atual dessa tendência de inovação institucional do SUS em seus aspectos qualitativos e quantitativos. É útil começar pela visão qualitativa, resumindo o conjunto dos aspectos legais e organizacionais das quatro modalidades.

A lei federal que facultou a criação das fundações de apoio é de 1994, portanto, precede às iniciativas de reforma administrativa do Estado. O decreto regulamentador mais recente (Nº 5.205,

---

<sup>3</sup>A necessidade de encontrar uma solução alternativa em relação ao modelo de gestão terceirizado das OS foi implicitamente reconhecida durante o governo Lula, quando o Ministério do Planejamento iniciou a realização de estudo pormenorizado das bases jurídicas e administrativas das FE. A formulação do modelo das FE atendeu a uma solicitação feita em 2005 pelo Ministério da Saúde, que considerava imperativa a completa transformação institucional dos hospitais federais do Rio de Janeiro, que viviam uma constante crise de gestão de recursos humanos e materiais.

**Quadro 2 – Modalidades institucionais de flexibilização, parceria e terceirização da gestão pública**

	<b>Fundação de apoio</b>	<b>Organização social e OSCIP</b>	<b>Fundação estatal</b>
Base legal	Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994; Decreto nº 5.205, de 14 de Setembro de 2004	Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999	Projeto de Lei nº 92 de 2007 que Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal (em tramitação no Congresso Nacional)
Relação com a administração pública	Não é administração pública	Não é administração pública	Administração indireta
Personalidade jurídica	Direito privado	Direito privado	Direito privado
Normas de direito público	Não observa	Não observa	Regime administrativo mínimo
Financiamento e fomento	Convênio	Contrato de gestão/termo de parceria	Contrato de autonomia
Autonomia	Orçamentária e financeira	Orçamentária e financeira	Orçamentária e financeira
Supervisão ministerial	Do convênio	Sobre contrato de gestão/termo de parceria	Direta
Controle interno e externo	Dos recursos do convênio	Dos recursos do contrato de gestão	CGU e TCU

Fonte: Ministério do Planejamento; adaptado pelo autor

de 14 de setembro de 2004) explicita que suas atividades abrangem, em instituições federais, “o gerenciamento de projetos de ensino, pesquisa e extensão, e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico”. No caso dos hospitais, os principais beneficiários são as unidades ligadas às universidades federais. Contudo, alguns dos hospitais do Ministério da Saúde e das unidades federadas enquadram-se nestas condições e, atualmente, mantêm fundações de apoio. Não se tem informação, entretanto, sobre quantos hospitais contam com fundações de apoio.

Com o passar dos anos, as fundações de apoio de grandes hospitais federais e estaduais foram diversificando suas funções e acabaram por exercer auxílio não somente às atividades de ensino e pesquisa, mas também à gestão flexível dessas unidades assistenciais, especialmente no campo dos recursos humanos. Por exemplo, em situações que caracterizam patente carência de quadros de pessoal para o funcionamento dos hospitais, as fundações de apoio realizam contratação de celetistas ou temporários para assumir funções assistenciais e administrativas. De sua parte, o Ministério Público tem movido ações por enxergar irregularidade nessa mediação de uma entidade privada nos contratos de força de trabalho com o poder público.

Em conclusão, as fundações de apoio passaram a ser importante instrumento institucional para a flexibilidade da gerência dos hospitais públicos (MACIEL, 2005). Em algumas situações, o grau de interdependência gerencial entre o hospital e sua fundação de apoio é de tal ordem que o funcionamento do hospital torna-se inviável se a fundação se limitar a administrar projetos de pesquisa e ensino.

O conceito doutrinário de administração pública gerencial, em substituição ao modelo burocrático, foi defendido no Plano Diretor da Reforma Administrativa de 1995, adotado parcialmente no primeiro mandato do governo Fernando Henrique. Em reação ao modelo gerencial burocrático habitual, preconizou-se o processo de publicização, por meio da modalidade institucional OS em áreas de serviços diretos aos cidadãos. Uma OS pode ser descrita como uma entidade gestora privada, sem finalidade de lucro, que opera sob controle do poder público mediante um contrato de resultados. As OS foram concebidas primariamente para prestar serviços de educação, saúde e investigação, em que supostamente há concorrência implícita entre os setores privado e público.

