

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E
SOCIEDADE

**UMA ANÁLISE DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA GESTÃO HOSPITALAR:
UM ESTUDO DE CASO NA PERSPECTIVA DOS ESTUDOS EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E SOCIEDADE.**

Aluna: Meliza Cristina da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro e co-orientação da Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

São Carlos

2010

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S586ap

Silva, Meliza Cristina da.

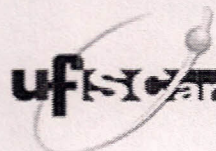
Uma análise da parceria público-privada na gestão hospitalar : um estudo de caso na perspectiva dos estudos em ciência, tecnologia e sociedade / Meliza Cristina da Silva. -- São Carlos : UFSCar, 2010.

156 f.

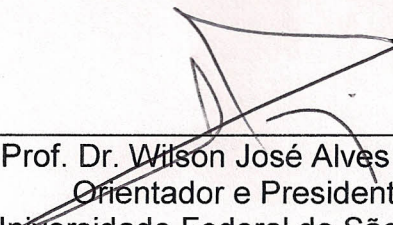
Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2010.

1. Desenvolvimento social - ciência, tecnologia e sociedade. 2. Parceria público-privada. 3. Hospital. 4. Serviços de saúde. I. Título.

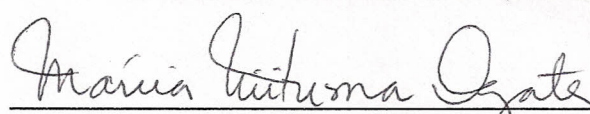
CDD: 303.483 (20^a)




**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
Meliza Cristina da Silva**



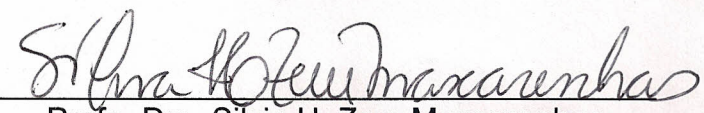
Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro
Orientador e Presidente
Universidade Federal de São Carlos



Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata
Co - Orientadora
Universidade Federal de São Carlos

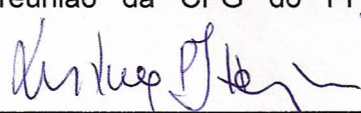


Profa. Dra. Teresinha Covas Lisboa
Membro externo
FCMSCSP/FMU



Profa. Dra. Sílvia H. Zem Mascarenhas
Membro interno
Universidade Federal de São Carlos

Submetida a defesa pública em sessão realizada em: 12/11/2010.
Homologada na 40^a reunião da CPG do PPGCTS, realizada em
13/12/2010.



Profa. Dra. Maria Cristina Piumbato Innocentini Hayashi
Coordenadora do PPGCTS

Fomento:

Orientador

Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro

Co-Orientadora

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

Dedico este trabalho à minha família,
especialmente minha mãe que sempre esteve
ao meu lado, acreditando e me apoiando.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus.

À minha mãe, minha irmã e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

Ao professor e orientador Wilson José Alves Pedro por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram à execução e conclusão desta dissertação.

À professora e co-orientadora Márcia Niituma Ogata por sua discussão teórica sobre Saúde Pública que subsidiou novas reflexões e construções deste trabalho.

A todos os professores do PPGCTS da UFSCar que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento de todo o mestrado.

Aos professores da banca de qualificação e defesa por sua significativa contribuição na avaliação desta dissertação.

Aos amigos e colegas pelo incentivo e pelo apoio constantes.

Aos secretários do PPGCTS, Paulo Augusto Lazaretti e Talita Maria de Souza pelo convívio e pelo apoio constantes.

A todos da Pró-Saúde, que me permitiram tomar contato com o tema da Parceria Público Privada na gestão de Organizações Hospitalares, o qual despertou em mim além do interesse, o compromisso social. Especialmente, ao Ronaldo Pasquarelli, Flaviano Venterim e Humberto Caetano, que possibilitaram as minhas ausências para a UFSCar e contribuíram com sua experiência e conhecimento.

E, por fim, porém não com menor importância, à UFSCar por me proporcionar esse momento ímpar da minha vida.

RESUMO

A intensa e crescente mudança tecnológica dos serviços de saúde, que se estabelece em nível mundial, traz como conseqüência a necessidade do desenvolvimento e incorporação de novos modelos de gestão e financiamento. Tais inovações gerenciais incluem um olhar para instituições privadas, a fim de estabelecer estratégias como a PPP - parceria público-privada no modelo das OSS - organizações sociais de saúde. Este estudo apresenta uma análise da adoção de estratégias da PPP na gestão hospitalar na perspectiva dos estudos CTS – Ciência, Tecnologia e Sociedade. O objetivo foi analisar o processo de gestão do Hospital Estadual de Bauru - HEB, perscrutando sua construção, as estratégias de operação e os resultados da PPP. O método adotado nesta investigação é o Estudo Caso e revisão bibliográfica sobre o campo CTS, as PPPs e as OSS. O resultado da dissertação demonstra o alcance e, muitas vezes, a superação das metas qualitativas e quantitativas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo na PPP do HEB, desde sua criação até as adaptações de contratação e gestão no decorrer dos sete anos de parceria. A estratégia da PPP viabilizou a disponibilização de serviços para região de Bauru, antes concentrados nos grandes centros. Esta dissertação tem a proposta de integrar as discussões sobre PPP na gestão hospitalar aos estudos do campo CTS.

PALAVRA-CHAVE:

- Ciência, Tecnologia e Sociedade;
- Parceria Público-Privada;
- Hospital;
- Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The increasing technological change and intense health service, which provides worldwide, brings as a consequence the necessity of development and incorporation of new models of management and financing. These managerial innovations include a look at private institutions, to the establishment of strategies such as PPP - Public Private Partnership model in the SHO - the Social Health Organizations. This study presents an analysis of the adoption of strategies of the PPP in hospital management from the perspective of studies STS - Science, Technology and Society. The objective was to analyze the process of managing the Bauru State Hospital - BSH, scrutinizing its construction, operation strategies and the results of the PPP. The method adopted in this investigation is the case study and bibliographical review on the STS subject, the PPP and the SHO. The result of the thesis demonstrates the range and often overcoming the qualitative and quantitative goals of the Health Secretariat of São Paulo in the PPP of BSH, from its creation to the updating of the procurement and management over the seven years of partnership. PPP's strategy has enabled the provision of services to the region of Bauru once concentrated in towns. This dissertation is the proposal to incorporate discussions on PPP in hospital management to field studies STS.

KEYWORD:

- Science, Technology and Society;
- Public Private Partnership;
- Hospital;
- Health Service.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional da Vigilância Sanitária
APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade
BDFO – Design, Build, Finance and Operate
BOO – Build, Operate and Own
BOT – Build, Operate and Transfer
DBFT - Design, Build, Finance and Transfer
C&T – Ciência e Tecnologia
CAP- Caixa de Aposentadoria e Pensão
CCA – Comissão de Controle e Avaliação
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conferencia Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária.
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTS – Ciência, Tecnologia e Sociedade
DOESP – Diário Oficial do Estado de São Paulo.
DRS VI – Diretoria Regional de Saúde VI (Região de Bauru)
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAMESP – Fundação para o desenvolvimento médico-hospitalar
FIOTEC – Fundação para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde
HEB – Hospital Estadual de Bauru
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MARÉ – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NEPP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde - SUS
NOB – Norma Básica do SUS

OMS – Organização Mundial de Saúde
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS – Organização Social de Saúde
PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PFI – Private Finance Initiative
PPI – Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde
PPP – Parceria Público-Privada
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SNPAS – Secretária de Ações Básicas de Saúde
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SESC – Serviço Social do Comércio
SESI – Serviço Social da Indústria
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNESP – Universidade Estadual Paulista
USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estratégia da Reforma do Governo Federal 1995-1998.....	58
Figura 2 – Visão Sistêmica da parceria público-privada.....	68
Figura 3 – Visão Sistêmica 2	69

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – As diferenças entre as duas tradições CTS.....	23
QUADRO 2 – Cenário da Saúde no Brasil.....	29
QUADRO 3 – Histórico da Saúde no Brasil.....	38
QUADRO 4 – Complemento Histórico da Saúde no Brasil.....	41
QUADRO 5 – Modelos Administrativos de Organizações de Direito Publico.....	47
QUADRO 6 – Modelos Adminstrativos de Organizações de Direito Privado.....	48
QUADRO 7 – Evolução do contrato de gestão.....	66
QUADRO 8 – Diferença entre Convênio, Termo de Parceria e Contrato de Gestão.....	70
QUADRO 9 – Mecanismos de avaliação e controle.....	73
QUADRO 10 – Indicadores selecionados para acompanhamento.....	74
QUADRO 11 – Evolução dos indicadores de parte variável.....	75
QUADRO 12 – Termos Aditivos do HEB referentes ao 2 ^o semestre de 2003.....	92
QUADRO 13 – Termos Aditivos do HEB de 2004 a 2006.....	93
QUADRO 14 – Termos Aditivos do HEB de 2007 a 2010.....	96
QUADRO 15 – Produção contratada com o HEB de janeiro a junho de 2003.....	100
QUADRO 16 – Avaliação e valoração dos desvios nas quant. de atividades assistenciais...103	
QUADRO 17 – Avaliação e valoração dos desvios nas quant. de ativ de urg e emerg.....	104
QUADRO 18 – Plano de trabalho qualitativo para o ano de 2004.....	105
QUADRO 19 – Capacidade instalada na renovação do convênio com o HEB em 2007.....	106
QUADRO 20 – SADTS – externos disponibilizados no HEB para o ano de 2009	108
QUADRO 21 – Indicadores de qualidade no HEB para o ano de 2009.....	109
QUADRO 22 – Volume de atividades contratadas no HEB para o ano de 2010.....	110
QUADRO 23 – Realizado de 2005 a 2009 – Qualidade.....	111
QUADRO 24 – Contratado de 2005 a 2009 – Produção.....	112
QUADRO 25 – Realizado de 2005 a 2009 – Produção.....	113
QUADRO 26 – Orçamento do HEBG de 2005 a 2009.....	116
QUADRO 27 – Informações para calculo de custo de 2005 a 2009.....	117
QUADRO 28 – Custo leito ocupado OSS-SES/SP – 1. TRIM/2010.....	118
QUADRO 29 – Internações.....	126
QUADRO 30 – Internações Realizadas.....	126
QUADRO 31– Cirurgias Ambulatoriais.....	127

QUADRO 32 - Cirurgias Ambulatoriais Realizados.....	128
QUADRO 33 – Atividades Ambulatoriais.....	128
QUADRO 34 - Atividades Ambulatoriais Realizadas.....	129
QUADRO 35 – Urgência e Emergência.....	129
QUADRO 36 – Urgência e Emergência Realizadas.....	130
QUADRO 37 – APACs.....	130
QUADRO 38 – APACs Realizadas.....	131
QUADRO 39 – SADTs Externos.....	132
QUADRO 40 – SADTs Externos Realizados.....	132
QUADRO 41 - Comissão de Infecção Hospitalar – UTI Adulto.....	133
QUADRO 42 – Enfermagem.....	134
QUADRO 43– Atenção ao Usuário.....	135
QUADRO 44 – Comissão de prontuários.....	136
QUADRO 45 – Comissão de óbitos.....	136
QUADRO 46 – Comissão de fármaco vigilância.....	137
QUADRO 47 – Rotatividade de funcionário.....	138
QUADRO 48 – Médicos especialistas.....	138
QUADRO 49 – Serviços terceirizados.....	139
QUADRO 50 – Mortalidade Operatória.....	140

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
OBJETIVO GERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
MÉTODO	17
PERCURSO METODOLÓGICO	17
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
1. A PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA PERSPECTIVA DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE	20
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	34
3. A CONSTRUÇÃO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA	52
3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PPP.....	52
3.2. O CONTRATO DE GESTÃO	64
3.3. O PROJETO	72
3.4. A RELAÇÃO COM A SOCIEDADE.....	77
3.5. AS ARTICULAÇÕES POLÍTICAS	80
PARTE II – ESTUDO DE CASO	83
4. A DESCRIÇÃO E A OPERAÇÃO.....	83
4.1. A LEGALIDADE.....	87
4.2. O PLANO DE TRABALHO.....	99
4.3. OS INDICADORES	110
4.4. A AVALIAÇÃO E O ACOMPANHAMENTO	115
4.5. A PRESTAÇÃO DE CONTAS AO PARCEIRO E A SOCIEDADE.....	119
4.6. OS RESULTADOS	125
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
6. REFERÊNCIAS	145
7. ANEXO	156

INTRODUÇÃO

A iniciativa de buscar o mestrado junto ao programa de pós-graduação em CTS - Ciência, Tecnologia e Sociedade surgiu de uma necessidade de aprimoramento e da experiência profissional ao longo dos anos da prática de gestão em organizações hospitalares, inseridas em modelos tradicionais (públicos ou privados) e modelos PPP – Parceria Público-Privada.

Considerando as necessidades de gestão, inovação tecnológica e sustentabilidade para os hospitais, bem como a relevância da proposta de PPP em diversos segmentos no Brasil, a presente dissertação tem como tema “Uma análise da Parceria Público-Privada na gestão hospitalar: um estudo de caso na perspectiva dos estudos CTS”.

O olhar multidisciplinar à luz da ciência, tecnologia e sociedade amplia as possibilidades de discussão e análise deste modelo de gestão para os hospitais, analisando a partir deste contexto os aspectos técnicos, sociais e jurídicos.

O primeiro e mais geral é seu sentido etimológico: ‘tecnologia’ como o ‘*logos*’ ou tratado da técnica. Estariam englobados, nesta acepção, “a teoria, a ciência, a discussão da técnica, abrangidas nesta última acepção as artes, as habilidades do fazer, as profissões e, generalizadamente, os modos de produzir alguma coisa”. O segundo sentido de ‘tecnologia’ é tomado, no senso comum e no linguajar corrente, como sinônimo de técnica ou de *Know-how*. O terceiro sentido, que também aparece freqüente, relaciona-se ao ‘conjunto de técnicas de que dispõe uma sociedade’ (PINTO, A.V.) *apud* (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2006, p.244).

Trata-se a PPP neste estudo como uma tecnologia de gestão que pode viabilizar a administração de instituições públicas hospitalares, na busca da sustentabilidade, qualidade e transparência.

(...) parcerias público-privadas são os múltiplos vínculos negociais de trato continuado estabelecidos entre a Administração Pública e particular para viabilizar o desenvolvimento, sob a responsabilidade destes, de atividades com algum coeficiente de interesse geral. Neste sentido, as parcerias distinguem-se dos contratos que, embora também envolvendo Estado e particular, ou não geram relação contínua, ou não criam interesses comuns juridicamente relevantes (SUNDFELD, 2005, p.18).

A administração dos hospitais através da PPP tem o objetivo de modernizar e viabilizar a gestão das organizações de saúde, preservando os princípios fundamentais do SUS– Sistema Único de Saúde e do poder público. O modelo de gestão escolhido neste estudo

é o de OSS – organização social de saúde, instituídas através da Lei Federal 9637, de 15 de maio de 1998 que qualifica as organizações sociais como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com atividades voltadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, complementadas pelas leis do Estado de São Paulo, lei nº 846 de 4 de junho de 1998 e da lei nº 971 de 10 de janeiro de 2005 que qualificam as organizações sociais especificamente para atividades dirigidas à saúde e à cultura.

A busca de alternativas de gestão através de parcerias não é novidade. O problema é que estas soluções têm sido provisórias e vulneráveis a questionamentos da sua legalidade. A falta de um contrato de gestão claramente definido através de premissas, metas e indicadores tem gerado dificuldades na padronização e controle destas organizações.

O *know-how* das instituições privadas e sua flexibilidade de gestão podem apresentar um caminho para sustentabilidade e viabilidade de algumas organizações públicas, A fórmula de como desenvolver esta parceria atendendo a requisitos legais e sociais surge, ao final dos anos 90, com a proposta da PPP com foco em resultados e qualidade.

(...) os parceiros assumem riscos individuais e compartilhados, dentro de seus “papéis”, ao invés de limites, estabelecidos em contrato que permite: garantia de autonomia gerencial; flexibilização das relações trabalhistas; melhores compras; valores competitivos através de redução de custos e modelo privado de gerenciamento; aumento da qualidade e complexidade dos serviços; ampliação e modernização da tecnologia; rápida execução dentro de prazos estabelecidos; empreendedorismo; ampliação da capacidade de atendimento a população (PASQUARELLI, 2008).

Estes contratos resultam em resolução rápida podendo aperfeiçoar a gestão e a atenção à saúde.

Para Pasquarelli (2008), no entanto, existem elementos-chave para o sucesso das PPPs “apoio político; contratos claros e transparentes; tempo de obtenção de licenças de construção e operação; disponibilização dos recursos humanos (atenção à saúde e gerenciamento); modelo de atenção, compatibilidade do SUS e experiência local; relação com saúde municipal e estadual”.

Neste contexto, o campo de estudos CTS tem um importante papel na discussão da PPP para as organizações hospitalares, visto que o sucesso desta parceria depende muito do contexto social, das relações e transparência da gestão. A organização hospitalar deve garantir resultados técnicos e qualitativos aos usuários do serviço, atendendo

às necessidades locais de saúde sem deixar de preocupar-se com as demais estâncias públicas e suas referências de atendimento.

(...) pode-se considerar como marco das PPPs no Brasil o ano de 1999, que através da Emenda Constitucional 19 de 04 de junho de 1998 gerou a Reforma Administrativa do Estado, criando as condições favoráveis para as PPPs. Neste mesmo período do fim da inflação pela criação do plano real e da abertura do Brasil às importações emerge um novo contexto, que contribuiu muito com o realinho da capacidade produtiva do país e com as mudanças estruturais da Vigilância Sanitária (NETO, 2008).

A proposta da parceria público-privada, segundo Neto (2008), é mesclar a experiência do setor Privado com a visão pública de longo prazo e planejamento econômico do Governo.

A quebra da hierarquia tradicional e a abertura para a gestão através das PPPs viabilizam o desenvolvimento tecnológico, sustentável e de qualidade das organizações hospitalares, respeitando os princípios do SUS e poder público que muda: de um Estado fazedor para um Estado regulador destes serviços de relevância pública através do instrumento do contrato de gestão.

(...) as iniciativas de participação e sua articulação em rede apresentam graus de inovação relevantes ao construir novos cenários participativos de alcance mais amplo, mais flexível e pluralista, provocado um salto de qualidade nas decisões tradicionalmente monopolizadas pelo Poder Executivo. Construir redes participativas implica criar “confiança”, quebrar as hierarquias tradicionais e inovar na adoção de estruturas sociais horizontalizadas que, geralmente, levam ao partilhamento do poder (KERBAUY, 2008, p. 177).

O presente estudo pretende além da discussão da PPP no modelo de OSS nos hospitais, analisar sua transparência, não somente como democratização da informação e dos interesses da sociedade, mas também como um instrumento de direcionamento dos limitados recursos financeiros do Estado observando as prioridades da população dentro da capacidade e contextualização da organização hospitalar.

Guedes (2009) faz uma comparação entre a administração direta e as OSS no Estado de São Paulo no período de 1998 a 2007, assinalando que esta alternativa de gestão viabilizou a ampliação do atendimento à saúde pública num cenário financeiro possível ao Estado.

(...) comparação das OSS com a Administração Direta nos Hospitais do Estado de São Paulo de 1998 a 2007: OSS – Orçamento: 13,5%; Internações: 25,8% maior; Gasto Médio: 9,8% menor; 80% de ótimos e bons nas pesquisas de Satisfação do Cliente. Além da viabilização de inauguração

de 21 hospitais (4.500 leitos); 4 ambulatórios; 3 laboratórios e 1 centro de referência ao Idoso (GUEDES, 2009)¹.

A sociedade carece de ampliação e garantia de atendimento na saúde, além de conhecimento e direito de participação no estabelecimento de diretrizes e prioridades da oferta e desenvolvimento dos serviços hospitalares, parcerias como estas precisam ser avaliadas e testadas objetivando “alternativas” de viabilização de unidades sustentáveis e com garantia de qualidade e controle social.

Num contexto ampliado à relevância deste estudo é completada para contribuir socialmente para: o aperfeiçoamento dos contratos; a quebra dos paradigmas de gestão (visão pública somada à governança privada); o desenvolvimento qualitativo (foco em resultados e não só na operação); as finanças; a difusão das experiências, a ampliação das parcerias público-privadas, através da temática de transparência e gestão.

A preocupação da governança privada aparece, no entanto, na dificuldade de vínculo e envolvimento dos profissionais com o trabalho em saúde. O contrato de gestão precisa também contemplar a gestão de pessoas além da gestão financeira destes recursos.

OBJETIVO GERAL

Realizar um estudo de caso sobre a parceria público-privada na gestão de um hospital estadual sobre a perspectiva do campo CTS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisão bibliográfica sobre o campo CTS e as parcerias público-privadas de OSS da gestão hospitalar;
- Realizar um estudo de caso sobre a gestão hospitalar no modelo da PPP, perscrutando a construção, as estratégias de operação e os resultados;
- Integrar este estudo no âmbito das discussões do campo CTS.

¹ GUEDES, José da Silva. Professor Doutor – Titular e Chefe do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – ex-secretário de saúde do município de SP e do Estado de SP.

MÉTODO

A proposta desta dissertação é um estudo de caso, com duas frentes de obtenção das informações: a revisão bibliográfica e da legislação e a análise documental do Hospital Estadual de Bauru.

- a) Revisão bibliográfica e da legislação: construção do referencial teórico através de referencial bibliográfico e da leitura das legislações sobre o SUS, as PPPS e as OSSs;
- b) Análise documental do Hospital Estadual de Bauru: identificação da organização no modelo de gestão da PPP e Estudo de Caso; levantamento de informações “in loco” após aprovação pela instituição hospitalar através de documentos e publicações do Diário Oficial do Estado de São Paulo, banco de dados e relatórios.

Captadas as informações para construção do referencial teórico e prático, as etapas seguintes foram a de sistematização, descrição e análise dos resultados e, redação da dissertação.

PERCURSO METODOLÓGICO

Atendendo a uma das propostas da dissertação, iniciamos o processo de identificação de um hospital para realização do estudo de caso. Este hospital deveria estar inserido no modelo de gestão das parcerias público-privadas no interior do Estado de São Paulo. Dentro deste contexto, escolhemos o Hospital Estadual de Bauru por tratar-se de um hospital público administrado através de um convênio por uma fundação privada pertencente a UNESP – Universidade Estadual Paulista que, por sua vez é uma autarquia estadual.

Os critérios de escolha do hospital foram também pautados na complexidade e qualidade. O Hospital Estadual de Bauru é referência para Diretoria Regional de Saúde VI de Bauru com abrangência de trinta e oito municípios e cerca de um milhão de habitantes.

A confiabilidade e organização dos dados garantidos pela certificação de qualidade, nível dois da Organização Nacional de Acreditação e pela certificação como Hospital Escola, foram fatores importantes e decisivos para a escolha do caso em estudo.

Inicialmente, encaminhamos um ofício e o projeto de dissertação ao Centro de Estudos e Pesquisas do HEB e aguardamos a avaliação do mesmo que, felizmente, foi aprovado pela Comissão Científica do Hospital Estadual de Bauru. Gostaríamos de observar que de acordo com a natureza do estudo, todos os procedimentos éticos foram observados e a autorização da Comissão Científica do Hospital Estadual de Bauru encontra-se anexada.

O Centro de Estudos e Pesquisas agendou, em seguida, uma reunião com o Diretor Administrativo da instituição; este nos atendeu para detalhar quais dados seriam necessários ao Estudo de Caso, apresentando os setores responsáveis pelas informações e disponibilizando todos os setores administrativos para a coleta dos dados da pesquisa.

O primeiro setor pesquisado foi o responsável pela gestão dos contratos e documentação do hospital. Recebemos todos os convênios, adendos e decretos digitalizados que envolviam esta PPP desde a doação do terreno e criação do Hospital Estadual de Bauru até sua última renovação do convênio e termo aditivo para o orçamento de 2010, graças à excelente organização da Instituição.

Em seguida, nos direcionamos ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico que apresentou os indicadores de produção e de qualidade do hospital, mês a mês, de todos os anos de gestão, também de forma digitalizada.

O Hospital Estadual de Bauru está em funcionamento desde o dia 11 de novembro de 2002 e possui o histórico de contratos a partir de 2002, informações de produção à partir de 2004 e informações de qualidade à partir de 2005. Tais fatos demonstram as adaptações às leis da PPP de 2004 e a estrutura do contrato de gestão.

A análise de construção jurídica e administrativa do hospital considerou, desde a data de sua criação até o último edital de 2009, constituindo a data de corte do estudo de caso realizado em fevereiro de 2010.

Para fins de análise de indicadores, foi necessária a definição dos últimos cinco anos de informação, contados de 2005 a 2009, em virtude do alinhamento das informações que foram parcialmente implantadas até esta data marco.

As informações referentes à prestação de contas à Secretária de Saúde de São Paulo e ao Ministério Público foram obtidas através de entrevista com a Diretoria Administrativa; a mesma orientou o estudo também em relação à elaboração do orçamento

anual e às relações com a Diretoria Regional de Saúde e a UNESP, visto que o Hospital é administrado pela FAMESP e também precisa prestar contas à responsável jurídica deste convênio de parceria: a UNESP.

Fomos encaminhados ao setor de custos da organização; este, explicou o funcionamento do sistema: informatizado e padronizado pelo Estado de São Paulo para todos os Hospitais Públicos Estaduais de Administração Direta ou de Parceria Público-Privada. Esse sistema é gerenciado por uma organização privada muito conceituada no mercado denominada PLANISA. Os critérios orçamentários são comuns a todos os hospitais, facilitando, dessa forma, o controle contábil-financeiro na gestão dos contratos e resultados.

A prestação de contas para a Secretária Estadual de Saúde é realizada *online*, através de um *software* denominado GESTÃO HOSPITALAR. Os responsáveis pela gestão dos módulos nos apresentaram as informações que são alimentadas neste sistema e a funcionalidade do mesmo.

Após aprovação da dissertação de mestrado, foi enviada para o HEB como contrapartida e devolutiva o presente estudo de caso para revisão *in loco*.

As etapas seguintes foram: a descrição e análise dos resultados comparados às informações do referencial teórico para a conclusão da dissertação.

A dissertação está estruturada em duas partes: 1) a fundamentação teórica que trata a PPP na perspectiva da CTS, o SUS e a Construção teórica da PPP desde sua proposta de criação até suas estratégias de operação; 2) e a análise prática da PPP através do estudo de caso, seguido das considerações finais. Explora-se, nos capítulos a seguir, mais detalhes das discussões apresentadas até este momento sejam pelo seu olhar teórico ou prático.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. A PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA PERSPECTIVA DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE

A partir de meados do século XX, nos países capitalistas centrais, foi crescendo o sentimento de que o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico não estava conduzindo, linear e automaticamente, ao desenvolvimento do bem-estar social. Após uma euforia inicial com os resultados do avanço científico e tecnológico, nas décadas de 1960 e 1970, a degradação ambiental, bem como a vinculação do desenvolvimento científico e tecnológico à guerra (as bombas atômicas, a guerra do Vietnã com seu napalm desfolhante) fizeram com que a ciência e a tecnologia (C&T) se tornassem alvo de um olhar mais crítico (AULER E BAZZO, 2001, p.1).

Em 1962 foram publicadas obras como “*A estrutura das revoluções científicas*” do físico e historiador da ciência Thomas Kuhn e a obra “*Silent Spring*” da bióloga naturalista Rachel Carson. As discussões geradas por estas obras somadas aos reflexos da 2ª Guerra Mundial potencializaram o debate político e o início de um movimento crítico em relação ao desenvolvimento e conseqüências da Ciência e Tecnologia e suas interações com a Sociedade.

A definição de ciência, segundo a UNESCO -Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura *apud* Silveira e Bazzo (2006, p.70) é que “a ciência é o conjunto de conhecimentos organizado sobre os mecanismos de causalidade dos fatos observáveis, obtidos através do estudo objetivo dos fenômenos empíricos”.

A concepção clássica da ciência a define como resultado de estudos isolados, um produto do conhecimento científico comprovado e aplicado. O objetivo é atingir a causa e resultado proposto, sem a devida preocupação com os efeitos gerados por ela. Para Bazzo, Linsinger e Pereira (2003) a concepção herdada da ciência:

(...) é vista como um empreendimento autônomo, objetivo, neutro e baseado na aplicação de um código de racionalidade alheio de qualquer tipo de interferência externa. Segundo esta concepção, a ferramenta intelectual responsável por produtos científicos, como a genética de populações ou a teoria cinética dos gases, é o chamado <método científico> (BAZZO, LINSINGER E PEREIRA, 2003, p. 14).

Se a ciência é resultado do chamado método científico, o seu entendimento é fundamental. Bazzo, Linsinger e Pereira (2003) a explicam através do positivismo lógico, que explica o mundo natural, de maneira objetiva e racional.

(...) um algoritmo ou procedimento regulamentado para avaliar a aceitabilidade de enunciados gerais baseados no seu apoio empírico e, adicionalmente, na sua consistência com a teoria da qual devem tomar parte. Uma qualificação particular da equação <lógica + experiência> (BAZZO, LINSINGER E PEREIRA, 2003, p.14).

Uma concepção de tecnologia adequada à discussão da PPP é a de Bazzo, Linsinger e Pereira “(...) uma coleção de sistemas projetados para realizar alguma função. Fala-se então de tecnologia como < sistemas > e não somente como < artefatos >” (BAZZO, LINSINGER E PEREIRA, 2003, p.44).

Nesta perspectiva, a expressão tecnologia é apresentada como algo além da produção de artefatos, ela é considerada também resultado da construção de sistemas para operação ou desenvolvimento de produtos e serviços.

(...) a filosofia toma consciência da importância da dimensão social e do enraizamento histórico da ciência, ao mesmo tempo que inaugura um estilo interdisciplinar que tende a dissolver as fronteiras clássicas entre especialidades acadêmicas (BAZZO, LINSINGER E PEREIRA, 2003, p.18).

A comunidade científica passa a questionar e decidir sobre a aceitabilidade das teorias e não a encará-las como verdades absolutas, a sociedade e o efeito da ciência e tecnologia sobre a mesma, começam a ser analisadas como parte integrante deste processo, com caráter multidisciplinar, a exemplo da filosofia.

A relação estreita entre o desenvolvimento social e a capacidade técnica e científica tem se tornado uma questão muito debatida, retomada e reforçada com a evolução do debate em torno do desenvolvimento sustentável, a partir da década de 1980. Se, por um lado, os governos viram a C&T como uma fonte potencial de benefícios econômicos por outro, desde a consolidação global do debate ecológico, tem visto a C&T como fonte imprescindível de soluções para o problema. O mesmo se aplica à C&T para o desenvolvimento regional: dependendo da ótica e posicionamento ideológico do analista, alguns vão ver na C&T uma fonte de potencial de riqueza, principalmente na forma da produção de artefatos tecnológicos e patentes, para uma dada região. Outros, com olhar nas dimensões sociais do desenvolvimento sustentável regional, priorizando a preservação do meio ambiente (YEARLEY, 1988) *apud* (HAYASHI, HAYASHI E FURNIVAL, 2008, p.30-31).

A C&T - Ciência e Tecnologia geram debate interdisciplinar e suas relações com a sociedade. O desenvolvimento isolado dos fatores sociais gera discussões sobre sustentabilidade e políticas públicas. Neste contexto o campo CTS apresenta-se como o equilíbrio entre as culturas analisadas por Snow (1995).

(...) num pólo os literatos; no outro os cientistas e, como os mais representativos, os físicos. Entre os dois, um abismo de incompreensão mútua – algumas vezes (particularmente entre os jovens) hostilidade e aversão, mas principalmente falta de compreensão. Cada um tem uma imagem curiosamente distorcida do outro. Os não-cientistas tendem a achar que os cientistas são impetuosos e orgulhosos. (...) por outro lado, os cientistas acreditam que os literatos são totalmente desprovidos de provisão, peculiarmente indiferentes aos seus semelhantes, num sentido profundo antiintelectuais, ansiosos por restringir a arte e o pensamento ao presente imediato (SNOW, 1995, p.21-22).

O campo de estudos CTS tem a proposta de estudar criticamente as dimensões sociais, seus impactos e mudanças através do olhar multidisciplinar.

O aparecimento dos estudos CTS no campo acadêmico é reflexo da necessidade de uma compreensão mais completa do contexto social da ciência e da tecnologia. (...) Portanto, os estudos CTS constituem a resposta por parte da comunidade acadêmica à crescente insatisfação com a concepção tradicional de ciência-tecnologia, aos problemas políticos e econômicos relacionados com o desenvolvimento científico-tecnológico e aos movimentos sociais de protesto que surgiram nos anos de 1960 e 1970. Compõem um campo de trabalho interdisciplinar orientando à compreensão do fenômeno científico-tecnológico em sua relação com o contexto social, tanto em relação aos fatores econômicos, políticos e culturais que exercem influência sobre o desenvolvimento científico-tecnológico, como no que se refere às conseqüências que essa mudança traz para a sociedade e para o meio ambiente (SILVEIRA E BAZZO, 2006, p.80-81).

As conseqüências dos avanços C&T para sociedade e o meio ambiente, assim como a compreensão e participação pública da ciência e tecnologia para o público em geral, é o principal objetivo desse movimento denominado CTS.

O campo CTS compreende através de sua interdisciplinaridade para Bazzo e Colombo (2001) *apud* Pinheiro, Silveira e Bazzo (2007, p.74) “(...) uma área de estudos onde a preocupação maior é tratar a ciência e a tecnologia, tendo em vista suas relações, conseqüências e respostas sociais”.

Pinheiro, Silveira e Bazzo (2007, p.74) completam que “visa, também, ressaltar a importância social da ciência e da tecnologia, de forma a enfatizar a necessidade de avaliações críticas e análises reflexivas sobre a relação científica tecnológica e a sociedade”.

Os estudos CTS têm objetivos compartilhados por diversas disciplinas, como a História da Ciência e a Filosofia da Ciência, todas as áreas de grande tradição. O olhar crítico e reflexivo contribui para aplicação da C&T na sociedade numa perspectiva sustentável e acessível aos cidadãos, independente de interesses pessoais e políticos.

O papel que a ciência e tecnologia devem ter na sociedade talvez seja resultado da soma dos diferentes estilos e do conteúdo das duas tradições-mãe da CTS: europeia e a norte-americana

As críticas decorrentes destas tradições, se complementadas, podem ampliar a visão neste campo de estudos que está em fase de construção.

QUADRO 1 – Diferença entre as duas tradições CTS

Tradição europeia	Tradição americana
Institucionalização acadêmica na Europa (em suas origens).	Institucionalização administrativa e acadêmica nos EUA (em suas origens).
Ênfase nos fatores sociais antecedentes.	Ênfase nas consequências sociais.
Atenção à ciência, e secundariamente, à tecnologia.	Atenção à tecnologia e, secundariamente, à ciência.
Caráter teórico e descritivo.	Caráter prático e valorativo.
Marco explicativo: ciências sociais (sociologia, psicologia, antropologia, etc.).	Marco avaliativo: ética, teoria da educação.

Fonte- Bazzo, Linsingen e Pereira, 2003, p.128.

As diferenças entre as escolas CTS são caracterizadas pela sua cultura política, ambas contribuem criticamente para a análise social da ciência e tecnologia, mesmo que por caminhos diferentes.

As tradições para Bazzo (1998) *apud* Hayashi, Hayashi e Furnival (2008, p.46): “ambas as escolas têm um pressuposto comum que é estabelecer uma reação acadêmica em relação ao reinado do empirismo lógico na filosofia da ciência, convergindo nos estudos de CTS que posicionam uma reação acadêmica crítica ao cientificismo e a tecnocracia. Elas se diferenciam na forma de abordar estes estudos”.

É importante apresentar também as direções que os estudos e programas CTS vem seguindo, para compreendermos os campos de atuação deste movimento:

(...) - No campo da pesquisa: os estudos CTS têm sido colocados como uma alternativa a reflexão acadêmica tradicional sobre a ciência e a tecnologia, promovendo uma nova visão não essencialista e socialmente contextualizada da atividade científica.

- No campo da política pública: os estudos CTS têm defendido a regulação social da ciência e da tecnologia, promovendo a criação de diversos mecanismos democráticos que facilitem a abertura de processos de tomada de decisão em questões concernentes a políticas científicas-tecnológicas.
- No campo da educação, esta nova imagem da ciência e da tecnologia na sociedade tem cristalizado a aparição de programas e matérias CTS no ensino secundário e universitário em numerosos países (BAZZO, LINSINGER E PEREIRA, 2003, p.126-127).

Os campos podem variar em suas demandas e especificidades, mas o objeto de luta é hegemônico. A interdisciplinaridade na avaliação da C&T na perspectiva das dimensões sociais. O olhar crítico da ciência nas suas diversas especialidades com foco na sustentabilidade e no desenvolvimento responsável para a sociedade. Snow (1995) já previa uma terceira cultura que integrasse essas perspectivas.

(...) talvez seja cedo demais para se falar de uma terceira cultura já consolidada. Mas agora estou convencido de que ela ocorrerá. Quando ocorrer, algumas dificuldades de comunicação serão por fim abrandadas, pois essa cultura deve, exatamente para cumprir sua tarefa, estar em boas relações com a cultura científica. Então, como disse, haverá uma mudança no foco desse debate, para uma direção que será mais proveitosa para todos nós (SNOW, 1995, p.9).

A interdisciplinaridade vem somar as especialidades científicas e iniciar um movimento rico de contribuições e avaliações, a compreensão e formação de cidadãos (leigos) capazes de participar dos assuntos relacionados à ciência e tecnologia também é fundamental para a ampliação das discussões e desenvolvimento de políticas públicas, um de seus papéis é o desenvolvimento dessas estratégias para solidificação do campo de estudos CTS.

É importante instituir espaços de discussão, ao mesmo tempo regulados e livres, onde se possa vir, com seus interesses profissionais, sua competência profissional, suas pulsões profissionais, suas revoltas profissionais, para discutir em termos profissionais – o que não quer dizer corporativista e menos ainda de mandarins – com outros profissionais, quer se trate de problemas práticos, pessoais, quer de problemas muito mais gerais, e isso sem esperar ser consultado. E é desejável que o trabalho de reflexão coletiva, realizado nesses lugares, desencadeie tomadas de posição políticas, ao mesmo tempo competentes, rigorosas, autorizadas e engajadas, críticas, eficazes (BOURDIEU, 2004, p.85).

Formar pessoas habilitadas e engajadas nas discussões CTS, capazes de olhar o desenvolvimento da ciência e tecnologia sob diversas perspectivas, é base para a ampliação do movimento CTS e da terceira cultura científica.

O novo saber científico é feito para ser depositado nos bancos de dados e para ser usado com os meios e segundo as decisões das potências, ou seja, os cientistas não podem mais controlar e verificar todo saber produzido atualmente. Além disso, as pesquisas estão nas instituições tecnoburocráticas

da sociedade. Por isso, a administração tecnoburocrática junto com a hiperespecialização do trabalho produz a irresponsabilidade generalizada. Dessa forma, pode-se dizer que se vive num período em que a separação dos problemas éticos e científicos pode comprometer a vida caso seja perdido de vista o caráter humano do desenvolvimento científico-tecnológico (SILVEIRA E BAZZO, 2006, p.73).

A tecnologia deve ser discutida em todas as dimensões da ciência. Falar de tecnologia e de sua aplicação para sociedade é falar de como utilizar o conhecimento científico através de sistema ou artefatos para o desenvolvimento e bem-estar da sociedade. Nesse contexto discutiremos a PPP como proposta de aprimoramento de gestão das instituições hospitalares públicas, de acordo com os princípios da Reforma da Gestão Pública que acontece de 1995 a 1998.

O primeiro princípio organizacional é o de terceirizar, ou ‘publicizar’, as atividades exclusivas de Estado: terceirizar para empresas privadas os serviços auxiliares do Estado, como obras públicas, etc.; e publicizar os serviços sociais, contratando organizações públicas não-estatais para realizá-los mediante contratos de gestão. O segundo princípio organizacional é de, no caso das atividades exclusivas de Estado, tornar as agências executivas e reguladoras mais descentralizadas, garantindo para seus gestores maior autonomia e exigindo deles maior responsabilização pública. O novo princípio de gestão é o de substituir parcialmente os controles burocráticos clássicos, pelos controles ou sistemas de responsabilização gerenciais: o controle por resultados, a competição administrada por excelência, e o controle social por organizações da sociedade civil e pela mídia. (BRESSER-PEREIRA, 2004, p.4)

O objetivo da reforma do Estado era o de reorganizar o Governo para uma gestão eficaz, com menores custos e melhores resultados, modificando a visão pública com foco nos processos. A compreensão da proposta desta reforma é necessária para análise do princípio organizacional de terceirizar e publicizar; o Estado utiliza-se de contratos de gestão na administração dos serviços sociais e da terceirização para serviços auxiliares, direcionado todos seus esforços e experiência para Gestão fim da Administração Pública.

Privatização é um processo de transformar uma empresa estatal em privada. Publicização, de transformar uma, organização estatal em uma organização de direito privado, mas pública não-estatal. Terceirização é o processo de transferir para o setor privado serviços auxiliares ou de apoio (BRESSER, 1997).

Estas discussões devem estar calcadas na transparência para que se possa compreender a transformação do Estado e construir críticas para o desenvolvimento da administração pública, caracterizada dentro de um novo princípio de gestão que é pautado pelo sistema de responsabilização e controle social.

