

**O Hospital de Ensino em São Bernardo do Campo:
uma parceria entre o governo local e a Fundação ABC**

Série Didática n° 5 – abril 2002

Vânia Barbosa do Nascimento

Esta publicação é resultado de uma pesquisa realizada pelo Cedec, financiada pela Novib e por recursos provenientes de um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo e a FUABC.

EQUIPE DE PESQUISA

Coordenação

Amélia Cohn
Paulo Eduardo Elias

Pesquisadores

Andrea Ranieri Luciano
Clarice Cohn
Daniel Bicudo Vêras
Marco Akerman
Nivaldo Carneiro Jr.

APRESENTAÇÃO

Este número da *Série Didática* trata da análise de uma experiência de gestão de um hospital municipal (o Hospital de Ensino em São Bernardo do Campo) e a Fundação ABC.

Este estudo de caso não é isolado; ele faz parte de uma das linhas de pesquisa que vem sendo desenvolvida nesta instituição sobre novas formas de gestão em serviços públicos estatais de prestação de serviços de saúde. O objetivo maior com esse conjunto de estudos de caso, articulados entre si, consiste em analisar a nova configuração do setor público estatal de saúde a partir dessas experiências concretas das novas parcerias que vêm sendo engendradas entre o estatal e o não estatal, sejam desta esfera fundações e/ou o próprio setor privado lucrativo.

Neste caso específico, o que ganha destaque a partir da análise dos dados levantados é a existência de uma permanente tensão proveniente da parceria entre instituições com objetivos distintos: o ensino, e portanto o hospital como um espaço para a formação dos alunos estudantes de Medicina, e a prestação de serviços à comunidade, enquanto um hospital municipal. No entanto, fica também evidente a importância da iniciativa política das lideranças das instituições parceiras nesse processo, que acaba se revelando conturbado ao longo de sua história, que envolve em grande parte a questão da descentralização da saúde e a indefinição das esferas de competência de cada unidade federada, sobretudo em municípios da complexidade e do porte daqueles que compõem a área metropolitana de São Paulo.

No entanto, embora este estudo de caso faça parte de um projeto mais amplo, dada a importância e o ineditismo da experiência de parceria no caso deste Hospital, decidiu-se por dar destaque a ele nesta publicação.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre formas de gerir os serviços de saúde não é recente na Administração Pública no Brasil. Todavia, o que tem sido novo e qualitativamente diferente no cenário atual é a intensidade desse debate e as diversas modalidades de gestão que hoje se têm apresentado para o setor saúde no projeto de reforma do Estado brasileiro. Nesse sentido, a produção direta pelo Estado dos serviços de saúde e educação, entre outros, não é mais entendida como de sua exclusiva responsabilidade. Desse modo, a questão da gestão do sistema e/ou dos serviços assume um papel central na pauta dessa nova agenda política.

Essa mudança na agenda é bastante perceptível no setor saúde. Nos primeiros anos da década de 80, o debate público concentrava-se na questão do modelo assistencial que deveria ser adotado no interior de um novo sistema de saúde, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e idealizado pelo movimento da reforma sanitária brasileira. Hoje essa discussão vem sendo colocada em segundo plano, ganhando relevância a questão das modalidades de gestão a serem implantadas frente a uma nova relação entre Estado e Sociedade, típica de um mundo globalizado, onde se verifica a precedência da lógica de mercado (Elias, 1999).

Nesse sentido, a questão da gestão pública coloca-se em evidência, pois para implementar essa nova lógica tornam-se necessárias modalidades de gestão compatíveis com o interesse público, isto é, ao mesmo tempo mais ágeis e mais flexíveis, mas não voltadas somente para os resultados, e sobretudo para modalidades orientadas pela razão custo/benefício.

Desse modo, as novas exigências apresentadas à gestão pública põem em xeque toda uma estrutura de Administração Pública até então vigente, pautada na lógica estatal-burocrática, fortemente apoiada na orientação do Estado de Bem-Estar Social, pós-Segunda Guerra Mundial, e consolidada nos Estados do capitalismo central (Abrucio, s/d). É essa estrutura que se trata de reformar, reduzindo a produção direta de serviços pelo Estado, e repassando-os para o setor privado, dando prioridade aos serviços sem fins lucrativos.

No caso brasileiro, o projeto de reforma da Administração Pública tem se apoiado na crítica à sua rigidez burocrática e ao seu conteúdo autoritário e corporativista, tornando-a, assim, ineficaz e dispendiosa. Para contrapor-se a esse modelo, apresenta-se a Administração Pública Gerencial, pautada na concepção de um Estado regulador da coisa pública (Bresser Pereira, 1996).

Segundo Bresser Pereira, um dos principais ideólogos e defensores da reforma da Administração Pública brasileira, a Administração Pública Gerencial constituiria a terceira reforma administrativa do Estado brasileiro. A primeira – Administração Patrimonialista – tem origem no Império, indo até 1936; para esse modelo, o público e o privado são tomados como uma coisa única, ou seja, não há o espaço público estatal; o monarca e/ou as elites políticas e econômicas são “donos” da coisa pública.

A Administração Pública Burocrática constituiria a segunda reforma, baseada na burocracia alemã, no princípio do mérito profissional. Caracteriza-se pela lógica racional-legal, separando a esfera política da esfera administrativa. A neutralidade e a universalidade dos procedimentos são aspectos importantes para esse modelo, além de outros, como a centralização do mando, a divisão parcelar das tarefas, a definição do perfil da função.

São essas características, contextualizadas nas transformações tecnológicas e dada a complexidade da sociedade contemporânea, que fundamentam as críticas do autor, apontando como solução a

Administração Pública Gerencial, já implementada nos países centrais, como Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia, por exemplo, e que têm como atributos: a perseguição da eficiência; a descentralização; a delegação do mando; a avaliação dos resultados e não do processo; a ação dirigida necessariamente para o atendimento do usuário. Em suma, esse modelo incorpora a lógica da administração empresarial.

A desregulamentação dos contratos trabalhistas e das regras burocráticas a que está sujeita a Administração Pública (por exemplo, licitação para compra de equipamentos e materiais de insumos) passa a constituir questão central perseguida pelos defensores dessa reforma, favoráveis à promoção da autonomia dos processos administrativos e financeiros das instituições públicas, criando-se assim condições para se pautar na competitividade de mercado e daí obter resultados satisfatórios para os consumidores desses serviços (Osborne & Plastrik, 1998).

Na análise sobre a relação público-privado na gestão da saúde, em particular, devem ser contemplados os aspectos quanto ao padrão de oferta de serviços na sua relação com a demanda e necessidades sociais, quando o desafio é o de superação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde do país.

