

Gestão de Hospitais Públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão

Pedro Ribeiro Barbosa

1. Alguns movimentos para uma nova gestão hospitalar pública

O debate recente tem levantado novas possibilidades para a gestão das organizações públicas no país. No processo de transformação do próprio Estado brasileiro, alguns princípios ganham corpo e buscam novas formas organizativas, de modo a permitirem às organizações públicas, não apenas hospitalares, novos papéis e novas performances. Organizações em geral, bastante desgastadas não só quanto aos anseios e necessidades sociais, mas também em relação aos seus próprios integrantes, que com elas se identificam e se comprometem tão pouco.

Neste artigo, os contratos de gestão são preconizados enquanto práticas conseqüentes, e também viabilizadoras, de novos mecanismos de coordenação do trabalho intra-organizacional. Enfaticamente, e não por acaso, vamos nos deter na análise das possibilidades de aplicação dos chamados contratos de gestão às organizações hospitalares públicas. Procuraremos justificar tal proposição não apenas como mais um instrumento de controle dos níveis centrais sobre suas organizações subordinadas, mas como uma concepção a ser praticada em pelo menos três níveis de gestão: dois internos às organizações (no interior de cada

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 47
Volume 120
Número 2
Mai-Ago 1996

Pedro Ribeiro
Barbosa é professor e
coordenador de ensino
lato sensu e do
Programa de
Formação em Gestão
Hospitalar da Escola
Nacional de Saúde
Pública - FIOCRUZ

serviço ou unidade organizacional, entre cada unidade e o nível diretivo local-direção hospitalar) e outro externo (entre o hospital ou rede hospitalar e seu(s) órgão(s) controlador(res) direto(s)).

Definida, nessas três dimensões, a condição de contrato, enquanto expressão de natureza jurídica, tende a ficar subordinada à compreensão de outras lógicas de gestão, construídas sob a concepção de compromisso. Assim, pode-se imaginar uma prática de gestão como construção e a coordenação de um sistema de compromissos internos e externos às organizações. A dimensão jurídica do contrato seria uma consequência, e não sua motivação primeira, não sendo sequer necessária, como será visto no caso da administração pública francesa.

As proposições aqui formuladas procuram levar em conta contribuições diversas e atuais ao aperfeiçoamento da gestão hospitalar pública.

Assume-se que a imperiosa necessidade de inovações no domínio da gestão pública é por demais consensual, ainda que isso não se expresse em propostas convergentes, que possam ser implementadas de forma mais extensiva no parque hospitalar público brasileiro. Tem-se, como consequência do escasso consenso e pouca clareza sobre o que ou em que direção mudar, um conjunto significativo de iniciativas do tipo voluntarista, quase sempre conformando propostas mais preocupadas em escapar dos controles centrais e do processualismo da administração pública. Não é por acaso que as chamadas fundações privadas de apoio¹ provocam grande simpatia, especialmente nos dirigentes locais.

Entendemos que tal situação se deva, naturalmente, a enormes discrepâncias entre as realidades organizacionais, o que origina os mais variados diagnósticos, mas também por serem realidades que vêm sendo explicadas a partir de categorias consideradas suficientes (excesso de controles e escassez de recursos) e que, uma vez satisfeitas, gerariam soluções satisfatórias. O maior exemplo dessa análise limitada reside na explicação que supervaloriza a escassez dos recursos destinados aos hospitais ou as suas modalidades de pagamento. Sem eliminar esta e outras explicações, é necessário, no entanto, que outras causas sejam agrupadas e inter-relacionadas, de modo a facilitar a implementação de alternativas de transformação mais abrangentes.

Entretanto, deve fazer parte desse processo de análise a adequada compreensão da natureza mais específica das organizações hospitalares, de modo a permitir não apenas a construção de modelos de referência para análises mais pertinentes, mas, sobretudo, para que as soluções sejam mais ajustadas e adequadas às condições e condicionamentos particulares deste tipo de organização que é o hospital público.