As parcerias público-privadas passam a ser tema de discussão da Reforma do Estado como uma das possibilidades da gestão dos serviços sociais como a Saúde.

As PPPs são um mecanismo importante para atrair investimentos privados para o setor de infra-estrutura. Elas são, na essência, contratos de prestação de serviços entre o Governo e a iniciativa privada. Os serviços de que trata esse contrato podem ser prestados ao Governo como usuário único ou à população como um todo. Em qualquer caso, a idéia é mesclar a eficiência do setor privado com a visão pública de longo prazo e o planejamento econômico do Governo (TALAMINI E JUSTEN, 2005, p.30).

A proposta da PPP na gestão dos hospitais é buscar a experiência e visão do Governo no planejamento de desenvolvimento apontado pela reforma do Estado e somar a eficiência do setor privado em administrar por resultados. Essa fusão pode proporcionar a ampliação de serviços sociais, como a abertura de novos hospitais e serviços de saúde, considerando a redução dos custos de investimento e manutenção destas organizações por meio da gestão privada, o importante, neste processo, é garantir os direitos dos cidadãos aos princípios do SUS e ao atendimento de qualidade e resolutividade.

As críticas à PPP sistematizada por Santos (20047) apontam 4: a) privatização – a PPP é entendida como a retirada de algo do poder público, a proposta da parceria é de gestão compartilhada ou de concessões e permissões previstas na Constituição Federal do Brasil de 1988; b) precarização das relações trabalhistas - a mudança de contratação profissional de concurso público para a legislação trabalhista pautada na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT é outro ponto forte de críticas à PPP; c) lucro – a ideia de lucratividade do sistema é ponto de discussão, por desconhecimento da proposta e legislação; d) SUS – a preocupação é o comprometimento ao acesso do SUS, questão que é também tratada na legislação e nos contratos de gestão, parceria ou convênios.

Estabelecidos os mecanismos de controle social, contratualização e regulação, o modelo de gestão das organizações hospitalares públicas passa a ser analisado pelo critério da resolutividade e qualidade, as PPPs alinhadas a esta equação são uma alternativa para o Governo e para Sociedade que anseia por um atendimento ampliado em oferta e qualidade, considerando a viabilização de novas organizações hospitalares e serviços que, muitas vezes, encontram-se inoperantes por falta de financiamento, ou pelo engessamento administrativo do Estado para contratação de profissionais, ou ainda, por outros impedimentos burocráticos.

Para Ibañez e Neto (2007, p.1833) “(...) confunde-se o conceito de entrega de um direito da cidadania, com o estado fazedor. Interessa fazer, entregar é consequência de fazer! A propriedade da organização que faz é uma questão secundária”.

O contrato de gestão da PPP no modelo de OSS é regulamentado no caderno MARE (v.2, 1997), cujo objetivo é aprimorar a gestão pública que passa a encarar o Estado não como responsável direto, mas como promotor e regular do desenvolvimento econômico.

(...) em documento específico – MARE sobre contrato de gestão, o ministério traça os compromissos institucionais e de apoio à modernização da gestão, definindo as seguintes medidas para o realinhamento estratégico-estrutural: redefinição de sua missão, identificação precisa de produtos e clientes, objetivos e metas claramente definidos, definição de estrutura organizacional e tecnologia a serem utilizadas, além do desenvolvimento de metodologias na área de planejamento, avaliação de desempenho, informatização, recursos humanos, custos e regulamentação específica para investimentos (IBAÑEZ E NETO, 2007, p.1834).

Escolhemos as OSS para objeto de estudo para discussão da PPP nas organizações hospitalares pela relevância e complexidade do modelo de gestão e, por sua vez, pela possibilidade de melhor compreensão, análise e aprofundamento crítico, no campo CTS.

(...) no texto produzido pelo PDRAE² a organização social é caracterizada como entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos, e surgiria pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado nas atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, podendo, ainda, ser criada a partir da substituição de órgão público de qualquer figura jurídica, pela extinção da instituição e dos cargos públicos vagos e em comissão, com inventário do patrimônio (IBAÑEZ E ET. AL, 2001, p.392).

Nesta perspectiva as OSS apresentam uma proposta de parceria, que tem demonstrado ser passível de medição técnica através dos indicadores de produção e qualidade que compõe o contrato de gestão. As Parcerias Público-Privadas tratam de diversas formas de concessão, em diferentes estágios da operação. As OSS dizem respeito à operação na etapa da gestão das Organizações Hospitalares, no formato das fundações e autarquias com a diferença do controle técnico pelo contrato de gestão.

Para Ibañez (2001, p.391) “Os resultados encontrados demonstraram o cumprimento satisfatório por parte das OSS/SUS”, a partir das metas estabelecidas no contrato de gestão pela Secretaria, para o primeiro ano de atividade.

Ibañez e et.al. (2001, p.391) cita os resultados apurados nos contratos de gestão do Estado de São Paulo com as OSS/SUS após um ano de parceria. Foram analisados os indicadores e metas estabelecidos através de um formulário estruturado “Relatório de

² PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

Atividades Hospitalares”, nos quesitos: capacidade instalada (ocupação, permanência), produção (atendimentos), recursos humanos (funcionário-leito, política salarial), financeiros (valor médio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH), produtividade e qualidade (taxa de cesáreas, taxa de infecção hospitalar); análise da morbidade visando à caracterização da complexidade do hospital, satisfação da clientela, entre outros indicadores.

Guedes (2009, p.15-18), aponta que a PPP no modelo de OSS no Estado de São Paulo, possibilitou a abertura de 21 novos hospitais (4500 leitos), 4 ambulatórios, 1 centro de referencia e 3 laboratórios. Todos em regiões carentes, com uma média de 250 leitos integrados aos serviços municipais.

Pode-se destacar o Hospital Estadual de Bauru, nosso objeto de estudo, que atende 68 municípios em uma região localizada a aproximadamente 300 km da capital do Estado, organização escolhida para realização do Estudo de Caso.

A questão é: a PPP na gestão dos hospitais pode ser considerada a solução do problema de financiamento e gestão do Estado para os serviços de saúde? Ou seria apenas uma alternativa na administração de algumas organizações de saúde pontuais? A PPP aplica-se com a mesma eficácia em qualquer Serviço Social?

Um ponto fundamental que deve ser considerado nesta discussão é a experiência de administração por processos e resultados do setor privado na gestão das organizações de saúde. Sabe-se que o parceiro privado apresenta indicadores de resultado e produtividade em organizações complexas como os hospitais que tem sua estrutura pautada em processos, tempos, pessoas, produtos, equipamentos, e tudo mais que uma empresa de serviços necessita para atender integralmente seu usuário.

Mas todos os serviços de saúde funcionam com esta logística? Haveria unidades com o olhar voltado para o desenvolvimento de outras necessidades da sociedade, considerando saúde como algo muito maior que a atenção médica e especializada ofertada nos hospitais.

Todas as organizações hospitalares encaixam-se na proposta das PPPs? Considerando sua concepção e valores, não seriam muito mais os empecilhos culturais ou de confronto de interesses algumas vezes pessoais às críticas aos contratos de gestão entre parceiros públicos e privados neste segmento dos serviços de saúde?

Segundo Ibañez e Neto (2007, p.1839) “a experiência do estado de São Paulo com as OSS é muito iluminadora. Recentemente, o Banco Mundial realizou uma análise

extensiva e isenta de seus resultados e a conclusão foi de que a experiência é totalmente exitosa e que o estado aprendeu a controlar o privado”

A discussão desta alternativa na administração dos hospitais pede análise considerando do cenário da saúde no Brasil.

Há pontos semelhantes nos cenários desenhados por diferentes autores, com pensamentos distintos, que se debruçaram sobre o assunto. Sem a pretensão de esgotá-los, seguem alguns componentes desses cenários: (...) Demografia, Perfil epidemiológico, Recursos humanos, Tecnologia, Medicalização, Custo, Papel do cidadão, Legislação, Equidade Hospitalocentrismo e regionalização, Fracionamento do cuidado e a Oferta de leitos (NETO E MALIK, 2007, p.826-828).

É neste contexto que o presente estudo avança, visando analisar esta problemática a partir da singularidade da parceira considerada exitosa, trata-se de um estudo científico que visa analisar criticamente a eficácia da PPP em Organizações Hospitalares no contexto brasileiro.

Apresenta-se no quadro 2, a descrição do cenário da Saúde no Brasil de acordo com Neto e Malik (2007).

QUADRO 2 – Cenário da Saúde no Brasil

Cenário	Consequência
Demografia	O aumento da expectativa de vida pelo envelhecimento e pela redução das taxas de mortalidade infantil impacta diretamente na demanda dos serviços e no custeio do cuidado geriátrico que é conhecidamente mais alto.
Perfil Epidemiológico	A mudança das causas de mortalidade, antes, por doenças infectocontagiosas, hoje, por doenças crônico-degenerativas e causas externas (decorrentes do envelhecimento).
Recursos Humanos	A alta especialização e o excesso de escolas profissionalizantes ocasionam baixa qualificação dos profissionais e a ausência de generalistas, além da necessidade de uma gestão de pessoas adequada às equipes multidisciplinares.
Tecnologia	A utilização de novas drogas, equipamentos e técnicas, decorrentes da mudança demográfica

	aumentam os custos com saúde e a dificuldade de financiamento do Estado.
Custos	As atualizações tecnológicas e mudanças demográficas somadas à inflação dos serviços de saúde resultam em custos superiores ao financiado pelo Estado.
Papel do Cidadão	O papel do cidadão é modificado pelos movimentos em busca de seus direitos pelo mundo, conquistas como a Constituição Federal de 1988, o Código de Defesa do Consumidor, o Ministério Público e o SUS possibilitam a formação de cidadãos conhecedores de seus direitos, o que o torna mais exigente em relação aos serviços de saúde.
Legislação	As discussões sobre o tamanho do Estado, sua capacidade de intervir sobre a sociedade e suas praticas impactam na Legislação.
Equidade	É um dos princípios do SUS em relação à grande exclusão social do País vem sendo buscado pela sociedade e cobrado do Estado.
Hospitalocentrismo e Regionalização	O alto custo de manutenção das organizações e a concentração de hospitais nos grandes centros, dificultando o acesso ao serviço, é fator de discussão na busca de soluções para um melhor aproveitamento e distribuição das unidades existentes e necessárias, já que se estima que setenta por cento dos gastos do SUS são destinados a hospitais
Fracionamento do Cuidado	As políticas públicas, privilégios e o corporativismo na saúde são problemas a serem resolvidos que resultam no Fracionamento do Cuidado, o tratamento integral reduz custos e aumenta qualidade humana e técnica.
Oferta de Leitos	A falta de planejamento urbano em relação a disponibilização de leitos dificulta o acesso,

	<p>assim como a distribuição de resolutividade dos hospitais não esta devidamente regionalizado e equilibrado financeiramente, o que vem sendo causa de inviabilidade de gestão de diversos hospitais de baixa resolutividade, assim como problemas na gestão de saúde para cidades que não dispõe de leitos de alta resolutividade nas proximidades.</p>
--	---

Fonte- Neto e Malik, 2007, p.826-828.

A discussão da PPP passa a ser considerada uma alternativa par assegurar o direito ao atendimento à saúde através de novas estratégias de gestão, busca de parceiros privados, participação e controle social.

A questão gestão da Saúde deve ser mais amplamente discutida em outros espaços, como os conselhos de saúde, grupos de representação da Sociedade, associações de bairro, dentre outros movimentos sociais organizados. Além disso, o próprio poder público deve abrir espaços à discussão na busca de alternativas para oferta e gestão dos leitos e serviços hospitalares dentro da sua esfera de poder público. A publicização e transparência contribuem não somente para o desenvolvimento das PPPs, mas para o crescimento da cidadania e participação de toda sociedade, incluindo o poder privado.

Os contratos de gestão entre as OSS e o Estado representam uma alternativa de gestão para melhor utilização dos recursos existentes, dentro dos princípios do SUS e diretrizes do poder público.

A definição de alternativas necessita de parâmetros, o objetivo é a busca pela eficiência, no entanto, para tal, se faz necessária autonomia, ou seja, menor subordinação ao poder público e conseqüentemente, maior flexibilidade. Para Ibañez e Neto (2007) deve existir quatro grupos de premissas que devem ser respeitadas:

(...)- Subordinação à política de saúde do nível de governo onde a organização se inserir: esta questão é crucial e deve ser claramente desenhada na lei que cria a alternativa. (...) - Legalidade: muitas vezes, parece que a proposta de criar uma solução dentro do âmbito da eficiência busca contornar a lei, conspurcá-la. (...) - Eficiência gerencial: não se falou aqui em eficácia na medida em que a eficiência subordina-se a esta. E a busca é em ser mais eficiente ser capaz de entregar mais daquilo que se tem que entregar. Aumentando, portanto, a efetividade. (...) - Capacidade de controle: (...) O Estado tem que melhorar a sua capacidade para controlar a execução dos recursos colocados à disposição destas organizações, isto tanto do ponto de vista da execução, como do alcance dos resultados. (...) Enfim,

uma gestão legal deve ser fiscalizada para garantir que os dinheiros públicos estão sendo utilizados legalmente. (IBAÑEZ E NETO, 2007, p.1835-1836).

O contrato de gestão respaldado pelos parâmetros citados por Ibañez e Neto (2007), é uma das alternativas para as organizações hospitalares na busca de gestão e financiamento. A PPP direciona o Estado para o desenvolvimento de sua capacidade de fiscalização, o como e o quem faz são instrumentos estratégicos na solução dos problemas de saúde no Brasil; é fundamental que estejam claros nestes contratos os papéis, restrições, premissas e mecanismos de controle que garantam a transparência e eficácia destas parceiras.

A subordinação à política de saúde local deve estar regulamentada por lei específica, precisa de mecanismos como os contratos de gestão ou convênios para operacionalizar e viabilizar o projeto da PPP através de orçamentos e metas pactuados, assim como o sistema de acompanhamento e avaliação que garantam o controle e a participação social.

A legalidade deve estar pautada em todas as figuras disponíveis do direito, o decreto e lei referente à PPP local deve ser clara e integrada às demais legislações municipais.

A eficiência gerencial refere-se à proposta das metas pactuadas, a tempo e orçamento contratado e à busca pela efetividade. Não dá para pensar em eficiência com a estrutura de execução orçamentária ou o estatuto do funcionalismo para gerenciar pessoal da administração direta, sem falar em comprar utilizando as regras de licitação do poder público. Há de se observar que esta última não é atualizada desde a lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

A premissa da capacidade de controle do Estado, muitas vezes voltada para o controle do processo e do meio e não dos resultados. A fiscalização deve garantir que o dinheiro público seja utilizado legalmente, respeitando a autonomia estabelecida nos contratos de gestão de contratação de pessoal sem um processo de seleção ou de compras sem um processo licitatório. A fiscalização deve ocorrer em relação ao contrato e sua legalidade, desconsiderando a cultura do meio público.

(...) no Estado de São Paulo, possivelmente, se encontra o maior número de experiências exitosas, principalmente no âmbito das OSS, porque um governo, ainda nos anos 1990, se dispôs a fazer as experiências iniciais e houve tempo para desenvolvê-las. Este modelo, na época de sua implantação, foi uma alternativa para colocar em operação hospitais semi-construídos nos anos 1980. Frente a uma série de obstáculos, como a dificuldade de contratação por causa dos limites de gastos públicos, entraves observados para a manutenção dos hospitais em regime de administração pública, direta e indireta, e a disposição de algumas organizações privadas de se aproximarem do governo, passou-se a procurar alternativas de atividade conjunta (NETO E MALIK, 2007, p. 832-833).

O número de experiências exitosas das PPPs no Estado de São Paulo demonstra que a gestão para as organizações hospitalares se bem contratualizada e compreendida pode ser uma excelente alternativa para o governo e a sociedade, quando analisada de forma multidisciplinar como uma política de Estado.

Sua compreensão contribui para quebra de paradigmas, não que esta seja a solução, mas sem dúvida uma possibilidade de desenvolvimento e até mesmo de operação para as organizações hospitalares, visto o excesso das cargas tributárias e o escasso orçamento para Saúde.

No entanto, é preciso garantir a autonomia e a transparência dos contratos de gestão das OSS, o poder público pode estar integrado ao sistema privado sem perder sua capacidade regulatória e seu papel de parceiro na gestão dos hospitais. Não existe transferência de responsabilidade e sim soma de potencialidades.

Como diz Neto e Malik (2007, p.839) “cada um desses *stakeholders* tem identidade, vontade e objetivos próprios. Sem uma ação intencional, no sentido de fazê-los atuarem de maneira sinérgica, continuará a situação de competição suicida, que levou ao resultado perde-perde observada até 2006. Para mudar esta tendência, é necessário conhecimento, legitimidade e vontade”.

O próximo capítulo nos remete ao Sistema Único de Saúde. Nele apresentaremos brevemente um histórico do modelo de saúde brasileiro, pois a compreensão dos modelos de gestão da saúde e do próprio SUS no decorrer dos anos, assim como, seus princípios e proposta de atenção fortalecerão as discussões sobre alternativas de gestão hospitalar como as PPPs no contexto brasileiro.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990)

A transformação do sistema de saúde brasileiro no Sistema Único de Saúde é resultado de uma série de fatores observados pelos atores sociais do setor saúde. A saúde até a Constituição Federativa de 1988, apesar das pequenas conquistas a partir de 1930, data marco do início da organização dos serviços de saúde no Brasil, encontrava-se restrita ao atendimento médico relacionado ao vínculo empregatício e a gratuidade de assistência médico-hospitalar oferecida pelas organizações filantrópicas, em grande parte, gerenciadas por instituições religiosas.

Muitos autores relatam o histórico da saúde brasileira, neste trabalho, apresentaremos o olhar de Almeida, Chioro e Zioni (2001); de Sá (2001) e de Soboll, Carvalho, Eduardo, Tanaka e Moreira (2001).

Um dos primeiros movimentos no histórico da saúde foi a CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão criada em 1923, era destinada inicialmente aos ferroviários, seguida de outras CAPs que passaram a atender outras empresas, em especial as de atividades urbanas. Em 1930 já existiam 47 CAPS e em 1936 já contávamos com 183 CAPS.

Em 1930 que começaram a surgir os sanatórios para tratamento das doenças como hanseníase e tuberculose, caracterizando o modelo de assistência médica-hospitalar. Neste período, surgiram os Departamentos Estaduais de Saúde, que seriam as futuras Secretárias Estaduais de Saúde, que iniciou a implantação de postos e centros de saúde para combater as doenças infectocontagiosas nos Estados.

O desenvolvimento social e econômico do país é comprometido pelo período marcado pela ditadura, que atrasa a modernização do Brasil. Enquanto a Europa passava por transformações e industrialização, no Brasil como nos demais países da América Latina, a revolução industrial é tardia e impactava o desenvolvimento C&T do país e, como resultado, encontrávamos um quadro de doenças de todos os tipos, que dependiam de um sistema de

saúde concentrado em grandes centros, que geravam sobreofertas de serviços em alguns lugares e carência em outros. No Governo de Getúlio Vargas, foi criado um Estado que permitiu a massificação dos institutos de previdência, a criação do modelo da previdência social e da Consolidação das Leis do Trabalho, que possibilitava a arbitragem nas relações de trabalho e produção.

Das muitas especificidades desta época a centralização de decisões e financiamento era um grande entrave na gestão da saúde que se tornava lenta e deficitária, além dos escassos recursos financeiros destinados a saúde em relação a sua necessidade de atendimento e a falta de controle que ocasionava também o desvio do dinheiro e aplicação a fundo perdido em hospitais privados, que não correspondiam às expectativas de saúde do Estado e Sociedade.

O desenvolvimento da CAP deu base para a implantação em 1933 dos IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensão, que estava estruturado por categorias profissionais e não por empresas como acontecia com o CAP.

O financiamento dos IAPs era tripartite - Estado, empresa e trabalhadores - e contribuiu para o desenvolvimento da industrialização e capitalismo no Brasil.

A atuação do Estado no setor saúde resumia-se até 1930 ao amparo para o desenvolvimento econômico, visto que participava em uma parte do financiamento e gerenciamento da atenção médico-hospitalar dos trabalhadores assalariados e no combate a epidemias com maiores centros de atenção em alguns lugares, enquanto outros eram prejudicados na distribuição desta atenção à saúde.

As epidemias causadas por doenças infectocontagiosas, como a malária, febre amarela, hanseníase, tuberculose, entre outras eram um dos maiores problemas do Brasil no início do século XIX, por isso o foco do trabalho em saúde eram as campanhas sanitárias. Em 1923 as ações de saúde, na época vinculadas ao Ministério da Justiça, incluíam a fiscalização de alimentos, o controle de portos e fronteiras. Ensaivamos assim, a Vigilância Sanitária dos dias atuais.

Em 1953, no Governo Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde por causa do crescimento das ações de saúde pública e a necessidade de organização da gestão da saúde.

Nesta época, a população era obrigada a comprar pelos serviços de saúde dos profissionais liberais, sejam por pagamentos particulares ou por participação no pagamento, as caixas e institutos de aposentadoria, financiados em parte pelo empregado e Estado; no

caso das IAPs para população empregada com registro em carteira de trabalho. Aos carentes, restavam o auxílio das Santas Casas de Misericórdia, responsáveis principalmente pelo atendimento aos indigentes e pobres.

Para substituir os IAPs criou-se em 1965 o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, pós Constituição de 1946 e Lei Orgânica da Previdência em 1960. O INPS passa a ser administrado pelo governo e subordinado ao Ministério da Previdência Social, a saúde é dividida em atenção básica e sanitária gerenciada pelo Ministério da Saúde e atenção médica-hospitalar, gerenciada pelo INPS.

Em 1978 o INPS é substituído pelo INAMPS – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social, mesmo período em que a OMS lança a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, que passa a desenvolver uma medicina de baixa tecnologia para a população carente, situação que não resolve ainda o problema de acesso aos centros médicos e hospitais e mesmo à saúde básica.

Observa-se, neste período, uma mudança de paradigmas, iniciam-se dois movimentos sociais em busca de ampliação e acesso e condições básicas na saúde básica da população, procurando responder à demanda.

A falta de organização e distribuição dos serviços resultava em desperdício de recursos e baixa cobertura assistencial da população, principalmente nas regiões mais pobres e carentes.

A gestão da saúde, organizada separadamente pelo setor público e privado, sem integração das partes e definições de políticas claras e gestão político-administrativa do sistema resultava em serviços de baixa qualidade, com alta insatisfação dos recursos humanos e sociedade, que além de estar sujeita a atendimento médico-hospitalar precário, não participava da formulação de políticas e tampouco conhecia o destino do gasto público no setor saúde.

Estes aspectos resultaram na construção de soluções para saúde brasileira de modo integral, o SUS é produto desta busca pela redemocratização, movimento liderado pela Reforma Sanitária que se aliou aos movimentos populares e à Igreja através das comunidades eclesiais de base. As ideias de promoção à saúde e a Reforma do Estado Brasileiro que muda o modelo de industrialização, transformando-se em importador ao invés de exportador mudam o cenário do país e o desenho do Sistema de Saúde para Sociedade.

A saúde passa a ter um olhar mais abrangente sobre os fatores determinantes deste sistema, como as condições de habitação e alimentação que a sociedade dispunha. O

acesso aos serviços de saúde e o meio socioeconômico e cultural, destacados pela educação e renda também passam a ser analisados como causas da falta de saúde da sociedade.

Em todo mundo as discussões sobre o conceito de Saúde passam a ser discutidas; o aspecto social sobrepõe-se ao modelo médico hegemônico.

Para a *WHO – World Health Organization* (1946), a saúde é definida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença.

A ampliação do conceito de saúde no Brasil passa a ser construída na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1988, caracterizada pela participação dos diferentes segmentos da sociedade civil que culminou na conquista na Constituição da Seção para Saúde e do direito universal e dever do Estado, resultado de movimentos sociais, de intelectuais e político, iniciando o processo de criação do SUS e a definição de saúde:

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (SANTOS; MAGALHÃES; HERMÓGENES, 1986).

Percebe-se assim, que o conceito de saúde torna-se mais abrangente e é resultado de um conjunto de ações e políticas que objetivam o desenvolvimento de diversos setores na busca da saúde em sua totalidade.

É a base para Constituição Federal de 1988 e para lei Orgânica de Saúde nº 8080 (1990).

O resultado central da VIII CNS constituiu o estabelecimento de um consenso político que permitiu a formatação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: - O conceito abrangente de saúde; - Saúde como direito de cidadania e dever do Estado; - A instituição de um Sistema Único de Saúde (WESTPHAL, 2001, p. 31).

O desdobramento prático da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi a implantação do SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde e a elaboração da nova Constituição Brasileira.

A Constituição de 1988 resultou em um reconhecimento internacional em termos de suas políticas de saúde e base jurídico-constitucional.

Este processo deu sequência à Lei nº 8080 – Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como suas

diretrizes para organização, funcionamento e regulamentação da saúde na Constituição Federal.

O SUS inicia-se em 1988, passando por diversos vetos e ajustes principalmente em relação à participação e controle social, dos Conselhos e Conferências, além do financiamento que passaria a ter transferência direta e automática para os Estados e Municípios. A implantação do SUS tem sido uma longa caminhada até os dias de hoje, que ainda luta pela implementação integral de seus preceitos básicos: Universalidade, Equidade, Integralidade, Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

A proposta levada à Constituição Federal do Brasil (1988) foi de legitimar o direito à saúde a todos os cidadãos de maneira integral e universal, sem qualquer discriminação.

O SUS é um sistema de saúde pública, gerenciado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção de cada esfera do governo e controle da sociedade. Esta regulamentação inclui os serviços privados e filantrópicos que passam a ser complementares a este serviço de saúde, através da subordinação da legislação e diretrizes do SUS.

O quadro 03 apresenta o histórico da saúde no Brasil, desde sua concepção como determinante para o desenvolvimento econômico e social do Estado.

QUADRO 03 – Histórico da Saúde no Brasil

Data	Órgãos, Institutos e leis	Objetivos e características	Principal fonte
1920-1930	Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS)	Início da previdência social no Brasil. Responsáveis pelos benefícios e serviços de saúde, para empregados de empresas específicas – sem recursos do poder público	<i>Cunha e Cunha, 1998</i>
1930-1945	Institutos de Aposentadoria de Pensões (IAPS)	Organizados por categorias profissionais e não mais por empresas – administração dependente do Governo Federal. Foco: ações centralizadas de saúde.	<i>Cunha e Cunha, 1998</i>
1945-1965	Constituição de 1946, Lei orgânica da previdência de	Uniformiza direitos dos segurados dos diferentes institutos – ampliação	<i>Cunha e Cunha, 1998</i>

	1960.	dos benefícios e serviços.	<i>Médice, 1994</i>
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo governo brasileiro	“(...)tratar os doentes individualmente enquanto o Ministério de Saúde deveria elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias.”	<i>Bertolli Filho, 1996, p.54</i>
1967	INPS cria convênios com 2300 dos 2800 hospitais existentes na época no país.	Ampliação do atendimento	<i>Bertolli Filho, 1996</i>
1974	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) – nova relação com a rede privada	Crescimento dos serviços da previdência social.	<i>Gonçalves e Malik, 1989</i>
1976	Reestruturação do Min.da Saúde e criação da Secretária de Ações Básicas de Saúde (SNPaS)	OS SNPAS eram responsáveis pelos programas de assistência médica sanitária	<i>Tanka e col., 1992</i>
1978	Criação do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, sucessor do INPS	Essa ação acarretou um processo de centralização técnico-administrativa das decisões no âmbito da assistência médica individual de caráter curativo	<i>Tanaka e col., 1992</i>
1980	Prevsauúde	Estratégia de integração de maior abrangência envolvendo o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Objetivo: estender a cobertura dos serviços básicos de saúde a toda a população, articular as várias instituições de saúde e reorganizar a oferta de serviços	<i>Tanaka e col., 1992</i>
1981	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp)	Propor normas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária	<i>Bertolli Filho, 1996</i>

1982	Ações Integradas de saúde	Criado a partir do Conasp com o objetivo de integrar e racionalizar o atendimento médico.	<i>Médici, 1994</i>
1987	Criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde)	Inicia-se o processo de modificação do modelo de saúde – regionalização, descentralização e hierarquização	<i>NEPP, 2000</i>
1988	Constituição Federal	Estabelece-se o SUS como nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde	<i>Soares, 1988</i>
1990	Criação do Conselho Nacional de Saúde e da Lei Orgânica da Saúde (LOS)	LOS, artigo 4:”o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público constitui o SUS.	<i>Lei 8.080 de 19/09/1990 (Brasil, 1990)</i>
1991	Norma operacional básica (NOB – SUS)	Determina o padrão único de pagamento para prestadores públicos e privados, alocação de recursos para o setor público, condicionada à produção, estabelece convênios entre a união e os municípios.	<i>Grigório, 2002</i>
1993	NOB SUS 93	Estabelece o princípio da municipalização como havia sido concebido. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estratégias que consagram a descentralização político-administrativa da saúde.	<i>Carvalho, 1995</i>
1996	NOB SUS 96	Acelera a descentralização dos recursos federais para os estados e municípios. Consolida a tendência de autonomia de gestão descentralizada, rompe com o produtivismo e cria programas dirigidos à população	<i>Brasil, 1997</i>

		carente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) bem como práticas relacionadas ao programa de saúde da família – PSF	
1997	NEPP	58% dos municípios brasileiros haviam aderido ao SUS	<i>NEPP, 2000</i>
1998	Lei n. 9.656	Regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde.	<i>Lei 9.656, de 03/03/1998, 4 de junho de 1998 (Silva, 1998)</i>

Fonte: Borba e Neto, 2008.

Acrescentam-se ainda dois acontecimentos históricos na saúde brasileira, pertinentes a esta pesquisa, através do quadro 04.

QUADRO 04 – Complemento histórico da Saúde no Brasil

Data	Órgãos, Institutos e leis	Objetivos e características	Principal fonte
1998	Lei n.9.637	Qualifica como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.	Lei 9.637 de 15/05/1998 (Brasil, 1998)
2004	Lei n. 11.079	Institui normas para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública	Lei 11.079 de 30/12/2004 (Brasil, 2004)
2009	Lei n. 12.024	Altera o artigo 28, passa para 3% a aplicação da receita líquida do Estado com a PPP. A lei 11.079 definia 2%.	Lei 12.024 de 27/08/2009 (Brasil, 2009)

Fonte: Silva, 2010, p.41.

Não poderiam deixar de estarem presentes as legislações resultantes da Reforma Administrativa do Estado, que tinha como um dos objetivos a reorganização da

gestão da saúde e a criação de novos modelos de gestão das organizações públicas, através das OSS e das PPPs.

A proposta do SUS não é de sucessor do SUDS ou INAMPS e sim a de um novo sistema de saúde, com um olhar amplo às novas demandas da sociedade brasileira que apresentam características comuns e diversificadas.

O pressuposto básico do SUS é que mesmo funcionando através de diversas organizações, instâncias de poder ou proposta de atenção médica, objetive uma única meta, integrada e universal para um fim comum, a saúde no sentido mais amplo da palavra a todos os cidadãos brasileiros.

De acordo com o artigo 4 da lei federal nº 8080, o SUS pode ser definido como “ o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgão e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente (...) pela iniciativa privada” (WESTPHAL, 2001, p. 34).

Percebe-se a abertura desde sua concepção para gestão privada como parceira do SUS, movimento que cresceu com a Reforma Administrativa do Estado.

Os princípios do SUS são o de regionalização e hierarquização; de resolutividade; de descentralização; de participação dos cidadãos e de complementaridade do setor privado.

Todos esses princípios foram observados na elaboração, acompanhamento e avaliação dos contratos de gestão, decorrentes das PPPs em Organizações Hospitalares.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

Destaca-se também o artigo 199 da Constituição Federal que trata a regulamentação da assistência à saúde pela iniciativa privada, ensaiava-se a PPP neste instante através dos modelos de gestão utilizados pelas Fundações Filantrópicas. As OSS, enquanto modelos de organização, são criadas exclusivamente com a finalidade da gestão das

organizações de saúde e educação pública completamente inserida no contexto legal e nos princípios e preceitos do SUS.

Definida a filosofia do SUS, apresenta-se a regulamentação da organização do SUS, respaldada no Art. 200 da Constituição Federal.

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

O SUS é considerado um sistema completo de saúde pela sua abrangência desde a atenção básica e sanitária aos mais complexos atendimentos de saúde. Suas ações estão além da atenção médico hospitalar, para tudo que está relacionado à saúde e ao seu processo preventivo e curativo.

O SUS é um sistema em processo de evolução ainda, com diversos pontos a serem desenvolvidos. O acesso à tecnologia e alta complexidade infelizmente, ainda não é para todos, o que fere o princípio da equidade e igualdade.

No entanto, os avanços devem ser considerados; em reportagem, o Ministro da Saúde José Gomes Temporão, Governo Luis Inácio da Silva, que fez parte do grupo que idealizou o SUS declara:

Há 20 anos, existiam três tipos de brasileiros: uma parte da população rica, que podia pagar diretamente consultas, exames e internações; os trabalhadores com carteira assinada, que tinha direito a saúde da Previdência Social; e a maioria, que não tinha direito a absolutamente nada, ou seja, eram objeto da filantropia e da caridade (TEMPORÃO, 2009, p.15)

Hoje, qualquer brasileiro em qualquer lugar do país tem direito à saúde. A tecnologia continua centralizada em alguns pólos e em quantidade insuficiente à demanda brasileira, mas a atenção básica à saúde e o atendimento médico de média complexidade chega hoje a quase toda sociedade brasileira.

A NOB – Norma Básica do SUS é criada para normatizar o processo de gestão e financiamento do SUS. Ela estabelece o processo operacional necessário ao gerenciamento dos serviços de saúde, seu controle, acompanhamento e fiscalização de acordo com a Constituição Federal de 1988 nos três níveis de governo.

Essa norma foi modificada pelas propostas do Conselho Nacional de Saúde e outros setores da sociedade que atuam na área como prestadores e usuários, para substituí-la criou-se a NOB/SUS – 01/92 que se fundamentava:

a)(...) a necessidade de continuar avançando no processo de construção e manutenção do SUS; b) necessidade de normatizar a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para 1992, a fim de evitar a descontinuidade das ações e serviços prestados à população; c) (...) o consenso obtido entre a Secretária Nacional de Assistência à Saúde/MS, o Conass, o Conasems e o INAMPS no que diz respeito aos termos desta NORMA e d) (...) o consenso entre o Conass e o Conasems sobre a oportunidade da publicação desta norma (WESTPHAL, 2001, p. 31).

Com essa NOB foi o acordo possível, em seguida tivemos a IX Conferência Nacional de Saúde que criou a NOB 01/93, que pode ser considerada referência no processo de implantação do SUS, pois descentralizou o sistema por níveis de responsabilidade nas três esferas de governo.

Foi a X Conferência Nacional de a NOB/SUS 01/96, após diversos debates entre as esferas de governo e as conferências municipais e estaduais. Os avanços da NOB/SUS 01/96 foram os de consolidar o poder público municipal, estabelecer a responsabilidade sanitária dos gestores públicos, transferirem a atenção básica para os municípios e diminuir o repasse por produção, já que o repasse seria então feito fundo a fundo e a gestão seria plena na sua esfera de poder, assim implantando o planejado na construção do SUS.

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde. § 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, lei 8080, 1990).

O estabelecimento dos valores a estes fundos são calculados de acordo com o art. 35 da lei 8080 de 1990.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil

demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. §1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio (BRASIL, lei 8080, 1990).

A Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000 assegura o financiamento da saúde, através dos percentuais de receita mínimos a serem aplicados por esfera de governo, assim como a base de cálculo destas receitas, vinculando ao não cumprimento desta emenda, a possibilidade de intervenção da União nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e do Estado em seus municípios.

Os Estados passam a ter como base de cálculo o total de receitas dos impostos de natureza estatal, sendo estes o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços, Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores e o Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação, além das receitas de transferência da União, o Imposto de Renda Retido na Fonte e outras receitas como a Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

A base de cálculo dos municípios é a soma dos impostos municipais: Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana, Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis, além das receitas de transferência da União, do Imposto de Renda Retido na Fonte, das receitas de transferência do Estado e outras receitas provenientes da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

Para efeito de distribuição percentual, o Município se responsabiliza pelo montante mínimo de 15% de sua receita e o Estado com 12% de sua receita. A emenda ainda está em fase de regulamentação, foi para o Senado no dia 09 de abril de 2008 e voltou para Câmara dos Deputados.

A normatização da gestão e financiamento da saúde levou o Estado a iniciar o processo de regionalização da saúde, através da NOAS – SUS 01/01 - Norma Operacional de Assistência à Saúde, que “assume a regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS” (NOAS, 2001, p.15).

A NOAS – SUS 01/01 deu início às discussões da PPI – Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde, que tem o objetivo de distribuir os serviços e orçamento para produção destes serviços de acordo com a demanda e oferta das Organizações de Saúde, assim, o acesso seria mais igualitário e os recursos financeiros melhor distribuídos. A PPI atualmente encontra-se em fase de negociações nas diretorias regionais de saúde.

A programação integra as ações e serviços de assistência ambulatorial e hospitalar de complexidades básica, média e alta, conformando um instrumento essencial de reorganização dos modelos de atenção e de gestão do SUS, de alocação dos recursos entre municípios e de explicitação da distribuição de competências entre as três esferas de governo. A PPI traduz as responsabilidades de cada ente gestor do sistema (SMS e SES), com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no território de um município específico, quer pelo encaminhamento a municípios de referência (sempre mediadas por relações entre gestores), com a busca crescente da equidade da distribuição dos recursos e da organização de uma rede regionalizada e resolutiva (NOAS, 2001, p.21).

O SUS tem como uma das principais metas a equidade e igualdade de atenção à saúde para todos os brasileiros, direito que foi garantido na Constituição de 1988 e está sendo buscado através dos processos de regionalização e PPI, como se pode observar na sua lei de criação, a lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, lei 8080, 1990).

Anos após a sua criação, o SUS ainda não dispõe de recursos para realizar tudo o que a Constituição Brasileira prevê em Saúde e, essa situação vem se agravando em consequência do aumento tecnológico e pelo envelhecimento da população.

A modernização da saúde e a ampliação da expectativa de vida e consequente recursos necessários na atenção da população idosa, que exige um maior aporte tecnológico em virtude do diagnóstico comum a esta faixa etária, somados ao aumento expressivo de atenção à saúde que o SUS proporcionou à sociedade, dificultam o financiamento do Estado e o cumprimento das leis que regulam os gastos com pessoal e os processos de compras.

Na visão de Temporão (2009, p.15) apenas em 1988, com a nova Constituição e estruturação do SUS: “foi um salto de cobertura de 30 milhões para 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas atualmente dependem exclusivamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde”.

O desafio torna-se o de financiar este Sistema Único de Saúde, dentro de suas perspectivas e necessidades da sociedade no Brasil de hoje. Os modelos administrativos existentes em seus diferentes regimes jurídicos são demonstrados pelo Quadro 05.

QUADRO 05 – Modelos Administrativos de Organizações de direito público

Modelo Administrativo	Conceito
Administração Direta	São as organizações dos três níveis de governo e composta de órgãos de governo
Administração Indireta	São as organizações composta de pessoas administrativas (personalidade jurídica distinta e o que faz indireta e com certa autonomia, definida em sua lei de criação)
Autarquia	Um tipo de autonomia usada pelo Estado para a gestão descentralizada na execução de tarefas típicas de Estado
Autarquia de Regime Especial	Uma autarquia na qual a lei de criação estipulou condições especiais (USP)
Agência Exclusiva	Uma autarquia especial, criada para o gerenciamento de atividades de ensino e pesquisa.
Agência reguladora	Uma autarquia especial, nos termos de sua lei de criação, voltada para a realização de atividades no campo da regulação (ANVISA).
Consórcio Público	Estas personalidades são entes de cooperação entre Municípios e ou entre Estados, com o

	objetivo de gerenciar um bem comum, como um Hospital Regional.
--	--

Fonte: Ibañez e Neto, 2007.

Segundo Ibañez e Neto (2007) “a administração direta tem as funções de formulação, regulamentação, regulação, coordenação e fiscalização. Está subordinada ao regime administrativo e não possui autonomia administrativa, financeira e orçamentária.”

A administração indireta é representada pelas Autarquias, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista e Fundação Pública, são entidades com personalidade jurídica que prestam serviço público ou de interesse público.

A autarquia, independente do modelo aplicado, é utilizada para exercer as atividades comuns do Estado, como o poder da polícia, além de outras atividades como a gestão de universidades e hospitais. Exemplo disso é o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O consórcio público se realiza através de uma instituição que pode ser pública ou privada, como acontece na maioria das vezes, com o objetivo de regionalizar serviços e otimizar custos com garantia de assistência e qualidade.

Temos ainda, as organizações de direito privado que compõe os modelos administrativos existentes, no Quadro 06:

QUADRO 06 – Modelos Administrativos de Organizações de direito privado

Modelo Administrativo	Conceito
Empresa Pública	Instituída por lei pelo Estado para intervir no espaço econômico em igualdade de condições
Sociedade Anônima	Forma de o Estado intervir no domínio econômico, criando Sociedades Anônimas por ações.
Serviço Social Autônomo	Personalidade Jurídica utilizada no passado para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, dar condições ao Estado para construir, operar e cobrar por esse serviço.
Organização Social (OS)	Personalidade Jurídica de direito privado. Não estão submetidas às normas do direito

	público, as obrigações são estabelecidas em contrato de gestão.
Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP)	Personalidade do Terceiro Setor, entidade civil sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de particulares, qualificada pelo poder público. Não estão submetidas às normas do direito público, as obrigações são estabelecidas em termos de parceria.
Fundações de Apoio	Personalidade que nasce como instituição privada, voltada exclusivamente para apoiar um órgão público, são um patrimônio instituído por particulares (como todas as fundações), afetadas pelo objetivo de apoiar o setor público.
Convênios	Personalidade Pública ou Privada, fruto da falta de opção de apoiar o setor público, é utilizada em diversas esferas do governo, as obrigações são estabelecidas em termos de convênio.