Pioneiro da implantação das OS no SUS, o governo do Estado de São Paulo adotou este modelo para fins de gestão terceirizada de mais de uma dezena de hospitais na periferia da região metropolitana de sua capital no final da década de 1990. Por sua vez, em 2006, a cidade de São Paulo foi o primeiro município a qualificar as OS para a operação de unidades hospitalares da sua rede.

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Tabela 7) mostram que, em 2009, havia, no país, 106 unidades assistenciais de OS operando no SUS. Tomando-se o dado do Estado de São Paulo, esse número parece estar subestimado, já que, segundo informações divulgadas pela Secretaria Estadual de Saúde, estavam em funcionamento, nesse ano, nada menos que 35 estabelecimentos de OS, entre hospitais, ambulatórios, centros de referência e laboratórios, portanto, sem contar as unidades de âmbito municipal. Convém salientar que,

**Tabela 7 – Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas (UF), outubro de 2009: número de unidades assistenciais vinculadas a OS**

<b>Região/UF</b>	<b>Unidades assistenciais de OS</b>
<b>Região Norte</b>	15
Rondônia	1
Acre	1
Pará	13
<b>Região Nordeste</b>	12
Ceará	1
Pernambuco	2
Alagoas	1
Sergipe	3
Bahia	5
<b>Região Sudeste</b>	52
Minas Gerais	19
Espírito Santo	1
Rio de Janeiro	2
São Paulo	30
<b>Região Sul</b>	16
Paraná	7
Santa Catarina	6
Rio Grande do Sul	3
<b>Região Centro-Oeste</b>	11
Mato Grosso do Sul	5
Mato Grosso	2
Goiás	3
Distrito Federal	1
<b>Total</b>	106

Fonte: CNES/DATASUS

frequentemente, uma entidade gestora credenciada como OS administra mais de uma unidade assistencial e, assim, quando se fala em número de OS é preciso ter em conta se o que é referido é o número de entidades mantenedoras ou de unidades assistenciais mantidas.

Em recente lei complementar (nº 1.095, de 18 de setembro de 2009), o governo do Estado de São Paulo estabeleceu que as fundações de apoio aos hospitais de ensino que tenham mais de dez anos de existência poderão ser qualificadas como OS. Esta determinação legal cria um precedente que talvez venha a constituir tendência para o conjunto do SUS, ou seja, a gradual transformação das fundações de apoio em organizações sociais gestoras de hospitais.

Existem poucos estudos comparativos sobre eficiência e efetividade de desempenho entre os hospitais de OS e os hospitais da administração direta. Contudo, Quinhões (2009), em pesquisa que envolveu estudo de caso de três hospitais em regime de OS no Estado de São Paulo, concluiu que esse modelo exibe “desempenho significativamente mais satisfatório em comparação com o grupo de hospitais da administração direta”, em termos de eficiência geral (altas hospi-



talares por leito e atendimentos ambulatoriais por sala) e de produção de serviços por pessoal disponível.

Ao contrário das OS, as FE constituem modalidade institucional integrante da administração pública indireta. Gozam, no entanto, de razoável autonomia na formação e execução do seu orçamento, mas estão obrigadas a cumprir o contrato mantido com o poder público correspondente. Em resumo, as características institucionais mais importantes de uma FE no SUS são:

1. personalidade jurídica adquirida mediante atos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de acordo com as normas do Código Civil;
2. patrimônio e receitas próprias;
3. autonomia gerencial, orçamentária e financeira;
4. integrante da administração pública indireta, vinculado a órgão ou entidade do SUS;
5. contrato de autonomia<sup>4</sup> com o órgão público dirigente da esfera em questão, com especificação de metas e indicadores a serem alcançados;
6. exclusividade no atendimento de clientela do SUS;
7. submissão ao sistema de controle interno de cada poder federativo;
8. receitas constituídas pelas rendas obtidas na prestação de serviços e no desenvolvimento de suas atividades (não constam do orçamento do ente federativo correspondente);
9. obrigatoriedade de seleção pública para admissão de recursos humanos, sendo regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade, mas com direito à negociação coletiva;
10. obrigatoriedade de obediência a um conjunto simplificado de normas de licitação pública.