Em decorrência, surge a questão: até onde a lógica de mercado é capaz de oferecer respostas às especificidades e às necessidades de integralidade da assistência à saúde e hierarquização dos seus serviços, tal como propostas pelo SUS?

Assim sendo, o debate sobre as novas modalidades de gestão pública não pode ser colocado de forma simplista e tecnocrática, nem tampouco de uma perspectiva conservadora, ou seja, não reconhecendo as várias condicionantes da atual Administração Pública, que a distanciam do cumprimento do seu papel social e público.

Nesse sentido, deve-se aprofundar as análises e avaliar as experiências em andamento, para que se possa apreender questões já colocadas e, a partir daí, visualizar modos de gestão pública e

procedimentos gerenciais, tendo como referência o pressuposto do papel central do Estado na garantia da equidade e da justiça social.

AS EXPERIÊNCIAS DE GESTÃO PÚBLICA NA SAÚDE

É a partir da metade da década de 80, no Estado de São Paulo, que começa a surgir para a Administração Pública no setor saúde a questão de novos modelos de gerenciamento e de gestão, particularmente na área da assistência hospitalar (Malik, 1992).

Com importante predomínio do setor privado na prestação de serviços hospitalares, derivado de uma política implementada pelo Estado em anos anteriores, a assistência hospitalar passou a constituir uma área crítica para a efetiva implantação de novas estratégias políticas para o setor saúde, num período em que se exigia uma expansão da oferta de serviços de saúde nas décadas de 80 e 90.

É nesse contexto que emergem novos modelos para gerir a assistência hospitalar no Estado de São Paulo, a partir da iniciativa do governo do Estado, em 1986, de intervir em dois hospitais praticamente inoperantes: o Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos e o Hospital Umberto Primo. No primeiro introduz-se um modelo de gestão estatal e, no segundo, um modelo de gestão não-estatal. Segundo Malik, ao analisar essas experiências, "(...) levanta-se como alternativa a possibilidade de se trabalhar com organizações de caráter filantrópico, ditas serviços públicos não-estatais (...) ou com alternativas dentro do modelo público. Dessa forma, imaginava-se possível associar a alegada moralidade administrativa do setor público (pelo menos, a ausência de fraudes) e a agilidade do setor privado" (Malik, 1992: 30).

Essas duas experiências são emblemáticas, no caso da Administração Pública no Estado de São Paulo, pois a partir delas foi possível desenhar algumas questões envolvidas nas formas de gestão pública não estatal.

O Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos passou a ser assim denominado após intervenção estatal no Hospital São Marcos,

privado, localizado numa área com carência de assistência hospitalar, na Zona Leste do Município de São Paulo, região com pequenos municípios política e economicamente frágeis: Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba, Poá. O hospital apresentava sucateamento de suas instalações físicas e dos seus equipamentos médico-hospitalares, dispondo portanto de precárias condições de atendimento à população. Além disso, a direção do hospital respondia por inúmeros processos na justiça devido a fraudes na cobrança de procedimentos médicos com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Após inúmeras negociações com os municípios da região, especialmente o de Ferraz de Vasconcelos, o governo do Estado de São Paulo optou por uma intervenção estatal, na perspectiva de que futuramente viesse a ser formado um consórcio intermunicipal para gerir o hospital, o que se deu no período de 1987 a 1990.

Nos primeiros anos de funcionamento do Consórcio Intermunicipal foi possível verificar avanços no gerenciamento do Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos, evidenciados pelas reformas da sua estrutura física, pelas compras de equipamentos e materiais de consumo e por uma política salarial diferenciada dos demais hospitais públicos. O apoio financeiro do governo do Estado evidenciava a prioridade política conferida a esse hospital.

Todavia, a partir do final da década de 80 o governo estadual foi alterando a sua estratégia com relação àquele modelo adotado, uma vez que os municípios não conseguiram assumir a gestão financeira e administrativa do hospital, acarretando deficiências na assistência, principalmente com a não manutenção de uma política salarial de caráter competitivo. Desse modo, a partir de 1990 o Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos volta para a administração direta do Estado de São Paulo, seguindo o padrão dos demais hospitais estaduais.

Já a experiência do Hospital Umberto Primo foi bastante diferente. Tratava-se de um hospital na sua origem filantrópico,

pertencente à comunidade italiana e conhecido como Hospital Matarazzo, localizado na região central do Município de São Paulo, mais especificamente em uma área de concentração do setor financeiro e da classe média da cidade, sem carências de recursos médico-hospitalares, como no caso anterior.

O Hospital Matarazzo, gerenciado na ocasião por uma mantenedora, passava por grave crise financeira, agravada pelas dívidas com fornecedores e pelos atrasos nos salários dos funcionários. Havia também irregularidades na produção de procedimentos cobrados ao INAMPS. Esse quadro acarretava prejuízos ao atendimento médico, com desativação de algumas áreas de assistência.

A decisão do governo estadual de intervir no hospital e de adotar uma nova experiência em administração pública não estatal foi facilitada por uma confluência de interesses em resolver a séria crise por que passava a instituição: havia, por um lado, um movimento importante de funcionários com a proposta de assumir o gerenciamento do hospital e, por outro, a disposição da mantenedora em não mais se responsabilizar pela gestão desta unidade hospitalar.

Assim, o governo do Estado interveio no hospital, mudando seu estatuto, reformando sua estrutura física, comprando equipamentos e regularizando a situação salarial dos profissionais. O gerenciamento passou a ser feito por um Conselho Diretor, composto de representantes da mantenedora, dos funcionários, dos governos municipal e estadual.

Todavia, a experiência do Hospital Umberto Primo não foi adiante, tendo se restringido ao Estado e aos funcionários a participação no Conselho Diretor. Uma das explicações para esse resultado é que não havia um projeto institucional definido para o hospital e a discussão se concentrava apenas nos procedimentos administrativos e financeiros.

Malik (1992), que analisou as duas experiências citadas anteriormente, aponta como variáveis fundamentais para o sucesso

e/ou insucesso das intervenções estatais em hospitais a capacidade política externa (vontade de resolver); as formas de financiamento; a profissionalização da gerência; o controle público e a definição dos programas assistenciais a serem desenvolvidos.