Para satisfazer a esses pressupostos, concebemos a organização deste texto de modo a, num primeiro momento, procurarmos identificar algumas dimensões que concorrem para a crise do setor hospitalar público. Em seguida, analisamos as características mais marcantes das organizações hospitalares públicas, tanto em seus componentes intrínsecos, derivados da natureza de seu trabalho, como em relação aos condicionamentos decorrentes da sua condição de vinculação à administração pública. Finalmente, estudamos as potencialidades do contrato de gestão, como estratégia e instrumento de transformação da condição gerencial e assistencial dos hospitais públicos.

2. Dimensões da crise no setor hospitalar público

Ao tomar esse tema para trabalho, não se pode desconsiderar a crise que envolve o setor da saúde, sobretudo a da atenção médico-hospitalar. Naturalmente, não se pretende fazer uma análise dessa crise, mas ao menos localizar as dimensões que mais diretamente interagem com o que será tratado ao longo do texto.

VECINA NETO e MALIK (1991), propõem uma análise desta crise a partir de três dimensões.² Uma primeira, a nível estrutural, mais associada à importância política conferida ao setor, que se expressa na baixa prioridade enquanto área de governo. Isso pode ser diagnosticado não só pelos limitados recursos destinados à área, mas também pelos baixos salários, pela qualidade dos serviços prestados, pelo reduzido controle social, pelos critérios clientelistas para ocupação de cargos de gerência, entre outros aspectos. O segundo grupo de causas é organizacional e, naturalmente, condicionado pelo primeiro. Entre as causas, destacam-se a inexistência de objetivos claramente definidos, gerentes sem compromisso com a profissionalização, escassez de recursos financeiros, limitada utilização de instrumentos de gestão, como planejamento, orçamento, custos, sistemas de controle etc. Além disso, a completa ausência de padrões de trabalho, que limita a busca da eficiência e, acrescente-se, de eficácia. No terceiro plano de análise, estão as causas de caráter individual, como a limitação profissional dos gerentes, que se sentem inseguros em suas funções, tanto por serem instáveis, sujeitos a trocas repentinas, como também pela sua não-capacitação. Para os demais funcionários, quase sempre, o clima é de desmotivação e descompromisso e o gerente está incapacitado para lidar com essa “desmotivação generalizada, no sentido de oferecer-lhes, ao menos, objetivos organizacionais a atingir claros, no mínimo como forma

de garantir algum grau de compromisso, se não com a organização, ao menos com suas tarefas”.³

Depara-se com realidades de gestão, na sua maioria marcadas pela improvisação, pelas ações voltadas para emergências, pela grande centralização e baixa autonomia dos dirigentes locais, pela ausência quase completa de compromisso com os resultados, pela irracionalidade e desperdício de recursos etc.

É sabido que a reversão desse quadro não se dará através de soluções parciais. De maneira geral, a mera injeção de recursos redundará quase sempre em maiores desperdícios, caso não venha acompanhada de novas práticas, forçosamente amparadas em bases de responsabilidade social e profissionalismo renovado. Isso diz respeito a todos os profissionais, não apenas aos dirigentes, o que demanda uma imperiosa necessidade de transformação da cultura, que hoje impregna tais organizações, expressa, de maneira geral, por práticas profissionais de limitado compromisso com a razão de ser dessas organizações: a satisfação de seus usuários e a otimização de seus recursos.

Portanto, transformar tais organizações significará um pouco mais do que a necessária, mas não suficiente, elevação do montante de recursos a serem alocados.

Neste quadro de crise relativamente profundo e extenso em que estão envolvidas as organizações hospitalares públicas brasileiras, os seus dirigentes tornam-se meros personagens, na maioria das vezes levados por ela, poucas vezes conseguindo dimensioná-la mais detidamente. Para a maioria deles, o fio da meada para o seu enfrentamento é o problema que os espera ao chegar a cada dia ao hospital. Com certeza, até hoje não foram poucos os problemas enfrentados e superados. Mas, ao final do dia, poucos saem de seus hospitais com o espírito renovado por terem alcançado resultados marcantes. A maioria das vezes, ainda carregam a sensação de frustração, por não conseguirem concretizar planos que acalentam e que podem mudar o hospital. O tempo esvai-se rapidamente e, muitas vezes, os planos também!