Recentemente, o Ministério do Planejamento ensejou a formação de comissão de juristas com a missão de elaborar, como proposta para amplo debate, anteprojeto de lei orgânica da administração direta e indireta (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2009). O modelo de FE está incorporado nessa minuta de anteprojeto, cujas diretrizes poderão culminar com a implantação de um marco renovador do direito administrativo no país, contendo regras mais flexíveis para reger as áreas de prestação direta de serviços aos cidadãos, entre as quais se encontram os hospitais públicos<sup>5</sup>.

De sua parte, as OSCIP constituem nova modalidade institucional que não concorre com a OS e a FE para efeito de prestação de ações e serviços de saúde pelo SUS. Constituem típicas ONGs do Terceiro Setor que não podem administrar bens e recursos humanos originários da esfera da administração pública. Atuando especialmente no âmbito comunitário, as OSCIP podem estabelecer parcerias com o SUS, com vistas a realizar atividades de saúde em sentido

<sup>4</sup> A denominação contrato de autonomia é sugerida pela comissão de juristas (Ministério do Planejamento, 2009) para distinguir duas funções: 1) a autonomia outorgada no âmbito da administração pública tendo como contrapartida o alcance de metas; 2) a contratação de metas às OSs como entidades privadas.

<sup>5</sup> Quanto a esta temática, que é de importância crucial para um sistema de proteção social como SUS, deve-se dar razão a Abrucio (2007), quando observa que, definitivamente, a política de gestão institucional (ou seja, a reforma administrativa) não tem sido tema-chave sob o governo Lula. De fato, neste governo foi focalizada, sobretudo, a gestão de recursos humanos, o que levou à prioridade de iniciativas como reestruturação de carreiras, melhorias salariais e realização de concursos públicos com vistas à ampliação dos cargos de carreiras de Estado e à substituição de trabalhadores terceirizados.

complementar, fazer avaliações de desempenho das unidades assistenciais e realizar pesquisas variadas sobre questões de saúde.

De modo geral, as OSCIP não participam da gestão das unidades assistenciais do SUS, a não ser a título colaborativo, em função eventual de assessoria. Há indícios de que foram criadas para administrar pessoal da estratégia de saúde da família, especialmente os agentes comunitários de saúde. Mas na medida em que as equipes de saúde da família estão hierarquicamente subordinadas ao comando das secretarias municipais, fica evidenciado que se trata de terceirização juridicamente espúria, mecanismo que não pode ser reconhecido como uma efetiva parceria entre o Terceiro Setor e o Estado.

As OSCIP são tituladas em avaliação conduzida pelo Ministério da Justiça, e, a partir disso, passam a estar credenciadas para celebrar termos de parceria com o poder executivo da União, dos estados e dos municípios. Verifica-se pela Tabela 8 que há um número surpreendentemente reduzido de OSCIP atuando em temas de saúde – apenas 192 entidades, correspondendo a apenas 3,7% do total.

Quanto aos hospitais de entidades filantrópicas e beneficentes que operam em convênio com o SUS, sabe-se que seu interesse maior é obter o título de utilidade pública, o qual lhes faculta isenções fiscais e previdenciárias. Para efeito de comparação com as OSCIP, a Tabela 9 discrimina as finalidades das entidades às quais foi concedido título de utilidade pública. Vê-se que a finalidade de serviços hospitalares encontra-se bem posicionada, em quarto lugar, correspondendo a 9,1% do total das entidades tituladas.