Nos últimos anos, inúmeras experiências de gerenciamento vêm sendo implementadas e propostas para os serviços hospitalares. Mas quando se analisa os modelos de gestão já adotados, e frente aos atuais confrontos políticos e ideológicos presentes no debate sobre as estratégias de implementação desses modelos no contexto do SUS, percebe-se a existência de basicamente duas tendências: uma que constituiria a concepção estatal, vinculada à defesa da Administração Pública direta, advogando que a eficiência e a eficácia estariam na dependência de recursos financeiros e na priorização da agenda política do Estado. Outra, não homogênea, permeável à incorporação da racionalidade privada e pública não-estatal na busca da superação da crise do modelo de gestão dos serviços hospitalares públicos atuais, que enfatiza: a escassez de financiamento para dar conta das necessidades da atenção hospitalar, a má utilização dos recursos aplicados, a fragilidade dos mecanismos de controle público, e a cultura organizacional da Administração Pública, caracterizada pelo fisiologismo, pela não responsabilização com a coisa pública, pela alta rotatividade dos gestores, pela estrutura burocrática extremamente centralizada e verticalizada, dentre outros fatores.

No nosso caso, será analisada uma experiência de gestão que não permite traçar semelhanças com aquelas iniciativas, pois se trata de focar o modelo de gestão adotado pelo Hospital de Ensino de São Bernardo do Campo (HE). A análise dessa experiência de gestão pretende ressaltar, todavia, não somente os objetivos institucionais do ponto de vista da eficiência e eficácia dos serviços prestados pelo hospital, mas também os meios que asseguram o interesse público no cumprimento da sua missão assistencial.

O SUS E AS NOVAS ALTERNATIVAS DE GESTÃO

O debate atual sobre a crise do setor saúde vem sendo pautado pela incompetência e pela falência do Estado – nos seus três níveis de governo – em gerir o setor. Tende-se, de um lado, a enfatizar a questão da escassez de recursos financeiros e, de outro, a má administração da sua alocação. Em consequência, a discussão e as propostas de soluções possíveis para essa crise são remetidas ao campo estreito das alternativas Estado ou Mercado como sendo excludentes e únicas.

A questão da saúde no Brasil, no entanto, é bastante mais complexa do que esse debate vem sugerindo, sobretudo dadas as profundas desigualdades sociais de nossa sociedade e a complexidade e heterogeneidade de nossa atividade econômica. Acresce-se a isso a crise financeira do Estado brasileiro que, sobretudo a partir da Constituição de 1988, imprime ao processo de descentralização da saúde a tendência de onerar principalmente o nível local com a maior parte da responsabilidade sobre a atenção à saúde de sua população, até por ser o nível mais próximo dela, e portanto passível de sofrer maior pressão de demandas por esses serviços.

Embora esteja claro para a maioria dos municípios e seus dirigentes a necessidade de cumprir os requisitos mínimos de um programa de atenção à saúde que seja universal, integral e resolutivo, quando se trata da oferta de serviços mais complexos, especialmente de âmbito hospitalar, são inúmeras as dificuldades que precisam ser enfrentadas no nível local, tanto estruturais quanto de escassez de recursos e de oferta desse tipo de serviço de caráter público.

Existe ainda um consenso segundo o qual, por se tratar de uma estrutura complexa, um hospital exigiria uma gerência diferenciada. Nesse aspecto, detecta-se uma preocupação no SUS quanto às questões ligadas ao gerenciamento dos hospitais públicos locais. A busca de instrumentos ágeis visando uma gestão eficaz tem sido uma constante nas diversas propostas contidas em documentos e relatórios

produzidos; elas apontam uma debilidade e uma rigidez técnica, administrativa e financeira das prefeituras e Estados, derivadas sobretudo de um passado de centralização política e administrativa que persiste ainda hoje, e que inviabiliza o gerenciamento dessas estruturas hospitalares. Visando o estabelecimento de uma capacidade operacional mais ágil, com maior controle e planejamento das ações, têm sido indicadas algumas alternativas de gestão, como: parceria com instituições privadas não lucrativas; contratos de gestão; cooperativas de profissionais; criação de autarquias e fundações, dentre outras.

Nessa direção, a realidade brasileira vem surpreendendo os analistas, administradores e gestores da saúde com uma multiplicidade de experiências de gestão local que extrapolam os limites estreitos da possibilidade dicotômica entre o *público* (confundido sempre com o exclusivamente estatal) e o *privado*. Emergem novas formas de gestão que vêm redefinindo a própria configuração do setor público no país ao combinar racionalidades e flexibilidades inerentes ao setor privado não lucrativo – embora por vezes também inerentes ao setor lucrativo –, e que permitem, de um lado, que se expanda a oferta e a qualidade dos serviços e, de outro, que se promovam novas formas de seletividade da clientela no acesso a determinados níveis de assistência que envolvam maior densidade tecnológica.

Em que pesem todas as dificuldades, alguns municípios vêm apresentando alternativas técnicas e políticas para assumir a gestão da assistência hospitalar. Mas fica evidente que, ao assumirem tal responsabilidade, passam a se confrontar com aspectos relacionados à questão da política de financiamento do SUS, à busca de mecanismos gerenciais diferenciados – inclusive com o envolvimento da população –, e ao estabelecimento de novas formas de parceria com instituições privadas e filantrópicas.

Os municípios da região do Grande ABC são um exemplo disso; vários deles vêm se mobilizando para enfrentar o problema da falta de leitos hospitalares, instalando hospitais próprios, modernizando os hospitais públicos já existentes, aumentando a capacidade de suas

unidades hospitalares e procurando alternativas de parcerias para o incremento da oferta de leitos públicos.

É no âmbito das várias estratégias que vêm sendo adotadas que se pretende analisar a experiência do município de São Bernardo do Campo, que assumiu uma nova alternativa de gestão municipal para a assistência hospitalar, sob a forma de parceria entre o nível municipal – a Prefeitura de São Bernardo do Campo – e uma organização fundacional, tendo como dupla finalidade: a oferta de serviços hospitalares na região e o ensino.

Por se tratar de uma parceria que envolve distintos interesses e racionalidades – o ensino e a assistência –, a análise aqui apresentada preocupou-se em detectar de que forma essa experiência de gestão pode ser reproduzida, pois é exatamente aí que reside um dos pontos centrais que justificam a importância de sua avaliação: o de combinar assistência e ensino, cada qual com suas exigências e demandas específicas, nem sempre conciliáveis entre si.

O MODELO DE GESTÃO DO HOSPITAL DE ENSINO (HE)

Uma instituição de atendimento assistencialista, em 1972, assumida como Hospital de Ensino, muda de caráter: passa a privilegiar a atenção médica aos “necessitados”. O hospital apresentou sérias dificuldades para se manter, devidas sobretudo à ausência de uma política econômica e financeira para a FUABC e o HE; às disputas internas entre os departamentos de ensino para a ocupação do hospital, resultando na indefinição da sua vocação assistencial; à relação de desgaste com a Prefeitura de São Bernardo do Campo, pelo fato de o HE não corresponder às necessidades do Município; e ao imprevisto na administração.