Fonte: Ibañez e Neto, 2007.

A Caixa Econômica Federal é um exemplo de empresas públicas, assim como um hospital empresa pública, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, desde 1970.

Como exemplo de sociedade anônima, temos a Petrobrás e o Banco do Brasil, assim como um hospital que é do Grupo Hospitalar Conceição, localizado também no Rio Grande do Sul.

O serviço social autônomo também compõe serviços de apoio à indústria e ao comércio como o SESC – Serviço Social do Comércio, SESI – Serviço Social da Indústria e SENAC – Serviço de Aprendizagem Industrial.

As Organizações Sociais e a Organização Social Civil de interesse público serão apresentadas com maior detalhamento no Capítulo das Parcerias Público-Privadas.

As fundações de apoio, caracterizadas como outras situações têm como exemplo no setor saúde, a Fundação Zerbini que apoia o Instituto do Coração, elas estão presentes também nas Universidades públicas.

Os convênios aparecem também em outras situações, eles não necessitam de licitação e por isso é considerado um instrumento ágil, mas frágil no ponto de vista de controles, o que tem levado a se tornar alvo do Tribunal de Contas e Ministério Público, é o exemplo do Hospital Estadual de Bauru, que é uma organização pública, administrada por uma autarquia por interveniência de uma Fundação de Direito Privado.

As Fundações Públicas de Direito Privado, são entidades integrantes da administração pública indireta com autonomia administrativa, financeira, orçamentária e patrimonial.

Estas fundações possuem características muito próprias, são sujeitas aos controles do Tribunal de Contas e aos processos de licitação do governo como integrantes do direito público, ao mesmo tempo, possuem regime jurídico privado na contratação dos empregados, através da CLT - consolidação das leis do trabalho; são gerenciadas por Estatutos, supervisionadas pelo Ministério da Saúde e demais instâncias e, geralmente possuem Contrato de Gestão, como as Organizações Sociais.

O que percebemos por todos os modelos de organização expostos nesta revisão, é que o Estado tem buscado alternativas para efetivo cumprimento da proposta do SUS, considerando as dificuldades orçamentárias e de gestão encontradas pelo poder público.

Os obstáculos são de dois tipos. Um é a questão do financiamento, Outro é a gestão. Nós temos que melhorar a qualidade do gasto e encontrar arranjos e estratégias institucionais, que permita usar melhor os recursos existentes. Uma das respostas para esse gargalo é o projeto de lei que cria as fundações estatais. Para os hospitais públicos, são estruturas mais dinâmicas, com concurso para contratação de pessoal em regime de CLT, e formas de licitação para compra de materiais e equipamentos, com mais agilidade. Atenderá ao interesse estritamente público, por meio de contrato que estabeleça quantidade de atendimento e qualidade do serviço. Eu, que acompanhei desde o início o sistema, diria que, mesmo percebendo muitas deficiências e fragilidades, avançamos muito durante esse período e temos respostas adequadas para as dificuldades que pudemos observar ao longo desses anos (TEMPORÃO, 2009, p. 17-18).

O Ministro da Saúde José Gomes Temporão, Governo Luis Inácio da Silva, declara as dificuldades encontradas pelo Estado e a busca de alternativas para solucioná-las, percebe-se que o Sistema Único de Saúde encontra-se em processo de desenvolvimento e

adaptação à realidade nacional, principalmente na questão de gestão e finanças, sem perder o foco em seus princípios.

O controle é realizado pelo Governo e Sociedade; percebe-se que o SUS possibilitou a inserção da população na construção, acompanhamento e avaliação das políticas e organizações de saúde. O desafio agora é a busca pelos melhores modelos de gestão destas organizações, garantido os direitos dos cidadãos à saúde de qualidade e acesso igualitário a todas as regiões e sociedade brasileira.

As Parcerias Público-Privadas no processo de desenvolvimento do SUS, especificamente em Organizações Hospitalares, contribui para análise de alternativas de aplicação do modelo público de saúde no contexto econômico e social atual, trataremos desta construção no terceiro capítulo.

O movimento CTS participa desta busca, ao olhar a Ciência e Tecnologia além das Ciências exatas e naturais, a inserção das Ciências humanas contribui para o alcance desta saúde moderna a toda sociedade, que deve passar de usuário passivo a cidadão participante das políticas e estratégias de saúde, observados nesta pesquisa especificamente em Organizações Hospitalares.

3. A CONSTRUÇÃO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PPP

Para que as parcerias sejam bem sucedidas, devem ser elaboradas regras claras, precisas, estáveis e que sejam jurídica e politicamente sustentáveis. Só assim será possível garantir a prestação de um serviço público adequado simultaneamente ao retorno financeiro dos capitais privados atraídos por meio dessas parcerias. (ZYMLER, 2005, p.283) in (TALAMINI E JUSTEN, 2005).

A discussão das parcerias público-privadas objetiva a análise do desenvolvimento da sua proposta no sentido de aprimorar a administração dos hospitais, utilizando-se da expertise do setor privado na gestão por resultados, garantindo os princípios do SUS e a qualidade técnica e humana dos serviços de saúde disponíveis para sociedade.

Existem diversos exemplos internacionais. Citaremos um dos pioneiros que é a experiência britânica, conhecida como *private finance initiative* – PFI. Não nos aprofundaremos nessas experiências por não ser objetivo deste trabalho, entretanto, não poderíamos deixar de caracterizá-las minimamente dada a relevância do cenário das políticas de saúde internacionais.

Até 1989, contudo, a concepção de parceria do Governo Britânico baseava-se nas premissas contidas nas chamadas *Ryrie-Rules*. Esse conjunto de regras e diretrizes determinava que projetos – como a construção de estradas, presídios e hospitais – deveriam estar sob a responsabilidade do poder público e, se acaso houvesse participação privada, a cobertura dos investimentos se daria pelo Estado a certa altura.

(...) Em maio/1989, John Major, ainda Secretário do Tesouro de Margaret Thacher, decidiu pela extinção das *Ryrie-Rules*, alegando o fato de terem perdido sua utilidade. Os imperativos da eficiência – associada pelos conservadores intrinsecamente ao setor privado – e de *good value for Money*³ foram incorporados ao discurso político na grande empreitada britânica – perseguida até hoje pelos trabalhistas de Tony Blair – de incremento da deteriorada qualidade do serviço público britânico. (...) A versão inglesa das

³ A relação entre custo/benefício tendo como referência um critério de avaliação da destinação adequada dos recursos arrecadados por meio de impostos é frequentemente ressaltada em diferentes experiências internacionais, como um parâmetro vinculante de teste do gasto público ou da opção de PPP. De acordo com a Partnerships UK, os principais parâmetros do teste de *value for Money* consistem na verificação dos seguintes pontos: contratos baseados em resultados (output based contracts), aproveitando de economias de escala, competição, transferência de risco para a iniciativa privada, inovação, divisão explícita de responsabilidades (SUNDFELD, 2005, p.12 e 13).

PPPs – a private finance initiative (PFI) – nasceu em 1992 por iniciativa do gabinete conservador de John Major como o objetivo de estimular empreendimentos conjuntos envolvendo agenda liberal de Margareth Thatcher. A PFI foi, àquela altura, definida como um conjunto de ações para aumentar a participação do capital privado na prestação de serviços públicos (SUNDFELD, 2005, p.12 e 13).

O impacto inicial da PFI foi pequeno. Em 1993 o novo *chancellor* Kenneth Clarke criou uma comissão para incentivar maior participação e iniciativa entre os poderes públicos e privados. O processo de PPP foi evoluindo no país e em 1997 os neotrabalhistas liderados por Tony Blair fizeram então uma revisão do PFI, aprimorando suas ferramentas e criando mecanismos de indicadores de resultados para comparar a PPP com os resultados da administração direta, foi criada ainda uma força-tarefa para disseminar a expertise em torno da PFI no governo.

Estudo realizado em 2002 por uma organização não governamental (o Institute for Public Policy Research) mostra que, dentre os 378 projetos até aquele ano implementados por meio das PFIs, apenas 23 (6%) haviam sido submetidos a algum tipo de auditoria independente. Outro relatório do Institute for Policy Research (este de 2001) mostra que, se, por um lado, projetos envolvendo estradas e prisões levaram a economias não desprezíveis (em torno de 15%) para os cofres públicos se comparadas à sua implementação exclusiva pelo setor público, por outro lado, outros projetos envolvendo escolas e hospitais alcançaram margens muito reduzidas de redução de custo (em torno de 2 a 4%). Os que advogam as parcerias, de outro lado, contra-argumentam que, embora ainda haja muitos projetos realizados exclusivamente pelo Estado, sem as PFIs muitos hospitais e escolas jamais teriam sido construídos na Inglaterra, simplesmente porque recursos públicos não estavam disponíveis (SUNDFELD, 2005, p.12 e 13).

Experiências internacionais de modo geral, demonstram a busca de parceiros privados para viabilizar a construção e operação de hospitais. Não é exclusivamente brasileiro. Mesmo os países desenvolvidos, encontram dificuldades orçamentárias para ampliação e gestão destes serviços sem a participação do setor privado.

Os Estados Unidos têm uma longa história de parceria entre os governos, principalmente entre os governos de nível local e o setor privado, lucrativo ou não.

Diferentemente do caso inglês, nos Estados Unidos da América há (desde há muito) subjacente à idéia de PPP na prestação (e não somente na construção de infra-estrutura) de serviços sociais – educação e saúde, por exemplo – a participação bastante expressiva de organizações não-governamentais ou não-lucrativas (SUNDFELD, 2005, p.12 e 13).

Nos Estados Unidos, as organizações não lucrativas foram assumindo uma série de papéis voltados para o atendimento de uma série de necessidades que o poder público

não atingia ou não estava no seu escopo de governo. Hoje, elas respondem por metade dos hospitais, escolas e universidades do país.

A diferença é que os recursos financeiros destas organizações não lucrativas nos Estados Unidos são compostos por doações feitas por entidades privadas e do financiamento por parte do Governo Federal através de pagamentos diretos, isenções fiscais, subsídios, dedutibilidade de doações, enfim, muito parecida com as parcerias das Santas Casas no Brasil, no entanto, há maior participação do setor privado.

No Chile, a experiência com as PPPs é considerada bem sucedida por ter resolvido um grande problema de infraestrutura do país. A preocupação com as PPPs surgiu pela percepção de que a infraestrutura existente não acompanharia o rápido crescimento econômico do Chile. A decisão política foi no sentido de buscar capital privado no setor de infraestrutura para construir e operar estradas, pontes, túneis e aeroportos.

O mecanismo utilizado, na esteira da tradição latino-americana, foi à concessão na qual a empresa privada desenvolve (constrói) um determinado projeto e depois o opera por um número determinado de anos como forma de recuperar, por meio de cobrança de pedágios dos usuários, seus investimentos (Gómez-Lobo e Hinojosa, 2000:1).⁴ Ao final desse período a concessão se extingue e dá-se a expropriação dos ativos pelo Governo Chileno. (SUNDFELD, 2005, p.12 e 13).

Percebe-se que os modelos internacionais de PPP variam muito de acordo com o direcionamento político-econômico do Estado. O fato é que diversos países estão envolvidos na busca de um modelo adequado as suas necessidades de parcerias com as entidades privadas e sociedade na gestão dos seus problemas de financiamento, expertise ou estratégia de aplicação de recursos.

Para uma melhor compreensão das parcerias público-privadas em organizações hospitalares no Brasil, é importante voltar um pouco à primeira metade do século XX, quando a assistência médico-hospitalar resumia-se aos cuidados dos doentes mentais, hansenianos e tuberculosos. Foi a partir de 1970 que o governo passou a ampliar o número de leitos e a construir novos hospitais, mudando seu conceito de hospital e ampliando além da capacidade de atendimento as especialidades médicas.

⁴ Esses autores argumentam que o mecanismo de concessão foi escolhido, entre outras razões, porque permitia lidar com restrições orçamentárias.

O Estado Brasileiro inicia suas primeiras parcerias, o atendimento público passa a ser conveniado à rede privada, cria-se um sistema centralizado de gestão da saúde através do INPS a partir de 1967.

Este crescimento, fez com que a administração direta pautada em um arcabouço legal rígido e burocrático começasse a sentir a falta de agilidade na administração hospitalar, que levou algumas organizações e governos a procurarem modelos alternativos de gestão na busca de eficiência e solução dos problemas que surgiam nos departamentos de pessoal, finanças e materiais.

Para Neto (2008) “As autarquias se transformaram numa alternativa à incapacidade do Estado gerir unidades mais complexas como hospitais e universidades”.

A burocracia do Estado e a regulação de uma força de trabalho calcada nos anos 40 tornaram necessária a busca por alternativas de parceria que auxiliasse na gestão de unidades mais complexas, que exigiam um pouco mais de flexibilidade do poder público para o alcance de resultados além dos processos.

(...) na saúde não andamos e tivemos que criar soluções, nasceu coisas como a Fundação Zerbini que apóia o Instituto do Coração. Todas as Universidades Estaduais e parte das Federais têm sua fundação de apoio, é privada, mas apóiam 100% o público, assim, não é nem privada nem pública, a Oswaldo Cruz, como outro exemplo, tem a FIOTEC (NETO, 2008).

Nascem como alternativas a estes problemas as Fundações Privadas de apoio à administração de hospitais públicos e as Autarquias, o que por algum tempo, conseguiu contornar as limitações legais impostas aos gestores de saúde.

A Constituição Federal de 1988 pode ser considerada um marco na transformação do Estado. A proposta do legislador brasileiro era de transparência e publicização, no entanto, as mudanças na legislação trazem consequências para o Estado em relação às autarquias e fundações que a maioria dos Estados utilizava como apoio a gestão pública em tudo que necessitasse de agilidade e flexibilidade. Podemos considerar estas as primeiras parcerias público-privadas.

De acordo com o art. 5º, do Decreto-Lei 200/67 Autarquias é um serviço autônomo, criado por lei específica, com personalidade jurídica de direito público, patrimônio e receitas próprios, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada e **Fundação pública** uma entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de lei autorizativa e registro em órgão competente, com autonomia administrativa, patrimônio próprio e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes (DECRETO LEI 200, 1967).

No entanto, as mudanças legais referentes às leis nº 8.666 de 21 de junho de 1993 (licitações), lei complementar nº 96 de 31 de maio de 1999 (limite de 60% do orçamento para gastos com pessoal no caso do Estado, Distrito Federal e Município e limite de 50% no caso da União) atingiram as fundações de apoio e as municipais que foram proibidas de comprar sem licitação e limitadas nas contratações de pessoal.

Neste período iniciam-se as discussões da Reforma do Estado, na busca de alternativas que viabilizem a gestão e possibilitem a sustentabilidade do Estado.

O tema surgiu com o programa de Reforma do Estado desenvolvido no Brasil a partir do início da década de 90 do século passado e que teve seu ápice no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), com a privatização de grandes empresas federais, a flexibilização de monopólios de serviços públicos e o estímulo ao Terceiro Setor. Mas, a partir de meados de 2002, ainda no governo FHC, e depois no governo do presidente Lula, a expressão “parceria público-privada” – e sua charmosa sigla, “PPP” – começaria a adquirir uma força nova. Tanto na imprensa como nos discursos governamentais e empresariais passou-se a defender a necessidade – e, mesmo, a urgência – de o Brasil criar um programa de PPP, aproveitando experiências internacionais positivas iniciadas na Inglaterra e que estariam sendo adotadas por muitos outros países. A expressão “PPP” entrou rapidamente na moda em 2003, especialmente porque o próprio Presidente da República pôs-se a usá-la, vinculando-a ao ciclo de crescimento que queria para o país. Faltava, porém, tornar mais precioso o sentido do discurso. A final, de que se estava falando. As possíveis repostas começaram a aparecer com os projetos de lei sobre PPP, postos em circulação nos Estados e na União ainda em 2003 (SUNDFELD, 2005, p.16).

O fim da inflação com a criação do plano real em 1994, a abertura do Brasil às importações e a Emenda Constitucional 19, dá base para Reforma Administrativa do Estado que permite a constituição das PPPs.

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. (MARÉ, vol.2, 1997, p.9)

O Estado transforma seu papel de executor direto dos serviços a regulador ou promotor destes, principalmente nos serviços como saúde e educação, áreas essenciais ao desenvolvimento humano. O Estado continua a subsidiá-los buscando, no entanto, eficiência e foco em resultados ao invés de foco em processos, com premissas de controle social e participação da sociedade.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado distingue quatro setores estatais, em relação aos quais elabora diferentes diagnósticos e proposições. São eles: -**NÚCLEO ESTRATÉGICO**, que corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e ao Poder Executivo. Trata-se do governo, em sentido amplo. É no núcleo estratégico que as leis e as políticas públicas são definidas e seu cumprimento é cobrado. É, portanto, o setor onde as decisões estratégicas são tomadas. -**ATIVIDADES EXCLUSIVAS**, setor no qual são prestados serviços que só o Estado pode realizar, ou seja, aqueles em que se exerce o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. -**SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS** correspondem ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado, mas este se faz presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem economias externas relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços pela via do mercado. São exemplos desse setor as universidades, os **hospitais**, os centros de pesquisa e os museus. -**PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS PARA O MERCADO** corresponde à área de atuação das empresas estatais do segmento produtivo ou do mercado financeiro. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado, como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura. (MARE, vol.2, 1997, p.10)

O plano diretor de Reforma do Estado apresenta o núcleo estratégico como necessariamente estatal, assim como, as atividades exclusivas como a polícia e o corpo de bombeiros devem ser de propriedade e gestão pública.

Já os serviços não-exclusivos podem ser gerenciados pelo poder privado em parceria com o poder público, que é proprietário e responsável pela prestação destes serviços. Considerando ainda que o Estado se apóie na idéia da publicização, as Organizações Sociais passam a compor este cenário como um dos principais atores desta parceria. Finalmente, a produção de bens e serviços para o mercado corresponde à propriedade privada.

FIGURA 1: Estratégia da Reforma do Governo Federal 1995-1998

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	ESTATAL	PÚBL. NÃO-ESTATAL	PRIVADA	BUROCRÁTICA	GERENCIAL
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Forças Armadas	●				●
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Controle, Fiscalização, Subsídios, Seguridade	●				●
ATIVID. NÃO-EXCLUSIVAS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	Publicização →	●			●
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais		Privatização →	●		●

Fonte: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, cad. 03, 1997, p.25.

A Reforma do Estado propõe a distribuição das propriedades e responsabilidades de atividades antes exclusivamente governamentais. A participação da sociedade como ator privado ou público não-estatal aparece como uma oportunidade de ganho de *know-how* em uma parceria onde cada setor utiliza-se da sua característica de gestão na busca de melhores resultados.

Atividades que exigem atuação direta do Estado permanecem sob sua propriedade. Para as atividades não exclusivas que podem utilizar-se da experiência de gestão de outros atores como as Organizações Sociais propõe-se a publicização e para produção para o mercado, representada pelas Empresas Estatais sugere-se a privatização.

A proposta é de um Estado mais enxuto, considerando seu tamanho territorial e complexidade de gestão, sem a perda do controle social por parte do Governo e Sociedade. A gestão compartilhada do Estado e Sociedade é uma das estratégias propostas pela Figura 1.

A estratégia da reforma do Estado se apóia na publicização dos serviços não-exclusivos do Estado, ou seja, na sua absorção por um setor público não-estatal, onde, uma vez fomentados pelo Estado, assumirão a forma de organizações sociais. Essa forma de parceria entre sociedade e Estado, além de viabilizar a ação pública com mais agilidade e maior alcance, torna mais fácil e direto o controle social, mediante a participação, nos conselhos de administração, dos diversos segmentos beneficiários envolvidos. As organizações nesse setor gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado. Em

compensação, seus dirigentes são chamados a assumir uma responsabilidade maior, em conjunto com a sociedade, na gestão da instituição (MARÉ, vol.2, 1997, p.10 e 11).

Entre os serviços não exclusivos do Estado, também chamados de serviços de relevância pública estão os Hospitais. Entende-se que estes, apesar de estarem subordinados a Políticas Públicas, ao Sistema Único de Saúde e às necessidades básicas da sociedade, não precisam ser gerenciados diretamente pelo Estado, desde que controlados, segundo os artigos 196 e 197 da Constituição Federal.

A participação da sociedade na gestão da saúde pública é antiga, as Santas Casas de Misericórdia são um exemplo desta antiga parceria, sem contar a contratualização do SUS nos Hospitais Privados. A proposta é a ampliação desta estratégia de gestão para os Hospitais Públicos, através de discussões que possibilitem mecanismos de controle, avaliação e desenvolvimento da gestão destas Organizações.

Os serviços de relevância pública não são serviços públicos, mas também não são atividades de exploração econômica. Constituem zona jurídica intermediária, rol de atividades que dispensa título especial de autorização tanto para o Estado quanto para os particulares, mas que cumpre papel relevante no fornecimento de utilidade vitais para os cidadãos, sendo especialmente protegida na Constituição Federal (v.g. art.129, II). Trata-se de domínio em que a atividade de execução direta de serviços e a atividade de fomento administrativo, mediante outorga de títulos especiais, apoio financeiro e acordos de parceria, encontram lugar privilegiado para coexistir, rompendo-se em definitivo a dicotomia de soma zero que isolava a atuação dos particulares e do Estado em zonas distintas e mutuamente excludentes. (MODESTO, 2005, p.464) in (SUNDFELD, 2005).

Neste cenário, iniciam-se as discussões sobre as Parcerias Público-Privadas que estão pautadas na lei nº 11.079 de 2004, legislação responsável por instituir normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.

Segundo o art. 20 da lei nº 11.079 de 2004 “Parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa (...)Concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado. (...)Concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens. (LEI nº 11.079, 2004)

A lei das PPPs estipula ainda algumas condições para celebração dos contratos: o contrato deve ser superior a R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais); o período

de prestação do serviço de no mínimo cinco anos e o máximo 35 anos; o objeto não pode ser unicamente de fornecimento de mão-de-obra ou o fornecimento e instalação de equipamentos e a execução da obra pública.

A PPP tem ainda algumas modalidades utilizadas no Brasil e no exterior conhecidas como:

(...) **DBFT** (*design, build, finance and transfer*) – a iniciativa privada projeta, constrói, financia e transfere ao ente público a obra pronta. Exemplo: Channel tunnel em 1996; **BOT** (*build, operate and transfer*) – a iniciativa privada (IP) constrói e transfere ao ente público a obra pronta, depois, através de um contrato de arrendamento de longo prazo a IP recupera os recursos investidos e obtém o lucro da operação; **BOO** (*build, operate and own*) – a iniciativa privada constrói, opera e fica definitivamente com a obra; **BDFO** (*design, build, finance and operate*) – a iniciativa privada projeta, constrói, financia e opera a planta. (WACHTER, 2008).

Existem também diretrizes que deverão ser observadas, como no artigo 40:

I – eficiência no cumprimento das missões de Estado e no emprego dos recursos da sociedade; II – respeito aos interesses e direitos dos destinatários dos serviços e dos entes privados incumbidos da sua execução; III – indelegabilidade das funções de regulação, jurisdicional, do exercício do poder de polícia e de outras atividades exclusivas do Estado; IV – repartição objetiva de riscos entre as partes; V – transparência dos procedimentos e das decisões; VI – repartição objetiva de riscos entre as partes; VII – sustentabilidade financeira e vantagens socioeconômicas dos projetos de parceria. (LEI nº 11.079, 2004)

Percebe-se na descrição da lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004 que ela é uma ampliação da lei das Concessões, nº 8.987 de 13 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre as concessões de serviços públicos e obras para empresas e/ou consórcios, para construção total ou parcial, por conta e risco da concessionária, sendo esta remunerada mediante exploração do serviço. A lei nº 11.079 cria condições especiais de concessão patrocinada e concessão administrativa que não faziam parte da lei nº 8.987.

Em sentido amplo, “PPPs” são os múltiplos vínculos negociais de trato continuado estabelecidos entre a Administração Pública e particular para viabilizar o desenvolvimento, sob a responsabilidade destes, de atividades com algum coeficiente de interesse geral (concessões comuns, patrocinadas e administrativas; concessões e ajustes setoriais; contratos de gestão com OSs; termos de parceria com OSCIPs; et.) Seu regime jurídico está disciplinado nas várias leis específicas. (SUNDFELD, 2005, p.22)

A legislação que dispõe sobre as PPPs, representada pela lei nº 11.079 é modificada através da lei nº 12.024 de 27 de agosto de 2009, que altera o artigo 28 da lei nº

11.079, aumentando de 2% para 3% o limite de aplicação da receita líquida do Estado com PPPs.

Nos projetos da modalidade de OS a administração pública entrega os hospitais concluídos e equipados. A OS contratada faz a gestão e operação total da organização mediante orçamento mensal contratualizado. As OSCIPs – Organizações da sociedade civil de interesse público possuem um modelo de gestão próximo, um pouco mais limitado que a OS em virtude da utilização do instrumento “Termo de Parceria” ao invés do “Contrato de Gestão”. Ambos os modelos têm sido amplamente utilizados pelos Estados e Municípios.

Os Hospitais por comporem o setor de serviços de relevância pública na saúde utilizam-se de parcerias baseadas nas leis federais 9.790/1999 e 9.637/1998 sobre as OSCIPS e as OSS respectivamente e em virtude da característica deste estudo a lei complementar estadual de São Paulo nº 846/1998 e 971/2005 sobre OSs e a lei paulista 11.688/2004 sobre PPP

A Lei 9.790/1999 estabelece, pois, um divisor de águas: admite a qualificação como de interesse público-alvo que está fora do círculo de associados – como, por exemplo, entidades de assistência, de promoção da cultura, de voluntariado, de direitos humanos, ambientalistas etc. E exclui do acesso à qualificação entidades sem fins lucrativos de fins relevantes, porém circunscritos ao interesse primordial dos próprios associados. A partir dessa distinção, estabelece que o “termo de parceria” será o instrumento de cooperação entre o Poder Público e as entidades qualificadas como OSCIPs. (SUNDFELD, 2005, p.493).

As OSCIP foram reconhecidas pelo governo federal, em 1.999, como pessoas jurídicas de direito privado e sem fins lucrativos, voltadas às atividades públicas de bem estar social.

São também conhecidas como Organizações do Terceiro Setor, que apesar de possuírem gestão privada, gerenciam unidades públicas através de um termo de parceria. Este instrumento diferencia-se do contrato de gestão na ausência de metas pactuadas e obrigatoriedade de uma Comissão de Avaliação e Acompanhamento composta por membros do poder público, privado e sociedade.

Uma das conquistas das OSCIPS foi à possibilidade de remuneração dos seus dirigentes com a garantia da isenção dos impostos.

(...) para acentuar o contraste entre as OSCIPs e as OSs (organizações sociais), parece-nos oportuno alinhar brevíssimos comentários sobre estas. Em sua concepção original, o contrato de gestão foi um instrumento de compromisso

administrativo interno do Estado, firmando entre o Poder Executivo e órgãos da própria Administração Pública (autarquias, fundações de direito público, empresas estatais. O contrato de gestão seria o veículo de implantação de uma gestão pública por objetivos, mediante racionalização de controles burocráticos e sistemas eficientes de planejamento, controle e avaliação de desempenho. Agora, pretende-se estender a experiência de aplicação dos contratos de gestão às associações de direito privado, sem fins lucrativos, que o Poder Executivo vier a considerar como organizações de interesse público não-estatal e credenciar como organização social (OS), tal como disposto na Lei 9.637/1998 (BARBOSA, 2005, p.502) in (SUNDFELD, 2005).

A lei 9.637/1998 é base no desenvolvimento das legislações estaduais e municipais para o desenvolvimento e viabilidade dos contratos de PPP. De modo geral, a legislação trata: da dispensa do processo licitatório para celebração do contrato de gestão; institui o conselho de administração na gestão estratégica das OSs (com participação de membros da comunidade e do poder público); institui comissão de controle e avaliação do contrato; facilita as auditorias do Ministério Público e Tribunal de Contas; exige prestação de contas qualitativa e quantitativa; define limites e critérios para despesas com remuneração e vantagens para dirigentes e empregados e finalmente, flexibiliza a contratação de empregados, serviços e insumos.

A implementação de Organizações Sociais é uma estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Seu propósito mais genérico é permitir e incentivar a publicização, ou seja, a produção não-lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não-exclusivos de Estado. Com efeito, a crescente absorção de atividades sociais pelo denominado terceiro setor (de serviços não-lucrativos) tem sido uma marca recorrente em processos de reforma do Estado nas democracias contemporâneas. Trata-se de um movimento que é portador de um novo modelo de administração pública, baseado no estabelecimento de alianças estratégicas entre Estado e sociedade, quer para atenuar disfunções operacionais daquele, quer para maximizar os resultados da ação social em geral. Assim, o propósito central do Projeto Organizações Sociais é proporcionar um marco institucional de transição de atividades estatais para o terceiro setor e, com isso, contribuir para o aprimoramento da gestão pública estatal e não-estatal (MARÉ, v.2, 1997, p.6).

A proposta de gestão dos hospitais por OSS é a de viabilizar a operação e gestão de unidades fechadas ou com dificuldades de administração, conhecendo as limitações de contratação de pessoal e a burocracia do governo.

A integração da expertise do setor privado, sua experiência e cultura de gestão voltada para resultados e qualidade com os princípios do SUS e a publicização dos serviços

públicos pode caracterizar o que se denomina experiência exitosa, que equilibra os resultados de desenvolvimento do Estado e dos serviços prestados à Sociedade.

Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. As OS são um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade. O Estado continuará a fomentar as atividades publicizadas e exercerá sobre elas um controle estratégico: demandará resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas. O contrato de gestão é o instrumento que regulará as ações das OS. (MARÉ, v.2, 1997, p13)

O contrato de gestão regula as ações da organização social e possibilita a transparência e o controle que o poder público necessita na garantia dos direitos da sociedade.

O controle social pode acontecer por meio da participação nos conselhos de administração, na comissão de avaliação e acompanhamento ou mesmo através de uma simples denúncia ao poder público. As metas e responsabilidades são estabelecidas em contrato, o que torna a gestão e o planejamento efetivos.

As Organizações Sociais tornam-se, portanto, uma alternativa de gestão para as organizações hospitalares pelo ganho de agilidade e qualidade que possuem; por não estarem exclusivamente subordinados às regras da Administração Pública, sejam de gestão de recursos humanos, financeiros ou de contratos. Encontram-se facilidades nestes segmentos da gestão, a contratação CLT apresenta-se subordinada a um plano de cargos e salários e regulamento próprio da Organização Social; a relação empregado-empregador tem outra formatação, desde sua seleção até a regulação que é diferente da encontrada no regime jurídico dos servidores públicos. A gestão das compras, contratos e orçamento também apresentam especificidades, já que não precisa de licitação e não encontra as restrições orçamentárias do regime público.

Neto questiona que (2008) “A questão não é se o setor privado gerencia melhor que o setor público e sim se o privado gerencia melhor que o Estado. Depende do que o Estado vai fazer, existem atividades típicas do Estado como polícia, poder arrecadatório, mas educação e saúde?”

Para Neto (2008) os problemas enfrentados nas PPPs são “a complexidade dos contratos (fator complicador para quem investe o dinheiro); corporativismo (obstáculo importante para administração pública e servidores públicos que encontram dificuldade em trabalhar com o novo) e o desenvolvimento da capacidade regulatória do Estado”.

Há muito a apreender, a proposta é buscar melhorias para fortalecer a gestão das parcerias público-privadas no Brasil, principalmente no setor saúde, dada sua abrangência e complexidade para este estudo especificamente nas organizações hospitalares.

Neto (2008) aposta alguns caminhos necessários no percurso das PPPs na Saúde.

(...) é preciso buscar modelos calcáveis em eficiência, que estes modelos estejam adequadamente regulados, cruzar essa lei com a 8.142 que é a lei da participação comunitária, criar padrões, criar mecanismos para garantir a transparência e publicização, para que os interesses de conflito fique claro para sociedade, buscar parceiros com capacidade gerencial, construir modelos flexíveis que ofereçam oportunidade de transformação dialogada ao longo do contrato, apoio político e liderança política com compromisso social (NETO, 2008)

3.2. O CONTRATO DE GESTÃO

Dentre os modelos de contratualização existente na gestão das PPPs em Organizações Hospitalares, escolhe-se o Contrato de Gestão para análise. Esse modelo apresenta especificidades de controle e avaliação entre os parceiros e a sociedade e é um dos pilares da análise desta dissertação.

O contrato de gestão de acordo com a legislação é o instrumento que determina e regula a gestão do hospital por uma Organização Social. Para que estes contratos sejam legítimos à proposta das PPPs é preciso o cumprimento de algumas premissas: devem estar garantidos os princípios do SUS, os usuários do SUS serão exclusivos no hospital; o poder público deverá criar mecanismos de fiscalização através dos Conselhos Gestores, as metas pactuadas e o perfil de atendimento deverão estar relacionados à demanda regional, deverá contemplar uma comissão de avaliação da execução do contrato, deverá ser fiscalizado pelo Tribunal de Contas ou Ministério Público e finalmente deverá atender aos critérios de publicização em relação ao processo de contratação, ao contrato, ao balanço anual e outros relatórios pactuados.

O contrato de gestão é um compromisso institucional, firmado entre o Estado, por intermédio de seus ministérios, e uma entidade pública estatal, a ser qualificada como Agência Executiva, ou uma entidade não-estatal, qualificada como Organização Social. Seu propósito é contribuir ou reforçar o atingimento de objetivos de políticas públicas, mediante o desenvolvimento de um programa de melhoria da gestão, com vistas a atingir uma superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão. Um contrato de gestão especifica metas (e respectivos indicadores),

obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades (MARÉ, v.2, 1997, p.36).

Estando a OS qualificada para operar com um contrato de gestão, inicia-se o processo de operação da PPP. Na entrega de um novo hospital ou decisão do Governo de transformar um hospital em uma parceria público-privada, deverá acontecer uma convocação pública para que as OSs qualificadas apresentem-se interessadas.

O modelo de OSS pode ser descrito como um tipo de arranjo baseado em contrato de gestão no qual uma entidade privada não-lucrativa (EPNL) é contratada para dirigir e gerenciar todas as funções e serviços de uma instituição de propriedade pública. Geralmente o contrato é uma universidade ou organização filantrópica que já possui e opera unidades hospitalares, e é selecionado por meio de um processo licitatório semicompetitivo envolvendo uma certificação estadual. Uma vez certificada – isto é, autorizada como OSS -, uma EPNL pode ser contratada pelo Estado para operar uma unidade por meio de um contrato de gestão de cinco anos renovável (FORGIA E COUTTOLENC, 2009, p.193).

São oferecidos a estas organizações, através de edital ou decreto os dados que definem as demandas e serviços do hospital de acordo com a região e proposta em que estão inseridos para que possa ser elaborado um plano de trabalho detalhado de implantação, gestão e custos estimados. O plano de trabalho e o projeto da OS é em seguida, avaliado por comissão ou autoridade responsável e determinada em edital ou decreto, que define a OS que assinará o contrato de gestão com o poder público.

O contrato de gestão é submetido ao Secretário do Estado ou autoridade supervisora da área correspondente à atividade fomentada para ser aprovado posteriormente por comissão definida pelo governo. Estando de acordo com os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade, além de um plano de trabalho que atenda as necessidades da sociedade e poder público, com metas qualitativas e quantitativas estipuladas através de prazos de execução bem definidos, critérios de avaliação de desempenho estabelecidos e comissão avaliadora nomeada.

Concluído o processo de avaliações e aprovações o contrato deverá ser publicado no diário oficial do respectivo governo, atendendo o princípio da publicização, assim como seu regimento deverá ser publicado no prazo máximo de 90 dias da assinatura do contrato (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei Complementar 846, 1998).

É importante citar a evolução que os contratos de gestão tiveram desde sua implantação, como demonstra o quadro citado por Gomes (1995):

QUADRO 7: Evolução do Contrato de Gestão

Contrato de Gestão 1998/2000	Contrato de Gestão após 2001
Dois instrumentos de relação: <ul style="list-style-type: none"> • Convênio SUS • Contrato de Gestão 	Um único instrumento de relação: <ul style="list-style-type: none"> • CONTRATO DE GESTÃO
Duas fontes de receitas: <ul style="list-style-type: none"> • Faturamento SI / SIH • Repasses SES 	Uma única fonte de receita: <ul style="list-style-type: none"> • CONTRATO DE GESTÃO
Forma de financiamento: Primeiro ano <ul style="list-style-type: none"> • Repasses SES + faturamento SUS + desequilíbrio financeiro Segundo ano em diante <ul style="list-style-type: none"> • Faturamento SUS + 50% faturamento + desequilíbrio financeiro 	Forma de financiamento: <ul style="list-style-type: none"> • Orçamento de custeio prefixado • Orçamento de investimento analisado para cada atividade e/ou serviço proposto
Atividade/produção de cada hospital <ul style="list-style-type: none"> • Discutidas com os níveis locais/regionais e central, mais por necessidades urgentes do que de forma programada • Metas de produção semelhantes para todos os hospitais 	Atividade/produção de cada hospital <ul style="list-style-type: none"> • Pactuada e consensuada entre os níveis locais, regionais e centrais. • Quantificação prévia, específica para cada hospital. • Orçamento de atividades atrelado ao orçamento econômico-financeiro
Forma de pagamento <ul style="list-style-type: none"> • Mensal, mediante apresentação de demonstrativo de despesas 	Forma de pagamento <ul style="list-style-type: none"> • 90% do orçamento em doze parcelas mensais de valor fixo. • 10% do orçamento vinculado ao alcance de indicadores de qualidade.
AIH (SIH) e BPA (SIA) <ul style="list-style-type: none"> • Utilizados apenas como registros para fins de faturamento ao SUS 	AIH (SIH) e BPA (SIA) <ul style="list-style-type: none"> • Utilizados como fonte de informações da atividade pactuada e para análise dos indicadores
Planilhas econômico-financeiras <ul style="list-style-type: none"> • Utilizadas como instrumento de comprovação do desequilíbrio financeiro. 	Planilhas econômico-financeiras <ul style="list-style-type: none"> • Utilizadas como instrumentos de acompanhamento da execução do

<ul style="list-style-type: none"> • Conceituação não-padronizada para o preenchimento. 	<p>orçamento pactuado previamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceituação padronizada para o preenchimento.
<p>Envio das informações à SES</p> <ul style="list-style-type: none"> • em disquetes • em papel 	<p>Envio Das Informações À SES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em Disquetes (SIA E SIH) • Via <i>web</i>
<p>Controle e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizado através de instrumento desvinculado do Contrato de Gestão. • Conceitos divergentes na apresentação dos dados. • Diversos interlocutores – comunicação decorrente de situações de demanda, de modo relativamente sistematizado. 	<p>Controle e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizado através de instrumentos instituídos pelo Contrato de Gestão. • Conceitos padronizados para a apresentação dos dados. • Interlocutores definidos com atribuições e funções específicas. • Instituição da Comissão de Acompanhamento para cada hospital. • implantação de um Sistema de Custos Hospitalares padronizado .

Fonte: Gomes, 1995, p.19 e 20

Percebe-se que ajustes foram e serão necessários ao contrato de gestão e ao processo das OSs é fundamental a evolução destes instrumentos para garantia dos objetivos e premissas da PPP.

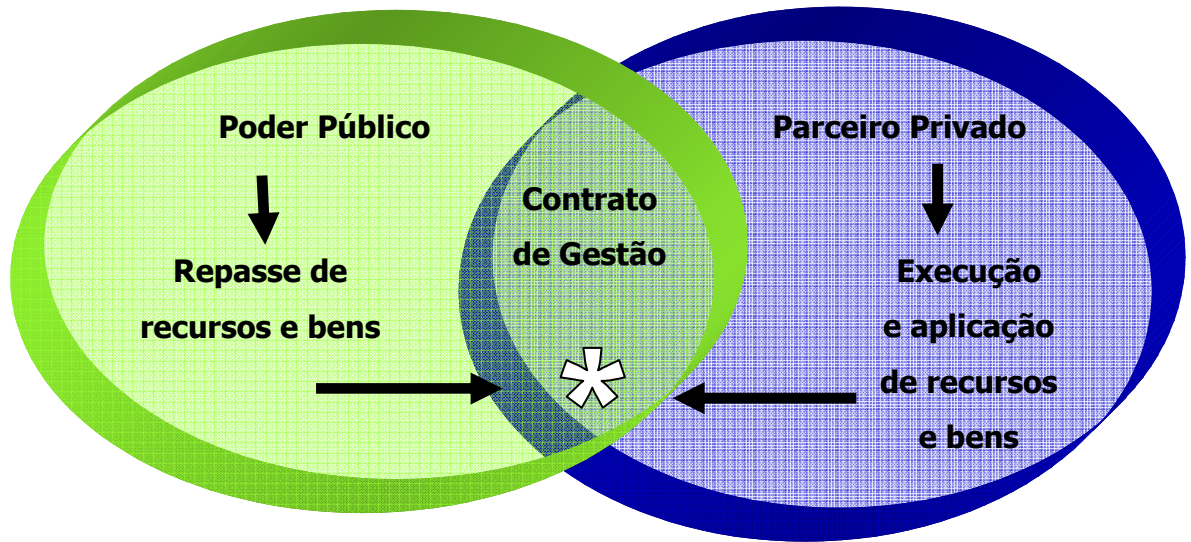
O poder público no contrato de gestão assume o papel nas definições da oferta de serviços, apresenta as bases da avaliação de desempenho através dos indicadores; determina os níveis de responsabilidades e responsabilização, o funcionamento do controle social e a forma de financiamento.