Os principais opositores às propostas de criação e implantação das novas modalidades institucionais do SUS têm sido as entidades de trabalhadores da saúde e outros grupos organizados que atuam nos conselhos de saúde das três esferas de governo. Mas os próprios gestores mostram-se bastante divididos, sobretudo em relação à proposta das OS. A implantação das OS e das FE nos estados e municípios vem gerando sérios conflitos políticos entre os conselhos de saúde e os gestores do SUS. Contudo, aparentemente, esses conflitos não têm sido suficientes

**Tabela 8 – Brasil, 2009: título da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) segundo finalidade da entidade**

<b>Finalidade</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Ambiental	567	10,9
Assistencial	1.422	27,3
Beneficente	170	3,3
Cidadania	192	3,7
Creditícia	272	5,2
Educacional	224	4,3
Saúde	192	3,7
Outros	2.173	41,7
<b>Total</b>	<b>5.212</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministério da Justiça

**Tabela 9 – Brasil, 2009: título de utilidade pública segundo finalidade da entidade**

Finalidade	Número	%
Assistencial	5.112	40,9
Beneficente	2.833	22,7
Educacional	1.361	10,9
Hospitalar	1.141	9,1
Outros	2.053	16,4
Total	12.500	100

Fonte: Ministério da Justiça

para reverter ou obstaculizar o curso desses projetos, e as OS já estão presentes em quase todas as unidades federadas.

Já em 1997, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) desaprovava a implantação das OS no SUS, embora reconhecendo a necessidade de haver maior flexibilidade na gestão das unidades de saúde. E, recentemente, em 2009, não só se pronunciou contrariamente ao projeto de lei federal que autoriza a criação das FE como também liderou uma mobilização nacional dos demais conselhos e entidades sindicais na luta de oposição política a esse projeto. Os argumentos usados pelo CNS contra a adoção dos modelos das OS e as FE estão sumarizados no Quadro 3.

Como se pode verificar pelo Quadro 3, o CNS tem pautado sua posição fortemente reativa ao projeto das FE em argumentos estreitamente vinculados à garantia de relações de trabalho no

**Quadro 3 – Argumentos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) contra as propostas de Organizações Sociais e Fundações Estatais**

Organizações Sociais – 1997*	Fundações Estatais – 2009**
Não explicita as formas de relação entre os diferentes segmentos da clientela (SUS, convênio, seguros, etc.), podendo colocar em risco os princípios de universalidade, integralidade e equidade.	Ao propor salários de 'acordo com o mercado', aprofundam as diferenças e o comprometimento da qualidade do serviço prestado; a proposta é apenas de valorização de alguns profissionais 'de acordo com os salários de mercado'.
A transferência de patrimônio público estatal para essas organizações, sem garantias de ressarcimento em caso descumprimento de cláusulas contratuais, inépcia, malversação etc., constitui grave precedente.	A contratação via Consolidação das Leis do Trabalho gera instabilidade e falta de comprometimento do profissional.
Há aspectos, principalmente os relativos à gestão de RH, que não atendem às necessidades identificadas pelos gestores, criando situações de difícil administração, tais como a possibilidade de haver na mesma unidade funcionários submetidos a diferentes regimes e com diferente remuneração.	Contribui para o processo de exposição do SUS aos interesses de grupos políticos organizados.

Fonte: CNS / \*Resolução N.º 223, de 1997; \*\*Informativo do CNS, 6 de julho de 2009

SUS que dizem respeito à manutenção do Regime Jurídico Único<sup>6</sup>, à estabilidade funcional e à universalização de carreiras para o conjunto dos trabalhadores do SUS. Portanto, as teses contra as FE têm predominantemente o caráter de defesa corporativa. Aqui surge um contraste com as teses de 1997 contra as OS, que se caracterizam pela preocupação com a viabilização da gestão do SUS como um todo.

O que se tornou patente é que o controle social do SUS, pela expressão da maioria de seus representantes, é contrário à implantação dessas novas modalidades institucionais. É importante notar que – por ocasião da XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007 – foi aprovada proposta, a qual, segundo o Relatório Consolidado, recomenda “que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o projeto de lei que dá direito a contratar serviços de saúde através de Fundações Estatais” e que seja promovida a articulação de atores sociais “para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde através de OSCIPs e OSs”. Em conjunção com a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a pressão do CNS, exercida ao longo do segundo semestre de 2009, parece ter sido o fator responsável pela retirada do projeto de lei complementar 92-A/2007 da pauta de votação da Câmara Federal. Contudo, visto que inexistem impedimentos constitucionais para tanto, anteriormente já haviam sido aprovados alguns projetos em estados onde as unidades assistenciais das FE já começam a ser implantadas (como Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro).