Depois de alguns anos de docência em administração hospitalar, não é difícil perceber o quanto a maioria desses profissionais se entrega às suas causas, buscando levar seus hospitais adiante. Não sem angústia e com muito desgaste, por se verem limitados nas suas práticas quotidianas, ao mesmo tempo em que os obstáculos se repetem e se avolumam. Enfrentam uma realidade na qual as decisões programadas são exceções. Não são poucos os que já passaram por decisões cruéis, do tipo “A escolha de Sofia”.⁴ Que organizações e que modelos de gestão são esses, em que seus diretores, quase sempre médicos, são chamados a partilhar decisões desse tipo?

Neste trabalho, o campo da gestão e do profissionalismo na gestão hospitalar são assumidos enquanto estratégias não apenas para o enfrentamento da crise, mas, especialmente, visando à condução dessas organizações. Essas organizações necessitam ser conduzidas e isto é algo além de simplesmente existirem e estarem à mercê de inúmeros condicionamentos e serem levadas por eles erraticamente.

Essas organizações e, naturalmente, seus condicionamentos – sejam oportunidades, sejam fraquezas e limitações – devem ser identificados e compreendidos. Compreender os fatores intervenientes na dinâmica das organizações é, no mínimo, estar atento ao que interfere na vida de qualquer pessoa, pois a sua quase totalidade está permanentemente nas organizações ou delas sofrendo algum efeito.⁵ Mas, quanto aos dirigentes, estes não apenas estão nos hospitais, não são seus pacientes, fornecedores ou funcionários; assim como, num avião, o piloto não é um passageiro a mais! Conhecer a complexidade de um avião intercontinental, no caso de um piloto, é uma interessante analogia para o diretor hospitalar. Esse conhecimento, para o piloto, não significa que ele deva saber fazer a manutenção de sua turbina. O mesmo acontece com o diretor em relação ao seu tomógrafo. Mas ambos são ou devem ser responsáveis por uma rota, e mesmo rotas alternativas, para suas organizações. Também devem saber a importância de todas as partes, interações internas e externas, necessidades, insumos e produtos relacionados com sua organização para com eles interagir, valorizando permanentemente a razão de ser do todo organizacional, ou seja, ser um elemento vital para a sua eficiência e eficácia.

É inegável – e cada vez mais inadiável – a necessidade que a gestão hospitalar pública tem de encontrar novos caminhos; que seus diretores, embora muitos não se mostrem conscientes dessa obrigação, sejam, cada vez mais, condutores de suas organizações.

3. A complexidade das organizações hospitalares

No campo da gestão, teoria e prática, já é bastante difundida a noção de que os hospitais estão entre as organizações mais complexas que existem. Essa noção de complexidade encerra pelo menos duas dimensões. Uma primeira relacionada à organização do trabalho em si, considerando tanto o processo como o produto. A segunda, em consequência, decorre das exigências para a sua condução, o que significa a coordenação das ações específicas de cada parte desse

trabalho, procurando atingir produtos e resultados globais em termos de eficiência e eficácia.

Portanto, a perspectiva de construção de modelos gerenciais aplicáveis às organizações hospitalares forçosamente exige uma compreensão acerca da natureza particular da sua complexidade.

As formulações sobre as organizações, que compõem o campo da Teoria das Organizações, ou como prefere MOTTA (1990), das teorias organizacionais,⁶ constituem campo bastante vasto, embora num período histórico relativamente curto. No entanto, a evolução dos conhecimentos não tem, necessariamente, provocado o descarte de contribuições anteriores. O que se percebe é mais um processo cumulativo no qual novas ênfases e abordagens tratam de subordinar lógicas formuladas anteriormente. Pode-se dizer que esse processo traduz mesmo os limites para se produzir teorias que expressem toda a complexidade que envolve as organizações. DUSSAULT (1992), em poucas palavras, identifica as principais abordagens que historicamente se apresentaram: “A visão delas (teorias das organizações) passou de entidades programáveis, funcionando como máquinas, a sistemas complexos.... Gradualmente, a visão racionalista e positivista (*one best way*) foi trocada por outra, que aceitava a existência da interdeterminação (contingência), e, mais recentemente, segundo uma nova corrente da literatura (LINCOLN 1985, WEICK 1989), com uma visão naturalística, que enfatiza a complexidade, o caráter sistêmico, holográfico...”⁷