Em contrapartida, o parceiro privado é responsável pela prestação de serviço estipulados no plano de trabalho e pela administração dos recursos e bens.

O financiamento acontece através de um orçamento pactuado entre os parceiros e baseado nos custos médios de procedimentos (tendo como referência os outros hospitais da administração direta), destes recursos noventa por cento são para custeio da organização hospitalar, ficando os dez por cento restantes para as despesas variáveis representadas por investimentos, com o detalhe de que este valor só é repassado a OS mediante o alcance das metas estipuladas em contato.

Pasquarelli (2008) apresenta a visão sistêmica da PPP e do contrato de gestão da seguinte maneira:

Figura 2: Visão Sistêmica da parceria público-privada



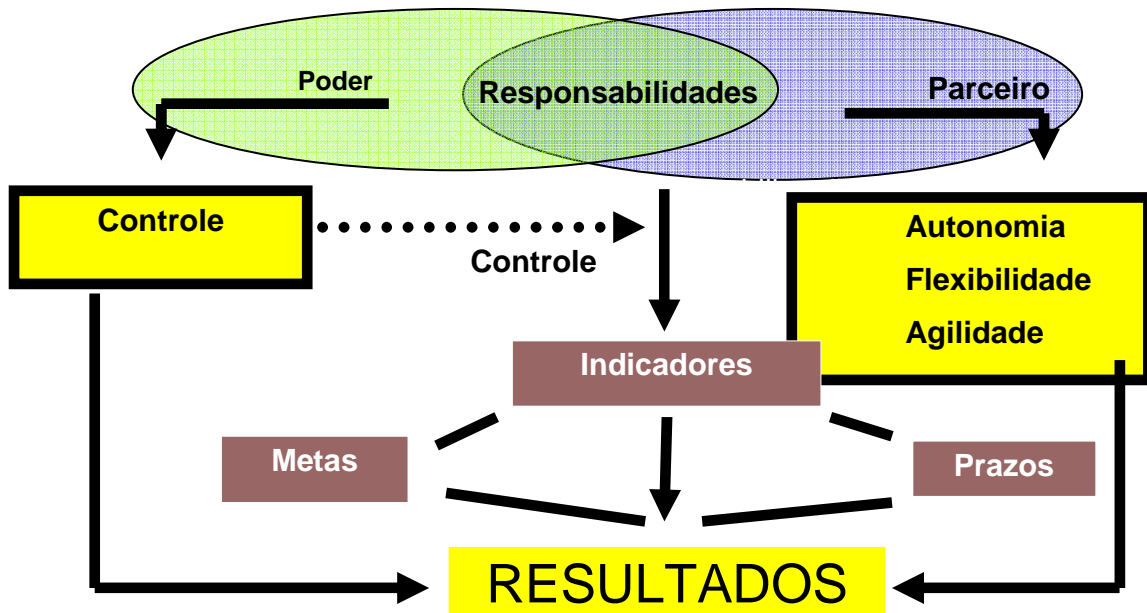
Fonte: PASQUARELLI. Congresso Latino Americano de Administradores de Saúde, 2008, p.19.

A figura demonstra o significado da Parceria neste sistema de OS. A tese não é a de transferência do serviço público para o setor privado, mas sim de compartilhamento de responsabilidades através de um instrumento chamado Contrato de Gestão. Os papéis ficam bem definidos, os riscos são compartilhados e os objetivos em comum direcionam para o alcance dos resultados esperados pela PPP. Os resultados pactuados impactam diretamente na sociedade civil que é o principal usuário desta prestação de serviços de saúde.

O contrato evita que o prestador estabeleça unilateralmente as atividades que serão realizadas e quando irá desenvolvê-las, além de garantir o cumprimento das políticas públicas, das premissas do SUS e o efetivo controle social.

Para completar o sistema da PPP, Pasquarelli (2008) apresenta:

Figura 3 – Visão Sistêmica 2



Fonte: PASQUARELLI. Congresso Latino Americano de Administradores de Saúde, 2008, p.19.

O contrato permite que através do planejamento, os serviços possam ser incrementados ou reduzidos com base na demanda e necessidades da região (desde que em comum acordo com o parceiro público). Entre os indicadores e metas a qualidade dos serviços esteja em paralelo às informações de produtividade, que sejam estabelecidas relações de transparência e confiança entre os parceiros e principalmente à sociedade, e constantemente, que o processo de PPP esteja de aprimoramento contínuo.

Do ponto de vista organizativo e institucional isso significa a substituição do antigo modelo de Estado administrativo-burocrático, hierárquico, unitário, centralizado e gestor direto, por um novo tipo de Administração em que multiplicidade de organizações, governamentais, privadas e o que vem sendo denominado “terceiro setor” (público-privado), assumiram a gestão dos serviços com financiamento e controle do Estado. Isso não é uma invenção, é simplesmente a volta do antigo sistema da “concessão”, do “concerto” ou da “empresa mista” como forma de realizar a gestão privada das atividades públicas. É também a volta do princípio da subsidiariedade, o qual recebe atualmente novas formulações. Assim, fala-se de uma das características mais importantes do Estado atual: sua condição de “Estado contratual” apontando a utilização pelo Estado de organizações privada, com ou sem fins lucrativos, para alcançar os seus fins públicos (OLIVEIRA, 2008, p.32)

Para garantir o cumprimento do contrato e a garantia da proposta e das premissas do poder público, a lei estabelece que os casos de quebra das cláusulas contratuais resultarem em processo administrativo assegurado a ampla defesa, que poderá desqualificar a Organização Social. O controle do Estado é completamente possível e efetivo. O desenvolvimento da PPP na saúde brasileira, neste contexto, é uma alternativa em nosso entendimento, positiva de gestão dos hospitais.

Eis o quadro em que deve ser examinado o contrato de gestão, uma das principais inovações levadas a cabo pela EC 19/98, nos termos do parágrafo 8º do artigo 37: “A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objetivo a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo a lei dispor sobre: I – o prazo de duração do contrato; II – os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes; III – a remuneração do pessoal. (...) A rigor, a EC 19/98 não instituiu o contrato de gestão no sistema administrativo brasileiro, e sim o constitucionalizou, a ele conferindo contornos e funções específicas, e dependentes de densificação infraconstitucional (“(...) cabendo à lei dispor sobre: (...)”) (OLIVEIRA, 2008, p.160).

A proposta da Emenda Constitucional 19/98 é a de um novo modelo de gestão pública, visando à busca é pela eficiência e economia dos recursos públicos.

São elementos essenciais para contratação da PPP, um planejamento estratégico adequado, o entendimento das necessidades e demandas da região, a disponibilidade orçamentária e principalmente a escolha de um parceiro privado comprovadamente eficiente e capacitado.

Oliveira (2008) apresenta as diferenças entre o contrato de gestão, o convênio e o termo de parceria:

QUADRO 08 – Diferenças entre Convênio, Termo de Parceria e Contrato de Gestão

Convênio	Termo de Parceria	Contrato de Gestão
O convênio pressupõe identidade e homogeneidade de interesses dos partícipes. Há um determinado objetivo, cujo atingimento é almejado por todas as partes. Cada parte obriga-se a colaborar	As OSCIPs são associações ou fundações privadas integrantes do terceiro setor, não sendo consideradas entidades paraestatais. É uma qualificação especial, concedida pelo Ministério da Justiça àquelas entidades da	As organizações sociais são espécie do gênero entidade paraestatal.

para o objetivo comum, comprometendo-se a executar certa prestação que é necessária ou útil para tanto. Trata-se de contrato plurilateral, com acentuado cunho organizacional.	sociedade civil sem fins lucrativos que, além de cumprirem determinados requisitos legalmente exigidos.	
Sua função é promover a descentralização da atividade de um órgão ou ente administrativo da mesma esfera ou diferente esfera federativa.	-	Sua finalidade é conferir efetividade a planos, programas e políticas públicas, promovendo assim a eficiência na gestão pública.
Promove a descentralização das atividades.	-	Promove a ampliação da autonomia gerencial, orçamentária e financeira através de metas de desempenho e fixação negociada de resultados.
-	Paras OSCIPs não podem ser cedidos bens públicos ou servidores públicos por meio do termo de parceria, sendo que os recursos públicos necessários para a execução deste serão depositados em conta bancária específica (art. 14 do Dec. 3.100/99)	As organizações sociais podem receber recursos orçamentários, cessão de bens públicos e de servidores públicos em decorrência do contrato de gestão (arts. 12 a 14 da Lei Federal 9.637/98).

Fonte: Oliveira, 2008, p. 266, 270, 274 e 280.

Destaca-se ainda que as OSs podem ser entendidas como paraestatais, pois para sua qualificação, estão entre os critérios básicos que o conselho de administração seja composto de 20 a 40% de membros natos do poder público (alínea a do inciso I do art. 3^o da Lei Federal 9.637/98), o que não acontece com as OSCIPs.

De todo modo, a concepção de contrato de gestão sinaliza um caminho que deve conduzir – por meio do diálogo e da negociação – a uma maior abertura e especialização da gestão pública brasileira, compatibilizando mecanismos típicos de um modelo burocrático com mecanismos inovadores de uma Administração que deve se submeter a um incessante processo de democratização, no intuito de fortalecer suas estruturas e de desempenhar suas atividades de forma mais compromissada com os anseios e as necessidades da coletividade. (...) Defende-se que o contrato de gestão é um moderno instrumento jurídico e operacional, cujo emprego pode resultar em consideráveis avanços na trajetória de superação de métodos e técnicas deletérias da Administração Pública brasileira (OLIVEIRA, 2008, p.290 e 292).

3.3.O PROJETO

O processo de construção de uma PPP exige que além da qualificação da OSS e do contrato de gestão definido, o parceiro privado apresente um projeto de gestão para a organização hospitalar.

O projeto deverá contemplar análise funcional e financeira do hospital, suas premissas, restrições e objetivos. A abordagem deverá ser clara, precisa, estável com embasamento jurídico e político.

A organização deverá passar inicialmente por um processo de diagnóstico regional. É preciso conhecer bem as demandas, necessidades e expectativas da sociedade na qual o hospital está inserido para o adequado dimensionamento e planejamento das atividades.

Definido o tipo de atendimento, especialidades, quantidade e complexidade, é elaborada a planilha de custeio e dimensionamento de recursos de toda natureza.

Os fluxos e disponibilidade dos serviços também deverão passar pelo processo de planejamento. É muito importante para isso a visita técnica da OSs interessadas e o acesso à planta baixa da organização hospitalar, para um efetivo planejamento de recursos que resultará na definição do orçamento mensal para o Hospital.

O processo de contratação da OS precisa acontecer de maneira clara e precisa conforme se apontou, as informações deverão ser acessíveis e em tempo hábil. É preciso que o processo ofereça declarações que evidenciem a transparência (de visita técnica, entrega de documentação constante no edital, idoneidade da OS interessada, requerimento para qualificação), enfim, toda a documentação que garanta a transparência do processo.

O mais indicado é que o plano de trabalho contemple as atividades para alcance das metas quantitativas e qualitativas, o cronograma, as responsabilidades, o orçamento e os recursos necessários.

Esse documento será acompanhado e avaliado por uma comissão de acompanhamento e avaliação estabelecida no contrato de gestão, formada por representantes do poder público, privado e da sociedade.

Para elaboração do plano de trabalho, é importante considerar os mecanismos apresentados por Nascimento (2006), utilizados pelo Estado de São Paulo na gestão dos seus contratos com as OS nos hospitais.

QUADRO 9: Mecanismos de controle e avaliação

Mecanismo de Controle	Avaliação	Periodicidade
Produção	Contratada e Realizada	Mensal
	Produção Consolidada e Meta	(Semestral)
Parte Variável	Dados Brutos	Mensal
	Dados Consolidados e Meta	(Trimestral)
Censo de Origem	Paciente Ambulatorial e SADT	Mensal
Serviço de Atendimento ao Usuário	Pesquisa de Satisfação	Mensal
Leitos – Estrutura	Atualização Cadastral	Trimestral
Indicadores	17 indicadores	Mensal
Posição Contábil	Planilha	Mensal
Relatório de Custos	Absorção Plena	Mensal
Extrato Bancário	Posição do Caixa	Mensal
Despesas RH	Até 70% do Orçamento	Trimestre
Despesas Mat/Med	Planilha com 42 Itens	Trimestre
Documentação	Entrega de Documentos	Constante

Fonte: Nascimento, 2006, p.22

A proposta da parceria é o compartilhamento de responsabilidades, sendo o controle dos resultados e da gestão um dos principais papéis do Estado. Através de informações de produção e qualidade (indicadores e pesquisa de satisfação) pode-se medir o desempenho da Organização e o cumprimento das metas contratadas, todavia, são necessários controles que indiquem a disponibilização dos serviços (como exemplo temos a estrutura de leitos e o censo de origem) e a segurança e legalidade da gestão, como as posições contábeis, de custos, de despesas e a regularidade da documentação.

Os indicadores citados por Nascimento (2006) para o acompanhamento do contrato de gestão são os detalhados abaixo:

QUADRO 10: Indicadores selecionados para acompanhamento

1) Acesso
Tempo de espera para cirurgia eletiva
2) Qualidade
Densidade de infecção hospitalar em UTI Adulto
Densidade de infecção hospitalar corrente sanguínea cateter venoso central
Taxa de cesariana em primípara
Taxa de mortalidade neonatal intra-hospitalar por faixa de peso
3) Desempenho Assistencial
Taxa de ocupação operacional
Média de permanência
Índice de intervalo de substituição
Taxas de rotatividade
4) Gestão
Índice de rotatividade de funcionários

Relação funcionário/leito
Relação enfermeiro/leito
Relação enfermagem/leito
Porcentagem de médicos especialistas
5) Efetividade
Taxa de mortalidade institucional
Taxa de mortalidade operatória
Reinternação em 30 dias – Pneumonia Bacteriana

Fonte: Nascimento, 2006, p.23

Os indicadores de qualidade também apresentados por Nascimento (2006) são instrumentos de controle e avaliação do poder público. Através destas informações é possível garantir que os serviços contratados e ofertados à sociedade estejam bem estruturados. Os indicadores são divididos em acesso, qualidade, desempenho, gestão e efetividade. A proposta da PPP vai além da contratualização quantitativa, ela objetiva também a garantia de segurança e qualidade.

QUADRO 11: Evolução dos indicadores de parte variável

1º ANO DE ATIVIDADE	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM
Qualidade da informação	100%	50%	20%	20%
Média de permanência depurada		50%	20%	20%
Serviço de Atenção ao Usuário			20%	30%
Comissões (CCIH, óbitos, prontuários)			40%	
Farmácia (custo medicamentos)				30%
2º ANO DE ATIVIDADE	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM
Apresentação de AIH				
Qualidade da Informação				

Média de permanência depurada	50%	40%	40%	30%
Atenção ao Usuário				
Comissão de Infecção Hospitalar	50%	60%		30%
Informe de Alta			60%	
Comissão de Óbito				40%
3º ANO DE ATIVIDADE	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM
Média de permanência depurada	10%	10%	10%	10%
Controle de Infecção Hospitalar UTI	50%	50%		50%
Farmacovigilância	40%	40%		40%
Pesquisa de Satisfação			50%	
Controle de origem de pacientes			40%	

Fonte: Nascimento, 2006, p. 29 e 30

A parte variável do contrato de gestão é implantada conforme cronograma acordado entre os parceiros, cujos resultados são avaliados de acordo com a evolução de gestão da Organização, assim a avaliação torna-se efetiva e contínua.

A parceria público-privada no modelo das organizações sociais possibilita uma gestão profissional focada em resultados quantitativos e qualitativos, com garantia de controle e transparência como foi apresentado por Nascimento (2006).

O projeto deve estar bem adaptado ao contexto no qual o hospital esta inserido, por isso é tão importante a visita técnica e o diagnóstico da região, somados a proposta do Estado na elaboração do projeto.

Caso o hospital esteja em funcionamento e a proposta da PPP seja de transferência desta atividade para uma Organização Social, o diagnóstico inicial deve incluir análises adicionais, como um inventário de móveis e equipamentos com parecer da engenharia clínica sobre a condição de cada item do patrimônio; a relação de todos os servidores da instituição detalhada com a previsão dos valores de rescisão (não que ocorra a rescisão literal destes servidores, este instrumento serve para contabilização do passivo

acumulado pelo poder público até a data da contratação da OS) e, se necessário, um relatório das instalações físicas também com parecer da engenharia clínica.

A gestão de pessoas pode ser considerada o mais complexo processo em casos de hospitais em funcionamento, as mudanças de cultura corporativa, clima organizacional, o dimensionamento de equipes e os novos papéis e competências necessárias ao novo modelo de gestão impactam consideravelmente em todo processo de PPP. As pessoas precisam receber todas as informações possíveis sobre as mudanças da empresa e as possíveis transferências que possam vir a ocorrer, sem falar na importância do seu papel no novo projeto.

A transparência da contratação é tão importante quanto à transparência da gestão, pois uma interfere nos resultados da outra. É preciso ter claro as condições iniciais do projeto e a capacidade de produção do hospital, considerando localização e organizações de saúde de referência e contra-referência para que o Plano de Trabalho seja executável dentro dos prazos estabelecidos. O planejamento estratégico deverá considerar a análise do ambiente externo, antes da análise do ambiente interno para que seja efetivo e alcance os resultados esperados.

3.4.A RELAÇÃO COM A SOCIEDADE

Consideramos que um dos aspectos mais importante na gestão das PPPs no modelo das organizações sociais é a aprovação da sociedade civil. Os contratos de gestão têm como principal indicador de resultado o índice de satisfação dos usuários, não desmerecendo nenhum indicador quantitativo ou mesmo qualitativo.

O índice de satisfação do usuário é medido através dos resultados de pesquisas de satisfação, das avaliações da comissão de avaliação e acompanhamento e dos conselhos locais de saúde.

(...) para a população de São Paulo (o modelo de Organizações Sociais de Saúde – OSS) representa melhorias do atendimento uma vez que o índice de satisfação médio de usuários de 16 hospitais geridos por OSS fica na casa dos 95%. Mais do que isso. Os hospitais gerenciados por organizações sociais são exemplo de eficiência e otimização de recursos. Em 2004, essas unidades tiveram um custo médio de 20% menor do que as unidades de administração direcionada e, no mesmo período, tiveram uma produtividade 37,3% maior (BARATA BARRADAS, 2005) apud (TEIXEIRA, 2007, p.22).

A satisfação do usuário é o elemento responsável pela garantia das relações da sociedade com a PPP dentro de um hospital, as expectativas do usuário e a satisfação dos serviços demonstram a qualidade das atividades da organização, garantindo o acesso universal e igualitário disposto na lei 8080/90.

A qualidade dos serviços de saúde é hoje universalmente reconhecida como satisfação das necessidades explicitadas e implícitas pelo cliente, a custos adequados, e tornou-se assim imperativo para todo tipo de organização hospitalar. Em princípio, é importante reconhecer algumas das características da qualidade, pois a compreensão desta, passa pelo entendimento do que especificamente vem a ser qualidade. Não é um valor absoluto. Significa diferentes coisas em diferentes situações. Não pode ser medido como uma escala quantitativa, como por exemplo, a temperatura ou a altura. É multidimensional e para ela contribuem múltiplos fatores, não é facilmente traduzida por uma simples medida quantitativa, alguns aspectos podem ser objetivamente medidos, como o tempo de espera para ser consultado, porém muitas variáveis envolvem peculiaridades como a condição social do cliente ou especificidades da patologia tratada (MARTINS, 2005, p. 36).

A sociedade precisa estar constantemente informada e satisfeita com o atendimento e a gestão dos serviços hospitalares. A sua percepção é importante indicador de resultados para o contrato de gestão e também grande influência para manutenção ou rescisão da PPP, seja no papel de usuária, seja no papel de cidadã como reguladora através do controle social da OS.

Neto e Malik (2007), ao discutirem o cenário de saúde no Brasil e no mundo, citam o papel do cidadão:

Papel do Cidadão – movimentos recentes no mundo criaram uma nova consciência nos cidadãos de diversos países. A Constituição Brasileira de 1988, o Código de Defesa do Consumidor, o Ministério Público e o SUS criaram condições para que os cidadãos tivessem mais poder real na sociedade e passassem a exibir um perfil de não sucumbência a direitos. Somente no estado de São Paulo, existem, em 2006, cerca de dez mil pacientes recebendo medicamentos graças a ordens judiciais. Este fato se origina da criação de uma indústria de processos que acabam em decisões judiciais, alimentadas pelos interessados. O resultado disso pode ser má utilização dos recursos públicos e pode implicar em outro tipo de desigualdade (quem tem acesso ao judiciário e quem não o tem), além de esbarrar no óbvio limite da capacidade de financiamento do SUS. Estas possíveis distorções não devem ser motivo para restringir o acesso, mas obrigam a pensar no aperfeiçoamento da legislação ou num diálogo mais competente entre Executivo e Judiciário. Tanto na França quanto na Itália existem documentos legais que apontam para aspectos semelhantes (os direitos dos doentes e as cartas de cidadãos) (NETO E MALIK, 2007, p. 827)

A sociedade é corresponsável pela regulação da PPP nos hospitais com o Estado. A legislação exige sua representação no conselho gestor da OS e na comissão de avaliação e acompanhamento, bem como participação mais detalhada nas leis estaduais. Forma-se assim o tripé com os parceiros públicos e privados. Neste ponto resgata-se a inserção no movimento CTS, que objetiva a integração da sociedade nas discussões sobre Ciência e Tecnologia.

O Estado é reflexo de sua sociedade, se não iniciarmos discussões e criarmos espaços nas universidades, escolas e locais de representação da sociedade, como conselhos e associações de bairros que envolvam as pessoas e contribuam na formação de cidadãos preocupados com as políticas públicas e participantes do processo de desenvolvimento e construção de alternativas que viabilizem o Estado a cumprir seu papel: de garantir a manutenção do SUS, estaremos fadados a aceitar apenas as soluções oferecidas pelo Estado e, algumas vezes por grupos com interesses pessoais.

A transparência e publicização proposta na Reforma do Estado (1997) é uma conquista dos cidadãos na avaliação e acompanhamento das alternativas e políticas públicas de gestão dos seus serviços.

O controle da sociedade e participação social sobre a PPP (tecnologia de gestão que impacta diretamente nas organizações hospitalares) no acesso aos direitos adquiridos com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8080 de 1990 é fundamental para a constante revisão e desenvolvimento desta e de alternativas de gestão dos hospitais e da saúde brasileira.

A Lei 9.637/98 prevê o controle da sociedade sobre as Organizações Sociais. Primeiro, quando determinou a participação de representantes da sociedade civil no conselho de administração, conforme disposto no art. 3^o, I, b, *in verbis*: Art. 3^o O conselho de administração deve estar estruturado nos termos que dispuser o respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos: I – ser composto por: (...) b) 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto (...) Segundo, quando disciplinou o “controle social das ações de forma transparente”, por força do contido no art. 20. III. Assim redigido: Será criado, mediante decreto do poder Executivo, o Programa Nacional de Publicização – PNP, com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação das Organizações Sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 10, por Organizações Sociais, qualificadas na forma desta Lei, observadas as seguintes diretrizes: (...) III – controle social das ações de forma transparente. Portanto, a lei permite o controle social das Organizações Sociais, seja por meio de participação direta no Conselho de Administração, seja através do Programa Nacional de Publicização – PNP, que terá o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de Organizações Sociais (OLIVO, 2005, p. 57)

Os cidadãos poderão a qualquer momento denunciar ao Ministério Público e solicitar informações junto as OS e Governo, sobre sua situação e condições, pautadas nos princípios constitucionais da saúde, direito de todos e dever do Estado. Os relatórios e ações do contrato de gestão deverão ser publicizados, em sites na internet e diário oficial da estância pública envolvida, a proposta é a transparência da PPP para garantia de desenvolvimento e eficácia da gestão.

O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo vê com bons olhos a participação de entidades do Terceiro Setor no desenvolvimento de políticas públicas, bastando que sejam prestadas contas dos serviços realizados. (...) O modelo de gestão por meio das Organizações Sociais nos parece o que melhor tem respondido às necessidades de eficácia pretendida pela Administração Pública, em razão de sua larga utilização e comprovação de ganhos qualitativos facilmente mensuráveis (TEIXEIRA, 2007, p. 34).

O desafio é a divulgação da proposta de gestão dos hospitais por Organizações Sociais para Sociedade, proporcionando o envolvimento dos cidadãos nas políticas públicas de saúde e alternativas de gestão e principalmente de viabilização de muitos hospitais pelo Brasil, garantidos os princípios do SUS e os direitos dos cidadãos com qualidade e eficiência.

3.5.AS ARTICULAÇÕES POLÍTICAS

As articulações políticas são base para a efetividade da parceria. Os contratos de gestão entre as instâncias públicas e privadas, a construção da proposta e a execução do projeto estarão comprometidos caso o parceiro público não assuma integralmente seu papel na PPP. Isto não quer dizer que quando o ente político entrega a gestão do hospital público nas mãos de particulares que ele o está “privatizando”, mas otimizando sua gestão e aprimorando a qualidade do atendimento prestado à sociedade. A ideia é a de divisão de papéis e compartilhamento de riscos e responsabilidades.

O Estado não pode ter a intenção de transferir ou privatizar a atividade hospitalar, ele precisa ter o entendimento claro do sistema de gestão das PPPs e do seu papel dentro do processo.

As articulações entre governos também precisaram ser bem resolvidas, principalmente quando tratamos de hospitais públicos Municipais ou Estaduais que necessitem de boas relações com os hospitais e demais equipamentos da saúde.

Ao transferir a gestão de um hospital público para uma entidade do Terceiro Setor o ente político não está se afastando do cumprimento de sua obrigação constitucional de garantir saúde aos brasileiros. Longe disso. Mais longe ainda fica a idéia de que o Poder Público estaria privatizando ou terceirizando atividades essenciais. O Estado apenas transfere a execução (gerenciamento) dos serviços a uma pessoa jurídica especializada, melhor capacitada tecnicamente e com expertise suficiente para desenvolvê-los, visando à otimização dos recursos. (...) A atividade propriamente dita, o patrimônio, o custeio, a fiscalização e o controle dos serviços a serem executados por terceiros continuam sendo promovidos pela Administração Pública, exatamente como determina a Constituição Federal. (...) É o que poderíamos chamar de gestão compartilhada, acordo de cooperação, parceria ou qualquer outra expressão sinônima que queiramos empregar. Nestas relações, o patrimônio continua sendo público, mas o gerenciamento ou a execução direta dos serviços passa a ser privado (TEIXEIRA, 2007, p. 17).

Neste sentido, o papel do Governo é encontrar soluções e alternativas que desenvolvam o Estado e viabilizem questões de financiamento, oferta e qualidade dos serviços. Se existe a possibilidade de envolvimento da sociedade privada no processo de gestão de serviços específicos do poder público, por que não integramos a expertise e especialização privada através de um modelo de responsabilidades compartilhadas que beneficie a sociedade, considerando inclusive, a participação que esta pode ter no seu acompanhamento e avaliação?

Sabe-se que a relação com o gestor público deve acontecer de forma tranquila, transparente e democrática, desenvolvida nos princípios da parceria com respeito à autonomia necessária ao setor privado para realização da gestão.

A demanda do poder público e as políticas públicas do Governo precisam ser respeitadas e estarem alinhadas. O Hospital deve funcionar na lógica de atenção e informação dos demais setores do poder público, respeitados a autonomia e gestão do hospital que terá características específicas das atividades complementares ou básicas do Estado.

As articulações políticas são, portanto, fundamentais para que as parcerias público-privadas aconteçam de acordo com a proposta da Reforma do Estado. Os atores deverão respeitar os limites e papéis que deverão ser claramente pactuados e estabelecidos no instrumento denominado contrato de gestão. A sociedade civil deverá compor este quadro e ajudar o Governo no controle social da PPP.

A revisão, uma vez realizada elucida uma alternativa amplamente disseminada e que precisa ser analisada empírica e criticamente. Não se trata de uma apologia, a um único e exclusivo modelo, mas remete à necessidade de trazer novos subsídios para a compreensão

desta problemática. Buscando novas estratégias e possibilidades para o âmbito público e/ou privado da saúde em sintonia com as demandas histórico-sociais, políticas e de C&T.

As informações e discussões tratadas até o momento são base para compreensão e análise da Parte II desta dissertação: Estudo sobre as dimensões sociais da Ciência e Tecnologia da Parceria Público-Privada na gestão hospitalar através do modelo das organizações sociais de saúde.

PARTE II – ESTUDO DE CASO

4. A DESCRIÇÃO E A OPERAÇÃO

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (...) São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Artigos 196 e 197 da Constituição Federal).

A garantia à saúde é direito estabelecido pela Constituição Federal à sociedade brasileira, as estratégias que o governo utiliza para o cumprimento deste dever do Estado não é definida como ação completamente pública, a característica do serviço possibilita a abertura de discussões para busca do melhor meio de atingir o objetivo proposto, respaldados nos princípios do SUS.

O conceito “de serviço de relevância pública” é apresentado como um conceito menos exigente do que o de “serviço público”. “São de relevância pública as atividades consideradas essenciais ou prioritárias à comunidade, não titularizadas pelo Estado, cuja regularidade, acessibilidade e disciplina transcendem necessariamente a dimensão individual, obrigando o Poder Público a controlá-las, fiscalizá-las e incentivá-las de modo particularmente intenso” (SUNDFELD, 2005, p.456)

Conhecendo a necessidade de ampliação de leitos e da regionalização da atenção hospitalar no município e arredores de Bauru, estabeleceu-se uma PPP entre a Secretária de Estado da Saúde de São Paulo e a UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” com a participação de uma Fundação Privada pertencente a UNESP, denominada FAMESP – Fundação para desenvolvimento médico-hospitalar.

Considerando que a UNESP é uma autarquia do Estado de São Paulo e por isso não poderia gerenciar o hospital através de uma PPP em uma proposta de OSS, por se tratar de uma parceria entre o Estado e uma de suas autarquias, foi assinado um convênio entre a

Secretaria de Saúde e a UNESP, que por sua vez realizou um contrato com a FAMESP, para viabilizar juridicamente o projeto que resultou no Hospital Estadual Bauru “Dr. Arnaldo Prado Curvello” - HEB, objeto do Estudo de Caso desta dissertação.

O primeiro passo para a criação desta PPP foi a assinatura do convênio em 29 de outubro de 2002, que iniciou o processo de criação jurídica da Organização. O segundo passo foi a criação da organização pelo decreto nº 47.503, em 24 de dezembro de 2002, seguindo da doação do terreno para operação da Unidade Hospitalar, resultado de negociação entre a Fazenda do Estado de São Paulo e o Município de Bauru através do decreto de doação do terreno de nº 47.755, de 8 de abril de 2003.

Inicia-se, então, uma das primeiras PPPs do Estado de São Paulo, na proposta de gestão das Organizações Sociais de Saúde, neste caso operando, em forma de convênio em razão da natureza jurídica dos parceiros envolvidos.

O contexto onde esta PPP foi inserida contribui para sua análise e discussão. O Hospital Estadual Bauru faz parte da Diretoria Regional de Saúde de Bauru, conhecida como DIR-VI que segundo Curcelli (2006) compunha ao final de 2006, um universo de 68 municípios e uma população de 1.623.027 de habitantes. O município de Bauru é o maior da região contando com 356.680 habitantes e uma rede de serviços de saúde composta por:

A rede de serviços ambulatoriais na região de Bauru é composta por 260 Unidades Básicas de Saúde distribuídas pelos 68 municípios. As Unidades de atenção secundária são em número aproximado de 60 e caracterizadas como Pronto Socorros, ambulatórios de especialidades, núcleos de hematologia, laboratórios de análises clínicas e outras. Existem na região 59 unidades hospitalares, destas 53 integram a rede SUS sendo: 46 hospitais gerais, 3 hospitais especializados e 4 hospitais psiquiátricos (CURCELLI, 2006, p.2).

Há dentro deste contexto, os hospitais terciários e regionais: Hospital Estadual de Bauru, Santa Casa de Lins, Santa Casa de Jaú, Hospital Geral de Promissão e Hospital das Clínicas de Botucatu, o que resulta em um grande número de serviços contratados pelo SUS na região de Bauru.

Além destas organizações de saúde, a região conta com a Estratégia Saúde da Família – ESF, o que ainda não resolve completamente a insuficiência de oferta de vários serviços como consultas médicas especializadas e procedimentos de diagnóstico e terapia ambulatorial e hospitalar.

A PPP em Bauru viabilizou a abertura de um dos esqueletos dos Hospitais do Estado de São Paulo que apesar de pronto, encontrava-se com dificuldades de operação em

virtude das limitações imposta para contratação de pessoal pela lei complementar nº 96 de 31 de maio de 1999.

Completamente inserido na rede assistencial, o HEB continua cumprindo com as necessidades assistenciais de maior demanda, oferecendo vários serviços de referência e de alta complexidade como, por exemplo, o da cirurgia cardíaca pediátrica e o de reabilitação com assistência multiprofissional a pacientes neurológicos e portadores de necessidades especiais. A unidade para pacientes vitimados por queimaduras é serviço realizado em condições ideais de tratamento. A captação de córneas e múltiplos órgãos e os transplantes de córneas estão consolidados e o HEB obteve autorização para iniciar os transplantes renais. Ao estabelecer um novo mecanismo de atendimento, a unidade de dor torácica mostrou resultados bastante significativos em casos de emergência. (CURCELLI, 2006, p.2).

A qualidade dos serviços ofertados pelo Hospital Estadual de Bauru pode ser comprovada através da certificação da Organização Nacional de Acreditação que a organização conquistou em agosto de 2006, a Acreditação Plena, nível dois de qualidade de uma escala de certificação em que o nível três é a excelência.

O Hospital também foi certificado como hospital de ensino após o processo de avaliação realizado pelos Ministérios da Educação e da Saúde em maio de 2006.

Dentro dos princípios da responsabilidade social que uma parceria deve ter, o HEB atua em ações de promoção da saúde em diversas instâncias, em treinamentos e palestras educativas em diversos municípios, abordando a prevenção de doações e acidentes, esse trabalho abrange também inúmeras escolas em Bauru e região. A preocupação com a integração e disseminação de informação para sociedade faz parte do escopo do Hospital Estadual de Bauru.

Atualmente o Hospital Estadual Bauru tem área construída de 27.800m² em um terreno de 62.932,87m². De construção vertical, em 4 blocos assim distribuídos: **bloco 1**: 7 pavimentos: serviços, administração, centro cirúrgico, unidades especiais de internação e enfermarias; **blocos 2 e 3**: 2 pavimentos: ambulatórios, emergência e apoio diagnóstico terapêutico; **bloco 4**: térreo: serviços de apoio (não interligado). (CURCELLI, 2006, p.2).

O HEB possui uma estrutura física em excelente estado de conservação e muito bem sinalizado, atendendo hoje uma demanda a muito reprimida na região. Uma das metas na renovação do convênio em 2007 foi o de concluir um prédio em construção com 2.060 m² para o setor de Hemodiálise, além da construção de um prédio de 600 m² para o Arquivo do Hospital.

A assistência no HEB acontece através do ambulatório, dos serviços de diagnóstico e tratamento e das internações eletivas e recebidas como transferência de outras unidades de saúde através da central de vagas do município, respeitando sempre, a complexidade terciária da organização e sua característica de “portas fechadas”, que significa que os pacientes de acordo com os protocolos são recebidos na organização somente através de encaminhamentos dos órgãos de regulação do município e das unidades de saúde de assistência secundária.

O ambulatório funciona através do agendamento on line das consultas pelas Unidades Básicas de Saúde da região abrangida pela DRS-VI-Bauru, respeitando as cotas de consulta por município e a pactuação de protocolos de encaminhamento e retorno dos pacientes.

No último planejamento e relatório de prestação de contas (2007) o hospital contava com 21 consultórios, 13 salas de apoio para consultas e procedimentos e 02 leitos de observação.

A capacidade operacional pelo mesmo relatório de prestação de contas (2007) do hospital era de 40 especialidades médicas; 12 especialidades cirúrgicas; 318 leitos operacionais; 63 leitos complementares; 7 unidades de internação; 4 unidades de terapia intensiva; 3 centros cirúrgicos (principal, ambulatorial e queimaduras) e os SADT – Serviços de Apoio Terapêutico e diagnóstico (centro de diagnóstico por imagem, centro de diagnóstico em cardiologia; laboratório de análises clínicas e laboratório de anatomia patológica).

Os leitos de internação são disponibilizados conforme a necessidade de demanda e não possuem divisão por especialidades, exceto para os casos de enfermaria pediátrica que possuem 44 leitos a sua disposição e as enfermarias especializadas como a Unidade de Internação Coronariana que conta com 20 leitos e a Unidade de Internação de Queimaduras que conta com 13 leitos.

O sistema de gerenciamento de leitos pela DRS VI foi implantado em 20 de novembro de 2006.

A gestão da produção, qualidade e mesmo da estrutura física e de serviços é compartilhada pelos parceiros, toda alteração ou ampliação de disponibilidade e serviços é aprovada por todos os atores da PPP.

Toda alteração física ou orçamentária é regulamentada por adendo contratual e pelos princípios da publicização em Diário Oficial do Estado.

4.1.A LEGALIDADE

Desde sua criação até os adendos do processo jurídico de ajustes mensais apresentados no decorrer da dissertação em relação ao Hospital Estadual de Bauru encontra-se disponíveis nas publicações do Diário Oficial do Estado de São Paulo, todos de acordo com os princípios de publicização e transparência necessária a esta modalidade de parceria.

Considerando que a legislação em relação às PPPs estava sendo estruturadas em diversos lugares do mundo neste período e que as discussões sobre as Organizações Sociais eram relativamente novas (a lei das OSS é de 1998) e que a parceria realizada no HEB foi uma das primeiras com o Estado de São Paulo em data anterior a lei das PPPs (2004), podemos assim, considerar o processo do HEB solido e transparente.

Os termos aditivos foram adaptados no decorrer dos anos, obedecendo à formatação dos planos de trabalho das Organizações Sociais de Saúde, mesmo tratando-se de um convenio e não de um contrato de gestão como grande parte dos Hospitais do Estado de São Paulo.

O próprio sistema de avaliação e acompanhamento foi padronizado de modo digital e transmissão via internet nas premissas dos contratos de gestão das OSS.

Apresenta-se a seguir o histórico legal de implantação e manutenção do Hospital Estadual de Bauru, pelos convênios, editais e termos aditivos assinados ao longo dos anos.

O primeiro documento assinado foi o Convênio “mãe”, assim conhecido dentro das instalações do Hospital Estadual de Bauru, este convênio foi assinado em 29 de outubro de 2002 e publicado no volume 112 do DOESP – Diário Oficial do Estado de São Paulo, número 207 nesta mesma data.

Convênio de Parceria na Gestão de Serviços Públicos de Saúde
Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da SECRETARIA de Estado da Saúde (...)e de outro a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, autarquia pública do Governo do Estado de São Paulo (...), através da Faculdade de Medicina de Botucatu com sede no Campus de Botucatu/SP, e com a interveniência da FAMESP - Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar n. 791/95, resolvem celebrar o presente convênio de cooperação referente à execução de atividades relativas à área de saúde a serem desenvolvidas no Hospital Estadual Bauru (DOESP, v.112, n.207, 2002).

O convênio foi assinado pela Secretária de Estado da Saúde de São Paulo e a UNESP, mas com a interveniência da FAMESP (fundação privada da UNESP), para que esta pudesse ter a flexibilidade necessária à gestão da PPP, considerando que a UNESP é uma autarquia e possui restrições legais para contratação de pessoas e compras como uma organização de caráter público.

Neste convênio “mãe” na cláusula segunda definia-se as questões patrimoniais e de gestão da Fundação, nos parágrafos 1º e 2º, assim como as metas eram pactuadas através de um plano de trabalho (anexo um) ainda mais produtivo do que qualitativo, porém, com visão de resultados qualitativos e transparência, como é apresentado no parágrafo 3º e 4º, quando se trata as questões de satisfação do cliente e modernização (que se referia ao planejamento estratégico e planos de qualidade).

(...) a UNIVERSIDADE se obriga a cumprir os objetivos detalhados no Plano Operacional, aprovado pelo Secretário da Saúde, bem como no Anexo I - Prestação de Serviços, que fazem parte integrante deste convênio, contendo as metas a serem atingidas e o prazo para a sua execução, estabelecendo, ainda, a atividade assistencial a ser desenvolvida no Hospital estadual Bauru, bem como o padrão de qualidade da prestação de serviços e a produtividade a ser atingida. § 1º - a execução de atividades afetas a este convênio, sob exclusiva responsabilidade da UNIVERSIDADE, tais como aquisição de material de consumo, medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, contratação de pessoal, poderá ser realizada com interveniência da FAMESP, sendo-lhe, absolutamente, vedada a transferência de atividades que impliquem execução ou gestão de serviços e ações de saúde objeto do presente ajuste. § 2º - Os bens adquiridos com os recursos do presente convênio serão inventariados e integrarão o patrimônio do Estado, ficando sob a guarda e responsabilidade da UNIVERSIDADE durante a vigência do ajuste. § 3º - a UNIVERSIDADE obriga-se a instalar no Hospital Estadual Bauru, cujo uso lhe fora permitido "serviço de atendimento ao cliente" encaminhando à SECRETARIA relatório mensal de suas atividades. § 4º - Incumbe à UNIVERSIDADE implantar o programa de modernização da gestão definido pela SECRETARIA, no Hospital Estadual Bauru (DOESP, v.112, n.207, 2002).