O que essa oposição sistemática dos conselhos de saúde vem a comprovar é que, no tocante às questões da flexibilização da administração pública e das novas formas de parceria com o setor privado, jamais é verificado o mesmo nível de consenso que prevalece em relação à diretiva de descentralização e de cooperação federativa do sistema. Os próprios gestores não têm consenso a este respeito, não tendo ocorrido, até agora, posicionamento comum dos dois órgãos colegiados da área, o CONASS (secretários estaduais) e o CONASEMS (secretários municipais).

## Considerações sobre o futuro das novas modalidades assistenciais

Na discussão acerca das novas modalidades institucionais do SUS, podem ser distinguidas três posições políticas que se contrapõem entre si. Em primeiro lugar, encontram-se os defensores do ‘SUS público puro’, que rejeitam a criação tanto das OS quanto das FE. Em segundo lugar, estão os defensores do ‘SUS de gestão pública flexível’, que rejeitam o modelo das OS e defendem o modelo das FE. Finalmente, há o grupo do ‘SUS mais efetivo’, composto pelos que apoiam a ideia da modalidade das OS para a expansão e a melhoria da assistência hospitalar à população, mas que, eventualmente, também defendem a modalidade das FE.

No último tipo, encontram-se os ‘gestores pragmáticos’. Sem se pautarem por explícita posição doutrinária acerca do processo de reforma administrativa do Estado, esses gestores enten-

---

<sup>6</sup> Uma das principais vantagens que os gestores da saúde enxergam no modelo de fundação estatal é a adoção do regime celetista, já que implicaria na possibilidade de maior responsabilização dos profissionais de saúde em relação ao desempenho e ao cumprimento de horário de trabalho. Contudo, a suspensão pelo STF do efeito do “caput” do Artigo 39 da Constituição, devido a vício de votação legislativa, tem como consequência que as FEs não possam realizar essa forma de contratação de pessoal até que seja aprovada uma nova redação para este artigo constitucional.

dem ser indispensável a mudança do caráter institucional das unidades assistenciais do SUS, tendo em consideração as fortes restrições fiscais e as dificuldades gerenciais enfrentadas pela administração direta.

Qual a resultante que se pode esperar, nos próximos anos, do confronto que vem ocorrendo constantemente entre os três grupos mencionados? Dois futuros cenários alternativos podem ser considerados. Primeiro: disseminação em paralelo tanto das OS quanto das FE, havendo, contudo, predomínio das OS. Segundo: disseminação das OS com estancamento ou supressão do modelo das FE. Esses cenários são definidos considerando-se duas hipóteses principais:

- a) os 'gestores pragmáticos', a despeito de todas as oposições, detêm capacidade de ditar os rumos da política de gestão no SUS e tendem a escolher o modelo de OS devido a seu alto grau de flexibilidade gerencial;
- b) o modelo das FE não conta com suficiente suporte político por parte do governo federal e esta situação deverá perdurar, independentemente de o projeto de lei federal das FE ser aprovado ou não.

Um raciocínio simplista indicaria que a tendência a reforçar as OS ou as FE depende do partido que vier a ocupar a Presidência da República a partir de 2011. Este raciocínio é simplista por dois motivos. Em primeiro lugar, porque os governos dos estados têm tido bastante autonomia para decidir a favor de uma ou de outra modalidade, e aqui pode ser citado o caso do governo petista da Bahia, que atualmente impulsiona ambas as modalidades. Em segundo lugar, porque é preciso ter em conta que a modalidade das FE até agora não recebeu apoio adequado por parte do governo federal. Esta situação poderá se prolongar num eventual novo governo do PT, dado que a proposta é combatida por vários segmentos do partido.