Esses fatores contribuíram para uma indefinição no modo de gestão e gerência que pudesse contribuir para a estabilidade e consolidação desse Hospital de Ensino. Mas, em 1992, o reconhecimento da situação de falência do hospital e uma série de

definições no campo da saúde acabaram por nortear os rumos daquela instituição. Dentre estes, o destaque cabe:

- a) ao acompanhamento do aumento e diversificação da demanda por assistência hospitalar – essa demanda não mais se vinculava a “indigentes”, mas a grande parte da população até então sem acesso a essa modalidade assistencial;
- b) à descentralização na saúde, que começava a reordenar as competências da esfera municipal para o setor;
- c) à democratização da sociedade, que abriu espaço para uma maior vocalização das necessidades sociais e para a denúncia dos maus procedimentos que envolvem a esfera pública;
- d) à crise da assistência hospitalar na região; e
- e) à “intervenção” do Ministério Público em virtude da insolvência da Fundação, e que então passa a intermediar a busca de soluções para a instituição.

A partir de então, começa a ocorrer um interesse mais efetivo pelo HE por parte de vários setores envolvidos, dentre eles a PMSBC, que se posiciona pela sua participação na gestão do Hospital de Ensino, compatibilizando os seus interesses com os da comunidade acadêmica, mas ainda sob o comando da Secretaria de Estado da Saúde. A gestão do Hospital de Ensino sofre, enfim, as alterações decorrentes da nova lógica de descentralização implantada pelo SUS. Pouco depois, a SES se retira do processo, transferindo-o para o Município de São Bernardo do Campo, que passou então a assumir a condução da estratégia de co-gestão do HE, agora municipalizado.

A CONCEPÇÃO ORGANIZACIONAL DA GESTÃO DO HE

Na experiência do modelo de gestão adotado no HE constata-se uma lógica distinta de outras experiências que surgiram nas últimas

décadas, por existir nele uma co-participação efetiva dos setores envolvidos no *comando executivo da sua gestão*, isto é, da PMSBC, através da sua Secretaria de Saúde, da FUABC, através da sua diretoria executiva, e da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

Ao se analisar o convênio que estabelece as bases do atual modelo de gestão do hospital, verifica-se que de fato o HE passou a configurar um equipamento do sistema municipal de saúde de São Bernardo do Campo, trazendo a Fundação como parceira para o desenvolvimento gerencial e técnico dessa unidade hospitalar.

O Convênio de Cooperação Técnica e Gerencial de Saúde e de Desenvolvimento Docente-Assistencial entre a PMSBC e a FUABC

Verifica-se, a partir da assinatura do Convênio, uma radical mudança na lógica de gestão do HE. O hospital, que estava sob a gestão direta da Fundação, passa a atuar como responsável técnico pelos serviços definidos como prioritários pelo órgão gestor do SUS na cidade. A Fundação perde assim a sua autonomia de decisão gerencial, passando a orientar a sua ação no hospital a partir das diretrizes estabelecidas pelo gestor municipal, inclusive devendo prestar contas ao Conselho Municipal de Saúde.

1. Responsabilidades e atribuições

A PMSBC assume uma presença efetiva no modelo de organização gerencial, na medida em que o Prefeito de São Bernardo do Campo nomeia para cargos em comissão o diretor, o gerente administrativo e o assistente de gerência do hospital, e provê, através de repasses à Fundação, os recursos necessários ao seu funcionamento.

Quanto à Fundação, ela indica o diretor clínico, a quem são atribuídas responsabilidades específicas pelo ensino e pela assistência prestada.

2. O Conselho Gestor

A composição, regimento interno e as atividades a serem desenvolvidas pelo Conselho Gestor devem ser estabelecidas pelo Conselho Municipal de Saúde, que até o presente não as regulamentou.

3. As responsabilidades pelo processo de gestão

No processo de gerenciamento do hospital, os diretores nomeados pelo Executivo municipal operam a estrutura financeira e administrativa da Fundação, sendo os seus atos fiscalizados pelo Conselho de Curadores da FUABC, uma vez que seus membros, juntamente com a PMSBC, são os responsáveis legais pelos atos praticados no HE.

4. A intersecção entre as partes no processo de gestão

Por normatização interna, o chefe do Executivo municipal deve nomear os profissionais indicados pela PMSBC para os referidos cargos somente após o referendo do Conselho de Curadores da Fundação. A Diretoria do hospital e a Diretoria Clínica ordenam e executam as despesas necessárias, e assinam conjuntamente os cheques emitidos.

5. Autonomia e flexibilidade na gestão do HE

Apesar da autonomia que esse modelo de gestão confere ao desempenho das tarefas cotidianas da administração do HE, a flexibilidade administrativa fica comprometida, uma vez que devem ser realizados processos licitatórios, concurso público, e responder a um complexo controle exercido por diversos órgãos e instâncias, como: o Conselho de Curadores da FUABC, a Congregação de Ensino, o Ministério Público, a PMSBC, o Tribunal de Contas do Estado, a Câmara de Vereadores, o Conselho Municipal de Saúde, dentre outros.

6. Os conflitos gerenciais

Os conflitos gerenciais entre a FUABC e a PMSBC acabam sendo processados na medida em que elas respondem conjuntamente às instâncias de fiscalização e controle e se responsabilizam mutuamente pelo cotidiano da administração do HE.

O HE nos Estatutos da Fundação ABC

Os Estatutos da Fundação ABC¹ evidenciam a importância por ela atribuída ao Hospital de Ensino, na medida em que ele aparece com destaque nas cláusulas que regulamentam a Fundação. A FUABC procurou introduzir nos seus Estatutos as diretrizes estabelecidas no Convênio de Cooperação Técnica e Gerencial de Saúde e Desenvolvimento Docente Assistencial, firmado entre ela e a PMSBC. Nos seus principais dispositivos consta que:

- o HE deve servir de campo de ensino e treinamento, como também prestar assistência geral à população, constituindo-se referência hospitalar das redes de atenção primária e secundária no município de São Bernardo do Campo, respeitados os princípios e diretrizes do SUS no qual é parte integrante; e que
- para a execução de suas finalidades, o HE deve observar as diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo, bem como o disposto no artigo 45, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS.

Os Estatutos estabelecem ainda a *estrutura e a forma de escolha e nomeação* dos diretores do HE, definidas como segue:

- compõem a estrutura do HE: a Diretoria Geral, a Diretoria Clínica e a Gerência Administrativa;

¹ Os Estatutos da Fundação ABC sofreram inúmeras alterações, desde 1967, sendo a última delas em 4 de abril de 1997, aprovada pelo Conselho de Curadores da FUABC, pelo Ministério Público e reconhecida pelo Registro Civil de Pessoas Jurídicas.