A cláusula quinta liberava os primeiros recursos financeiros para implantação do Hospital, no parágrafo 1º e o parágrafo 3º tratava do processo de solicitação orçamentária periódica que geralmente acontece anualmente, salvo ajustes necessários no decorrer do período por aumento de custos, manutenção de equipamentos ou abertura de novos serviços.

Pela execução do objeto do presente convênio, a SECRETARIA repassará à UNIVERSIDADE, nos prazos e condições constantes deste instrumento, o valor estimativo de R\$ 102.500.000,00 (cento e dois milhões e quinhentos mil reais). § 1º. No presente exercício, a SECRETARIA repassará à UNIVERSIDADE, nos prazos e condições constantes deste instrumento a importância de R\$ 1.000.000,00 (hum milhão de reais) para fins de início de

implantação do Hospital Estadual Bauru. (...) § 3º. Ao final de cada exercício financeiro, será estabelecido mediante a celebração de Termos Aditivos ao presente convênio, o valor dos recursos financeiros que serão repassados à UNIVERSIDADE nos exercícios seguintes, valor esse a ser considerando as metas propostas para o Hospital Estadual Bauru para cada exercício e correrá por conta dos recursos consignados nas Leis orçamentárias dos respectivos exercícios (DOESP, v.112, n.207, 2002).

A cláusula sétima do convenio “mãe” trata-se da avaliação e acompanhamento do convenio, a publicização não é contemplada juridicamente no convenio de parceria.

Compete à SECRETARIA elaborar relatório circunstanciado, avaliando, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, o desenvolvimento das atividades e retorno obtido com aplicação dos recursos na gestão do Hospital, levando em conta os resultados obtidos em sua execução, bem como, a exata aplicação e execução dos recursos repassados à UNIVERSIDADE, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades. PARÁGRAFO ÚNICO - Os resultados alcançados deverão ser objetos de análise pelo Secretário de Estado da Saúde que norteará as correções que eventualmente se façam necessárias, para garantir a plena eficácia deste instrumento convenia. (DOESP, v.112, n.207, 2002).

A cláusula oitava aborda a questão do controle em relação ao convênio, que possui uma característica diferente do contrato de gestão, que conta com a participação de membros da sociedade em uma Comissão de Controle e Avaliação.

(...) a execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes da SECRETARIA, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio, assim como o controle e a avaliação da gestão exercida e dos serviços prestados. § 1º. Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada a pedido da SECRETARIA. §2º. A SECRETARIA vistoriará as instalações do Hospital Estadual Bauru, para verificar se persistem as condições iniciais que ensejaram a celebração deste convênio. §3º. Qualquer alteração ou modificação das condições iniciais ajustadas, decorrentes da má administração, culpa ou dolo da UNIVERSIDADE, poderá ensejar a não prorrogação do prazo de vigência deste convênio, a revisão das condições estipuladas, ou a sua rescisão. §4º. A fiscalização exercida pela SECRETARIA não eximirá a UNIVERSIDADE de sua plena responsabilidade perante o Ministério da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde, ou para com pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do presente convênio. §5º. A UNIVERSIDADE facilitará à SECRETARIA o acompanhamento e a avaliação permanente da gestão e dos serviços executados no Hospital Estadual Bauru, e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da SECRETARIA, designados para tal fim. §6º. Em qualquer hipótese, será assegurado à UNIVERSIDADE amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos. (DOESP, v.112, n.207, 2002).

O convênio “mãe” possui prazo de vigência de cinco anos, parecido com os quatro anos de prazo dos contratos de gestão, com a diferença de que o convênio é revisto anualmente, parcial ou totalmente de acordo com declaração de interesse de ambas as partes. O contrato de gestão pode ser discutido sempre que necessário, porém com uma maior segurança jurídica de encerramento ou modificação total da proposta, considerando os investimentos e planos referentes à proposta assumida pela Organização Social, que sem este tipo de segurança, torna-se vulnerável ao insucesso da gestão. A autonomia das Organizações Sociais é maior do que a autonomia das Fundações no sistema de convênios, a denúncia do convenio poderá ocorrer nas condições descritas pela cláusula décima quarta.

(...) a denúncia do presente convênio obedecerá às disposições contidas na Lei Federal n. 8666/93, com as alterações posteriores, podendo ser efetivada: I - por ato unilateral da SECRETARIA, na hipótese de descumprimento, por parte da UNIVERSIDADE, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente convênio, decorrentes da má gestão, culpa ou dolo; II - por acordo entre os partícipes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público; III - por ato unilateral da UNIVERSIDADE, na hipótese de atrasos nos repasses devidos pela SECRETARIA, previstos nas cláusulas décima primeira e décima segunda, superiores a 90 dias da data fixada para pagamento, cabendo à UNIVERSIDADE notificar a SECRETARIA, formalizando a denúncia e motivando-a devidamente, informando do fim da execução do convênio, sem prejuízo de indenização a que a UNIVERSIDADE faça jus. (DOESP, v.112, n.207, 2002).

A prestação de contas será feita à Secretária de Saúde (indicadores produtivos, qualitativos e financeiros) e ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (orçamento e gestão contábil-financeira).

O contrato “mãe” é à base da negociação dos anos seguintes, pautados em termos aditivos de ajustes geralmente orçamentários ou de produtividade. Os passos seguintes a legalização da parceria é estabelecido a pactuação da gestão, a regularização da criação do hospital e da doação do terreno, pelos decretos: de criação do hospital nº 47.503, em 24 de dezembro de 2002 e de doação do terreno nº 47.755, de 8 de abril de 2003.

O decreto de criação do hospital nº 47.503, em 24 de dezembro de 2002, estabelece que:

Artigo 1º - Fica criado, na Secretaria da Saúde, diretamente subordinado ao Coordenador de Saúde da Coordenadoria de Saúde do Interior, o Hospital Estadual de Bauru. Artigo 2º - O Hospital Estadual de Bauru tem por finalidade a prestação de assistência médico-hospitalar, em regime de emergência e internação, nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ginecológica e obstétrica, clínica pediátrica, clínica psiquiátrica e

terapia intensiva, visando à promoção da saúde, ao tratamento e à reabilitação da população como um todo (DOESP v.112, n. 246, 2002)

O decreto de doação do terreno nº 47.755, de 8 de abril de 2003, autoriza:

Artigo 1º - Fica a Fazenda do Estado autorizada a receber, por doação, do Município de Bauru, terreno sem benfeitorias, com área de 63.024,41m² (sessenta e três mil, vinte e quatro metros quadrados e quarenta e um decímetros quadrados), situado no Município de Bauru, destinado à Secretaria da Saúde para construção de unidade hospitalar, com as medidas e confrontações constantes do memorial e planta anexos ao Processo PGE-103.935/90 com apenso PR-7-134/90-PGE, da Procuradoria Regional de Bauru (DOESP v. 113, n. 68, 9/4/03).

Regularizada a PPP entre Secretário de Saúde do Estado e UNESP, o próximo passo foi a elaboração de minuta entre a UNESP e a FAMESP, assinada em 2002, estabelecendo as responsabilidades entre as partes como se apresenta na cláusula primeira, referente ao objeto do contrato.

Este Termo Aditivo tem por objetivo permitir à FAMESP, a gestão técnica, administrativa e financeira do Hospital Estadual Bauru, em decorrência de Convênio de Parceria para a gestão de serviços de saúde, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a UNESP, em 11/10/2002 e publicado no DOE de 29.10.2002 (TRINDADE; SOUZA, 2002 p.1)

O contrato apresenta na cláusula quinta as obrigações comuns dos partícipes:

São obrigações dos partícipes deste Termo Aditivo: a) zelar pela sua fiel execução, garantindo, através de seus representantes, o cumprimento de todas as suas Cláusulas; b) indicar seus respectivos representantes para fiscalização da execução deste Termo Aditivo; c) providenciar para que a execução dos objetivos deste Termo Aditivo se desenvolva em absoluta consonância com as normas legais em vigor (TRINDADE, SOUZA, 2002, p.2)

Neste contrato, estabelece-se o pagamento de taxa administrativa referente ao suprimento das despesas administrativas da FAMESP com o projeto e define as atribuições da fundação, conforme descrito na cláusula sétima.

São obrigações da FAMESP: a) administrar os recursos financeiros a ela repassados por intermédio do Convênio de Parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e a UNESP, aplicando-os estritamente nos termos previstos neste Termo Aditivo; b) apresentar, anualmente, Prestação de Contas referente à utilização do percentual a ela destinado, mencionado na Cláusula Terceira deste Termo Aditivo (TRINDADE; SOUZA, 2002, p. 3).

O primeiro termo aditivo foi o publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo (v.113, n.112) em 14 de junho de 2003, referente aos recursos financeiros (referentes à primeira fase de funcionamento, ainda em implantação) do Hospital no período de janeiro a junho de 2003, este termo teria sido assinado em dezembro de 2002, de acordo com a data do termo aditivo oficial do hospital, porém, com publicação posterior, até mesmo, por que os valores orçamentários não eram exatos em virtude da falta de histórico de custos e demanda, o termo publicado em junho estabelece as primeiras metas de produção e orçamento para o hospital, o valor mensal disponibilizado para a PPP de acordo com o termo aditivo e anexo foi de R\$ 1.900.000,00 mensais, divididos em 90% para custeio do hospital e 10% de taxa administrativa que estava vinculada ao cumprimento das metas de qualidade, como forma de incentivo e custeio da gestão administrativa da FAMESP.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO - O presente Termo Aditivo tem por objeto a reti-ratificação ao Convênio firmado entre a Contratante e a Contratada em 24/10/2002, passando a vigorar as cláusulas abaixo como se seguem: CLÁUSULA 5 - DOS RECURSOS FINANCEIROS - §1º no período de 1º de Janeiro a 30 de Junho de 2003, a SECRETARIA repassará a UNIVERSIDADE, nos prazos e condições constantes deste instrumento, a importância de R\$ 11.400.000,00 (onze milhões e quatrocentos mil reais) para continuidade das atividades de implantação do Hospital Estadual Bauru; (DOESP, v.113, n.112, 2003).

Estabelecidos os acordos iniciais, a PPP entra na fase de manutenção em 2003 de acordo com os termos aditivos seguintes, em 12 de julho de 2003, no Diário Oficial do Estado de São Paulo, v.113, n. 129 foi publicado o termo aditivo referente a julho no valor de R\$ 1.900.000,00. Este valor foi modificado nos demais termos aditivos do ano, ficando agosto sem um termo aditivo referente ao período, provavelmente em virtude de saldo excedente referente ao mês de julho de 2003.

As publicações dos termos aditivos do período referente ao HEB foram às apresentadas no quadro 12.

QUADRO 12: Termos Aditivos do HEB referentes ao 2º semestre de 2003

Identificação do Termo Aditivo	Referência	Publicação	Objeto
Termo Aditivo 2/03	Setembro/2003	DOESP v. 113, n. 176, publicado em 17/09/2003	Orçamento para custeio mensal de R\$ 750.000,00
Termo Aditivo 3/03	Outubro/2003	DOESP v. 113, n. 199, publicado em 18/10/2003	Orçamento para custeio mensal de R\$ 750.000,00

Termo Aditivo 4/03	Novembro/2003	DOESP v. 113, n. 230, publicado em 03/12/2003	Orçamento para custeio mensal de R\$ 750.000,00
Termo Aditivo 5/03	Dezembro/2003	DOESP v. 113, n. 243, publicado em 20/12/2003	Orçamento para custeio mensal de R\$ 750.000,00

Fonte: Silva, 2010, p.92.

Os Termos Aditivos passaram a ser rotina na manutenção da PPP do Hospital Estadual de Bauru, tratando-se de liberações orçamentárias para gestão do HEB, aquisição e manutenção dos equipamentos, incremento de serviços e orçamento, entre outras autorizações. Todo o processo publicizado no Diário Oficial do Estado,

Para cálculo de orçamento foi implantado um sistema de custos em todos os Hospitais com contrato PPP, sejam convênios ou contratos de gestão da Secretária de Estado de São Paulo, esse sistema com qualidade reconhecida no mercado da saúde é denominado PLANISA, empresa privada que atua no segmento de planejamento e organização de instituições de saúde.

A proposta é de padronização das informações e critérios de custo de todos os hospitais ligados a Secretária de Estado de São Paulo, sejam de administração direta ou no sistema de PPP. Assim, o Estado pode além de discutir o orçamento de acordo com a produção contratada, compará-la aos demais hospitais do Estado. Um mecanismo de controle e transparência na gestão das organizações públicas hospitalares do Estado de São Paulo.

Apresenta-se o quadro 13 com os termos aditivos do período de 2004 a 2009, considerando que o estudo de caso foi realizado em março de 2010.

QUADRO 13: Termos Aditivos do HEB de 2004 a 2006.

Identificação do Termo Aditivo	Referência	Publicação	Objeto
Termo Aditivo 6/03	Janeiro a Junho/2004	DOESP v. 114, n. 09, publicado em 15/01/2004	Orçamento para custeio mensal de R\$ 3.333.333,33
Termo Aditivo 7/04	Julho/2004	DOESP v. 114, n. 133, publicado em 16/07/2004	Orçamento para custeio mensal de R\$ 3.333.333,33
Termo Aditivo 8/04	Agosto a Dezembro/2004	DOESP v. 114, n. 147, publicado em 03/08/2004	Orçamento para custeio mensal de R\$ 3.333.333,33
Termo Aditivo 9/04	Ampola do Tomógrafo	DOESP v. 114, n. 165, publicado em 31/08/2004	Orçamento para reposição no valor de R\$ 153.000,00

Termo Aditivo 10/04	Novos Serviços Novembro e Dezembro/2004	DOESP v. 114, n. 204, publicado em 29/10/2004	Orçamento para ampliação de serviços no valor de R\$ 680.320,00.
Termo Aditivo 11/04 – 01/05	Ano de 2005 SADT externo	DOESP v. 115, n. 66, publicado em 05/04/2005	Define a produção do SADT externo
Termo Aditivo 2/05	Ano de 2005	DOESP v. 115, n. 106, publicado em 09/06/2005	Orçamento para custeio mensal de R\$ 3.566.666,67
Termo Aditivo 1/06	Ano de 2006	DOESP v. 115, n. 245, publicado em 30/12/2005	Orçamento para custeio mensal de R\$ 4.234.789,00
Termo Aditivo 2/06	Implantação e Custeio de novos serviços de julho a dezembro/2006	DOESP v. 116, n. 144, publicado em 01/08/2006	Orçamento para investimento de R\$ 1.000.000,00 e Orçamento para custeio mensal de R\$ 471.500,00
Termo Aditivo 1/07	Ano de 2007	DOESP v. 117, n. 07, publicado em 10/01/2007	Orçamento para custeio mensal de R\$ 4.706.289,00
Termo Aditivo 2/07	Ano de 2007 alterações de março a dezembro	DOESP v. 117, n. 230, publicado em 07/12/2007	Orçamento para custeio mensal de R\$ 4.522.743,73
Termo Aditivo 3/07	Ano de 2007 Hospital de Ensino	DOESP v. 117, n. 199, publicado em 20/10/2007	Orçamento para custeio mensal do Hospital de Ensino de R\$ 130.796,88
Termo Aditivo 4/07	Ampola do Tomógrafo	DOESP v. 117, n. 76, publicado em 21/04/2007	Orçamento para reposição no valor de R\$ 100.974,00
Termo Aditivo 5/07	Ano de 2007 - Implantação da Vigilância Epidemiológica	DOESP v. 117, n. 105, publicado em 05/06/2007	Orçamento para custeio mensal da Vigilância Epidemiológica de R\$ 1.500,00
Termo Aditivo 6/07	Alteração no valor de junho a dezembro de 2007 Vigil. Epidemiol.	DOESP v. 117, n. 105, publicado em 05/06/2007	Orçamento para custeio mensal da Vigilância Epidemiológica de R\$ 1.928,57
Termo Aditivo 7/07	Investimento em equipamentos e instalações	DOESP v. 117, n. 116, publicado em 22/06/2007	Orçamento para investimento no valor de R\$ 686.358,44

Termo Aditivo 8/07	Alteração de meta dos serviços de SADT externo	DOESP v. 117, n. 204, publicado em 21/10/2007	Redefine as metas de julho a dezembro de 2007 da produção de SADT externo
Termo Aditivo 9/07	Revoga o incentivo referente ao Hospital de Ensino, em virtude do termino do convenio.	DOESP v. 117, n. 223, publicado em 28/11/2007	Revoga o incentivo de Hospital de Ensino no valor de R\$ 1.307.968,80

Fonte: Silva, 2010, p.93.

Os termos aditivos constantes no quadro 13 alteram-se em relação à configuração do plano de trabalho, adequando-se aos indicadores utilizados para controle dos contratos de gestão das OSS, muitos documentos assinados e publicados correspondentes a este convênio começam a ser denominado “contrato de gestão – HEB” e não como um convênio, apesar de não se tratar de uma Organização Social.

O acompanhamento da Secretaria de Saúde de São Paulo passa a ser monitorado pela padronização das informações, pela visão quantitativa e qualitativa da gestão através do incentivo de 10% do orçamento total, referente à taxa de administração que é tratado como resultado do alcance das metas qualitativas.

No contrato “mãe”, publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 117, n. 198 em 19 de outubro de 2007, renovado dentro das características do contrato de gestão das OSS, alteram-se algumas cláusulas, considerando a experiência adquirida pelo Estado na gestão das PPPs e nos contratos de gestão. A cláusula segunda, que antes ensaiava metas de produção e qualidade, é bem mais exigente nesta renovação de convênio.

O Convênio conta com uma extensa lista de 26 itens que assegurem o atendimento do paciente SUS dentro dos seus princípios, com toda garantia legal e humanizada, considerando todos os requisitos de controle e planejamento que uma organização de saúde deve ter para garantir a eficácia de sua gestão.

A questão do acompanhamento também é alterada na cláusula quarta do convênio (DOESP, v.117, n.198, 2007) “A execução do presente Convênio será acompanhada pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, através do disposto neste instrumento e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos”.

Atualmente, os contratos de gestão e convênios são controlados e acompanhados pelo Conselho Gestor de Contratos de Serviços de Saúde, pertencente à Secretária de Saúde do Estado de São Paulo.

A cláusula referente à estimativa dos recursos financeiros é outro ponto interessante, considerando que teve um reajuste de mais de cem por cento do convenio “mãe” inicial, aumento que não chega nem perto dos reajustes da tabela SUS.

Pela prestação dos serviços objeto deste Convênio, especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a CONVENIENTE repassará à CONVENIADA, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, a importância global estimada de R\$ 271.364.623,80 (duzentos e setenta e um milhões trezentos e sessenta e quatro mil seiscentos e vinte e três reais e oitenta centavos) (DOESP, v. 117, n.198, 2007).

As demais cláusulas não têm alterações significativas, além do plano de trabalho que é estabelecido mais criteriosamente e acrescentam-se algumas metas de ampliação de serviços e atendimento, os demais ajustes seguem nos termos aditivos seguintes.

No quadro 14 apresentam-se os termos aditivos publicados após a renovação do convenio em 2007 até início de 2010, observando que os dados estatísticos terão como ano de corte 2009.

QUADRO 14: Termos Aditivos do HEB de 2007 a 2009.

Identificação do Termo Aditivo	Referência	Publicação	Objeto
Termo Aditivo 1/08	Ano de 2008	DOESP V. 118, n. 2, publicado em 04/01/2008	Orçamento para custeio mensal de R\$ 5.244.161,45
Termo Aditivo 2/08	Divide o orçamento do ano de 2008 em custeio e investimento	DOESP v. 118, n. 28, publicado em 14/02/2008	Define que do total do orçamento para custeio mensal R\$ 190.917,07 serão para investimentos
Termo Aditivo 3/08	Orçamento 2008 para o Hospital de Ensino	DOESP v. 118, n. 51, publicado em 18/03/2008	Orçamento para custeio mensal do Hospital de ensino de R\$ 130.796,88
Termo Aditivo 5/08	Acrescenta parágrafo a	DOESP v. 118, n. 117, publicado em 26/06/2008	Define os papéis da FAMESP e da UNESP no

	clausula 2 do convenio em 2007		convenio “mãe” renovado em 2007
Termo Aditivo 4/08	Orçamento 2008 para custeio da Oncologia	DOESP v. 119, n. 9, publicado em 15/01/2009	Orçamento para custeio mensal da Oncologia de R\$ 26.631,50
Termo Aditivo 6/08	Retifica o Termo Aditivo 4/08	DOESP v. 118, n.117, publicado em 26/06/2008	O orçamento para custeio mensal da Oncologia - em setembro de 2007
Termo Aditivo 7/08	Investimento para equipar a ambulância- UTI	DOESP v. 118, n.152, publicado em 15/08/2008	Orçamento para investimento no valor de R\$ 80.890,00
Termo Aditivo 8/08	Custeio e Investimento da Oncologia de Setembro a Dezembro/ 2008	DOESP v. 118, n.117, publicado em 26/06/2008	Orçamento para investimento no valor de R\$ 275.585,00 e para custeio mensal no valor de R\$ 500.000,00
Termo Aditivo 9/08	Exclusão de parte do orçamento para custeio da Oncologia	DOESP v. 118, n. 178 publicado em 20/09/2008	Exclusão no Orçamento para Custeio da Oncologia do valor de R\$ 426.104,00
Termo Aditivo 1/09	Ano de 2009	DOESP v. 119, n.10, publicado em 16/01/2009	Orçamento para custeio mensal de R\$ 5.880.000,00
Termo Aditivo 2/09	Adequação orçamentária para o ano de 2009	DOESP v. 119, n.75, publicado em 24/04/2009	Alteração do orçamento para custeio mensal para R\$ 5.586.000,00 para o meses de abril a junho de 2008.
Termo Aditivo 3/09	Adequação orçamentária para o ano de 2009	DOESP v. 119, n.153, publicado em 18/08/2009	Alteração do orçamento para custeio mensal para R\$ 5.586.000,00 para o meses de julho a dezembro de 2008.

Termo Aditivo 4/09	Adequação de custeio pelo aumento da complexidade dos serviços	DOESP v. 119, n.75, publicado em 24/04/2009	Acréscimo no orçamento para custeio mensal de R\$ 400.000,00 para o meses de agosto a dezembro de 2008.
Termo Aditivo 5/09	Altera o total de cirurgias em regime de hospital-dia e cirurgias ambulatorial para o ano de 2009	DOESP v. 119, n.117, publicado em 26/06/2009	Altera a produção das cirurgias em regime de hospital-dia e ambulatorial para os meses de julho a dezembro de 2009.
Termo Aditivo 6/09	Desconto no orçamento 2009 referente ao descumprimento de meta de produção	DOESP v. 119, n.165, publicado em 03/08/2009	Desconto de R\$ 17.199,00 referente ao descumprimento de produção cirúrgica referente ao 1º semestre de 2009
Termo Aditivo 7/09	Orçamento para investimento em ressonância magn. e adequação estrutural do setor para 2009	DOESP v. 119, n.190, publicado em 09/10/2009	Orçamento para investimento no valor de R\$ 4.000.000,00
Termo Aditivo 8/09	Orçamento para custeio do 13º salário para o ano de 2009	DOESP v. 119, n.221, publicado em 27/11/2009	Orçamento para custeio do 13º salário de 2009 no valor de R\$ 3.000.000,00
Termo Aditivo	Orçamento para o ano de 2010	DOESP v. 120, n.8, publicado em 13/01/2010	Orçamento para custeio mensal no valor de R\$ 7.000.000,00

Fonte: Silva, 2010, p.96.

Destaca-se o texto de acréscimo do parágrafo único à cláusula segunda, do convênio “mãe” renovado em 2007 definido o papel da FAMESP como interveniente e a responsabilidade da UNESP como conveniada.

A execução das atividades afetas a este Convênio, sob exclusiva responsabilidade da CONVENIADA, tais como aquisição de material de consumo, medicamentos, equipamentos médicos-hospitalares, contratação de pessoal, poderão ser realizadas com a interveniência da FUNDAÇÃO, sendo-lhe, absolutamente, vedada a transferência de atividades que impliquem execução ou gestão de serviços e ações de saúde objeto do presente ajuste. (DOESP, v.118, n. 117, 2008)

A legalidade da PPP no convênio entre Secretária de Saúde do Estado de São Paulo e a UNESP com a interveniência da FAMESP, está bem documentada e dentro dos princípios de transparência e publicização. As metas estabelecidas em um contrato de gestão e um convênio acabaram por equivalerem-se, elas diferem no quesito da comissão de acompanhamento e avaliação que o contrato de gestão exige e possui a participação da sociedade e pela sua autonomia de gestão, que possui a vantagem da eficácia nos resultados e a desvantagem da menor publicização em relação ao que o convenio oferece. O fato é que a PPP atinge seu objetivo no convênio do Hospital Estadual de Bauru.

4.2.O PLANO DE TRABALHO

O Plano de Trabalho é definido pelo anexo técnico do convênio do Hospital Estadual de Bauru, ele estabelece inicialmente as características dos serviços disponíveis aos usuários do SUS.

A CONVENIADA atenderá com seus recursos humanos técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde , oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas. O Serviço de Admissão da CONVENIADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde. No caso dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas. O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde. A CONVENIADA fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos

contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a CONVENIADA, em decorrência da assinatura deste CONVÊNIO, prestar serviços de assistência à saúde. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONVENIADA serão efetuados através dos dados registrados no SIH- Sistema de Informações Hospitalares, no SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE (DOESP, v.113, n.112, 2003).

O plano de trabalho define também as regras do atendimento, não somente as metas e indicadores qualitativos e quantitativos, ele trata ainda, dos itens que estão inclusos na internação, como serviço de hotelaria e refeição para acompanhante nos casos previstos na lei, define o que são considerados atendimentos de urgência e emergência, qual procedimento tomar nas situações de indisponibilidade de leito para internação ou de capacidade operacional de atenção médica, além de abordar o processo e os critérios para gestão do ambulatório e de programas especiais.

O primeiro plano de trabalho do HEB foi publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo em junho de 2003, apesar das atividades terem início a partir de janeiro de 2003. Esse fato é comum pelo fato do Hospital não possuir histórico de atendimento anterior, os primeiros recursos financeiros foram baseados em estimativas de atendimento à demanda da DIR VI, dados que não seriam exatos no momento da implantação.

A primeira contratação de produção publicada apresenta-se no quadro 15:

QUADRO 15 – Produção contratada com o HEB de janeiro a junho de 2003

Internação		
Tipo	Especialidades	Quantidade
Número de Saídas ⁵	Clínica Médica	264
	Clínica Cirúrgica	1013
	Clínica Obstétrica	0
	Clínica Pediátrica	165
	Clínica Psiquiátrica	0

⁵ Entende-se por saída, todos os casos de alta; óbito e transferências para outros hospitais.

Ambulatório		
Tipo	Especialidades	Quantidade
Consultas	Cardiologia Cirurgia cardiovascular Cirurgia geral Cirurgia plástica Cirurgia vascular Dermatologia Endocrinologia Endoscopia digestiva Fisiatria Gastroenterologia Infesctologia Neurologia Ortopedia/traumatologia Oftalmologia Otorrinolaringologia Pediatria Plantonista/médico Pneumologia Reumatologia Urologia	20.376
Urgência e Emergência		
Tipo	Especialidades	Quantidade
-	-	0
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – pacientes internos⁶		
Tipo	Especialidades	Quantidade
	Patologia Clínica Radiologia Ultrassonografia Mix de Diagnoses APACs FAECs	7713
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – pacientes externos⁷		

⁶ Entende-se por pacientes internos todos os casos de pacientes internados no HEB.

⁷ Entende-se por pacientes externos todos os casos de pacientes encaminhados pelo ambulatório ou pela Diretoria Regional de Saúde – BAURU, através de sua central de vagas.

Tipo	Especialidades	Quantidade
	Patologia Clínica	2055
	Radiologia	1149
	Ultrassonografia	849
	Mix de Diagnoses	2492
	APACs	628
	FAECs	0

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 113, n.112, 2003.

O plano de trabalho destaca a observação de que todos os exames para apoio diagnóstico e terapêutico, aqui elencados, estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS – NOAS, para os procedimentos do Sistema de Informação Ambulatória- SIA/SUS.

O documento conta ainda com a relação de informações de produção que deverão ser encaminhadas mensalmente à Secretária de Saúde do Estado de São Paulo.

1. Altas Hospitalares - Hospitalização por especialidade, Total de Óbitos, Pacientes – Leitos, Saídas-dia Operacionais. 2. Atividade Cirúrgica - Atividade Cirúrgica Eletiva, Urgente, Média de salas cirúrgicas operacionais / dia, Hospitalar Ambulatorial. 3. Atendimento Ambulatorial - Número de 1ª consultas, Número de Consultas subseqüentes. 4. Atendimento de Urgência/Emergência - Urgências e Nº pacientes, Nº pacientes, Óbitos na Emergências, internados, não internados PS durante as 48 horas. 5. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Exames por tipo, Nº de exames, Pacientes do Hospital, Pacientes Externos, Nº de exames. (DOESP, v.113, n.112, 2003).

Define-se ainda, no plano de trabalho, o sistema de pagamento por produção, considerando que 30% do orçamento do hospital estão destinados à internação; 40% a ambulatório; 30% aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Fica estabelecido também que alguns procedimentos, os de alta complexidade e custo precisam de autorização do Estado.

O recebimento financeiro fica vinculado à prestação de contas dos itens pactuados neste plano de trabalho, sendo 90% do orçamento total direcionado ao custeio das atividades e 10% considerado incentivo no caso de alcance das metas qualitativas, este

recurso geralmente é destinado ao pagamento das despesas administrativas com a Fundação ou para o investimento em qualidade e desenvolvimento das pessoas da organização. Neste plano inicial de trabalho, as metas estabelecidas foram a de implantação de serviços, ficando 100% do Serviço de Atenção ao Usuário previsto para o 2º trimestre e 50% da Comissão de Prontuário prevista para o 2º trimestre.

O plano de trabalho conta também com uma regra de pesos para o pagamento dos itens produtivos, estabelece-se a o acordo demonstrado no quadro 16.

QUADRO 16 – Avaliação e valoração dos desvios nas quantidades de atividade assistencial

	Atividade Realizada	Valor a Pagar
INTERNAÇÃO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
AMBULATORIO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
SADT	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)

	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)
--	------------------------------------	---

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo, v.113, n.112, 2003.

O Hospital Estadual de Bauru é definido como um Hospital terciário, ou seja, utiliza-se do serviço de urgência e emergência somente para os casos internos da organização, não estando este serviço disponível para a população em geral, o acesso ao hospital é necessariamente resultado de encaminhamento de outra organização de saúde ou da organização administrativa de saúde na região, enquadrando-se desta forma no perfil apresentado abaixo “Portas Fechadas”.

QUADRO 17 - Avaliação e valoração dos desvios nas quantidades de atividade de urgência e emergência

HOSPITAL “PORTAS FECHADAS”			HOSPITAL “PORTAS ABERTAS”		
Atividade Realizada		Valor a pagar	Atividade Realizada		Valor a pagar
Urgência e Emergência	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	Até 10% acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência e Emergência.
				Entre 11% e 25% acima do volume contratado	De 11% a 25% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital(R\$)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência e Emergência		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência e Emergência.
	Entre 70% e 84,99% do volume	90% X peso percentual da atividade		Entre 70% e 84,99% do volume	90% X peso percentual da atividade

	contratado	Urgência e Emergência X orçamento do hospital (R\$)		contratado	Urgência e Emergência X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)		Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo, v.113, n.112, 2003

O desenvolvimento da PPP no HEB resultou em adequações contratuais de metas de produção, mantêm as informações e alteram-se as quantidades negociadas e conseqüente orçamento de produção. As metas de qualidade são redefinidas a partir do plano de trabalho de 2004 de acordo com a evolução de gestão da organização, como apresentado no quadro 18:

QUADRO 18 – Plano de Trabalho Qualitativo para o ano de 2004

INDICADOR	AVALIAÇÃO	VALORAÇÃO
Qualidade de informação	1º trimestre	30%
	2º trimestre	30%
Atenção ao usuário	1º trimestre	10%
	2º trimestre	10%
Faturamento AIH	1º trimestre	40%
	2º trimestre	40%
Comissão de Infecção Hospitalar	2º trimestre	20%
Comissão de Óbitos	1º trimestre	20%

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 114, n. 9, 15/01/2004

A evolução de metas produtivas e qualitativas é constante, a renovação do “convênio-mãe” em 2007, seguiu com uma série de propostas, elencadas a seguir nos moldes do plano operativo 2007 – 2012 assinado por Curcelli (2007).

- Estrutura Física - Metas: concluir o prédio atualmente em construção, com 2.060 m² e iniciar o funcionamento da Hemodiálise e construir prédio próprio para abrigar o Arquivo do Hospital, com 600m².
- Ambulatórios - Metas: implantar, gradativamente, a otimização dos serviços ambulatoriais, que consiste no agendamento de consultas, exames SADT e medicação em uma mesma data e ampliar a capacidade instalada para: - número de consultórios: 40 - salas de apoio para consultas e procedimentos: 28 - leitos de observação: 02.
- Internação – Metas: Ampliação do número de leitos para atingir o total estimado de 388, para atendimento de transplantes de órgãos. Apresenta-se a seguir o quadro 15 da capacidade instalada no HEB na data da renovação do convenio em 2007.

QUADRO 19 – Capacidade Instalada na renovação do convenio com o HEB em 2007

Tipo de leito	Internação	Isolamento	Total
Clínica médica	121	6	127
Clínica cirúrgica	99	4	103
Pediatria	32	3	35
Unidade coronariana	18	1	19
UTI adulto	9	1	10
UTI infantil	9	1	10
UTI coronariana	9	0	9
Total geral	297	16	313
Leitos de observação na Emergência		1	16 (sendo 3 emergência)

Fonte: Curcelli, Plano Operativo 2007-2012, 2007.

- Gestão de Pessoas – Meta: o Plano de Carreira será reavaliado anualmente, obedecendo às diretrizes orçamentárias para RH estabelecidas pela Secretaria da Saúde.
- Estimativa de Despesas – Meta: a soma dos salários, encargos, benefícios e serviços terceirizados não deverão ultrapassar 70% das despesas; o consumo de materiais e medicamentos 24% e os custos e despesas gerais 18% do total orçado para o custeio da organização.
- Ensino – Meta: Ampliar a disponibilidade de estágios a médicos residentes, de comum acordo com os Departamentos de Ensino da Faculdade de Medicina de Botucatu, além de Ampliar a disponibilidade de oferta de internato a alunos de 6º ano, de comum acordo com as Disciplinas dos Departamentos da Faculdade de Medicina de Botucatu e a oferta de possibilidade de estágios de acordo com a capacidade do Hospital e interesse da comunidade.
- Treinamentos – Meta: Ampliar a oferta de treinamento aos profissionais do Hospital, de acordo com as necessidades detectadas.
- Projeto “Escola de Saúde” – Meta: Implantar esse projeto que visa participar ativamente da formação e reciclagem de recursos humanos para a área da saúde em todos os seus níveis, na área de abrangência do DRS-VI, com a participação de funcionários, médicos do Hospital e apoio de docentes da Faculdade de Medicina de Botucatu.
- Pesquisa – Meta: Incrementar as atividades de pesquisa, proporcionando aos funcionários do Hospital oportunidades de desenvolver seus conhecimentos científicos.

O último anexo técnico analisado é o referente ao ano de 2009, que se apresenta a seguir através do termo aditivo publicizado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 119, n. 10, 16/01/2009.

O número de saídas contratadas para o ano de 2009 foi de 12.492, ficando distribuídas mensalmente pelas especialidades disponíveis no HEB: clínica médica; clínica cirúrgica; clínica obstétrica; clínica pediátrica e clínica psiquiátrica.

O atendimento de urgência foi definido como “Portas Fechadas”, sendo referenciado, totalizando o número de 8.498 na somatória do ano.

O atendimento ambulatorial, entendido como a somatória da primeira consulta, interconsulta, consulta subsequente e consulta não médica totaliza a disponibilidade anual de 132.584 vagas para agendamento.

Seguidos do atendimento ambulatorial da hemodiálise, total de 17.784; da radioterapia, total de 45.240 e da quimioterapia, total de 17.400 vagas disponíveis para 2009.

Neste contexto, encontram-se as especialidades médicas: Alergia e Imunologia; Infectologia; Cardiologia; Cancerologia; Cirurgia Cardiovascular; Nefrologia; Cirurgia de cabeça e pescoço; Neurologia; Cirurgia Geral; Oftalmologia; Cirurgia Pediátrica ortopedia/Traumatologia; Cirurgia Plástica; Otorrinolaringologia; Cirurgia Torácica; Pediatria - egressos de enfermagem; Cirurgia Vascular; Dermatologia ;Proctologia; Endocrinologia; Endoscopia digestiva; Gastroenterologia; Reumatologia; Urologia; Ginecologia; Hematologia e as especialidades não-médicas: Enfermagem; Nutrição; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Terapia Ocupacional; Ortóptica.

O total para cirurgias ambulatoriais no ano de 2009 foi de 3.765.

Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – externos , totalizaram 48.670 exames, divididos de acordo com a tabela 20:

QUADRO 20 – SADTs – externos disponibilizados no HEB para o ano de 2009

SADTs	EXAMES / ANO
Diag.Laboratório Clínico	27.048
Anat.Patológica - Citopatologia	1.416
Radiologia	5.220
Ultra-sonografia	3.600
Tomografia Comp.	1.524
Ressonância Magnética	1.350
Medic. Nuclear in Vivo	0
Endoscopia	2.092

Radiologia Intervencionista	0
Métodos Diagnóst. em especialidades	6.420
Procedimentos Esp. Hemoterapia	0

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 119, n. 10, 2009.

A estrutura de contratação referente à produção é padronizada em todas as PPPs do Estado de São Paulo, facilitador da gestão informatizada do Estado sobre os contratos de gestão e convênios em funcionamento.

Os indicadores qualitativos em 2009 eram os destacados no quadro 21.

QUADRO 21 – Indicadores de qualidade do HEB para o ano de 2009

Indicador	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Controle de Infecção Hospitalar – UTI	25%	25%	25%	25%
Mortalidade por IAM	25%	25%	25%	25%
Controle de Qualidade em Patologia Clínica	25%	25%	25%	25%
Análise do Tempo de Permanência	25%	25%	25%	25%

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 119, n. 10, 2009.

Finalmente, no início de 2010 apresenta-se o termo aditivo referente à contratualização de metas para o ano de 2010 analisadas neste trabalho com sua publicação no Diário Oficial do Estado de São Paulo v.120 n. 8, 13/01/2010.

(...) O presente Convênio tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela Conveniada, das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual de Bauru, para o exercício de 2010 em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento. Anexo Técnico – I – Descrição de Serviços - a) Anexo Técnico – II – Sistema de Pagamento -b) Anexo Técnico – III – Indicadores de Qualidade c) Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade (DOESP.v.120, n.8, 2010).

Neste documento não estavam publicizadas as metas de qualidade, ou mesmo o detalhamento das metas produtivas, mas o volume geral das atividades contratadas para o ano de 2010 conforme o quadro 22.

QUADRO 22 – Volume das atividades contratadas no HEB para o ano de 2010

Atividades	Volume Contratado
Internação	13.122
Atendimento Ambulatorial	132.584
HD / Cirurgia Ambulatorial	3.765
Atendimento de Urgência	9.081
SADT externo	62.964

Fonte: Diário Oficial do Estado de São Paulo, v.120, n.8, 2010

Pode-se observar o crescimento operacional e qualitativo do Hospital Estadual de Bauru, através da análise das metas pactuadas de 2003 a 2010, o crescimento quantitativo, assim como a complexidade e o refinamento das propostas de qualidade para a organização endossam os resultados das pesquisas de satisfação do usuário apresentada no capítulo referente aos Indicadores. Pesquisa que é inclusive um dos principais termômetros do Estado na avaliação da PPP para determinada sociedade. A pesquisa segue com a etapa de apresentação dos indicadores.

4.3.OS INDICADORES

Nesta etapa do trabalho apresentam-se os indicadores de produção e qualidade, metas contratuais para financiamento e avaliação do convênio com o Hospital Estadual de Bauru.

As informações sobre qualidade passaram a ser gerenciadas a partir do ano de 2005, teremos por isso uma apresentação referente ao período de cinco anos para efeito desta análise, de 2005 a 2009.

As tabelas demonstram os números contratados e os realizados. Deve-se considerar que a meta contratada é determinada pela média do ano anterior em conjunto com a análise de demanda existente, principalmente a demanda reprimida da DIR VI, para casos de ampliação ou criação de serviços.

As tabelas estão subdivididas por ano, algumas informações são marcadas por *, por tratar-se de um hospital em expansão e conseqüente fase de ampliação de serviços muitas metas foram pactuadas no decorrer dos anos além de considerarmos os ajustes e alteração de metas de qualidade.

Os dados foram obtidos no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, do Hospital Estadual de Bauru, em 2010.