No que diz respeito a uma dimensão fundamental da flexibilidade gerencial, que é a gestão de recursos humanos, deve ser notado que as FE estão obrigadas a seguir a regra de contratação individual de profissionais de saúde, de acordo com as regras do regime celetista. Portanto, em princípio, as FE não podem usar recursos públicos para promover a terceirização de profissionais por meio de entidades médicas. Para os defensores das OS, esta impossibilidade legal é vista como limitante sério, visto que alguns especialistas, tais como os anestesistas, insistem em atuar como autônomos de cooperativas profissionais e se recusam a passar por processos seletivos públicos.

Portanto, os defensores das OS apresentam como trunfo o fato de que essas entidades têm facilidade de contratação terceirizada de entidades civis e, ainda, a contratação *ad hoc* de profissionais qualificados, como faz qualquer entidade privada. De outra parte, mesmo que instituem mecanismos modernos de negociação coletiva do trabalho, as FE não desfrutam da flexibilidade necessária para sair-se bem nas relações com os diversos grupos de especialistas médicos e seus interesses específicos.

O debate sobre o futuro das novas modalidades institucionais de gerência requer reflexão sobre o caráter público do SUS e sobre a garantia dos seus princípios na relação com o setor pri-

vado, algo que usualmente é feito de maneira distorcida. O caráter público do SUS está fundado na direção única do poder público em cada esfera de governo. Enquanto esta instância de poder observar o interesse público e os princípios e diretrizes do SUS na relação com o conjunto dos agentes do sistema – incluindo o setor privado conveniado ou contratado –, o caráter público do sistema estará salvaguardado.

Os princípios e diretrizes do SUS aplicáveis tanto aos serviços públicos quanto aos conveniados e contratados estão detalhados no art. 7º da lei orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990. Portanto, o caráter público do SUS se refere ao *modus operandi* do sistema como um todo, pressupondo o exercício adequado da autoridade da direção única na esfera competente. Portanto, a ‘pureza pública’ do sistema não depende do fato de as unidades assistenciais pertencerem à administração pública direta ou indireta.

É preciso reconhecer que muitas das unidades assistenciais da administração direta somente conseguem obter algum grau de efetividade na medida em que lançam mão da ‘flexibilização informal’ de sua gestão. É o caso, por exemplo, da terceirização de profissionais de saúde e da complementação da remuneração, feita por meio de fundações de apoio e outras entidades civis. A expressão ‘mecanismos informais de flexibilização informal’ significa, neste contexto, que as normas vigentes de direito administrativo simplesmente não estão sendo obedecidas. Ao empregar esses mecanismos, que escapam às diretivas do direito público, os gerentes, para todos os efeitos, estão introduzindo a lógica privada dentro das unidades públicas do SUS. O uso das fundações de apoio para tornar mais ágil e efetiva a gestão do hospital constitui apenas uma opção entre os inumeráveis mecanismos disponíveis de ‘privatização por dentro’. Em realidade, a efetividade das unidades assistenciais, incluindo os hospitais universitários, é bastante dependente da dimensão privada internalizada. Os que defendem a proposta de um ‘SUS público puro’ ignoram essa realidade ou a consideram como um desvio, que deve ser corrigido pela interferência do Ministério Público e outros mecanismos de controle da administração do Estado.

O que o modelo de FE traz de muito importante é o fato de que sua flexibilidade tem suporte legal. Mas quando se tem em conta a condição generalizada da privatização por dentro das unidades assistenciais do SUS, conclui-se que, infelizmente, a proposta de FE chega tarde e muito lentamente. Pior ainda, a proposta tem-se mostrado desprovida de força política para ser validada mediante claro apoio do governo federal.