- o Diretor Geral do HE deve ser nomeado pelo presidente do Conselho de Curadores, por indicação do Prefeito Municipal de São Bernardo do Campo, devendo ser um profissional de nível superior, com experiência em administração hospitalar ou de serviços de saúde, ou experiência comprovada na direção de estabelecimento hospitalar ou de serviços de saúde; o Diretor Clínico deve ser indicado pela Faculdade de Medicina e designado pelo Diretor Geral; e o Gerente Administrativo é designado pelo Diretor do Hospital.

Os Instrumentos Legais

Embora os instrumentos legais que disciplinam o processo de co-gestão do HE revelem a simplicidade da sua estrutura quanto à composição e indicação dos responsáveis pela condução do hospital, o mesmo não pode ser dito no que se refere à tarefa de administrá-lo. São distintos os interesses das instituições envolvidas, o modo como encaram o processo administrativo e os resultados que esperam. Não obstante, é importante ressaltar que essa experiência de gestão vem perdurando há mais de sete anos, e que aparentemente ela tem apresentado avanços em termos assistenciais e alcançado reconhecimento na área do ensino.

Se as finalidades das instituições envolvidas – FUABC e PMSBC – são de certa forma distintas e em conseqüência muitas vezes conflituosas, cabe por outro lado analisar como essa concepção organizacional de gestão vem contribuindo para que os conflitos sejam processados e os distintos interesses alcançados.

O PERFIL DO HOSPITAL DE ENSINO

Ao contrário do que seria esperado, a vocação assistencial do HE foi reafirmada com a vigência do novo modelo de gestão como um serviço de atenção especializada, basicamente na área cirúrgica, como referência para São Bernardo do Campo e o ABC. Todavia, acompanhando as novas estratégias para a sua gestão e para a

consolidação do SUS no município, algumas ações foram desencadeadas no sentido da reorganização da atenção prestada, dentre elas: recuperação e ampliação do espaço físico, com o aumento do nº de leitos, de 60 para 100, em 1999; aumento das possibilidades diagnósticas e terapêuticas, com a instalação de novos equipamentos; ampliação e diversificação do atendimento ambulatorial especializado; implantação de um serviço de ortopedia (dada a inexistência dessa especialidade no SUS da região); organização de referência para os casos cirúrgicos em ginecologia, proporcionando uma alta resolutividade ao programa de saúde da mulher praticada pela rede de saúde municipal; embora não possua serviço de urgência e emergência, o hospital assumiu recentemente as cirurgias de urgência referenciadas pelo Pronto-Socorro Municipal de São Bernardo do Campo. Um indicador indireto dessa ampliação está na Tabela 1.

Tabela 1 – Evolução das internações realizadas no Hospital de Ensino por especialidade de internação - 1994 a 2000

Ano	Cirurgia	Clínica Médica
1994	388	52
1995	4.046	352
1996	4.799	364
1997	4.639	516
1998	4.341	624
1999	4.612	1.013
2000	4.697	1.481

Fonte: DATASUS

Quando analisadas as cirurgias, verifica-se que se trata de um perfil cirúrgico eletivo (Tabela 2). De fato, os profissionais de saúde que atuam na rede de serviços do município, e principalmente os que atuam nos seus serviços de pronto-socorro, fazem severas críticas ao perfil especializado assumido pelo HE, uma vez que alegam a falta de referência para a atenção hospitalar de um modo geral, e mais especificamente para os casos cirúrgicos de urgência.

Tabela 2 – Número e proporção de cirurgias realizadas segundo a especialidade no HE, 1999

Especialidade	Nº	%
Urologia	895	19,41
Cirurgia Geral	769	16,68
Vascular	751	16,29
Plástica	552	11,96
Ginecologia	538	11,67
Oftalmologia	351	7,61
Otorrinolaringologia	286	6,19
Ortopedia	183	3,96
Cabeça e Pescoço	159	3,45
Cirurgia Torácica	128	2,78
TOTAL	4.612	100,00

Fonte: Relatório de produção do HE

Em 1999 o HE realizou cirurgias nas diferentes especialidades; as com maior número de atendimentos concentram-se nas áreas de urologia, cirurgia geral, vascular, cirurgia plástica e ginecologia. A

especialidade que apresentou menor volume de cirurgias foi a cirurgia torácica: cerca de 10 cirurgias/mês.

Quando analisadas as especialidades cirúrgicas *versus* o faturamento dos procedimentos realizados pelo HE, de acordo com os valores estipulados pela tabela de remuneração do SUS em 1999, verifica-se que este não se constitui o principal fator de definição do perfil cirúrgico assistencial do Hospital, como demonstra a tabela a seguir. Constata-se, por exemplo, que a cirurgia torácica é a que proporcionalmente mais contribui em termos de faturamento; no entanto, é a especialidade com menor realização de procedimentos.

Tabela 3 – Comparação entre percentual de cirurgias realizadas no HE e percentual de contribuição no faturamento, segundo tabela de procedimentos cirúrgicos do SUS, 1999

Especialidade	% de cirurgias realizadas	% sobre o faturamento	Diferença entre a % de cirurgias realizadas e % sobre a fatura
Urologia	19,41	15,40	- 4,01
Cirurgia Geral	16,68	18,30	1,62
Vascular	16,29	13,90	- 2,39
Plástica	11,96	8,70	- 3,26
Ginecologia	11,67	6,70	- 4,97
Oftalmologia	7,61	6,70	- 0,91
Otorrinolaringologia	6,19	4,60	- 1,59
Ortopedia	3,96	2,50	- 1,46
Cabeça e Pescoço	3,45	2,80	- 0,65
Cirurgia Torácica	2,78	20,40	17,62
TOTAL	100,00	100,00	0

Fonte: Relatório de produção do HE

Segundo depoimentos dos atores envolvidos, acredita-se que o perfil assistencial cirúrgico do HE acaba sendo influenciado pela demanda por cirurgias na região frente à dificuldade de encaminhamento para outros serviços, mas sobretudo pela influência que alguns docentes exercem nas estruturas de poder da Fundação e pela melhor organização acadêmica e envolvimento com a assistência de algumas das disciplinas do Departamento de Clínica Cirúrgica da FMABC.

Mesmo com a recente inauguração de mais uma unidade hospitalar no município – o Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo –, dedicada à atenção ao parto e à clínica médica, e com a absorção de parte da demanda cirúrgica de urgência dos pronto-socorros municipais de SBC, as críticas quanto à falta de uma maior retaguarda hospitalar continuam sendo veementemente expressadas pelos profissionais de saúde do município.

Por outro lado, o fato de o HE se constituir em porta de referência para cirurgias eletivas da Região do ABC, associado a um importante atendimento ambulatorial médico especializado e de apoio diagnóstico e terapêutico, vem conferindo credibilidade ao hospital tanto por parte da população que tem acesso aos seus serviços, quanto por parte da comunidade acadêmica da FUABC.