QUADRO 23 – Realizado de 2005 a 2009 – Qualidade

23.1 Enfermagem	2005	2006	2007	2008	2009
Nº de Enfermeiros	*	*	1235	1250	1295
Nº de Pessoal de Enfermagem	*	*	5130	5355	6546
23.2 Controle- Inf. Hospitalar - UTI Adulto					
Nº de Infecções Hospitalares	121	116	151	151	119
Nº de Infecções cor. sanguínea c/ CVC/Umbilical	2	10	12	18	16
Nº de Pacientes Dia com CVC/Umbilical	2060	2869	2674	2835	3009
Nº de pneumonias em pac com vent. mecânica	*	*	*	68	31
Nº de Pacientes Dia com ventilação mecânica	*	*	*	2763	3038
23.3 Atenção do Usuário					
Queixas Recebidas	*	*	*	203	173
Queixas Resolvidas	*	*	*	193	161
23.4 Comissão de Prontuários					
Nº Prontuários Revisados	*	*	*	1152	1189
Nº de Relatórios Alta Completos	*	*	*	1132	1172
23.5 Comissão de Óbitos					
Nº de Óbitos Institucionais Analisados	*	*	*	530	647
23.6 Comissão de F. Vigilância					
Nº de Notificações Enviadas	*	*	*	4	0
23.7 Rotatividade de Funcionários					
Nº de Admissões	*	*	*	293	327

Nº de Demissões	*	*	*	252	213
Nº Total de Funcionários	*	*	*	15797	16874
23.8 Médicos Especialistas					
Médicos com Título Especialista	*	*	*	3007	3225
Nº Total de Médicos	*	*	*	3714	3560
23.9 Serviços Terceirizados					
Total Profissionais - Prestadores Serviço	*	*	*	1673	2194
23.10 Mortalidade Operatória					
Nº Óbitos até 7 dias de Proc.Cirúrgico	*	*	*	74	86
Nº Total de Pacientes Operados	*	*	*	6909	6420
23.11 Nº de Funcionários					
Nº de Funcionários - Total	*	*	*	17470	19068

Fonte: SAME – HEB, 2010

Percebe-se que até o ano de 2006 os indicadores de qualidade estavam sendo pactuados modestamente, o olhar ainda não alcançava todas as perspectivas necessárias para análise do desenvolvimento do Hospital Estadual de Bauru.

Foi em 2007 que as metas começaram a tomar outro formato com a renovação do convênio “mãe”, em paralelo com os contratos de gestão que passaram por modificações em 2008. O convênio com o HEB passa a ser administrado como os contratos de gestão das OSS e suas metas qualitativas e quantitativas são adaptadas ao controle e gestão de todas as PPPs no Estado de São Paulo, o sistema informatizado Gestão Hospitalar, acessado via internet.

QUADRO 24 – Contratado de 2005 a 2009– Produção

	2005	2006	2007	2008	2009
Internações	Cont	Cont	Cont	Cont	Cont
Clinica Medica	4336	4512	4512	4363	4740
Clinica Cirúrgica	5480	6400	6400	6520	6780
Pediatria	1224	921	921	950	972
Total de Internações	11040	11833	11833	11833	12492
Atividade Ambulatorial	Cont	Cont	Cont	Cont	Cont
Primeira Consulta	55200	53200	52800	47800	23762
Interconsultas	*	*	*	6480	13406
Retornos	66000	80000	80000	74692	82250
Total At. Ambulatorial	121200	133200	132800	128972	119418
Cirurgia Ambulatorial	Cont	Cont	Cont	Cont	Cont

Cirurgias Ambulatoriais	3320	3768	3746	3768	3765
Consultas não médicas	*	*	*	3828	13166
Apacs de Acomp	Cont	Cont	Cont	Cont	Cont
Hemodinâmica	*	*	720	*	*
Hemodiálise	*	*	1800	19344	17784
Urgência/Emergen	Cont	Cont	Cont	Cont	Cont
	7640	8500	8500	8500	8498
SADT Externo	Cont	Cont	Cont	Cont	Cont
Laboratório Clínico				15860	27048
Laboratório Patológico	21000	28000	22025	340	1416
Radiologia	3840	3000	3000	3800	5220
Ultrassonografia	1680	1680	1680	1680	3600
Mix Diagnose	9480	12000	12000	*	*
Densitometria	432	400	400	*	*
Tomografia Computadorizada	1080	1700	1700	1700	1524
FAEC	2540	3800	5796	*	*
Endoscopia	*	*	*	1616	2092
Especialidades	*	*	*	22325	6420
Oncologia	Cont	Cont	Cont	Cont	Cont
Radioterapia	*	*	*	16124	45240
Quimioterapia	*	*	*	10387	17400

Fonte: SAME – HEB, 2010

As metas de SADT externo, por tratar-se de agendamento são geralmente mais fáceis de atingir, mas mesmo estes casos e o caso dos atendimentos ambulatoriais que possui característica parecida, apesar de disponíveis para sociedade muitas vezes não são atingidos em virtude da demora no agendamento destes serviços, que faz com que o usuário desista, procure outro serviço ou simplesmente se esqueça da data agendada com muito tempo de antecedência.

A especialização do hospital é possível de ser observada já na contratação da produção através dos SADT, do serviço de Oncologia, das APACS – Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade, sem falar na ampliação dos Serviços Ambulatoriais como Interconsultas e Consultas não médicas

QUADRO 25 – Realizado de 2005 a 2009 - Produção

	2005	2006	2007	2008	2009
Internações	Real	Real	Real	Real	Real
Clinica Medica	4290	4472	4216	4146	4610
Clinica Cirúrgica	6188	6682	6531	6142	5584
Pediatria	1051	1152	943	1280	1699
Total de Internações	11529	12306	11690	11568	11893

Atividade Ambulatorial	Real	Real	Real	Real	Real
Primeira Consulta	51289	51493	41563	26524	28459
Interconsultas	*	1087	*	15181	12640
Retornos	81274	89607	97675	86066	82431
Total At. Ambulatorial	132563	142187	139238	127771	123530
Cirurgia Ambulatorial	Real	Real	Real	Real	Real
Cirurgias Ambulatoriais	4026	3087	3374	3149	3409
Consultas não médicas				15738	17334
Apacs de Acomp	Real	Real	Real	Real	Real
Hemodinâmica	*	430	777	*	*
Hemodiálise	*	*	2140	8609	16382
Urgência/Emergen	Real	Real	Real	Real	Real
	8233	9215	9209	8120	8914
SADT Externo	Real	Real	Real	Real	Real
Laboratório Clínico				32420	46576
Laboratório Patológico	30354	38319	17248	1445	2994
Radiologia	5408	6673	4798	5637	5211
Ultrassonografia	1490	1378	1873	3898	3047
Mix Diagnose	12304	12706	16254	*	*
Densitometria	409	431	400	*	*
Tomografia Computadorizada	2150	2627	1325	1445	1557
FAEC	4539	7016	11527	*	*
Endoscopia	*	*	*	2168	1936
Especialidades	*	*	*	6659	6055
Oncologia	Real	Real	Real	Real	Real
Radioterapia	*	*	*	16656	13108
Quimioterapia	*	*	*	7591	12676

Fonte: SAME – HEB, 2010.

As metas de produção foram alcançadas, assim como a complexidade dos serviços e sua oferta à sociedade. A qualidade é percebida através dos indicadores qualitativos, como os índices de satisfação do cliente, suas queixas sobre os serviços e os índices de rotatividade de pessoal.

Temos também os índices de infecção hospitalar e as taxas de mortalidade que contribuem para avaliação da resolutividade da organização, além das comissões técnicas e de qualidade, que desenvolve uma cultura de gestão compartilhada, envolvendo os colaboradores em atividades que não estão estabelecidas em suas descrições de cargos e que contribuem para o desenvolvimento do HEB.

4.4.A AVALIAÇÃO E O ACOMPANHAMENTO

A prestação de contas da contratada UNESP à contratante Secretária de Saúde do Estado de Paulo em relação ao convênio de gestão do Hospital Estadual de Bauru ocorre mensalmente através do preenchimento de um relatório de atividades informatizado, disponibilizado pelo Estado através de acesso via internet; o sistema é chamado de Gestão Hospitalar, disponível no endereço eletrônico: <http://gestaohospitalar.saude.sp.gov.br>, acesso permitido apenas a usuários cadastrados pelo departamento de gestão de contratos da Secretária de Saúde de São Paulo.

Neste Relatório constam as informações contratualizadas de produção e qualidade, além de informações de acompanhamento em um demonstrativo mensal contábil operacional, distribuído num plano de contas padronizado onde se destacam os principais grupos de informação sobre a Receita Operacional, Despesa Operacional e os Investimentos.

A auditoria *in loco* das atividades desenvolvidas pelo hospital, assim como as contas contábeis, financeiras e até mesmo a comparação de preços de produtos classificados como itens de maior representatividade física e financeira, são analisados, como, por exemplo, a diferença entre o que se paga no HEB em relação a um produto em especial (um bom exemplo são os gases medicinais) e seu preço de mercado em relação a outras OSS do mesmo porte. É atribuição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo esta auditoria, que é realizada através de visitas periódicas de acompanhamento e avaliação.

Um indicador importante na avaliação do desempenho econômico da organização em relação a outros hospitais é o de custo do leito ocupado.

Esse cálculo é resultado da avaliação do orçamento disponível para organização, representado pelo quadro 26 e pelas informações necessárias para o resultado do custo do leito ocupado, apresentada no quadro 27.

QUADRO 26 – Orçamento do HEB de 2005 a 2009

Orçamento/Ano	2005	2006	2007
Para o Ano	R\$ 42.800.000,04	R\$ 50.817.468,00	R\$ 54.640.015,30
Compl. Julho a Dezembro	R\$ -	R\$ 2.829.000,00	R\$ -
Hospital de Ensino	R\$ -	R\$ -	R\$ 261.593,76
Vigilância Epidemiológica	R\$ -	R\$ -	R\$ 13.499,99
TOTAL	R\$ 42.800.000,04	R\$ 53.646.468,00	R\$ 54.915.109,05
Orçamento/Ano	2008	2009	
Para o Ano	R\$ 62.929.937,40	R\$ 70.614.000,00	
Hospital de Ensino	R\$ 1.569.562,56	R\$ -	
Orçamento transf. p/ Investimento	R\$ (2.291.004,84)	R\$ -	
Compl. Custeio da Oncologia	R\$ 319.578,00	R\$ -	
Compl. Setembro a Dezembro	R\$ 295.584,00	R\$ -	
Compl. Agosto a Dezembro	R\$ -	R\$ 2.000.000,00	
décimo terceiro salário	R\$ -	R\$ 3.000.000,00	
Redução - cirurgias eletivas	R\$ -	R\$ (17.199,00)	
TOTAL	R\$ 62.823.657,12	R\$ 75.596.801,00	
Orçamento/Mensal	2005	2006	2007
Para o Ano	R\$ 3.566.666,67	R\$ 4.234.789,00	R\$ 4.553.334,61
Média Mensal do Compl.	R\$ -	R\$ 235.750,00	R\$ -
Hospital de Ensino	R\$ -	R\$ -	R\$ 21.799,48
Vigilância Epidemiológica	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.125,00
TOTAL	R\$ 3.566.666,67	R\$ 4.470.539,00	R\$ 4.576.259,09
Orçamento/Mensal	2008	2009	
Para o Ano	R\$ 5.244.161,45	R\$ 5.884.500,00	
Hospital de Ensino	R\$ 130.796,88	R\$ -	
Orçamento transf. p/ Investimento	R\$ (190.917,07)	R\$ -	
Compl. Custeio da Oncologia	R\$ 26.631,50	R\$ -	
Compl. Setembro a Dezembro	R\$ 24.632,00	R\$ -	
Compl. Agosto a Dezembro	R\$ -	R\$ 166.666,67	
décimo terceiro salário	R\$ -	R\$ 250.000,00	
Redução - cirurgias eletivas	R\$ -	R\$ (1.433,25)	
TOTAL	R\$ 5.235.304,76	R\$ 6.299.733,42	

Fonte: SAME – HEB, 2010

O orçamento de 2007 corresponde à média de dois editais, o primeiro aprovado para o período de janeiro a fevereiro e o segundo aprovado para o período de Março a Dezembro.

Em 2008 ocorreu uma complementação orçamentária para o período de Setembro a Dezembro, com posterior redução neste valor para o mesmo período e também uma redução no total disponibilizado inicialmente para o Hospital de Ensino, além do início

da Vigilância Epidemiológica a partir de junho. O orçamento é resultado da média do disponível para o efetivo ano, sua complementação e redução.

Ajustes como o de 2007 e 2008 também acontecem em 2009, o total do orçamento disponível para este ano é resultado da soma de um primeiro orçamento aprovado para o período de janeiro a março somado a um segundo orçamento para os meses de abril a dezembro.

Apresenta-se agora o quadro 27 com as informações necessárias para avaliação do custo do leito ocupado

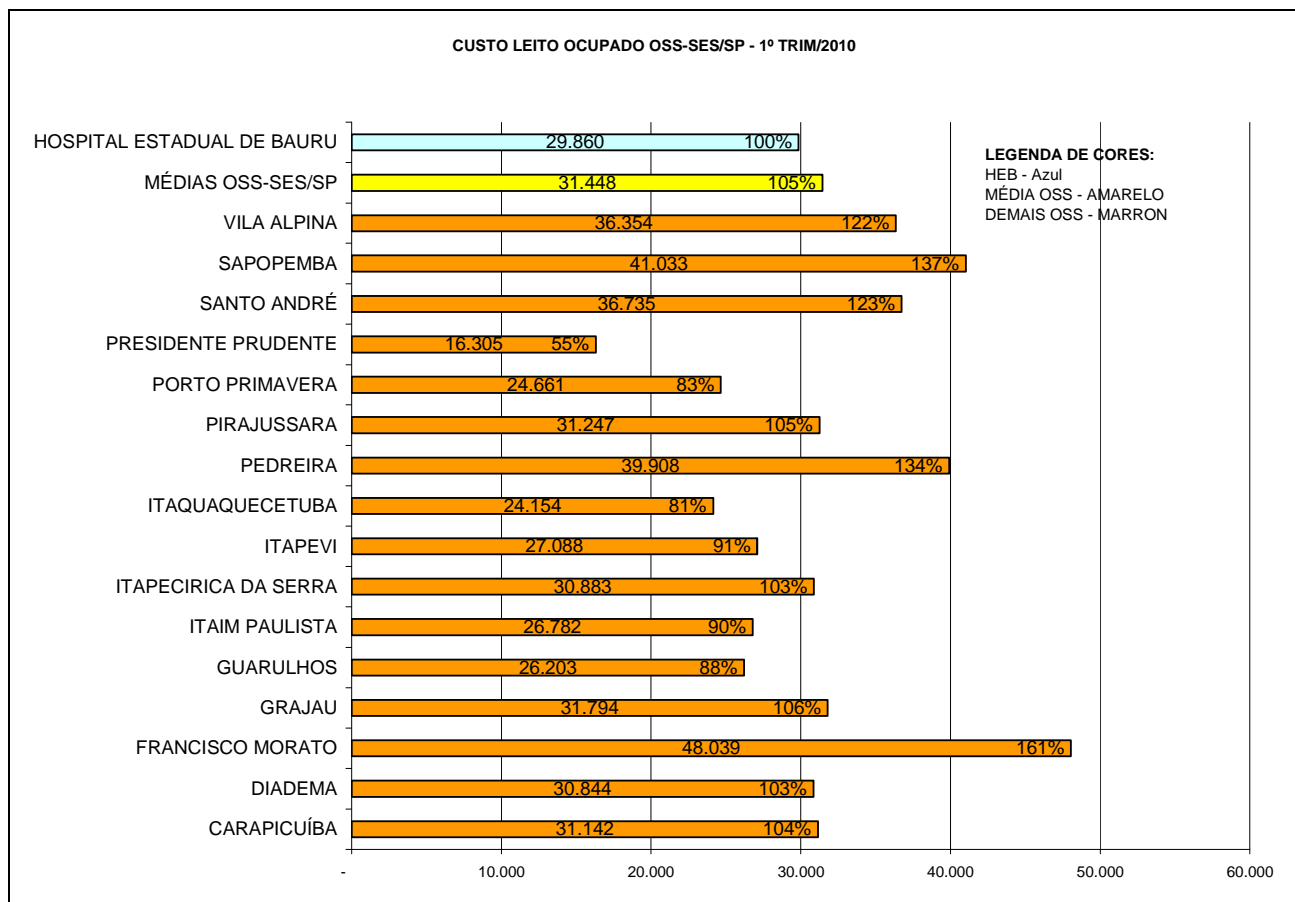
QUADRO 27 – Informações para cálculo de custo do leito ocupado

Informações	2005	2006	2007
Leitos/ Ano	97820	97820	97820
Leitos Disponíveis	268	268	268
Ocupação	79%	80%	73%
Leitos Ocupados/Ano	76838	78569	71888
Leitos Ocupados	211	215	197
Orçamento Mensal	R\$ 3.566.666,67	R\$ 4.470.539,00	R\$ 4.576.259,09
Custo Leito Ocupado/mês	R\$ 16.942,66	R\$ 20.768,32	R\$ 23.118,87
Informações	2008	2009	Média
Leitos/ Ano	95089	95552	96820
Leitos Disponíveis	261	262	265
Ocupação	79%	81%	78%
Leitos Ocupados/Ano	75054	77005	75871
Leitos Ocupados	206	211	208
Orçamento Mensal	R\$ 5.235.304,76	R\$ 6.299.733,42	-
Custo Leito Ocupado/mês	R\$ 24.824,15	R\$ 29.860,30	-

Fonte: SAME – HEB, 2010

A ocupação do HEB está em torno de 78% dentro do referencial externo de qualidade de 80%, o Custo do Leito Ocupado também está adequado ao referencial externo, se considerarmos a média de R\$ 29.860,30 para o 1º trimestre de 2010, conforme apresentado no quadro 28.

QUADRO 28 – Custo Leito Ocupado OSS-SES/SP - 1º TRIM/2010



Fonte: Relatório de Gestão das OSS – Secretária de Estado da Saúde de São Paulo - 1º TRIM/2010

Pode-se observar que o HEB está dentro do referencial externo de custos na escala dos indicadores mais baixos de custo do leito-ocupado.

A auditoria externa contratada pela UNESP anualmente também contribui para avaliação de todas as contas individualmente para validação do balanço da organização.

Existe ainda a prestação de contas da Fundação interveniente FAMESP e a responsável pelo contrato a UNESP, é enviada mensalmente uma relação de documentos da FAMESP para UNESP. Entre estes documentos estão os relatórios do tribunal de contas e a prestação de contas à Secretaria de Saúde, balancetes, relatórios de custos e outros necessários à UNESP e aos órgãos responsáveis pela filantropia ou supervisão jurídica da FAMESP.

Para definição orçamentária, o HEB utiliza-se da PLANISA que é contratada pela Secretária de Saúde para padronização das informações das OSS e garantia de utilização de critérios iguais e reconhecidos. Os relatórios de custos são analisados trimestralmente pela UNESP, assim como as informações presentes no sistema de Gestão para constante

acompanhamento e adequação jurídica através dos Termos Aditivos sempre que necessário, visto a necessidade de publicização de todos os atos financeiros e contratados pela PPP.

A proposta é a garantia de informações que evidenciem o gasto do dinheiro público nas Organizações gerenciadas através da modalidade de contratos de PPP, sejam contratos de gestão ou convênios, como é o caso do Hospital Estadual de Bauru.

Neste caso, não existe a comissão de avaliação e acompanhamento composta por representantes da sociedade, geralmente conselheiros de saúde ou outros representantes eleitos para esta função. O convênio não possui essa exigência, diferentemente do contrato de gestão que tem em sua legislação a obrigatoriedade do acompanhamento periódico desta comissão.

No entanto, pode-se perceber que a publicização ocorre com muita frequência, assim como o acompanhamento e a avaliação da PPP, pelos representantes públicos.

4.5.A PRESTAÇÃO DE CONTAS AO PARCEIRO E A SOCIEDADE

A compreensão e participação pública fazem-se extremamente necessária quando se trata de uma tecnologia direcionada a serviços de relevância pública como a gestão das organizações hospitalares. A transparência desta parceira é condição para o desenvolvimento da PPP nos hospitais brasileiros.

Para Auler e Bazzo (2001, p.12) a participação pública no Brasil é resultado de alguns aspectos peculiares:

(...) temos aspectos peculiares ao contexto brasileiro, decorrentes, em grande parte, do nosso passado colonial e da nossa posição nas relações econômicas internacionais. A longa vigência do modelo agrário-exportador contribuiu para a configuração de um pragmatismo/ imediatismo, bem como para uma cultura retórico-literária. Além disso, no contexto da industrialização, a importação/transferência de tecnologia, sem a respectiva transferência de conhecimentos, inviabilizou o desenvolvimento científico-tecnológico nacional. Tanto no modelo agro-exportador quanto no da industrialização, a análise realizada remete à ausência de um projeto de nação. Como consequência, não há uma articulação dinâmica entre ciência, tecnologia e sociedade. Também, em nossa história, convivemos com um Estado predominantemente autoritário, no qual, geralmente, o povo brasileiro está alijado de qualquer participação (AULER E BAZZO, 2001, p.12)

A PPP é uma experiência bem sucedida em diversos países, apresentada de diversas formas de acordo com a política e cultura local. Existem diversos tipos de

contratualização das PPPs, segundo Dias (Coordenador do Programa PPP no Chile), a parceria pode ter início desde seu projeto arquitetônico e construção, finalizando na gestão parcial da instituição, como ocorre no Canadá e Inglaterra (neste caso o poder público é dono apenas do terreno e responsável pelo anti-projeto, administração do projeto e gestão dos serviços clínicos), um pouco diferente do que acontece na Espanha, Portugal e Austrália, que se diferencia somente na transferência da gestão dos serviços clínicos para o parceiro privado. No Chile, a PPP é semelhante ao Canadá e Inglaterra, com a diferença que a propriedade do edifício é do poder público.

O Brasil possui um sistema de saúde e uma política e legislação bastante diferente dos exemplos citados, o acesso é universal e gratuito a todos os cidadãos. A preocupação na importação desta tecnologia é sua adaptação a realidade brasileira.

A apropriação social da ciência, além da questão ética tem seus resultados efetivamente comprometidos, sua definição para Alonso (2008, p. 214) “Si recurrimos a explorar desde la base el significado del término “ apropiación” encontramos que el diccionario lo define como “acción y afecto de apropiar”. Ello nos conduce al significado de “apropiar”, cuyas acepciones pueden encuadrarse básicamente em dos: uma associada a un cambio de propietario y otra asociada a adecuar algo a una cosa”.

A PPP não pode ser apropriada como um produto brasileiro no enquadramento dos outros países, com benefícios unilaterais. Deve ser adequada como um sistema de gestão que contribua para o desenvolvimento das políticas de saúde e das organizações hospitalares, melhorando a qualidade e oferta destes serviços para sociedade, nos princípios da igualdade, universalidade e integralidade.

A PPP como alternativa de gestão e financiamento para as organizações hospitalares, também deve ser analisada de forma multidisciplinar e aquém de interesses pessoais.

Os estudos CTS definem hoje um campo de trabalho recente e heterogêneo, ainda que bem consolidado, de caráter crítico a respeito da tradicional imagem essencialista da ciência e da tecnologia, e de caráter interdisciplinar por convergirem nele disciplinas como a filosofia e a história da ciência e da tecnologia, a sociologia do conhecimento científico, a teoria da educação e a economia da mudança técnica. Os estudos CTS buscam compreender a dimensão social da ciência e da tecnologia, tanto desde o ponto de vista dos seus antecedentes sociais como de suas consequências sociais e ambientais, ou seja, tanto no que diz respeito aos fatores de natureza social, política ou econômica que modularam a mudança científico-tecnológica, como pelo que concerne às repercussões éticas, ambientais ou culturais dessa mudança (BAZZO, 2003, p.125).

A inserção da compreensão e participação pública no Brasil deverá passar antes por um processo educativo, é fundamental a mobilização dos envolvidos na PPP para transparência e sucesso do modelo de gestão apresentado.

Auler e Bazzo (2001, p.12) concluem que “Ao assumirmos criticamente os objetivos do movimento CTS, há indicativos de que, além de conhecimentos/informações necessários para uma participação mais qualificada da sociedade, necessitamos, também, iniciar a construção de uma cultura de participação”.

Tratando-se de bem-estar geral e desenvolvimento de um novo sistema de gestão, que possibilite a ampliação de leitos e serviços, viabilidade de operação de hospitais, aumento de qualidade e resolutividade. A sociedade como um todo deve compreender esta tecnologia.

A CTS impulsiona assim a crescente necessidade de aumento da transparência e das discussões dos mecanismos de compreensão da sociedade em tudo o que a Ciência e a Tecnologia influi na vida dos cidadãos. A saúde e a educação ganham um importante papel nessas discussões, considerando a representatividade destes setores no cotidiano e no bem estar da sociedade. Há de se observar que também pode subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas nestes setores. A compreensão do cidadão sobre a gestão e definição de prioridades destes serviços relevantes a sociedade, é condição básica para avaliação dos resultados das organizações hospitalares, através não só de indicadores quantitativos e financeiros, mas principalmente de indicadores de qualidade e satisfação do usuário (SILVA e PEDRO, 2009, p.344)

A compreensão e tomada de decisão é o caminho do desenvolvimento da cidadania, que passa a ter um acesso além do atendimento hospitalar, mas às políticas públicas que determinam o investimento e a operação dos serviços que receberá no hospital de sua referência.

a crescente influência da C&T em diferentes dimensões da vida moderna torna cada vez mais indispensável o entendimento das questões científico-tecnológicas para o exercício da cidadania. Uma política de popularização da ciência direcionada a ampliar o entendimento do indivíduo sobre o mundo no qual está inserido poderia estimular a participação pública em escolhas e direcionamentos da ciência e tecnologia e, conseqüentemente, contribuir para uma inclusão dos interesses de grupos sociais tradicionalmente deixados à margem dos benefícios que o desenvolvimento científico e tecnológico pode proporcionar. Nesse sentido, as ações para promover a popularização da ciência podem ser entendidas também como estratégicas para impulsionar a inclusão social (LIMA, NEVES E DAGNINO, 2008, p.1).

O campo de estudos CTS torna-se fundamental para a compreensão destas questões científico-tecnológicas que influem diretamente no cotidiano dos cidadãos, a popularização da ciência e tecnologia forma a sociedade para a efetiva participação nas políticas públicas, entre elas as PPPs em organizações hospitalares.

(...) cada cidadão tem seus valores e posturas sobre as questões científico-tecnológicas que, muitas vezes, vão ao encontro das demais. Por isso, uma adequada participação na tomada de decisões que envolve ciência e tecnologia deve passar por uma negociação. As pessoas precisam ter acesso à ciência e à tecnologia, não somente no sentido de entender e utilizar os artefatos e mentefatos como produtos ou conhecimentos, mas, também, opinar sobre o uso desses produtos, percebendo que não são neutros, nem definitivos, quem dirá absolutos (PINHEIRO, SILVEIRA E BAZZO, 2007, p.73)

O movimento CTS caracteriza-se pelo olhar interdisciplinar da ciência e tecnologia para a sociedade. A utilização de produtos ou técnicas que contribuam para o bem esta social e o desenvolvimento econômico do país são frutos colhidos a várias mãos por este campo.

(...) a preocupação dos cientistas, educadores e outros é que a ignorância de fatos básicos da ciência produz cidadãos ingênuos, propensos a acreditar facilmente em fatos pseudocientíficos, potencialmente prejudiciais a si próprio e à sociedade. Por outro lado, acredita-se que um cidadão bem informado seria capaz não só de orientar melhor a sua vida mas também influir, como membro da sociedade, nos rumos da própria ciência.(...) O processo da popularização do conhecimento científico não é tarefa fácil. Além de tecnicamente complexo, há freqüentemente muitos interesses em jogo. Há até quem duvide que a popularização da ciência seja possível sem que no processo ocorram problemas de distorção e manipulações (MUELLER, 2002, p.2).

Tratando-se de uma parceria que envolve atores do setor privado e público, ainda mais séria é a preocupação com a transparência do contrato de gestão e seus resultados, o acesso a informação e o controle da PPP é premissa para o sucesso e garantia dos direitos da sociedade nesta alternativa de gestão em organizações hospitalares públicas.

(...) o conceito de participação dos cidadãos refere-se, basicamente, a dimensões articuladas, tais como processos de democratização do conhecimento (circulação de informação qualificada, processos de aprendizagem social, etc.), existência e disponibilidade de canais de participação – formais ou informais – e incorporação de conhecimentos e necessidades do contexto social ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia. (VOGT, 2005, p.23)

A PPP em organizações hospitalares, precisa preocupar-se, além da transparência com o meio de popularização da informação, a sociedade que compreende esta tecnologia de gestão contribui para o desenvolvimento dos serviços e qualidade. No entanto, existem requisitos fundamentais para que os cidadãos possam interagir neste processo, Vogt (2005) os apresentam como: conhecimento, atitude e interesse.

Por meio dos indicadores de interesse, busca-se apreender a importância relativa que a sociedade atribui à investigação científica e ao desenvolvimento tecnológico. Abarcam pelo menos três aspectos de medição: 1) o interesse do público por questões de ciência e tecnologia presentes na agenda social (por exemplo, novas descobertas médicas e científicas, poluição ambiental, políticas militares e de defesa, entre outros); 2) a auto-avaliação que o público faz sobre seus conhecimentos em ciência e tecnologia; e 3) o nível de atenção do público com relação às políticas de ciência e tecnologia: o “público atento” (*attentive*) compreende os indivíduos que se consideram “muito interessados” e “muito bem informados” sobre determinada área de política científica e, ao mesmo tempo, são leitores regulares de um jornal ou revista de difusão nacional. (VOGT, 2005, p.6)

A compreensão desta tecnologia de gestão é importante, contribui para quebra de paradigmas e apresenta a PPP como uma alternativa de gestão e financiamento; não que esta seja a solução, mas sem dúvida uma possibilidade de desenvolvimento e até mesmo de operação para as organizações hospitalares, visto que não existe espaço para o aumento das cargas tributárias ou do orçamento para Saúde.

A estratégia de difusão e popularização deste conhecimento é uma das ações mais importantes quando se discute a PPP em organizações hospitalares. A comissão de controle e avaliação deverá ser composta por representantes públicos e da sociedade aptos na avaliação e acompanhamento do contrato de gestão, neutros de interesses pessoais.

Segundo Nascimento (2006, p.11), “o contrato de gestão evita que o prestador estabeleça unilateralmente que vai desenvolver e que as políticas de saúde sejam desenvolvidas à margem das definições e do controle exercidos pelo poder público e pelos usuários”.

Nascimento (2006, p.16) apresenta ainda as formas de avaliação e controle da PPP: “ a Lei Complementar 846/98; através do próprio contrato de gestão e pelo Tribunal de Contas do Estado”.

A lei complementar 846/98, na Seção IV regulamenta a Execução e Fiscalização do Contrato de Gestão:

(...) **o artigo 9º**- A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo Secretário de Estado da Saúde ou pela Secretaria de Estado da Cultura, nas áreas correspondentes.(...) **o § 1º**- O contrato de

gestão deve prever a possibilidade de o Poder Público requerer a apresentação pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.(...) o § 2º- Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão serão analisados, periodicamente, por comissão de avaliação indicada pelo Secretário de Estado competente, composta por profissionais de notória especialização, que emitirão relatório conclusivo, a ser encaminhado àquela autoridade e aos órgãos de controle interno e externo do Estado. (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1998, p.4-5).

Branco cita um dos pontos de avaliação mais importante do processo da PPP e seguramente o mais efetivo na compreensão pública deste modelo de gestão:

(...) a avaliação das expectativas e da satisfação dos usuários é a melhor expressão do compromisso com o controle público na gestão por OS. (p.20) as pesquisas de satisfação, realizadas com regularidade, a intervalos adequados de tempo, permitem a construção de séries de dados com os quais, por um lado, se consegue “controlar” a manutenção dos níveis de qualidade no atendimento, pré-estabelecidos nos contratos de gestão. (p.22) por outro lado, a sua divulgação e difusão, junto à população em geral e junto aos próprios usuários em especial, possibilita a formação de “novos juízos” e expectativas sobre a própria qualidade e disponibilidade dos serviços ofertados, ensejando, quando pertinentes, a fixação de novas metas de melhoria dos resultados almejados. (p.23). (BRANCO, 2008, p.20-23).

As transparências dos contratos combinadas com o ouvir da população resultam em um serviço sustentável e de qualidade, através da confiança da sociedade na gestão da PPP da organização hospitalar da qual são usuários. A compreensão e participação podem acontecer de diversas formas, através de uma ouvidoria, de uma audiência, de uma conferência pública ou mesmo através de um site na internet.

A compreensão desta tecnologia pelo público leigo, em geral esta ligada a satisfação do usuário no atendimento hospitalar, a fatores mais qualitativos e humanos do que propriamente quantitativos, daí a importância da participação do público na avaliação desta proposta de gestão hospitalar, não que o controle dos recursos públicos não seja também o papel do cidadão, para isso é formada uma comissão de avaliação e controle (com especialistas e não-especialistas preparados para essa participação) que juntamente com o Tribunal de Contas analisa mais detalhadamente os indicadores quantitativos e financeiros, além dos indicadores qualitativos (SILVA e PEDRO, 2009, p.348).

Além disso, é preciso garantir a autonomia e a transparência dos contratos de gestão das OSS, dos convênios ou termos de parceria o poder público dever estar integrado ao

sistema privado sem perder sua capacidade regulatória e seu papel de parceiro na gestão dos hospitais. Não existe a transferência de responsabilidade e sim a soma de potencialidades.

Como diz J. Dewey *apud* Cuevas (2008, p.68) “construir la democracia significa assegurar que aquellos que son afectados por las decisiones de SUS gobernantes tengan una justa participación em la elaboración de las mismas”.

O HEB por tratar-se de um convênio com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo não realiza diretamente a prestação de contas desta PPP à sociedade por não ter em sua contratação a exigência de uma avaliação de acompanhamento e avaliação, que é obrigatoriamente composta por representantes da sociedade, além dos representantes público e privado como ocorre nos contratos de gestão. No entanto, estão disponíveis todos os editais no DOESP e no site da organização na Internet, a discussão sobre a efetividade do serviço nesta Organização restringe-se aos parceiros e poderes de regulação como o Ministério Público.

Para este trabalho foram analisadas as pesquisas de satisfação de 2005 a 2009, os questionários são divididos por pacientes internados e ambulatoriais em perguntas setoriais com opção de resposta: Muito Ruim, Ruim, Regular, Bom e Muito Bom. A grande maioria dos relatórios consolidados atende a mais de 90% na pontuação Muito Bom e Bom. Todas as questões apontadas pelas outras opções de respostas são tabulas, encaminhadas aos setores para avaliação, correção e justificativa e encaminhadas a Secretária de Saúde juntamente com o indicador de queixas recebidas.

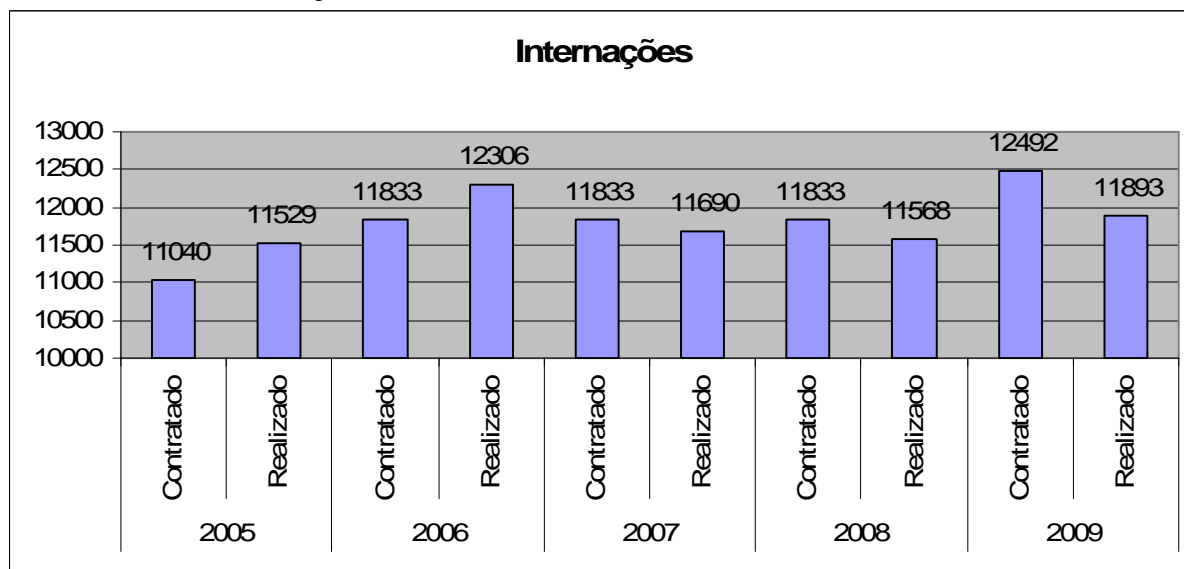
Esta informação é gerenciada internamente e a prestação de contas acontece diretamente para o parceiro público, a Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, não passando por comissões de avaliação mista ou representações da sociedade local.

4.6. OS RESULTADOS

Os indicadores de produção são contratualizados através de metas físicas, a quantidade de procedimentos pactuados é definida e confrontada com os resultados alcançados, lembrando que se tratando de indicadores de saúde o planejamento é feito com base em demanda e estimativas de atendimento dos períodos anteriores.

Apresentam-se os gráficos de produção do período de 2005 a 2009 para análise dos resultados de atendimento, considerando que este hospital foi inaugurado no sistema de PPP e estes atendimentos não eram realizados antes de 2003.

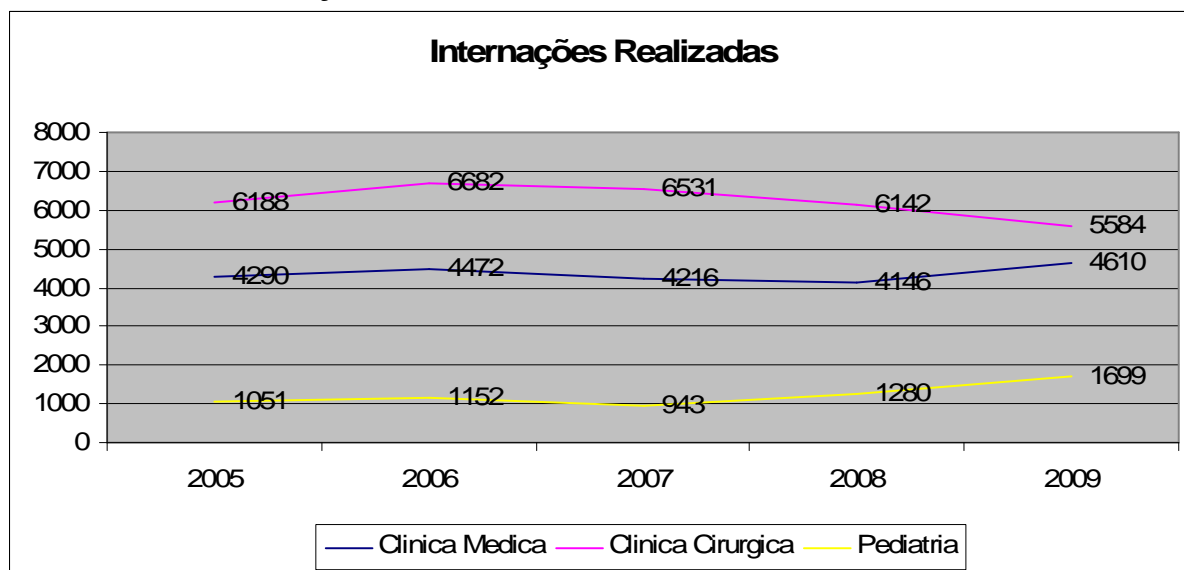
QUADRO 29 - Internações



Fonte: SAME – HEB, 2010.

O indicador de internações realizado geralmente supera o indicador de internações contratadas, a meta é determinada pela demanda de anos anteriores e pela necessidade observada pela Diretoria Regional de Saúde, como se trata de um fator variável as informações entre contratado e realizado dificilmente estarão equilibradas.

QUADRO 30 – Internações Realizadas

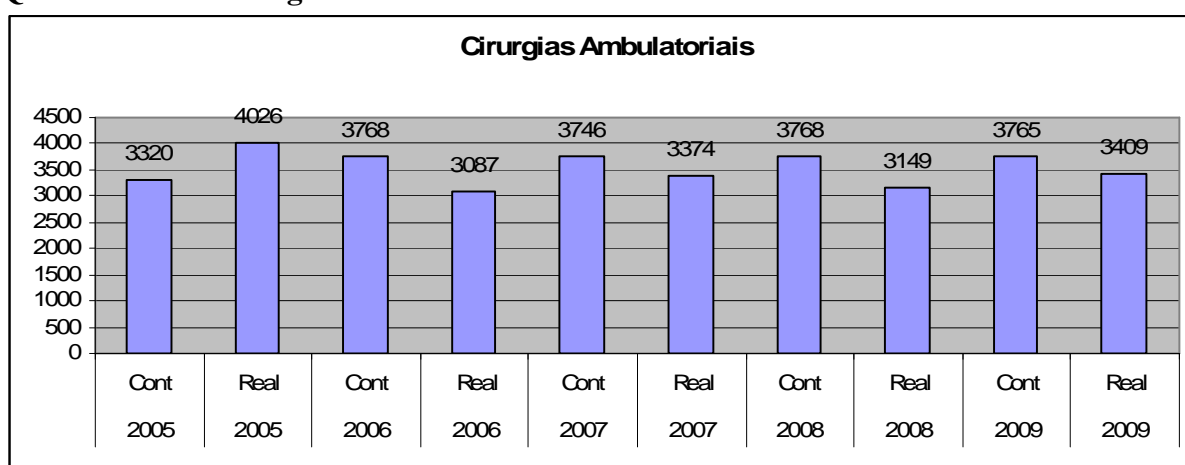


Fonte: SAME – HEB, 2010

Percebe-se que em 2009 o realizado atinge o contratado nos anos anteriores, representando assim a média de internações mais aproximada para o HEB, outra informação importante é a característica das internações realizadas, trata-se de um hospital com demanda maior para clínica adulta e cirúrgica.