Há ainda outras formas de explicar as organizações. O uso de metáforas é uma delas, sendo MORGAN (1991), um autor de referência nessa forma de teorizar as organizações. São conhecidas as suas metáforas,⁸ que possibilitam explicar o funcionamento das organizações e que “ilustram eloqüentemente a dificuldade de teorização de uma realidade tão complexa”.⁹

A opção, neste trabalho, para explicação das organizações hospitalares está amparada na lógica construída por MINTZBERG (1989), que “as considera em termos de configurações, isto é, de sistemas típicos de relações entre atributos básicos, cada uma (configuração) tendo características, modo de funcionamento e problemas específicos”.¹⁰

Para a diferenciação organizacional, MINTZBERG (1989) trabalha com algumas combinações de variáveis. Um primeiro grupo de variáveis é construído a partir da identificação de partes componentes de qualquer organização, sendo elas: o centro operacional, onde se localizam os operadores que produzem os bens ou serviços típicos da organização; o centro de decisão, no qual estão os dirigentes; o nível intermediário (*middle line*), composto por gerentes e supervisores; a tecnoestrutura, na qual se localizam os especialistas, técnicos ou analistas que planejam o trabalho dos operadores, e o pessoal de apoio.¹¹

O outro conjunto de variáveis consideradas diz respeito aos mecanismos de coordenação do trabalho, que podem ser: de ajuste mútuo, supervisão direta e ainda de padronização de qualificações, processos, produtos e normas de comportamento.¹²

Um terceiro conjunto de variáveis é designado por MINTZBERG de parâmetros básicos, que compreendem: o grau de especialização das funções, de formalização dos comportamentos, o tipo de treinamento necessário, de agrupamento das unidades (tipo de departamentalização), dos mecanismos de ligação entre as unidades, do sistema de planejamento e de controle e, finalmente, do grau de centralização das decisões.¹³

Por último, enquanto variáveis a se combinarem para a conformação das configurações, há os fatores contingentes ou situacionais, entre os quais se enquadram a idade da organização, seu tamanho, o sistema técnico de produção, a complexidade tecnológica (essencialmente equipamentos), o nível de estabilidade do ambiente e a organização do poder (grau de autonomia em relação a controle externo).¹⁴

São sete as configurações concebidas por MINTZBERG, que expressam sete combinações típicas entre o conjunto de variáveis apresentadas.

Neste caso, importa a configuração profissional que, em função deste estudo, será especialmente desenvolvida. No entanto, está ressalvada a própria compreensão do autor de que, numa mesma organização, convivem todas as configurações, sendo uma delas a que mais se sobressai.¹⁵

O conceito de organizações profissionais é assumido, neste trabalho, como categoria de referência para a caracterização dos hospitais.

Nas organizações profissionais, a variável mais expressiva é que o trabalho finalístico, próprio de seu centro operacional, exige qualificações de nível elevado e é pouco passível de formalização e normatização. O centro operacional tende a ser a parte mais desenvolvida e forte da organização. O mecanismo de coordenação do trabalho que prevalece está baseado na padronização das qualificações. Esse saber e as habilidades desenvolvidas são alcançados em todo o processo de formação profissional, que é exterior e quase sempre anterior à condição de vínculo numa dada organização.¹⁶

Essa condição, na qual o profissional é portador de habilidades construídas independentemente da organização e que também são legitimadas por fora, nós órgãos classistas e científicos de base corporativa, tem como consequência uma fraca vinculação entre o profissional e a organização, na qual o primeiro depende da segunda apenas para

prover os meios necessários à sua prática, sendo esta bastante determinada por si mesma. Significa dizer que o poder de decisão sobre o seu trabalho é bastante pessoal e a capacidade de controle da organização sobre este trabalho fica, portanto, limitada. MINTZBERG (1989) assinala que esses profissionais tendem a apresentar maior compromisso com sua tarefa e com sua profissão (expressos por seus órgãos de classe) do que com o todo organizacional.