O FINANCIAMENTO DO HOSPITAL DE ENSINO

As questões relacionadas ao financiamento do HE e da Fundação ABC destacaram-se como fundamentais no processo de definição do caráter institucional e de assistência do HE, coincidentes com a lógica de financiamento da atenção à saúde no país. Em 1993, com novos planos de funcionamento, o hospital foi totalmente ativado, quando então o Município de São Bernardo do Campo passou a exercer papel de relevância na participação do seu financiamento a partir da municipalização deste serviço. A cada ano observa-se o

aumento de recursos provenientes do Tesouro Municipal na receita do HE, mantendo-se com patamares elevados quando comparados às demais fontes.

Tabela 4 – Composição das receitas do HE – 1988-1998

FONTES	1988-1989	1990-1991	1992-1993	1994-1995	1996-1997	1998
FEDERAL	3.434.529,37	5.358.977,19	1.697.288,58	3.523.746,33	4.869.683,58	3.592.725,85
ESTADUAL	-	26.503,88	1.563.587,08	234.796,51	-	-
PMSBC	4.153,65	49.375,93	7.072,12	1.484.817,23	4.342.743,41	8.495.151,27
OUTROS CONVÊNIOS	51.474,03	46.229,71	113,48	717,81	1.469,31	9.505,87
RECEITAS DIVERSAS	120.572,90	179.933,90	191.076,79	114.064,37	55.642,63	140.093,68
TOTAL GERAL	3.610.729,95	5.661.020,62	3.459.138,04	5.358.142,24	9.269.538,93	12.237.476,68

Fonte: Dados obtidos no Setor de Contabilidade da Fundação do ABC e atualizados em reais para dez/98.

OBS: FEDERAL: Convênio SUS e Convênio INAMPS; ESTADUAL: Convênio - Promoção Social, SUDS, Convênio Co-Gestão; PMSBC: Convênio Internação, Convênio Laboratório; Repasses e Subvenções; OUTROS CONVÊNIOS: Instituições privadas, Indústrias e Caixa de Pensões (SA e SBC).

O CONFRONTO DOS DISTINTOS INTERESSES NA GESTÃO DO HOSPITAL

É consenso entre os entrevistados – atores envolvidos na administração e na vida cotidiana do hospital – que a parceria entre a Prefeitura de São Bernardo do Campo e a Fundação do ABC visa responder aos seus respectivos interesses, quais sejam, a necessidade de o município garantir o atendimento especializado à população e a de se implantar um hospital de ensino para a Faculdade de Medicina. Dessa forma, a motivação de cada um dos parceiros em aderir ao modelo de co-gestão parece ser consensual; no entanto, suas visões

tanto sobre a parceria quanto sobre sua inevitabilidade se alteram de acordo com o lugar que ocupa cada um dos atores.

O HE é da Fundação ou da Prefeitura?

A partir dos depoimentos tem-se a impressão de haver uma nítida divisão entre o trabalho administrativo e de ensino, em que a área de ensino e pesquisa é orientada pela Faculdade, por meio do diretor clínico e das disciplinas da FMABC, e considerada como “*parte técnica*” na qual o pessoal ligado à Prefeitura e à administração não intervém. No entanto, observando-se o cotidiano das decisões constata-se uma inversão nas atribuições, indicando que as funções administrativas e de gerenciamento do atendimento podem às vezes ser embaralhadas.

Quem paga a conta do HE?

A participação da Prefeitura é fundamental no financiamento do HE; o responsável pelo orçamento se dirige diretamente a ela para a solicitação de recursos, e nunca à Fundação.

Os depoimentos apontam que, embora se trate de um hospital de ensino, em casos que exigem a decisão sobre um mesmo recurso ser alocado no atendimento ou na pesquisa, a prioridade deve ser dada ao atendimento, já que “*bem ou mal a Fundação tem como conseguir recursos*” para o desenvolvimento de pesquisas, ou mesmo para serviços não priorizados pela Prefeitura.

Serviço público ou privado?

A maioria dos representantes institucionais vinculado à FUABC afirma que o HE não pode de fato ser considerado um hospital público. Assim, preferem considerá-lo um “*hospital público não-governamental*”, livrando-o ainda de ficar “*à mercê da política*”, o que aconteceria se ele fosse “*só público*”.

No entanto, a própria população e mesmo alguns profissionais da Fundação acreditam que o hospital é público e da Prefeitura. Nesse sentido, funcionários da Secretaria de Saúde relatam que, em casos de

reclamação ou demandas, a população recorre a eles e não à Fundação.

Quem define a demanda a ser atendida?

É consenso que a demanda da população de São Bernardo deve ser respeitada; de acordo com uma das entrevistadas, isso se justifica porque “*quem paga, manda*”. No entanto, ela concorda que isso deve ser feito respeitando-se também a vocação do HE.

Para um entrevistado, se o HE é de fato um hospital cirúrgico, “*não há problema nisso*”. Em sua opinião, nem a demanda por cirurgias é possível ser atendida plenamente, e não haveria por que ampliar as responsabilidades do hospital, devendo ser mantido seu perfil terciário.

Atendimento e ensino ou ensino e atendimento?

No discurso, a maioria afirma que a Prefeitura enfatiza que o atendimento imprime uma lógica própria à demanda, que “*não depende da lógica da disciplina*”, mas à “*da rede de serviços*”. Por outro lado, a Fundação acredita que a parceria, embora envolva conflitos “*administráveis*” pelos interesses de ensino e de atendimento, acaba por caminhar na mesma direção, já que “*as disciplinas têm interesse em crescer e a Prefeitura tem os interesses da comunidade para defender*”.

Como são tomadas as decisões?

Vários entrevistados referem que a relação cotidiana da equipe de gerenciamento do HE é “*muito pacífica*”, “*até demais*”; não há cerceamentos nem existem conflitos. Referem que as decisões são tomadas pela equipe em reuniões não programadas e circunstanciais: reúnem-se quando necessitam resolver algo ou quando aparece um problema, e “*decidem consensualmente*”. Ninguém decide sozinho, principalmente quando está em jogo a alocação de recursos.

Mas a referida ausência de conflitos e a consensualidade das decisões não são tão absolutas quanto o discurso leva a crer. É verdade que a gestão do HE tem sido realizada com base em uma

negociação que busca atender aos interesses de ensino e de atendimento à população, e tem sido bem-sucedida; parece ser fato também que ela tem conseguido autonomia de decisões; no entanto, não se pode afirmar que ela ocorra sem qualquer conflito de interesses.

Existe autonomia para a gestão?