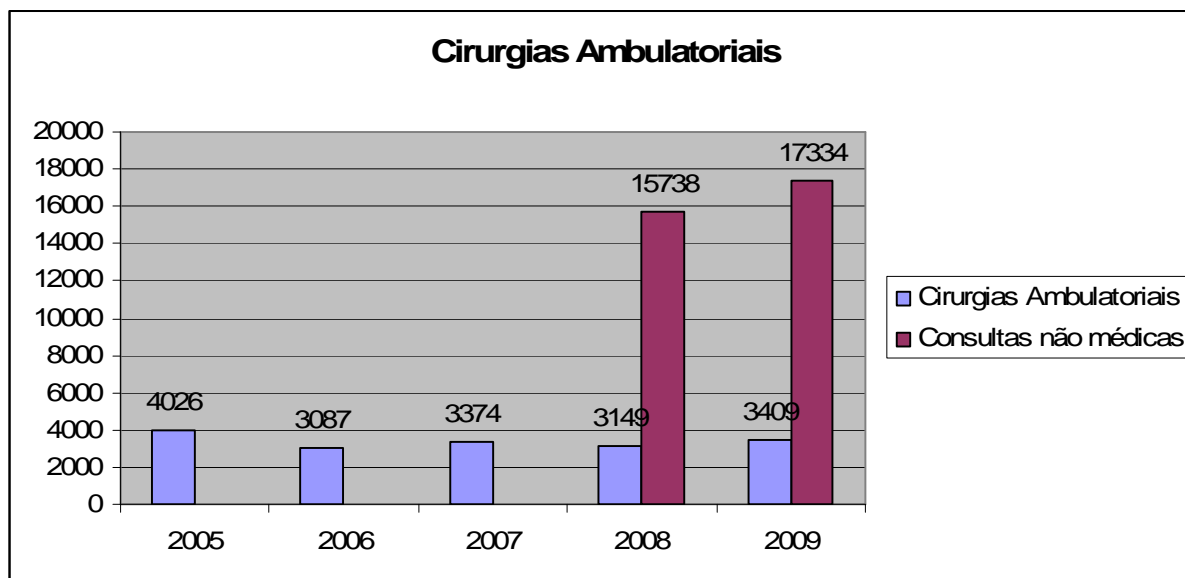
Os quadros 31, 32, 33 e 34 tratam os indicadores ambulatoriais, entendem-se como procedimentos ambulatoriais as consultas não médicas e as cirurgias ambulatoriais e como atividades ambulatoriais as primeiras consultas, interconsultas e retornos, todas realizadas exclusivamente por médicos

QUADRO 31 - Cirurgias Ambulatoriais



Fonte: SAME – HEB, 2010.

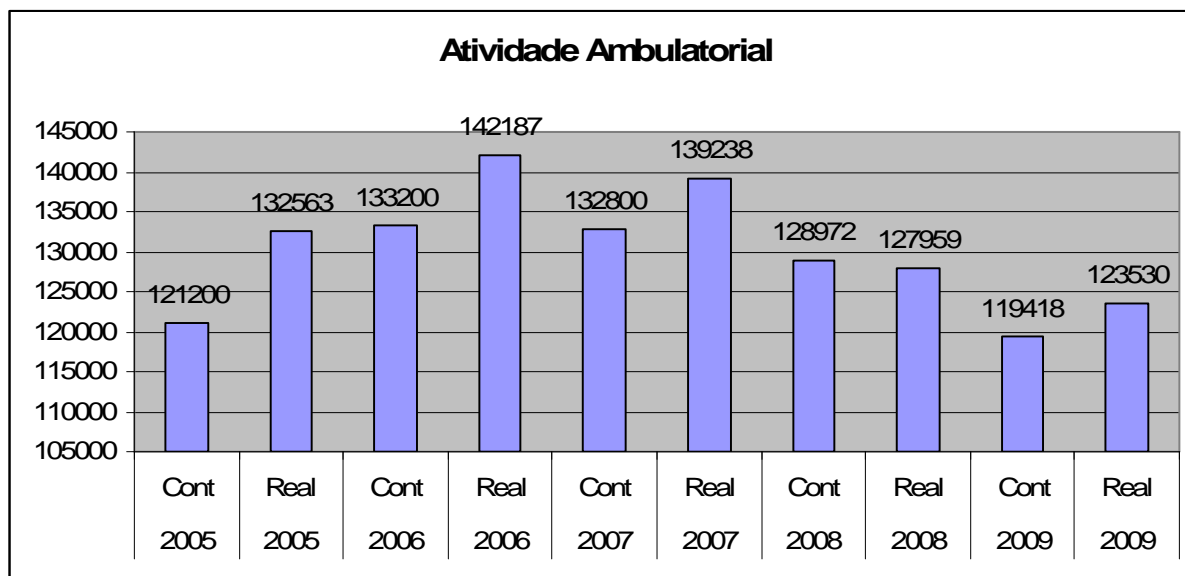
Os procedimentos ambulatoriais geralmente são calculados com base nas atividades ambulatoriais, mas como não existe exatidão no dimensionamento do que necessitará de uma intervenção cirúrgica ou de uma consulta não médica, como a de um fisioterapeuta, nutricionista ou outro profissional da saúde, as previsões foram superestimadas de 2007 a 2009.

QUADRO 32 – Procedimentos Ambulatoriais Realizados

Fonte: SAME – HEB, 2010.

Um dos mecanismos de qualidade e até mesmo de custo nas organizações hospitalares são as consultas não médicas direcionadas na maioria das vezes para os casos pós-alta, em especial para os pacientes cirúrgicos. Esta estratégia evita a reinternação por falta de cuidados pós-alta em domicílio, além de melhorar o tempo e a qualidade da reabilitação.

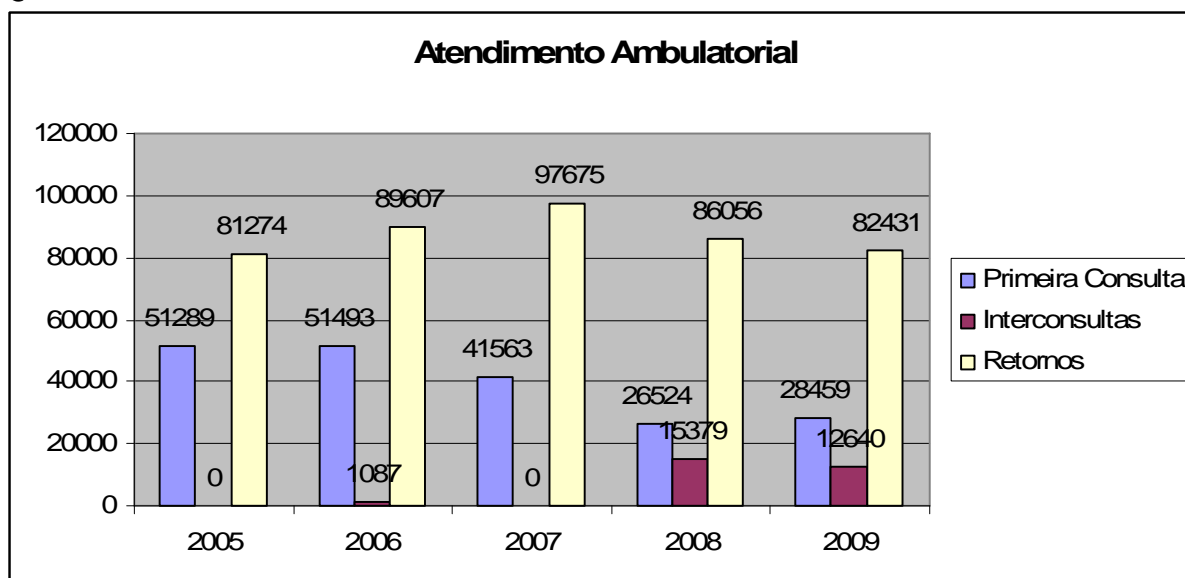
Essa modalidade de procedimento ambulatorial, implantado em 2008 apresenta crescimento e atendimento a um público antes direcionado a outras organizações de saúde.

QUADRO 33 – Atividades Ambulatoriais

Fonte: SAME – HEB, 2010

As atividades ambulatoriais obtiveram resultados maiores no campo realizado, apesar da queda em 2009, explicada somente por motivos técnicos entre a DRS VI e o HEB, como se percebe nos quadros 33 e 34.

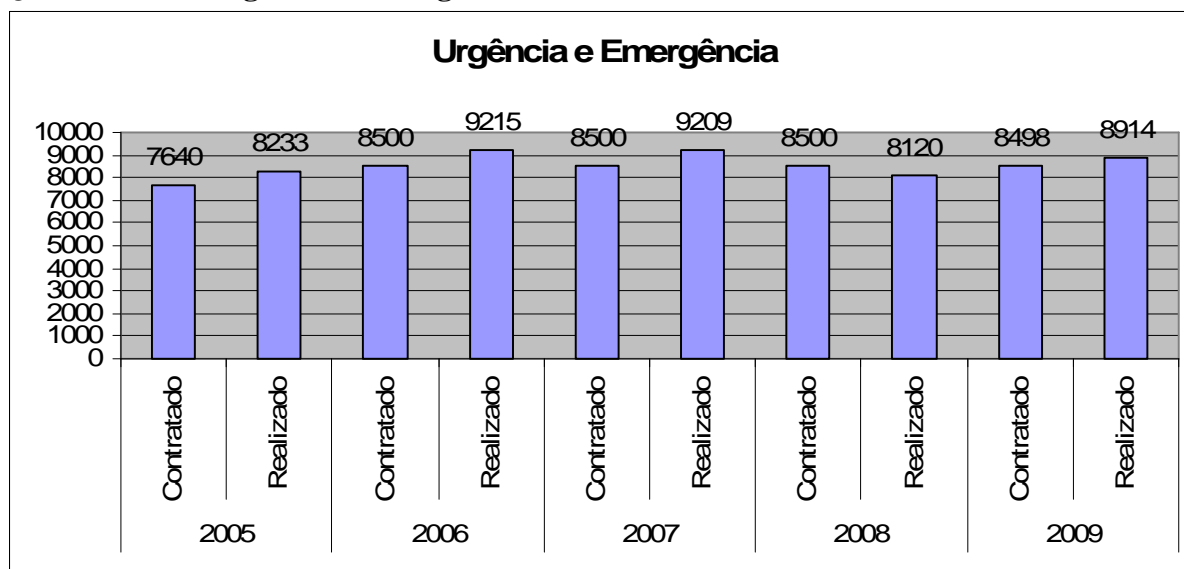
QUADRO 34 – Atividades Ambulatoriais Realizadas



Fonte: SAME – HEB, 2010

O aumento do número de retornos é provavelmente o motivo da queda das primeiras consultas, o acompanhamento ambulatorial possibilita melhor qualidade a assistência e a redução de custos que a primeira consulta gera por tratar-se de um momento de diagnóstico do caso e conseqüente solicitação maior de exames.

QUADRO 35– Urgência e Emergência



Fonte: SAME – HEB, 2010

As urgências e emergências são estimativas baseadas em média, com total impossibilidade de controle, apresentam-se os quadros 35 e 36 com a produção destes atendimentos no período de 2005 a 2009.

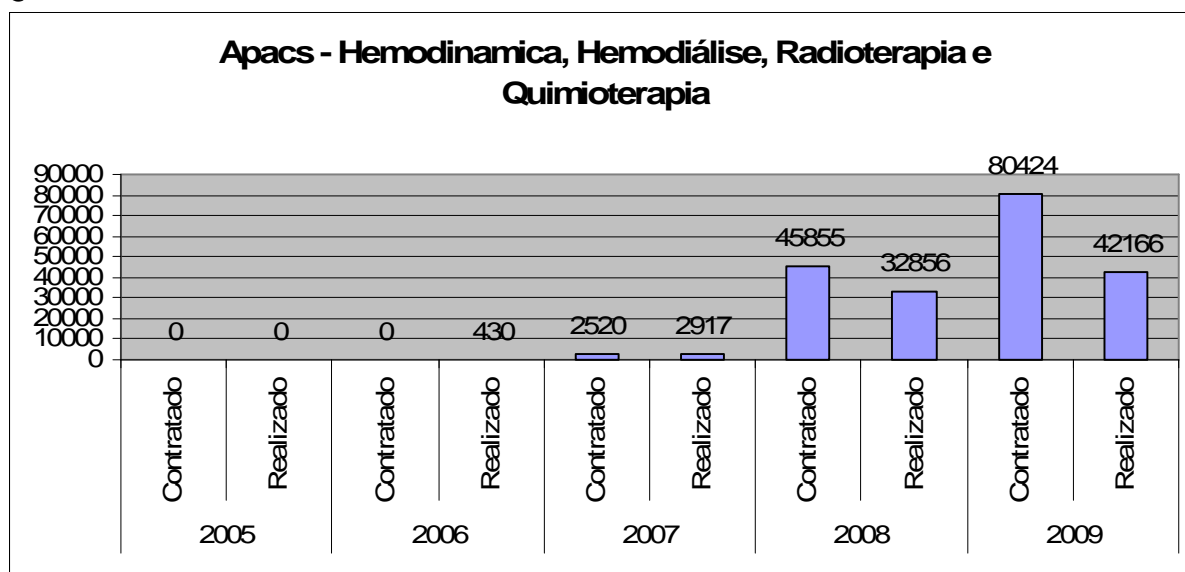
QUADRO 36– Urgência e Emergência Realizada



Fonte: SAME – HEB, 2010

O indicador de Urgência e Emergência efetivamente realizada no período é base para análise de outros indicadores como total de cirurgias de emergência e análises de infecção hospitalar e mortalidade, além disso, é possível avaliar o custo do departamento em relação a sua produção e sua posição dentro do hospital através desta informação.

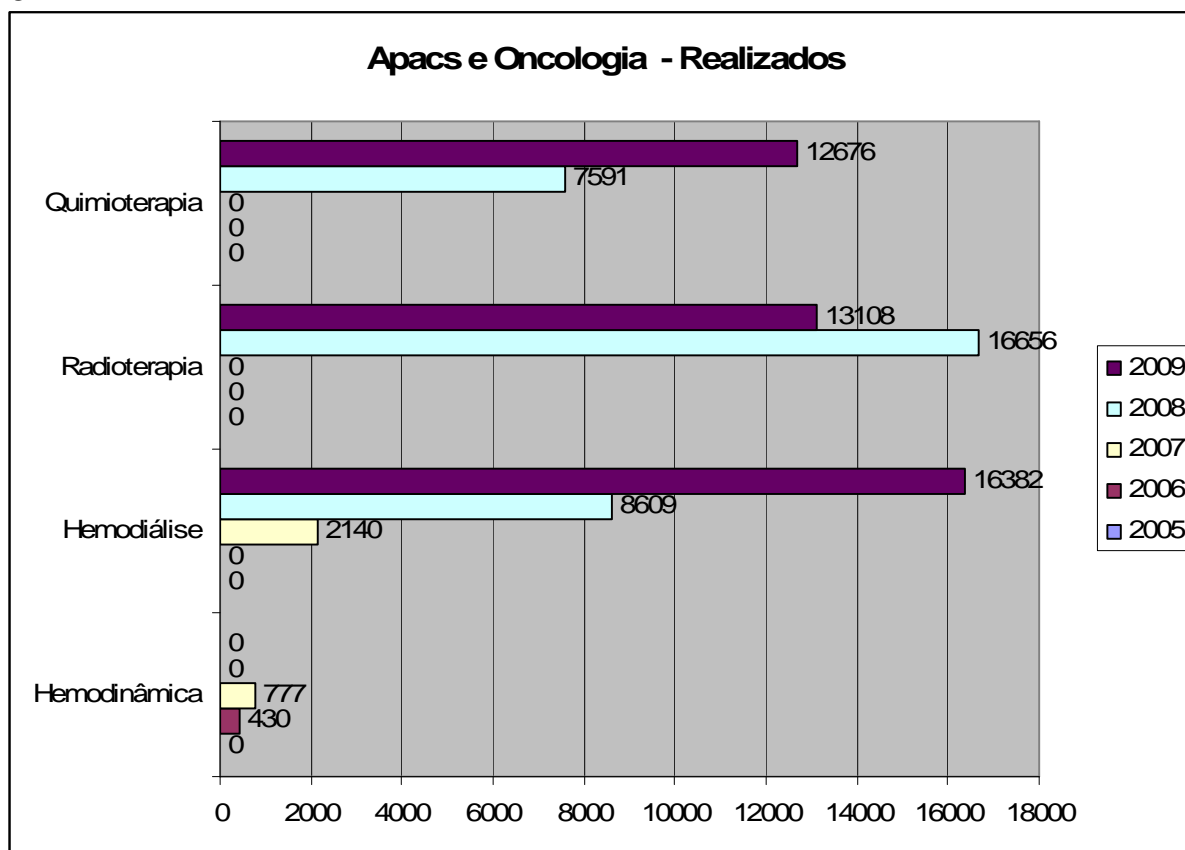
QUADRO 37 – APACs



Fonte: SAME – HEB, 2010

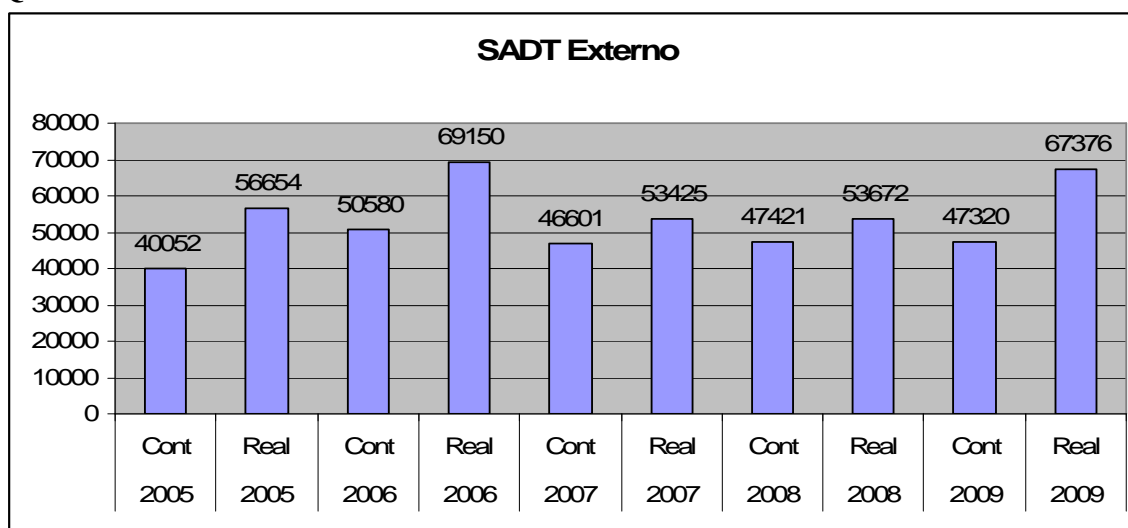
Percebe-se uma ampliação da complexidade da organização pelas APACs apresentadas no quadro 37, que pode ser consequência também de um realinhamento de classificação de exames.

QUADRO 38– APACs Realizadas



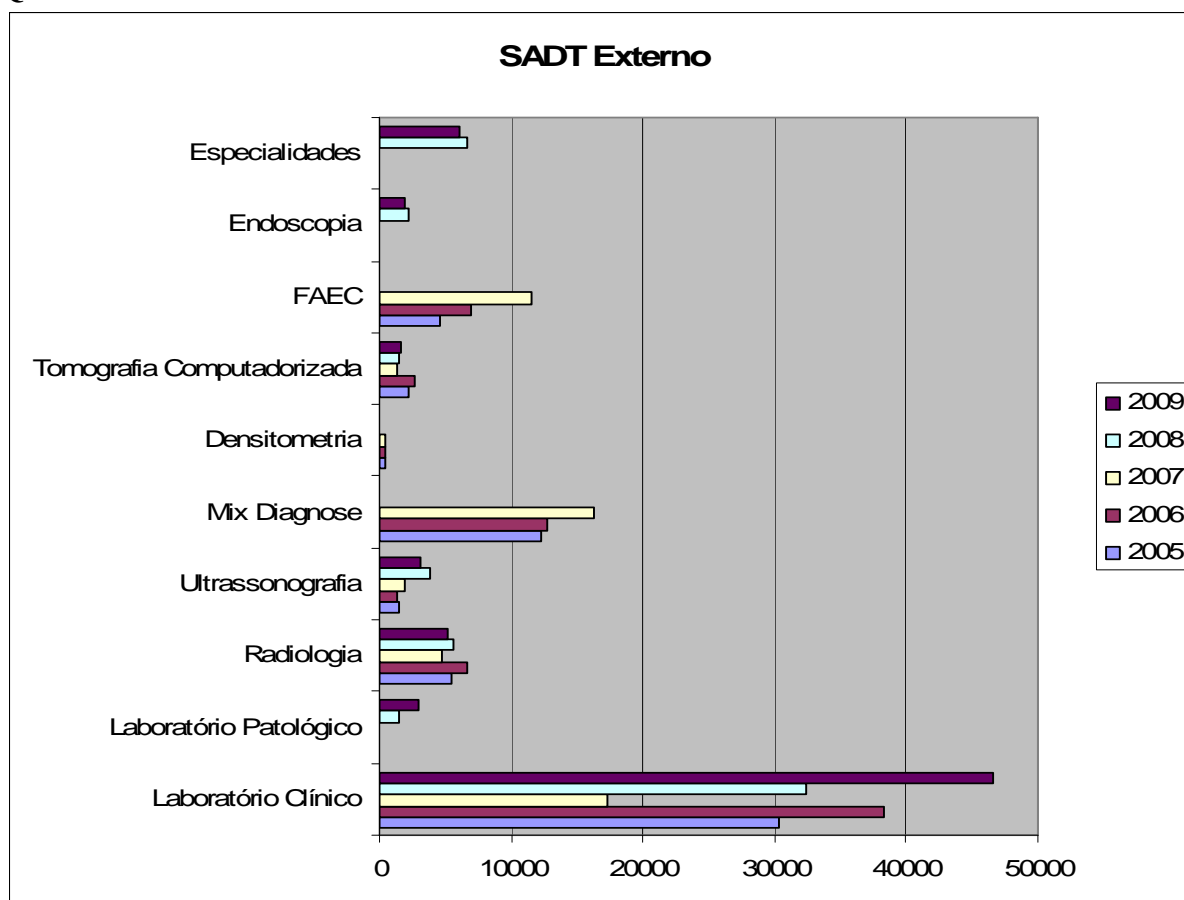
Fonte: SAME – HEB, 2010.

Os SADTs externos obtiveram um aumento de produção em 2006, seguido de queda nos anos seguintes e uma recuperação de produção no ano de 2009, como observamos no quadro 39.

QUADRO 39 – SADTS Externos

Fonte: SAME – HEB, 2010.

Apresenta-se o quadro 40 de evolução da produção de exames realizada no decorrer dos anos no Hospital Estadual de Bauru classificadas como SADTs Externos, para melhor compreensão e análise.

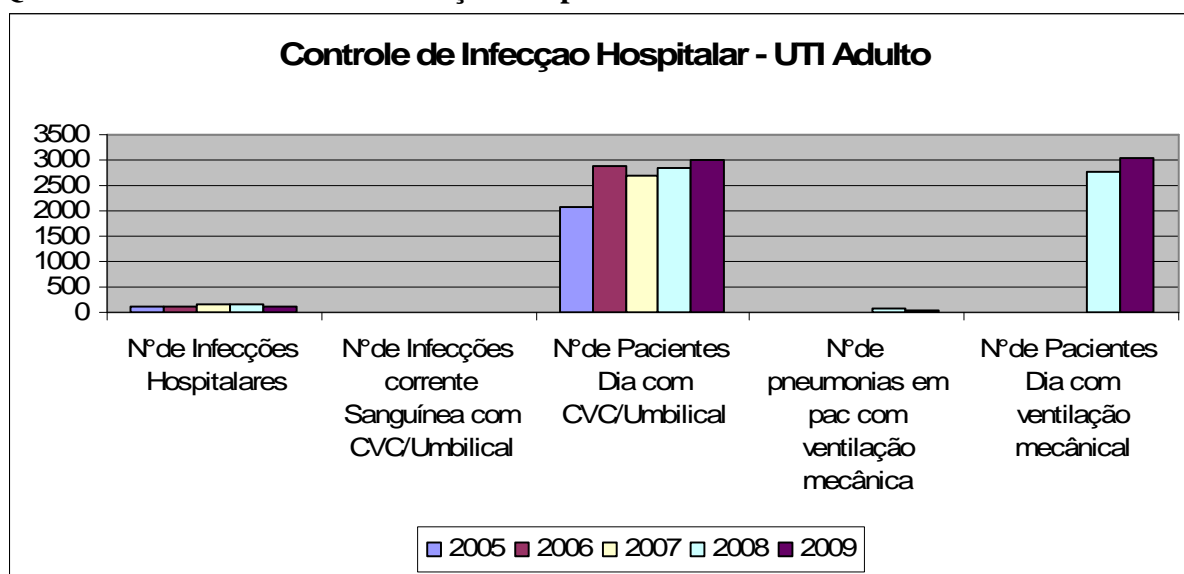
QUADRO 40– SADTs Externos Realizados

Fonte: SAME – HEB, 2010

Os resultados qualitativos da PPP do Hospital Estadual de Bauru medem-se pelos referenciais de indicadores do Ministério da Saúde ou os padronizados no segmento da saúde.

Os gráficos apresentados a seguir não são contratualizados em quantidades e sim em metas de implantação, manutenção e qualidade medida pelos referenciais externos padronizados ou simplesmente comparativos entre as organizações.

QUADRO 41 – Controle de Infecção Hospitalar – UTI Adulto

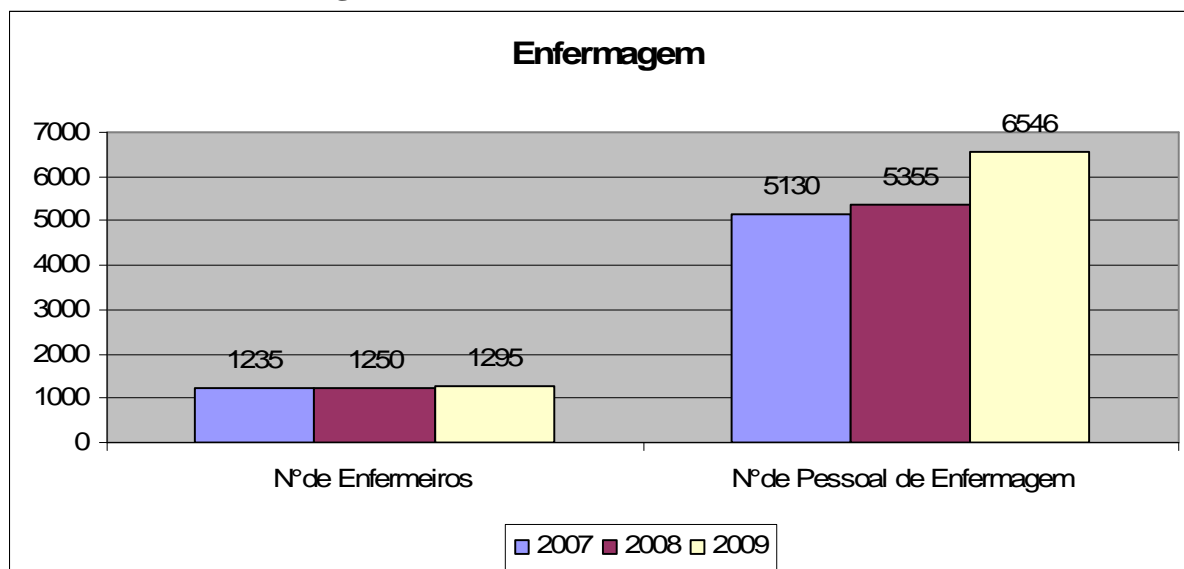


Fonte: SAME – HEB, 2010.

O controle de infecção hospitalar da UTI Adulto é um dos melhores indicadores do serviço de infecção hospitalar, considerando que a UTI Adulto é um setor tido como crítico, que atende aos pacientes mais propensos a desenvolver infecção hospitalar.

É um importante indicador de qualidade, já que é resultado de uma série de fatores, desde uma simples lavagem de mãos dentro das técnicas estabelecidas a desinfecção adequada de equipamentos e área. O indicador apresentado no quadro 41 demonstra além do número de infecção hospitalar o número de pacientes mais passíveis de sofrer este diagnóstico dentro da UTI Adulto. Isso demonstra o alto controle e o baixo índice de infecção hospitalar, considerando que muitos casos são incontroláveis visto que, são reações dos próprios pacientes em virtude de características pessoais.

A comparação com outras organizações do mesmo porte e complexidade são fundamentais para uma análise mais completa do quadro.

QUADRO 42 – Enfermagem

Fonte: SAME – HEB, 2010.

Dentro do quadro técnico não médico de uma organização hospitalar, a Enfermagem é a maior categoria encontrada, geralmente com mais de 50% de representatividade.

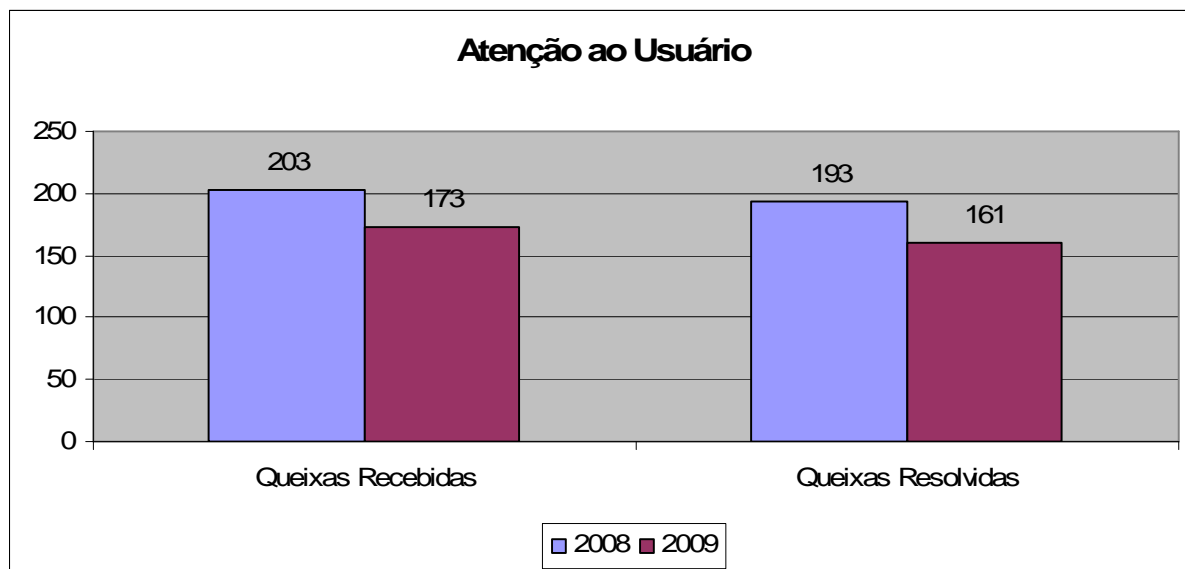
O índice de enfermeiros, em relação ao pessoal de enfermagem é índice de qualidade, analisando a especialização técnica deste profissional que além de exercer funções de supervisão e gestão, desenvolvem atividades de assistência direta aos pacientes, se em número suficiente para esta atribuição.

A taxa de enfermeiros em relação à equipe de enfermagem, gira em torno de 20%. Um bom índice, apesar de não acompanhar proporcionalmente o crescimento do pessoal de enfermagem.

Analisaremos no quadro 43, um dos índices de maior peso na avaliação dos contratos de PPP dentro das organizações hospitalares, o índice de atenção ao usuário.

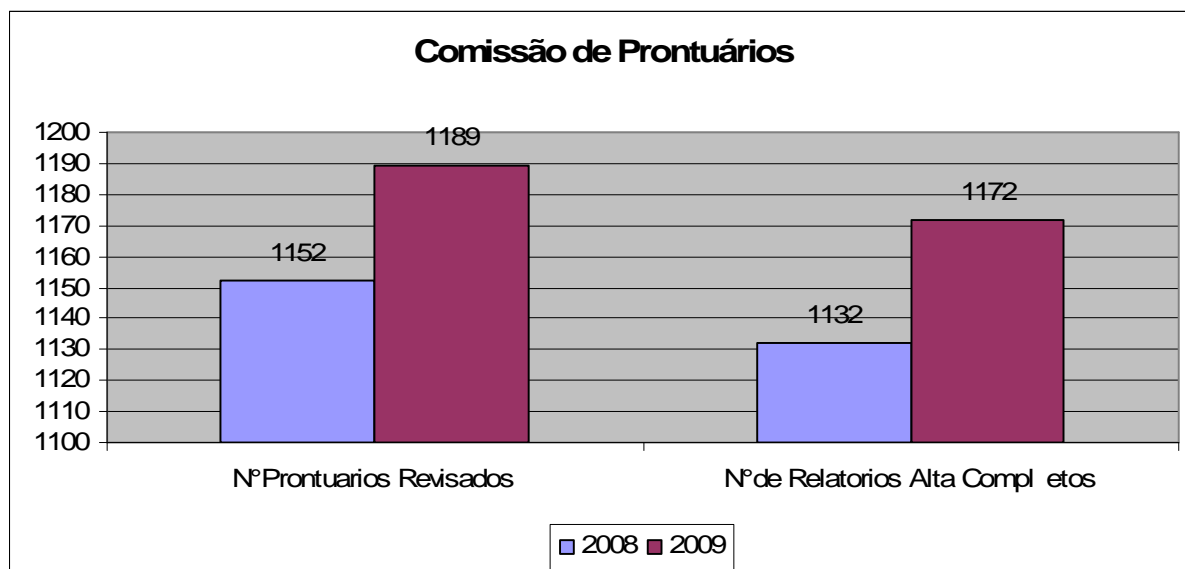
È através deste indicador que percebemos a satisfação da sociedade em relação aos serviços prestados pela organização hospitalar avaliada. È como o cliente enxerga o Hospital Estadual de Bauru, com o seu olhar voltado para o atendimento humano, igualitário e acessível. Esses fatores possuem um peso muito maior ao público leigo do que os possíveis avanços tecnológicos que o hospital possa oferecer.

A avaliação técnica normalmente fica a cargo do Estado e Comissões Técnicas de Controle e Avaliação quando existirem.

QUADRO 43 – Atenção ao Usuário

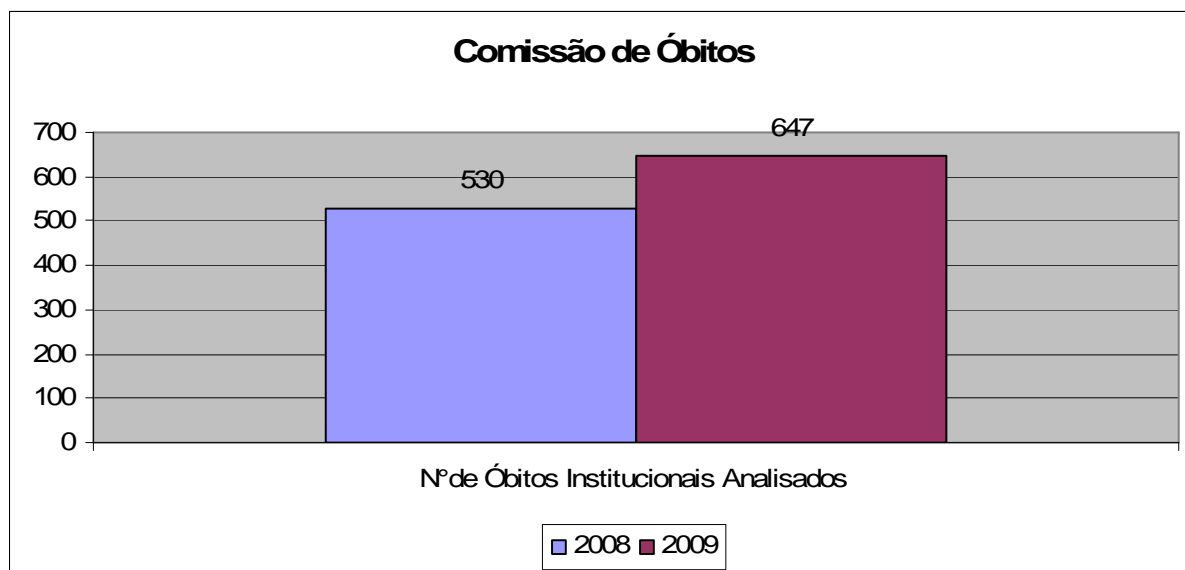
Fonte: SAME – HEB, 2010.

Pelo quadro 43 percebemos que mais de 90% das queixas recebidas são resolvidas pelo HEB, analisando ainda o total de queixas comparadas à média destes anos de 11.700 internações, teríamos menos de 2% de queixas recebidas, considerando que estas queixas não são referentes absolutamente às internações, mas sim a todo atendimento prestado pela organização, que contempla os exames, atendimentos ambulatoriais e de emergência, enfim, toda estrutura do HEB.

QUADRO 44 – Comissão de Prontuários

Fonte: SAME – HEB, 2010.

O quadro 44 apresenta o total de prontuários e relatórios de alta analisados pela comissão de prontuários, referem-se aproximadamente a 10% do total de prontuários gerados pela organização. A comissão de prontuários geralmente é composta por médicos, enfermeiros e outros profissionais administrativos responsáveis pela gestão do prontuário e auditoria.

QUADRO 45 – Comissão de Óbitos

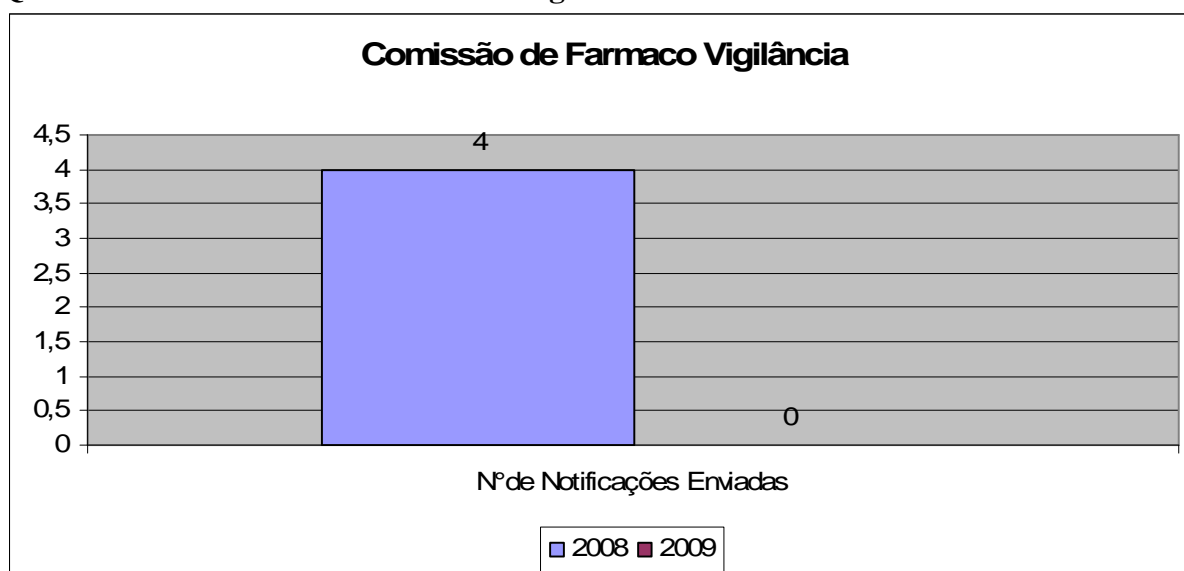
Fonte: SAME – HEB, 2010

A comissão de óbitos geralmente é composta por médicos, não havendo na maioria dos casos outros profissionais participando desta comissão, não dispomos para este estudo do total de óbitos do HEB em 2008 e 2009.

As comissões em sua maioria analisam os casos mais complexos, mas pelo volume de óbitos institucionais analisados por esta organização acredita-se que se não em sua totalidade os óbitos são analisados em sua maioria, associando esta informação ao total de internações e as taxas de mortalidade comuns às organizações hospitalares deste porte e complexidade, este hospital estaria em torno de 5% de taxa global de mortalidade.