Os profissionais operam com base na perícia, também fonte de poder, enfatizando a autoridade dos especialistas.¹⁷ Há, especialmente para o médico, uma importante autonomia em relação às suas decisões técnico-profissionais, com um conseqüente desafio: como coordenar a existência de trabalhos com significativa autonomia, a ser mesmo assegurada em algum nível, articulando-os racionalmente em torno de uma missão e objetivos pactuados com a organização como um todo?

Nas organizações profissionais, o papel da tecnoestrutura, do nível intermediário e mesmo de seu centro de decisão, é limitado, tomando como referência o grau de condicionamento sobre o trabalho dos operadores, no caso de um hospital, seus médicos e, no caso de uma universidade, seus professores e/ou pesquisadores.

Segundo DUSSAULT (1992), os profissionais vão tentar controlar a organização para manter, e até mesmo reforçar, o seu poder sobre as decisões que influenciam o seu trabalho. Nesse caso, os profissionais buscam ocupar espaços em outros setores organizacionais, seja no centro de decisão (os médicos passam a ser também dirigentes), na tecnoestrutura (interferindo nas condições de trabalho – tecnologia, procedimentos gerais como mecanismos de distribuição de recursos, salários, prêmios etc.) e mesmo nas atividades logísticas.¹⁸

DUSSAULT (1992) faz uma outra observação de suma importância para que se compreenda o contexto e as exigências de aperfeiçoamento da gestão em organizações de tipo profissionais. Diz esse autor: “A autonomia profissional tende a favorecer a segmentação em grupos (de profissionais) com interesses divergentes, o que explica a dificuldade de se fazer mudanças no todo organizacional. Paradoxalmente, as mudanças acontecem facilmente, nas unidades, justamente por causa da autonomia dos operadores.”¹⁹

Esse paradoxo pode se converter em uma oportunidade para organizações profissionais que optem por modelos gerenciais descentralizados e com sistemas de coordenação baseados enfaticamente nos resultados, como explorado adiante.

É inegável que sejam organizações de poder compartilhado. Mesmo entre os profissionais, como assinala LEMOS (1994), há uma tendência para o isolamento entre si de grupos, e mesmo de subgrupos, com o surgimento de objetivos diferentes, “nos quais grupos de especialistas

médicos tendem a abordar os problemas de saúde, enfática ou exclusivamente a partir da perspectiva da subespecialidade em questão”.²⁰

Não é difícil perceber que tal processo gere repercussões negativas sobre o todo organizacional, no qual objetivos pulverizados e desconexos comprometem os resultados finais da organização.

A natureza do trabalho médico possui ainda uma outra importante característica que é a de ser consumido no próprio processo de produção, no qual cada processo apresenta singularidades condicionadas pelo cliente. São processos não-padronizáveis, com muito pouca tolerância ao erro e bastante determinados pelo poder/saber profissional, que condicionam enormemente a sua decisão a cada tarefa enfrentada.

4. Os condicionamentos da Administração Pública

Veremos algumas características particulares das organizações vinculadas à administração pública. É natural, no entanto, que em cada organização pública essa condição e suas conseqüências se expressem diferentemente. Mas, também, é preciso compreender tais características, no quadro mais geral da própria administração pública, procurando identificar os condicionamentos imediatos e potenciais às suas organizações.

MOTTA (1989) utiliza a expressão “repleto de incongruências e ambigüidades” quando se reporta a algumas características da administração pública.²¹

Uma condição que afeta particularmente as organizações públicas de saúde diz respeito ao fato de estas comporem o Sistema Único de Saúde (SUS).²² Essa condição adicional traz conseqüências importantes, entre elas a própria tendência à uniformidade de regras extensivas a todas as organizações de saúde, desconsiderando, muitas vezes, as suas especificidades. No caso do SUS, as regras uniformizadas de financiamento são um exemplo, assim como todas as demais regulamentações universais específicas do setor público de saúde.