Para a maioria dos entrevistados, com a co-gestão não se estabeleceu uma instância autônoma com relação à resolução dos interesses dos vários setores envolvidos com o HE, mas se constituiu uma autonomia decisória da gerência.

Como fica o controle da população?

Alguns afirmam que existe um controle social, outros ignoram, e outros reconhecem que a co-gestão ainda não foi completada, na medida em que não existe um controle efetivo da população: *“não acho que o Conselho Municipal de São Bernardo tenha controle efetivo sobre o Anchieta, não me consta que exista Conselho Diretor acima do Anchieta, que exista Conselho de Usuários que diga o que é melhor ser feito”*. Assim, embora aparentemente resolvido em termos institucionais e gerenciais, o modelo de co-gestão não teria ainda dado abertura para a participação nas resoluções das prioridades da população usuária. Um outro entrevistado, ligado à Prefeitura, relativiza esse problema lembrando que o Conselho Municipal tem autonomia para *fiscalizar*.

ALGUNS INDICADORES DE PRODUÇÃO E QUALIDADE: PASSADO E PRESENTE

Apresenta-se na Tabela 5 alguns indicadores do HE a partir dos dados de produção e valores médios de AIH referentes a 1992, quando comparados à mesma referência relativa a 2000. Assim elaborados, esses dados podem servir como indicativo do grau de eficiência do processo de implementação da gestão em vigor. A Tabela mostra esta comparação, cotejando-se o número médio mensal de altas em clínica médica e cirúrgica, taxa de ocupação média mensal, média de

permanência mensal em clínica e cirurgia, assim como o valor médio mensal de AIH, respectivamente.

Tabela 5 - Comparação de dados de produção e valor médio de AIH entre 1992 e 2000 para o HE de São Bernardo do Campo

REFERÊNCIA DE ANÁLISE	1992	2000	DIFERENCIAL Entre 2000 e 1992 (%)
Número médio mensal de altas em clínica médica	43	123	186
Número médio mensal de altas em cirurgia	161	391	142
Taxa de ocupação média mensal	57%	73%	30
Média de permanência mensal em clínica médica (em dias)	8.3	3.6	-57
Média de permanência mensal em clínica cirúrgica (em dias)	2.9	3.6	24
Valor médio mensal de AIH em clínica médica (em dólares)	160	208	25
Valor médio mensal de AIH em clínica cirúrgica (em dólares)	196	449	129

Fonte: Setor de Estatística do HE

De acordo com os dados apresentados, pode-se afirmar que de uma maneira geral, entre 1992 e 2000, houve um aumento de produção, de produtividade e de receita do hospital, indicado pelo aumento médio mensal da AIH – moderado em clínica e acentuado em cirurgia.

Algumas estatísticas de 2000 produzidas pelo HE foram também comparadas com as dos hospitais que aderiram ao Programa

de Certificação da Qualidade Hospitalar da Associação Paulista de Medicina (CQH)².

Obedecendo à disponibilidade dos dados do HE é que foram selecionados os indicadores para a comparação com a série trimestral dos hospitais inscritos no CQH, com a ressalva de que os hospitais inscritos neste Programa são gerais e que serão comparados com dados de um hospital (HE) que faz apenas atendimentos clínicos e cirúrgicos eletivos.

A partir dessas ressalvas, a comparação dos dados mostra que a mediana de mortalidade operatória dos hospitais inscritos no CQH é de 0,08%, ao passo que a taxa do HE é de 3,05%. Na amostra do CQH há hospitais com taxas em torno de 3,5%. A taxa do HE, acima da mediana da amostra CQH, poderia ser um indicativo do seu perfil cirúrgico em comparação com o perfil mais geral da amostra CQH.

Quanto à taxa de ocupação hospitalar da amostra CQH, verifica-se que a sua mediana é de aproximadamente 65%. A taxa de ocupação do HE no 3º trimestre de 2000 é de 67%. Enquanto no 1º semestre esta taxa apresentou instabilidade, variando de 46% a 78%, no segundo semestre ela se estabilizou em torno de 68%, apresentando um menor grau de instabilidade.

O tempo médio de permanência da amostra CQH tem como mediana o valor 3,4 dias, enquanto o valor do HE no 3º trimestre de 2000 é bastante próximo: 3,7 dias. Ao longo do ano de 2000 esta taxa se manteve estável, com valores mínimos e máximos, respectivamente, de 2,97 e 4,0 dias.

² Trimestralmente os hospitais inscritos apresentam ao CQH os seguintes indicadores: taxa de ocupação hospitalar; tempo médio de permanência; taxa de mortalidade institucional; taxa de mortalidade operatória; taxa de cirurgias suspensas; taxa de cesarianas; taxa de APGAR – 1º minuto; taxa de APGAR – 5º minuto; percentual de médicos com título de especialista; relação enfermeiro/leito; relação pessoal leito; taxa de absenteísmo; taxa de rotatividade – RH; taxa de acidente de trabalho; taxa de infecção hospitalar; percentual de infecção hospitalar por clínica/serviço; distribuição percentual das infecções hospitalares segundo a localização topográfica; taxa de mortalidade institucional.

A mediana de infecção hospitalar da amostra CQH no 3º trimestre de 2000 foi de 2,31%, ao passo que a taxa do HE foi de 4,92%. Seu perfil cirúrgico poderia justificar esta taxa, que se aproxima das mais altas taxas da amostra CQH.

O percentual de 100% de médicos do corpo clínico do HE com título de especialidades supera a mediana CQH, de 79,8%. O fato de o HE ter curso de Residência Médica e laços com uma Faculdade de Medicina poderia justificar essa taxa de 100%.

Já o valor de 5,3 funcionários/leito no ano de 2000 contrasta com o dado da amostra CQH, de 3,7 funcionários/leito. Entretanto, há vários hospitais na amostra CQH com valores entre 6 e 10 funcionários/leito. Além do mais, a utilização deste indicador para os casos de hospitais com vocação universitária deve ser melhor analisada, na medida em que um perfil acadêmico para instituições hospitalares pode implicar um suporte maior em termos de pessoal. O valor de 0,21 enfermeiro/leito da amostra CQH iguala-se ao valor do HE.

A taxa de absenteísmo do HE é de 0,25%, mais baixa que a mediana CQH, de 1,4%. Por outro lado, a rotatividade funcional é maior no HE que na amostra CQH: 2,3% e 1,4%, respectivamente.