Quanto ao modelo de OS, o que se espera é que a direção única do SUS em cada estado ou município saiba fazer valer os princípios e diretrizes consagrados na lei orgânica, de modo a garantir o caráter público do sistema. Convém ressaltar dois pontos a esse respeito. Primeiramente, o poder público não deveria admitir o pagamento às OS de serviços prestados a usuários de planos de saúde, como chegou a ser proposto na versão da lei complementar nº 1.095, aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e vetada posteriormente pelo governador. As OS, como entidades privadas reconhecidas e incentivadas pelo Estado, gozam da prerrogativa da cessão de instalações, equipamentos e pessoal pelo setor público, condição

que só se justifica sob o pressuposto de que esse privilégio contribui para conferir assistência de qualidade aos usuários do SUS. O financiamento ‘complementar’ pelos planos de saúde seria contrário à razão de ser dessa prerrogativa. Por outro lado, o duplo financiamento, com abertura das portas das OS aos portadores de planos de saúde, levaria fatalmente a criar discriminações assistenciais favoráveis a esses usuários, contrariando o inciso IV do art. 7º da lei orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece a diretriz de “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

De outra parte, cumpre ter em mente que todas as OS operam sob contrato de gestão, podendo essa relação ser desfeita a qualquer momento, tendo por justificativa o fato de que não estão sendo alcançados ou obedecidos os objetivos e os critérios adotados pela direção única do SUS. Neste sentido, nada impede que o hospital administrado por OS seja reconduzido à administração direta ou indireta, conforme o que identifique o gestor em seu planejamento assistencial estratégico.

Finalmente, cabe uma advertência sobre a questão da expertise gerencial. Aprender a ser gerente das novas modalidades das unidades assistenciais do SUS não pode ser algo que se realiza apenas na prática, sendo que uns dão certo na função e outros não. Por isso, os que dirigem as OS e as FE deveriam ter capacitação específica e continuada. A formação de gerentes das novas modalidades assistenciais a serviço do SUS deve ser contemplada mediante plano estratégico de educação gerencial permanente, cabendo aos contratos com tais entidades incluir cláusula a esse respeito.

## Referências

ABRUCIO, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de Administração Pública*, v. 47, número especial, p. 67-86, 2007.

\_\_\_\_\_. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia Política*, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

ARRETICHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação e Sociologia*, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.

BJÖRKMAN, J.W. Política social, governança e capacidade: reformas e restrições do setor público. *Revista do Serviço Público*, v. 56, n. 3, p. 277-294, jul./set. 2005.

MACIEL, B.C. Gestão em parceria entre uma fundação de apoio e um hospital público universitário: análise custo-efetividade. *Revista de Administração da USP*, v. 40, n. 4, p. 342-352, out./dez. 2005.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Comissão de Juristas. *Proposta de organização da Administração Pública e das relações com entes de colaboração. Resultado final*. Brasília: Ministério do Planejamento, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02: portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NASSIF, L. *As dificuldades do modelo federativo*. 2009. Disponível em: <http://colunistas.ig.com.br/luisnassif/2009/04/27/as-dificuldades-do-modelo-federativo>. Acesso em: 15 jan. 2009.

NEVES, L.A.; RIBEIRO, J.M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, out., 2006.

QUINHÕES, T. A. T. *O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente*. 2009. Disponível em: [http://www.tesouro.gov.br/Premio\\_TN/XIVPremio/qualidade/1qualidadeXIVPTN/Monografia\\_Tema4\\_Trajanos\\_Augustus.pdf](http://www.tesouro.gov.br/Premio_TN/XIVPremio/qualidade/1qualidadeXIVPTN/Monografia_Tema4_Trajanos_Augustus.pdf). Acesso em: 14 jul. 2010.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, dez. 2000.

RIPSA (Rede interagencial de informações para a saúde). *Informe de situação e tendências: demografia e saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

SANTOS, N.R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009.

SILVA, S.F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

WHO (World Health Organization). *World health statistics, 2009*. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD BANK. *Report No. 36601-BR. Governance in Brazil's Unified Health System (SUS). Raising the quality of public spending and resource management*. 2007. Disponível em: [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2007/03/06/000090341\\_20070306085417/Rendered/PDF/366010BR.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2007/03/06/000090341_20070306085417/Rendered/PDF/366010BR.pdf). Acesso em: 14 jul. 2010.