DUSSAULT (1992) concorda que as organizações públicas são mais dependentes do ambiente sócio-político do que as demais e afirma que “seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização”.²³

Neste caso, uma das dimensões da regulação está enfaticamente determinada pelos sistemas de controle sobre os meios e os processos. Esses controles, externos e centralizados, são em geral extensivos, não importando a diversidade organizacional e as características de cada processo de trabalho. DUSSAULT (1992) define essa regulação externa indiferenciada como “contaminação burocrática”.²⁴

Do lado das organizações, o melhor seria que não houvesse controles. Não se considera, de maneira geral, a substituição das lógicas dos controles sobre os meios por controles sobre os fins. A dimensão corporativa, de autodefesa, refratária à prestação de quaisquer contas, prevalece, configurando o que CAMPOS (1990) denomina de “imunidade a controles externos”.²⁵ A administração pública e suas regras tendem a reagir com aumento dos controles sobre os meios, mais uma vez. Configura-se uma tendência ao exagero de normas e ao seu formalismo,²⁶ uma vez ser comum, como diz CAMPOS (1990), “o desrespeito ao seu cumprimento”, chegando mesmo a ser popular a noção de que tal lei ou norma pode pegar ou não pegar, mesmo porque algumas “não são destinadas a serem obedecidas”.²⁷

A racionalidade burocrática, que expressa o pretensão valor do cumprimento de normas do processo, prevalece sobre a racionalidade e sobre os resultados. Aqui é possível fazer-se uma digressão sobre o que significa uma lógica burocrática aplicada a organizações do tipo profissional, como é o caso de hospitais. Como visto anteriormente, com os aportes de MINTZBERG (1989) e DUSSAULT (1992), a burocracia centralizadora seria característica dominante de organizações mecanísticas, nas quais o mecanismo de coordenação principal é a padronização do processo de produção. Quando o principal mecanismo de coordenação do trabalho é a padronização de qualificações, a lógica burocrática acaba por não surtir efeito, servindo mesmo para gerar disfunções organizacionais.

A administração pública, apesar de envolver organizações diversas, com vários tipos de trabalho e, portanto, necessitando de diferentes mecanismos de coordenação e controle, é ainda uma grande burocracia. CASTOR E FRANÇA (1986) afirmam que a “administração pública brasileira tem sido fortemente fascinada pela uniformidade... Apesar dos baixos níveis de eficiência e adequação desses sistemas (nacionais)...”²⁸

A centralização da administração pública é uma condição associada à sua lógica burocrática e também impacta fortemente sobre a performance das suas organizações. A limitada autonomia local é a sua contrapartida. Como já foi referido acima, a centralização expressa-se quase exclusivamente sobre os meios.

Assim, a centralização é, sem dúvida, um grande obstáculo à melhor performance organizacional. A baixa governabilidade, praticamente sinônimo de baixa autonomia, condiciona negativamente as regras de direcionalidade e responsabilidade, ainda que a primeira se apresente como regra mais condicionada.²⁹

A definição de objetivos, outra categoria a ser considerada nas organizações públicas, também está forçosamente referida a fortes

condicionamentos do sistema maior. Os objetivos seriam de competência local, nos limites que os meios possibilitem e obedecidas as diretrizes centrais. No entanto, centralmente associadas à ênfase de controles nos meios e processos, as diretrizes, enquanto expressão de políticas, se traduzem em uma indefinição generalizada de objetivos. Segundo LEMOS (1994), apoiada em MOTTA (1985), há dificuldades dos dirigentes em assumir objetivos claramente especificados nos níveis centrais. Assim, “se não se sabe claramente o que se deve fazer e, também, se não se tem poder de decidir como fazer, qualquer coisa que se faça pode ser apresentada como satisfatória”.³⁰

Essa condição de pouca clareza na definição externa de objetivos não elimina, para as organizações públicas, o que salienta THOMPSON (1976), o fato de que, além dos objetivos próprios, desenvolvidos no seu interior, haverá os objetivos para a organização, propostos a partir de fora.³¹ Os objetivos para a organização são determinantes para o seu próprio surgimento. Esses objetivos de fora, que são mesmo antecedentes a ela própria, podem vir a conflitar com novos objetivos que se desenvolvam no seu interior ou, ao contrário, quando os objetivos de fora se modifiquem.