Como síntese da comparação entre os dados selecionados do HE e a amostra CQH, pode ser assinalado que os resultados do HE não mostram disparidades importantes com os dados da amostra CQH, e que o fato de seus indicadores se apresentarem distintos dos valores das medianas CQH pode ser justificado pelo “perfil cirúrgico e universitário” do HE.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Desta experiência constata-se que a formulação do modelo de co-gestão do HE é marcada por uma forte presença da lógica pública, em que a preocupação com a produção de serviços de saúde para a população é central. Neste caso, a garantia da assistência hospitalar,

particularmente a atenção cirúrgica, respeitando no entanto a necessidade do perfil de morbidade detectado pela rede pública de saúde do Município de São Bernardo do Campo.

É interessante notar que, paralelamente à formulação e implementação de uma solução para as crises da FUABC e do HE, redundando num novo modelo de gestão que desembocará, a partir de 1994, no estabelecimento de uma parceria entre a Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo e a FUABC, verificam-se mudanças substanciais na composição da receita do próprio hospital. De fato, constata-se uma queda brusca da participação dos recursos federais (SUS), dada a baixa produtividade do hospital no período, coincidindo com um brusco aumento da participação de recursos estaduais. A partir de então, com o aumento considerável dos níveis de produtividade do hospital, retoma-se o financiamento federal, ausenta-se o estadual, e passa a ocorrer um aumento acentuado da participação dos recursos municipais, tendência esta que persistirá até os dias atuais.

Com isso evidencia-se portanto, na prática, a decisão do governo local em assumir a responsabilidade pelo hospital, mas ao mesmo tempo, ao assumir a nova modalidade de gestão, propõe-se também a repartir essa responsabilidade com a FUABC.

Nesse processo, o papel do poder público municipal revelou-se fundamental, pois foi capaz de reconhecer as necessidades da assistência hospitalar para o município e identificar no HE – mais propriamente na FUABC – a possibilidade de manter seu caráter público, enfrentando os limites da estrutura burocrática e financeira da própria Prefeitura, bem como as possibilidades e potencialidades de um modelo público não-estatal na produção de serviços de saúde, neste caso associado a preocupações de ensino.

Por outro lado, a FUABC teve uma atuação importante ao somar-se à lógica do poder público na prestação da assistência médico-hospitalar, reconhecendo a sua inserção e seu papel na região,

aproximando assim a formação de profissionais de saúde com a realidade local.

Essa experiência de estabelecimento de uma parceria de co-gestão coloca em evidência algumas questões, dentre as quais a da municipalização da assistência hospitalar, cara a vários municípios, e outra, de maior abrangência, relacionada à própria gestão pública na saúde e às propostas atuais de reforma do Estado brasileiro defendidas pelo governo federal e por alguns Estados, particularmente o modelo das Organizações Sociais.

Por fim, cabe ressaltar que na formulação desse novo modelo de gestão do HE, nas discussões realizadas e na sua instituição a partir de 1994, a dimensão administrativo-financeira é predominante: ela assume a questão por excelência para a busca de resolução dos problemas, tanto no caso do poder público municipal, como da Fundação. Até porque não se evidencia a existência de um acúmulo de reflexão e elaboração de modelos de um projeto alternativo de gestão pública dessa natureza. O que havia, sim, eram vontades políticas confluentes:

"quanto ao estabelecimento e controle de metas (...), tudo foi feito mais ou menos aleatoriamente. No começo, foi decidido que o Hospital funcionasse sem traumas. Isso (...) foi conseguido. O número de internações, o plano diretor etc., isso tudo vai sendo definido à medida da disponibilidade. Por exemplo, não dá para se fazer um planejamento desse tipo para dez anos". (entrevistado 1)

"A gente tinha muita dúvida, porque não se sabia como ia ser a relação com a Fundação, com o Hospital Universitário [HE] 'per si', como o Hospital Universitário [HE] seria ao ser aberto para a população e para atender as necessidades que a gente tinha (...). As decisões dependem do jogo político e a população fica do lado assistindo (...). As formas de co-gestão precisam ter foros claros (...) de ação e discussão, saber quais as metas (...), o interesse do ensino não é o interesse da assistência, é um choque constante que não foi resolvido nos grandes hospitais universitários (...)". (entrevistado 3)

Contudo, o que se observa nessa experiência de pactuação de um novo modelo de gestão do Hospital de Ensino de São Bernardo do Campo é o forte envolvimento dos atores sociais nesse processo, em situação de igualdade na solução do problema, caracterizando-se como **parceiros** de fato. E, segundo Dulany (1997: 63), “(...) a parceria funciona melhor quando os grupos envolvidos possuem mais ou menos o mesmo nível de poder de decisão”.

Como relata um dos entrevistados:

"a Faculdade é um dos atores na formulação da política. A Prefeitura e a Comunidade também. Foi um momento importante". (entrevistado 2)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. São Paulo, s/d (mimeo).
- BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. “Da administração pública burocrática à gerencial”. *Revista do Serviço Público*, ano 47, vol. 120, nº 1, jan./abr. 1996.
- COHN, Amélia “Notas sobre o Estado, políticas públicas e saúde”. In: Gerschman, S. e Viana, M. L. W. *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, pp. 101-113.
- DULANY, P. “Tendências emergentes em parcerias intersetoriais: processos e mecanismos para colaboração”. In: loschpe, E. B. (org.). *3º Setor: desenvolvimento social sustentado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997, pp. 63-71.
- ELIAS, Paulo Eduardo. “PAS: um perfil neoliberal de gestão do sistema público de saúde”. *Estudos Avançados*, IEA/USP, vol. 13, nº 35, jan./abr. 1999, pp. 125-137.
- FIORI, José Luís. *O vôo da coruja: uma leitura não liberal da crise do Estado desenvolvimentista*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1995.
- FUNCIA, F. R. *Os condicionantes político-institucionais do processo de implantação e operação do Sistema Único de Saúde sob a ótica municipal: a experiência de São Bernardo do Campo*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998 (Dissertação de Mestrado).

- MALIK, Ana Maria. "Administração pública em saúde: apresentação de dois casos de intervenção pública no setor privado". *Revista de Administração Pública*, vol. 26, nº 2, abr./jun. 1992, pp. 127-138.
- NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. *Descentralização, municipalização e assistência hospitalar: as experiências dos municípios de Santo André e Diadema*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1994 (Dissertação de Mestrado).
- OSBORNE, D. e PLASTRIK, P. "Repensando o serviço público". *Reforma Gerencial*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, nº 0, mar. 1998, pp. 28-29.
- SALLUM Jr., Brasílio. "Transição política e crise de Estado". *Lua Nova*, São Paulo: Cedec, nº 32, 1994, pp. 133-167.
- SÃO BERNARDO DO CAMPO. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Atas de Reuniões, período de 1992 a 1994.
- SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Convênio entre o Governo do Estado de São Paulo e a Fundação do ABC – Cooperação Técnica e Gerencial de Saúde. São Paulo, 20 de fevereiro de 1992.