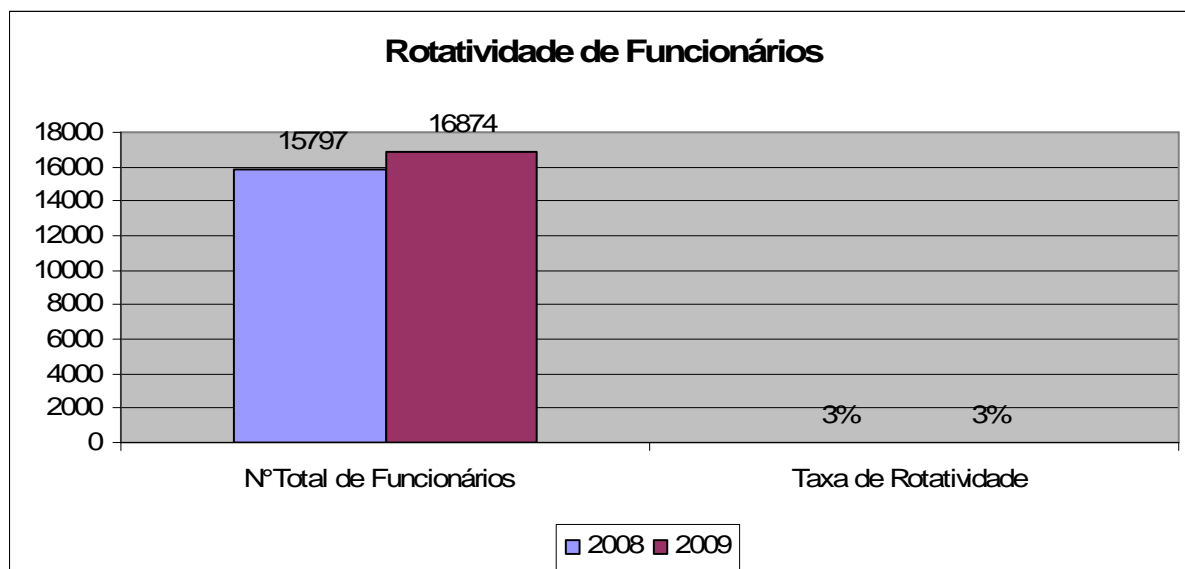
O Quadro 46 é composto pela análise da comissão de fármaco vigilância, comissão necessária a garantia da qualidade dos medicamentos utilizados pelo Hospital. O baixo índice de notificações demonstra a qualidade dos serviços e controles da organização.

QUADRO 46 – Comissão de Fármaco vigilância



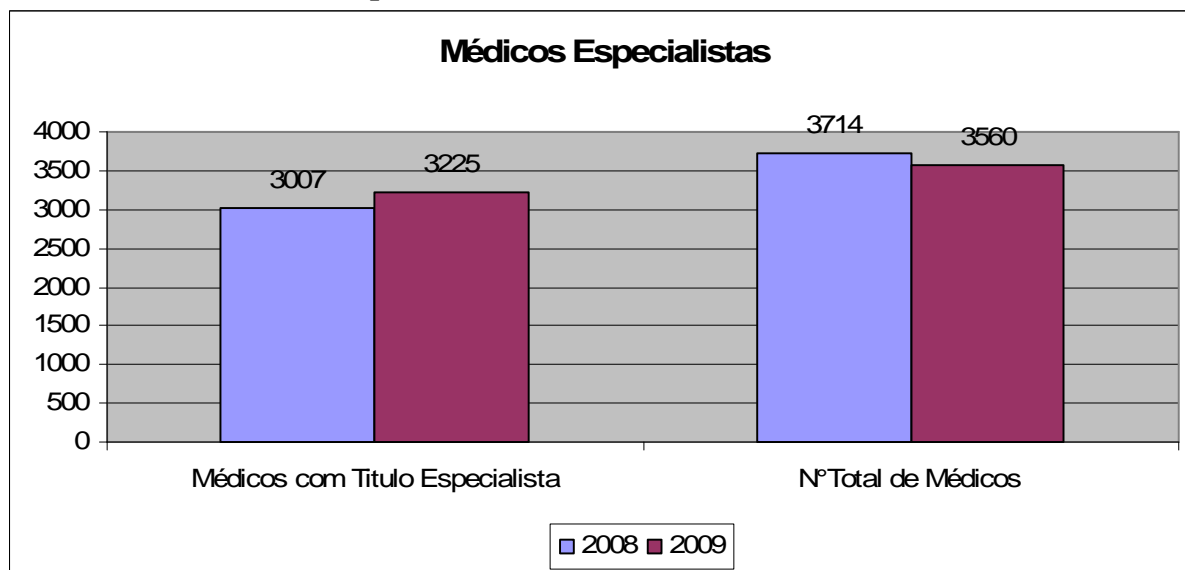
Fonte: SAME – HEB, 2010.

A taxa de rotatividade da organização gira em torno de 3%, o que significa que os funcionários adaptam-se bem a organização, garantindo a qualidade dos serviços e a manutenção de custos aceitáveis de seleção e treinamento de novos profissionais.

QUADRO 47 – Rotatividade de Funcionários

Fonte: SAME – HEB, 2010.

Observa-se também pelo quadro 47, o índice de funcionários/leito da organização, considerando a média de 313 leitos em 2007 e a manutenção destes em 2008 e 2009 e a média de 1.360 funcionários/mês, teríamos um índice de 4,35 funcionário/leito, valor adequado a organizações deste porte em relação aos hospitais de mesmo porte e complexidade do mercado.

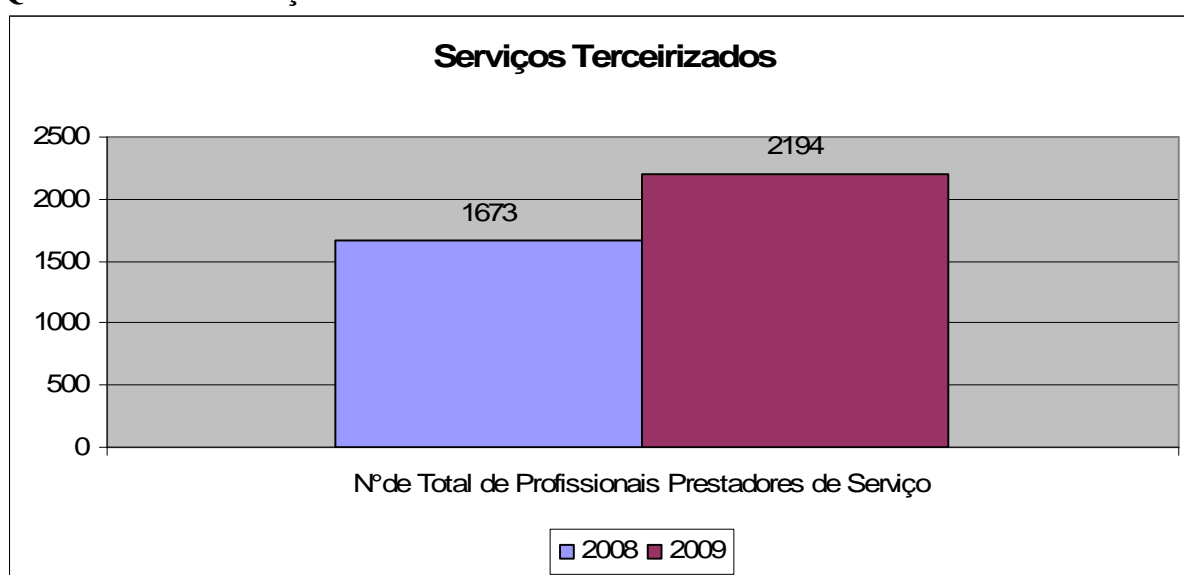
QUADRO 48 – Médicos Especialistas

Fonte: SAME – HEB, 2010

O quadro 48 apresenta a evolução qualitativa dos médicos da organização, apesar do total de médicos ter diminuído em relação a 2008, o percentual de títulos de especialista cresceu cerca de 10% em relação a 2008, enquanto a redução do total de médicos ficou em 4%.

Não analisaremos o total de médicos em relação ao leitos disponíveis da instituição, por tratar-se de uma organização de grande movimentação ambulatorial e de exames, o que poderia distorcer a informação.

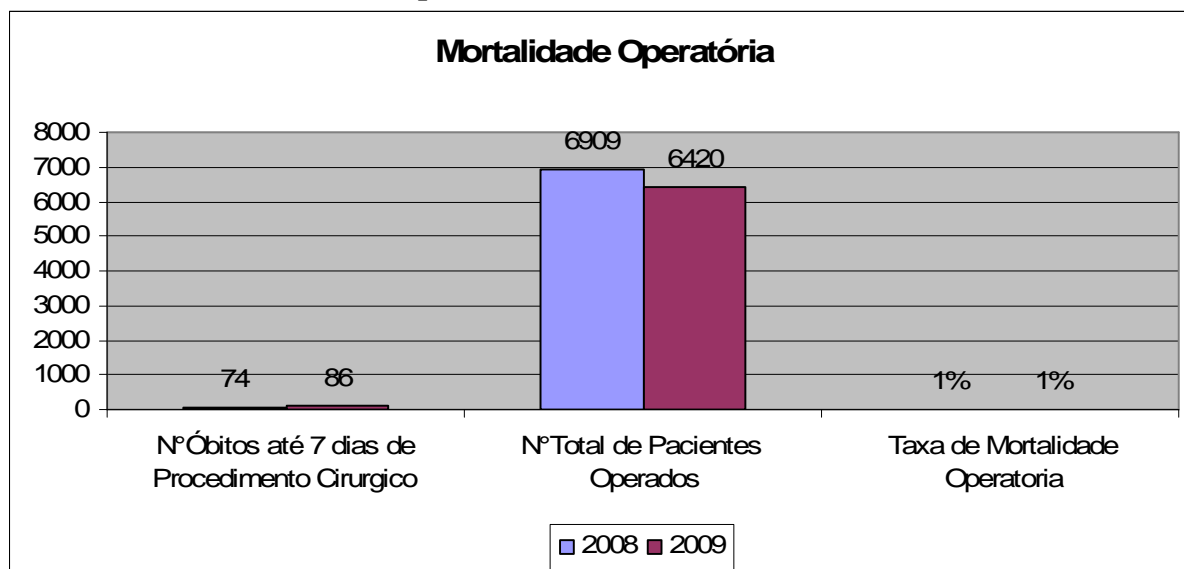
QUADRO 49 – Serviços Terceirizados



Fonte: SAME – HEB, 2010.

O crescimento da organização e da disponibilidade de exames aumenta o total de profissionais prestadores de serviço, apresentados no quadro 49, considerando que a área de maior impacto neste segmento são os SADTs.

QUADRO 50 – Mortalidade Operatória



Fonte: SAME – HEB, 2010.

O convênio finaliza seus indicadores contratualizados nesta PPP pela taxa de mortalidade operatória, considerando o perfil terciário e complexo do HEB este índice tem uma grande importância na gestão da qualidade e segurança dos serviços, a média de 1% desta taxa é adequada à organização, refletindo seus controles e qualidade na assistência.

De modo geral, os índices apresentados pelo HEB como os contratados com o poder público são adequados a avaliação de resolutividade do hospital e na prestação de contas do dinheiro público do governo aplicado nesta PPP.

5. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

A gestão das organizações hospitalares tem sido um desafio aos profissionais de saúde e diversos segmentos da sociedade brasileira. Muito se tem buscado em relação às alternativas de gestão sustentáveis que se apliquem do “Oiapoqui ao Chuí”.

Na busca de possibilidades de gestão hospitalar consolidou-se no presente estudo com uma análise sobre a Parceria Público-Privada na gestão hospitalar, através de um estudo de caso na perspectiva dos estudos CTS.

Com um olhar voltado para os estudos em Ciência, Tecnologia e Sociedade foi um dos objetivos desta dissertação, a análise desta problemática sob a perspectiva das diversas ciências que se observadas em conjunto resultam em uma visão ampliada dos impactos positivos e também negativos que a Ciência e a Tecnologia trazem para a Sociedade.

A responsabilidade destas organizações hospitalares, quando analisadas dentro do contexto nacional de saúde, é contribuir para o desenvolvimento da saúde preventiva e para qualidade de vida das pessoas. O hospital deve funcionar como um centro de atenção a saúde integrado à instância Municipal ou Estadual, a interação do processo de tratamento entre as unidades de emergência, ambulatório, saúde da família ou outra que componha a cadeia de fornecedores do Sistema Único de Saúde, com as especificidades locais e regionais, é também um importante papel destas organizações nos dias atuais.

As organizações hospitalares abrigam centros de ciências e tecnologia, basicamente formado por pessoas das diversas formações e especialidades, como: Ciências Médicas e Naturais: Médicos, Biomédicos, Biólogos, Farmacêuticos Bioquímicos, Fisioterapeutas, entre tantos outros profissionais; Ciências Humanas: Administradores, Advogados, Assistentes Sociais, Psicólogos, Sociólogos; Ciências Exatas: Analistas de Sistemas, Engenheiros (clínico, civis, eletrônicos, ambientais), Contabilistas, entre outros.

A gestão desses conhecimentos e das tecnologias que se voltam aos cuidados assistenciais dos usuários dos serviços hospitalares é consequência de um dos principais pilares sociais do Estado Brasileiro.

As estratégias e políticas de saúde foram muitas no decorrer dos anos, até o surgimento do atual Sistema Único de Saúde. A proposta do SUS é o tratamento da saúde em todas as suas perspectivas (social, física e mental), de maneira acessível e igualitária a toda população.

A Parceria Público-Privada é uma estratégia de viabilizar a proposta do SUS, considerando a extensão territorial e o orçamento para gestão de serviços de saúde no Brasil.

Por uma questão geográfica e também pelo seu pioneirismo, escolhemos o Estado de São Paulo como referencial para realização do estudo de caso, representado pelo Hospital Estadual de Bauru.

Os resultados encontrados na gestão da PPP no Hospital Estadual de Bauru foram representativos. A começar pela viabilização de um projeto que ficou parado durante anos em uma cidade localizada no centro do Estado de São Paulo, por questões de ordem jurídica e econômica.

O processo de PPP em Bauru aconteceu simultaneamente a outros contratos ou convênios com esta característica no Estado de São Paulo, a abertura da legislação e o olhar para os modelos internacionais impulsionaram o Estado a tentar fazer diferente, a pensar novas alternativas para viabilizar tantos hospitais semiacabados e fechados sejam por limitações de contratação de pessoal, de gestão especializada, de flexibilidade orçamentária e de compras, entre tantos pontos abordados no decorrer desta dissertação.

O fato é que passados quase oito anos, o HEB é uma referência regional em atenção especializada para um grupo de municípios no interior paulista, sem falar nos serviços de apoio - diagnóstico e terapêutico - que concentram os cuidados curativos, preventivos e investigativos de um coletivo de usuários que antes precisava se deslocar para grandes centros e colocar-se muitas vezes em filas intermináveis de espera para começar a discutir muitas vezes o início de tratamentos que necessitavam de informações prematuras para seu efetivo sucesso.

O processo de gestão desta PPP atende aos requisitos de transparência e publicização através das publicações constantes do diário oficial, o fato de ser um convênio e não um contrato de gestão torna o processo um pouco mais burocrático e engessado, pelas renovações contratuais que são constantes, por vezes até mensais.

A avaliação e o acompanhamento deste convênio são restritos aos parceiros públicos e privados, já que a avaliação (não menos crítica) é feita pelo Ministério Público e Secretária Estadual de Saúde. No caso do contrato de gestão, a OSS e o Parceiro Público tem obrigação de instituir uma comissão de avaliação e acompanhamento do contrato com participação também da sociedade.

Independente da forma de PPP, os resultados qualitativos e quantitativos do HEB cumprem o objetivo do contrato de gestão e as expectativas da sociedade.

O HEB contava no momento do estudo de caso (data) com 313 leitos ativos com aproximadamente 80% de ocupação, o que indicava um custo mensal de R\$ 29.860,30 por leito ocupado, valor abaixo da média quando comparado a outras Organizações Sociais de Saúde de mesmo porte e complexidade, que atingiam a média de R\$ 31.448,00.

A DRS VI participa da negociação com o HEB sobre a disponibilização de leitos, cirurgias e SADTS, analisando demanda e necessidades da região. Os resultados têm sido frequentemente superiores aos contratados, com evidente crescimento.

A exceção são as internações que apresentam produção inferior ao contratado. Neste contexto este indicador pode ser até referência de uma boa assistência ambulatorial e investigativa pelos SADTs. A tendência é a redução da taxa de internação em regiões onde a assistência básica e preventiva é efetiva.

A especialização do hospital é crescente se observados as APACs implantadas a partir de 2008, através dos Serviços de Hemodinâmica, Hemodiálise, Radioterapia e Quimioterapia.

A qualidade pode ser comprovada por indicadores internos e externos (indicar fonte), o controle de infecção hospitalar da UTI Adulto, a mortalidade operatória e as comissões de prontuário e fármaco vigilância demonstram o monitoramento de qualidade técnica do serviço, o que indiretamente nos leva a pessoas capacitadas, tecnologia e processos modernos e seguros e a gestão de indicadores por grupos multidisciplinares e equipes especializadas.

Os indicadores de atenção ao usuário (Hospital Estadual de Bauru) sejam por um índice superior a 90% de satisfação, como pelo total de 95% de queixas resolvidas em relação às queixas recebidas, somados a rotatividade de colaboradores demonstram a qualidade humana e intrínseca da organização.

O HEB possui uma certificação de qualidade externa reconhecida nacionalmente, é certificado nível dois pela Organização Nacional de Acreditação. O nível dois refere-se à segurança e processos, concluímos em relação à qualidade que este hospital atende aos requisitos legais e estruturais de segurança e de processos, claramente definidos e efetivos. Principalmente, encontra-se em processo de evolução e desenvolvimento já que além do compromisso de manutenção da certificação conquistada nível dois a organização busca o nível três (patamar máximo), referente aos resultados.

Todas esses indicadores demonstram, em nosso estudo, a eficácia da parceria de gestão em parceria com o setor Público. A agilidade no processo de gestão e a

flexibilidade administrativa-financeira estabelece na organização uma cultura corporativa de gestão de pessoas através de processos e resultados.

As metas estabelecidas foram cumpridas (Hospital Estadual de Bauru), sem, contudo perder o olhar para as relações humanas e os princípios do SUS, a diferença é que a gestão não esta direcionada as pessoas e cargos, e sim aos processos, habilidades e competências. A especialização é constante assim como as capacitações de equipe, o trabalho multidisciplinar através das comissões e do próprio processo de qualidade são valores comuns dentro da Organização. O fato de estarmos analisando um hospital novo, sem vícios ou feudos organizacionais e de pessoas contribui significativamente para o alcance dos resultados propostos e mesmo para a certificação de qualidade que endossa todo o trabalho em tão pouco tempo de criação.

A discussão das PPPs em organizações hospitalares deve ser estendida a propostas de hospitais em funcionamento, absorvidos pela cultura corporativa, pelo clima organizacional e pela opinião da sociedade.

A PPP não é aplicada a qualquer organização e realidade, devem ser percebidas as influencias e expectativas do meio, as condições endógenas e hexogenas, pois gerenciar pessoas e processos com foco em resultados requer mudanças comportamentais, muito mais do que mudanças tecnológicas de equipamentos ou sistemas.

É necessária a interação da sociedade interna e externa (se considerarmos os médicos e colaboradores como sociedade interna), com a organização hospitalar, que também é estruturada em dois pilares de parceria, o público e o privado, principais condutores de um trabalho eficaz da PPP dentro de um hospital público.

O movimento CTS, neste contexto, está muito presente neste processo de transformação, e deve, em nosso entender, privilegiar as análises deste modelo de gestão para as Organizações Hospitalares no Brasil.

O Brasil precisa ser criativo, unir forças e habilidades na busca de recursos sustentáveis para a área da saúde, de modo específico para a realidade hospitalar. Este cenário tende a se agravar com o envelhecimento da população e os altos custos resultantes das novas tecnologias. A intenção desta dissertação de contribuir para um processo de reflexão e análise crítica sobre o modelo de gestão hospitalar é para nós um passo importante, visando contribuir para as discussões e avanços cautelosos do campo da saúde na perspectiva dos estudos em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

6. REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, F. **A atuação do Estado centrada no atendimento ao cidadão e sua manifestação na contratualização com as OS.** São Paulo: CURSO VIA PÚBLICA, 2008.

ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. **Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS.** in: WESTPHAL, M. F. *Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS* – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

AULER, D. **Enfoque Ciência – Tecnologia – Sociedade: Pressupostos para o contexto Brasileiro.** *Ciência & Ensino*, v.1, número especial, 20p. 2007.

AULER, D.; BAZZO, W.A. **Reflexões para a Implementação do movimento CTS no contexto educacional Brasileiro.** *Ciência e Educação*, v.7, n.1, 2001, p.1-13.

BARRIO ALONSO, Cipriano. **La apropiación social de la ciencia: nuevas formas.** *Revista CTS*, v.4, n.10, 2008, p.213-225. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/924/92441014.pdf>.

BAZZO, W.A.; LINSINGEN, I.V.; PEREIRA, L.T.V. **Introdução aos estudos CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade).** Madri: Cadernos de Ibero-América, 2003.

BORBA, G.S; NETO, F.J.K. **Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais.** São Paulo: *Revista Saúde Soc.*, v.17, n.1, p.44-60, 2008.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico.** São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

BRANCO, P.P.M. **A transparência como atributo essencial à concretização do modelo de gerenciamento dos serviços públicos municipais de saúde de São Paulo.** São Paulo: CURSO VIA PÚBLICA. 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

BRASIL. **Norma Operacional do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 91.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. **Norma Operacional do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 92.** Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. **Norma Operacional do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 93.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. **Norma Operacional do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRESSER-PEREIRA, L.C. **Reforma da gestão e avanço social em uma economia semi-estagnada.** Trabalho escrito para a sessão inaugural do Programa de Avançado em Gestão Pública Contemporânea oferecido pela CASA CIVIL / FUNDAP: São Paulo, 2004.

CASTILLEJO, J. **Experiências Internacionais de Reforma em Sistemas Públicos de Saúde e o 3º Setor.** São Paulo: CURSO VIA PÚBLICA.2008.

CAVALHEIRO, E. A. **A nova convergência da Ciência e da Tecnologia.** Novos Estudos, 2007.

CEREZO, J.A.L. **Ciência, Tecnologia e Sociedade: O Estado da arte na Europa e nos Estados Unidos.** In: SANTOS, L.W. et al. **Ciência, tecnologia e sociedade: o desafio da interação.** Londrina: IAPAR, 2002.

CONASS. **Contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde para o gerenciamento de hospitais.** 2005.

CUEVAS, Ana. **Conocimiento científico, ciudadanía y democracia.** Revista CTS, n.10, v.4, 2008, p.67-83,. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/924/92441006.pdf>.

CURCELLI, E. C. **Relatório Intistucional 2002-2006.** Hospital Estadual Bauru “Dr. Arnaldo Prado Curvello”, Bauru: 2006.

CURCELLI, E. C. **Plano Operacional – Período 2007-2011.** Hospital Estadual de Bauru “Dr. Arnaldo Prado Curvello”, Bauru: 2007

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Convênio de Parceria na Gestão de Serviços Públicos de Saúde – Hospital Estadual de Bauru.** São Paulo: v. 112, n 207, 2002.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio.** São Paulo: v. 113, n 112, 2003.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 01/03.** São Paulo: v. 113, n 129, 2003.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 02/03.** São Paulo: v. 113, n 176, 2003.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 03/03.** São Paulo: v. 113, n 199, 2003.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 04/03.** São Paulo: v. 113, n 230, 2003.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 05/03.** São Paulo: v. 113, n 243, 2003.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 06/03.** São Paulo: v. 114, n 9, 2004.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 07/04.** São Paulo: v. 114, n 133, 2004.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 08/04.** São Paulo: v. 114, n 147, 2004.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 09/04.** São Paulo: v. 114, n 165, 2004.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 10/04.** São Paulo: v. 114, n 204, 2004.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 01/05 – 11/04.** São Paulo: v. 115, n 66, 2005.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 01/05 – 11/04.** São Paulo: v. 115, n 106, 2005.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 01/06.** São Paulo: v. 115, n 245, 2005.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 02/06.** São Paulo: v. 116, n 144, 2006.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 01/07.** São Paulo: v. 117, n 07, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 02/07.** São Paulo: v. 117, n 230, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 03/07.** São Paulo: v. 117, n 199, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 04/07.** São Paulo: v. 117, n 76, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 05/07.** São Paulo: v. 117, n 105, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 06/07.** São Paulo: v. 117, n 105, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 07/07.** São Paulo: v. 117, n 116, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 08/07.** São Paulo: v. 117, n 204, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 09/07.** São Paulo: v. 117, n 223, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Convênio de Parceria na Gestão de Serviços Públicos de Saúde – Hospital Estadual de Bauru.** São Paulo: v. 117, n 198, 2007.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 01/08.** São Paulo: v. 118, n 02, 2008.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 02/08.** São Paulo: v. 118, n 28, 2008.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 03/08.** São Paulo: v. 118, n 51, 2008.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 04/08.** São Paulo: v. 119, n 09, 2009.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 05/08.** São Paulo: v. 118, n 117, 2008.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 06/08.** São Paulo: v. 118, n 117, 2008.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 07/08.** São Paulo: v. 118, n 152, 2008.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 08/08.** São Paulo: v. 118, n 117, 2008.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 09/08.** São Paulo: v. 118, n 178, 2008.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 01/09.** São Paulo: v. 119, n 10, 2009.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 02/09.** São Paulo: v. 119, n 75, 2009.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 03/09.** São Paulo: v. 119, n 153, 2009.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 04/09**. São Paulo: v. 119, n 75, 2009.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 05/09**. São Paulo: v. 119, n 117, 2009.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 06/09**. São Paulo: v. 119, n 165, 2009.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 07/09**. São Paulo: v. 119, n 190, 2009.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 08/09**. São Paulo: v. 119, n 221, 2009.

DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Termo de Reti-Ratificação ao convênio 01/2010**. São Paulo: v. 120, n 08, 2010.

DIAS, S.V. **Desarrollo de un Proyecto Hospitalario en Asociación Público-Privado (PPP), 2008**.

DRUCKER, P.F. **Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship): prática e princípios**. São Paulo: Pioneira, 2. ed., Tradução de Carlos Malferrari, 2000.

DUPAS, M. A. **Pesquisando e Normalizando: Noções Básicas e Recomendações Úteis para a Elaboração de Trabalhos Científicos**. São Carlos: EDUFSCar, 2004.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. Tradução Gilson Cesar Cardoso de Souza. São Paulo: Perspectiva, 21.ed, 2008.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: ESPSJV, 2006.

GOMES, J.B.B. **Agencias Reguladoras: a “Metamorfose” do Estado e da democracia (Uma reflexão de direito constitucional e comparado)**. Mundo Jurídico (www.mundojuridico.adv.br), 2002.

GOMES, M.C. **Parceria com as Organizações Sociais de Saúde – A experiência da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo**. 2008.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto nº 47.503**: Cria, na Coordenadoria de Saúde do Interior, da Secretaria da Saúde, o Hospital Estadual de Bauru. São Paulo, 2002.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto nº 47.755**: Autoriza a Fazenda do Estado a receber, por doação, do Município de Bauru, terreno situado naquele município o Hospital Estadual de Bauru. São Paulo, 2003.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Lei Complementar nº. 846**: Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. São Paulo, 1998, 8p.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Lei Complementar nº. 971**: Altera a redação de dispositivo da Lei Complementar nº. 846 de 4/6/98 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. São Paulo, 2005.

GUEDES, J. S. **As organizações sociais de saúde em São Paulo**. São Paulo: Jornada de Sustentabilidade na Saúde, 1, 2009.

GUIMARAES, M.C.L; SANTOS, S.M.C; MELO, C; FILHO, A.S. **Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (6), 2004, p.1642-1650.

HAYASHI, M. C. P. I; HAYASHI, C.R.M.; FURNIVAL, A.C.M. **Ciência, Tecnologia e Sociedade: apontamentos preliminares sobre a constituição do campo no Brasil**. in SOUZA, C. M; HAYASHI, M. C. P. I. **Ciência, Tecnologia e Sociedade: Enfoques teóricos e aplicados**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2008, p. 29-88.

HOFFMANN, W. A. M; FURNIVAL, A. C. M. **Olhar: Ciência, Tecnologia e Sociedade**. São Paulo: Ed. Pedro e João Editores. CECH – UFSCAR, 2008.

IBAÑEZ, N. et al. **Organizações Sociais de Saúde: o modelo do Estado de São Paulo**. Ciência e Saúde Coletiva, 6, 2001, p.391-404.

IBAÑEZ, N.; NETO, G.V. **Modelos de Gestão e o SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(sup), 2007, p.1831-1840.

GIDDENS, A. **Organizações Modernas**. In: GIDDENS, A. Sociologia. 4ª Ed. Rio de Janeiro, Art.Med., 2005, p.282 – 303.

KERBAUY, M. T. M. **Descentralização das políticas públicas, inovação institucional e desenvolvimento regional**. In SOUZA, C. M; HAYASHI, M. C. P. I. **Ciência, Tecnologia e Sociedade: Enfoques teóricos e aplicados**. São Carlos: Ed. Pedro e João Editores, 2008, p. 169-184.

KEWER, L.; EINDIESEL, E.F. (entrevistadas) . **Participação pública em Ciência e Tecnologia: influências nas decisões e, sobretudo, manter a sociedade informada e engajada**. MASSARANI, L.; ALMEIDA, C. História, Ciências, Saúde – Manguinhos – Rio de Janeiro, v. 12, n.2, 2005, p.473-82.

KPMG. **Aspectos gerais das PPPs e referências internacionais**. Workshop SPO do Jaguaribe em PPP, 2005.

LARROUDÉ. E. **Accountability de Organizações do Espaço Público Não-Estatal**. São Paulo: CURSO VIA PÚBLICA, 2008.

LIMA, M. T.; NEVES, E. F; DAGNINO, R. **Popularização da ciência no Brasil: entrada na agenda pública, de que forma?** *Journal of Science Communication*, v.7, n.4, 2008. Disponível: [http://jcom.sissa.it/archive/07/04/Jcom0704\(2008\)A02/Jcom0704\(2008\)A02_po.pdf](http://jcom.sissa.it/archive/07/04/Jcom0704(2008)A02/Jcom0704(2008)A02_po.pdf) Acesso em: 11 mar. 2009.

MARTINS, M.P.S.P. **A organização social de saúde: a experiência do hospital geral Dr. Waldemar Alcântara no Ceará.** Monografia do curso de especialização em gestão hospitalar do centro de estudos sociais aplicados, da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: 2005.

MASCARENHAS, A.O; VASCONCELOS, F.C; VASCONCELOS, I. F.G. **Impactos da tecnologia na gestão de pessoas – Um estudo de caso.** RAC, v. 9, n. 1, 2005, p. 125-147.

MAXIMIANO, A. **Teoria Geral da Administração – da revolução urbana à revolução digital.** São Paulo: Editora Atlas, 6ª Ed, 2007.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO/ SECRETÁRIA DA REFORMA DO ESTADO. **Cadernos MARE: Organizações sociais. / Secretaria da Reforma do Estado.** Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997.

MIOTELLO, V.; HOFFMANN, W. A .M. (org). **Perspectivas Multidisciplinares em Ciência, Tecnologia e Sociedade.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2008.

MIRANDA, E.M. **Estudo das concepções de professores da área de Ciências Naturais sobre as interações entre Ciência, Tecnologia e Sociedade.** Dissertação do Curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: 2008.

MOREIRA, M. L. **Sistemas de Informação em Saúde, Mecanismo de Controle, de Auditoria e de Avaliação.** in: WESTPHAL, M. F. *Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.*

MORONI, J.A. **O direito à participação no Governo Lula.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro: v.29, n.71, 2005, p.284-301.

MUELLER, S. **Popularização do conhecimento científico.** *DataGramaZero : Revista de Ciência da Informação*, v.3, n.2, 2002. Disponível em: http://dici.ibict.br/archive/00000315/01/Populariza%C3%A7%C3%A3o_do_conhecimento_cient%C3%ADfico.pdf. Acesso em: 11 mar. 2009.

NASCIMENTO, E.C.V. **As organizações sociais de saúde – mecanismos de avaliação e controle – A experiência da Secretária de Saúde com organizações sociais.** Workshop de Gestão Hospitalar. Ribeirão Preto: 2, 2006.

NAVES. R. **Instrumentos de Controle Social no modelo de gerenciamento de serviços públicos por OS no contexto das transformações do Estado Brasileiro.** São Paulo: CURSO VIA PÚBLICA.2008.

NETO, G.V. **Abertura**. CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRADORES DE SAÚDE. TEMA CENTRAL: PPP – PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE. 4, São Paulo: 2008.

NETO, G.V.; MALIK, A. M. **Tendências na assistência hospitalar**. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 12(4), 2007, p. 825-839.

NUNES, M.T.G. **A lei das parcerias público-privadas no Brasil**. 2005.

OGATA, M. N., PEDRO, W. J. A. Ciência, tecnologia e inovação em saúde: um estudo de caso junto a profissionais de saúde. In SOUZA, C. M; HAYASHI, M. C. P. I. **Ciência, Tecnologia e Sociedade: Enfoques teóricos e aplicados**. São Carlos: Ed. Pedro e João Editores, 2008, p. 267-289.

OLIVEIRA, G.J.; MÂNICA, F.B. **Parcerias na Saúde – Reflexões sobre a Emenda Constitucional n. 51/2006 e a Lei Federal n. 11.350/2006**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2009.

OLIVERIA, G.J. O bom governo e a boa administração. *Gazeta do povo*: abril, 2008, disponível em: <http://www.justinodeoliveira.com.br/artigos.php?page=2>.

OLIVO, L.C.C. **As organizações sociais e o novo espaço público**. Florianópolis: Editora Studium, 2005.

ORLANDO, J.M.C. **Elementos de controle público e transparência garantidos pelo novo modelo de gerenciamento**. São Paulo: CURSO VIA PÚBLICA.2008.

PACHECO, R.S. **Transformação do Estado: foco em resultados e nova governança**. São Paulo: CURSO VIA PÚBLICA, 2008.

PACHECO, S.R. **Mensuração de Desempenho no Setor Público: Os termos do debate**. Congresso Consad de Gestão Pública, 2, Painel 13, 2009.

PASQUARELLI, R. **Da construção á Operação**. CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRADORES DE SAÚDE. TEMA CENTRAL: PPP – PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE. 4, São Paulo: 2008.

PASQUARELLI, R. **Experiências Latino-Americanas em Reforma do Setor Saúde**. Congresso C.U.D.A.S.S – Sistema Nacional de Saúde – A experiência Uruguiaia, XXIX, 2008.

PINHEIRO, N.A.M; SILVEIRA, R.M.C.F.; BAZZO, W.A. **Ciência, Tecnologia e Sociedade: A relevância do Enfoque CTS para o contexto do ensino médio**. *Ciência e Educação*, v.13, n.1, 2007, p. 71-84.

PRAIA, J.; CACHAPUZ, A. **Ciência – Tecnologia – Sociedade: um compromisso ético**. *Revista CTS*, n.6, vol.2, 2005, p.173-194.

PRAIA, J.; PÉREZ, D.G.; VILCHES, A. **O papel da natureza da Ciência na Educação para Cidadania**. *Ciência e Educação*, v.13, n.2, 2007, p.141-156.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA – CÂMARA DA REFORMA DO ESTADO. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA DO BRASIL, **Lei nº. 8.080**: Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990, 19p.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA DO BRASIL, **Lei nº. 8.987**: Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços público previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências, Brasília, 1995.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA DO BRASIL, **Lei nº. 9.637**: Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências, Brasília, 1998, 7p.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA DO BRASIL, **Lei nº. 11.079**: Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública, Brasília, 2004.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA DO BRASIL, **Lei 12.024**: altera a Lei 11.079, de 30 de dezembro de 2004 (*et al*). Brasília: 2009.

PRÓ-SAUDE. **Organização Social de Saúde – OSS- Implantação em Altamira**. 2007.
REIS, C.O.O. **Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho**. Rio de Janeiro: 2006.

SÁ, E. N. C (org). **Organização da Administração Pública Municipal em Saúde**. in: WESTPHAL, M. F. *Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS* – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

SANTOS, J.C.N. **Parcerias Público-Privadas: A experiência Portuguesa**. 2008.

SANTOS, L. Fundação Estatal. Seminário III – Organização Social (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Fundação Estatal de Saúde. São Paulo, 2007, p. 137-140.

SANTOS, L.A. **Critérios para a definição de atividades exclusivas de Estado e o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília:1999.

SANTOS, L.W.; ICHIKAWA, E.Y. CTS e a Participação Pública na Ciência. In: SANTOS, L.W. et al. **Ciência, tecnologia e sociedade: o desafio da interação**. Londrina: IAPAR, 2002.

SANTOS, R.F.; MAGALHÃES, R.A. HERMÓGENES, J.A. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: 1986.

SAVI, E.M.S; SAVI, A.F. **O papel das parcerias público-privadas (PPPs) no desenvolvimento da infra-estrutura no Brasil**. Fortaleza: ENEGEP, XXVI, 2006.

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Relatório de Gestão das OSS – 1. trimestre. São Paulo, 2010.

SECRETÁRIO GERAL DO CONSELHO DE SEGURANÇA NACIONAL (GOVERNO MILITAR) **DECRETO-LEI Nº 200, DE 25 DE FEFEREIRO DE 1967**. Dispõe sobre a Organização da Administração Federal, Estabelece Diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras Providências, 1967.

SILVA, M.C. **Uma análise da Parceria Público-Privada na gestão hospitalar: Um estudo de caso na perspectiva dos estudos em Ciência, Tecnologia e Sociedade**. Dissertação do Curso de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: 2010.

SILVA, M.C; PEDRO, W.J.A. **Compreensão pública da ciência e tecnologia no modelo Parceria Público-Privada (PPP) de gestão hospitalar**. in Inovação; desenvolvimento tecnológico e crise: frear ou acelerar: anais / X Seminário de Economia Industrial; X Seminário de Jovens Pesquisadores, Araraquara: 2009. documento eletrônico – Araraquara: GEEIN – UNESP – modo de acesso: <http://geein.fclar.unesp.br>, p.342-350.

SILVEIRA, R.M.C.F.; BAZZO, W.A. **Ciência e Tecnologia: Transformando o homem e sua relação com o mundo**. Revista Gestão Industrial. v.2, n.2, 2006, p.45-64.

SNOW, C. P. **As duas culturas e uma segunda leitura: uma versão ampliada das duas culturas e a revolução científica**. São Paulo: EDUSP, 1995.

SOUZA, C. M; HAYASHI, M. C. P. I e colaboradores. **Ciência, Tecnologia e Sociedade: apontamentos preliminares sobre a constituição do campo no Brasil**. in **Ciência, Tecnologia e Sociedade: Enfoques teóricos e aplicados**. São Carlos: Ed. Pedro e João Editores, 2008, p. 29-88.

SUNDFELD, C. A e colaboradores. **Parcerias Público-Privadas**. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2005.

SUS 20 ANOS – Avanços e Contradições. **Notícias Hospitalares**, São Paulo, n.59, ano 6, 2009, p. 14-18.

TALAMINI, E. JUSTEN, M.S. **Parcerias Público-Privadas – Um enfoque multidisciplinar**. Revista dos Tribunais, 2005.

TEIXEIRA, J. **Modelos Técnicos – Modelagem Jurídica**. CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRADORES DE SAÚDE. TEMA CENTRAL: PPP – PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE. 4, São Paulo: 2008.

TEIXEIRA, J. **Modelo de Gestão de Hospitais Públicos**. São Paulo, 2007.

TEMPORÃO, J.G. **SUS 20 ANOS – AVANÇOS E CONTRADIÇÕES**. Revista Notícias Hospitalares. São Paulo: n.59, 2009.

TRINDADE, J.C.S; SOUZA, N. **Termo Aditivo a convênio firmado entre a UNESP – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho, por intermédio da Faculdade de Medicina, Campus de Botucatu, e a FAMESP- Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar**. Bauru: 2003.

VALENTIM, M.L.P. **Informação em ciência e tecnologia: políticas, programas e ações governamentais – uma revisão de literatura**. Ci. Inf. Brasília, v.31, n.3, 2002, p.92-102.

VERGARA, S. C. **Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração – São Paulo: Atlas, 2005**.

VERONESE, A. **A busca de um novo modelo de gestão para a Ciência, Tecnologia e Inovação na política do MCT (1995-2002)**. RAP. Rio de Janeiro (40) 1, 2006, p.107-25.

VILLALÓN, E. **Gestion Clínica-Financiera Hospitalaria. Asociada al uso de los Sistemas Informáticos – GRD’s**. Lima, 2009.

VIOLIN, T.C. **Uma análise crítica do ideário do “ Terceiro Setor” no contexto neoliberal e as parcerias entre administração pública e sociedade civil organizada no Brasil**. Dissertação do Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 2006.

VOGT, C. **Percepção pública da ciência: uma revisão metodológica e resultados para São Paulo**. In: FAPESP. FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Indicadores de ciência, tecnologia e inovação em São Paulo*. São Paulo: 2005. Disponível em: http://www.fapesp.br/indicadores2004/volume1/cap12_vol1.pdf. Acesso em 11/03/2009.

WÄCHTER, M.H. **Sociedade Público-Privada: Crescimento Sustentável com Responsabilidade Social e Fiscal**. 2008.

WÄCTHER, M. H. **RESUMO GERAL DO PROJETO DE APP DO PERÚ**. 2008.

SOBOLL, M. L. M. S. CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P.; TANAKA, O. Y.; WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. Genebra: WHO, 1946.

7. ANEXOS



Hospital Estadual Bauru
Av. Engenheiro Luis Edmundo Carrijo Coube, 1-100
Telefone : (14) 3103-7777
CEP: 17033-360 Bauru/SP



Bauru, 12 de Março de 2010.

OFÍCIO-HEB-CC-08/10

Ref.: Estudo sobre as dimensões sociais da ciência e tecnologia na gestão das parcerias público-privadas em organizações hospitalares.

Prezada Sra.,

Informamos que a Pesquisa acima foi analisada pelos membros da Comissão Científica e aprovada.

Situação da pesquisa: Aprovada, poderá ter acesso ao banco de dados referente a pesquisa, e posteriormente usá-los na tese de mestrado.

Solicitamos que ao final de sua pesquisa encaminhe relatório final de atividades.

Colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos.

Roslene Cordeiro
Vice-Presidente da Comissão Científica
Supervisora Centro de Estudos e Pesquisas

Ilma. Sra.
Meliza Cristina da Silva