Para uma organização que compõe um sistema (de saúde), essa (des)harmonia de objetivos é ainda mais importante. O princípio de complementariedade (de objetivos) expressa o quanto os objetivos de uma dada organização só se justificam quando articulados àqueles das demais organizações do sistema ou, pelo menos, das organizações com que mantêm maiores interações. Aqui reside um grande desafio das organizações públicas de saúde.

Uma outra dimensão a ser analisada e característica da administração pública está relacionada ao caráter compulsório de atendimento à clientela, no qual as necessidades sociais emergem como direitos, sem correspondência adequada de recursos para satisfação das pressões de consumo. DUSSAULT (1992) diz que “as organizações públicas tem o *dever* (grifo nosso) de prestar atendimento, o que não existe no setor privado”. Continua o autor: “o que significa, em princípio, que não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir”³². É interessante perceber como tal “princípio” não é universalmente aplicado à maioria das organizações públicas, por descompromisso público, descaso com a clientela ou mesmo por tudo isso somado à busca de mais recursos. Explica-se: o atual mecanismo de financiamento das atividades hospitalares públicas, prestadas em serviços estatais ou privados contratados, é remunerado por uma tabela de preços mais vantajosa para alguns procedimentos e extremamente desvantajosa para outros. Tem-se percebido preferência por atendimentos dos casos melhor remunerados.

Mas, se a condição acima descrita é verdadeira, também o é a de que as organizações públicas não são regidas por leis de mercado, delas não se cobra eficiência e nem são elas punidas por seus escassos resultados, tanto quantitativos quanto qualitativos. Uma organização pública raramente fecha e praticamente nunca vai à falência, mesmo com grandes desequilíbrios, inclusive financeiros. A sua sobrevivência está assegurada na sua própria origem!

Há ainda as instabilidades e incongruências de diversos outros setores governamentais com os quais os hospitais se relacionam, organizações próprias do setor de Saúde, como outros hospitais com os quais se deveria manter relações de referência e contra-referência.³³ São condições já salientadas e que contribuem para gerar indefinições quanto às decisões e projetos de médio e longo prazo, como chama atenção MOTTA (1991), ao analisar as implicações de uma gestão submetida à lógica da administração pública.³⁴

5. Tendências e desafios para a gestão de hospitais públicos

Decorrente da condição de organização pública de saúde, o hospital está ainda condicionado por outros fatores, agora já no plano das tendências. Sobre isso devem ser observadas algumas alterações ocorridas nos últimos anos, que não têm sido adequadamente consideradas. Não são desconhecidas as exigências de maior racionalidade quanto à utilização de recursos públicos. Igualmente, há uma série de medidas que enfatizam incrementos de produção nessas organizações. Para os hospitais públicos, a introdução de novos mecanismos de financiamento e de custeio – Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)³⁵ – tem o significado da necessária associação entre recursos e produção, regra até há pouco desprezada por boa parte da administração pública. Apesar de submetidos a este novo sistema, não se esboçam importantes transformações nas suas racionalidades administrativas. Até hoje não dispõem de sistemas de apuração de custos! Tais tendências, identificadas na própria administração pública, e não apenas na Saúde, com certeza acarretarão, em prazos relativamente curtos, novas lógicas de acesso a recursos.³⁶

As condições ambientais, no entanto, indicam uma tendência à valorização de mecanismos mais competitivos no interior das próprias organizações públicas, quanto ao acesso a recursos, o que significa vincular disponibilidade de recursos à produção e à sua qualidade.

Não é menos importante, sendo mesmo associada à condição referida acima, a tendência a maior autonomia das organizações públicas. No setor de Saúde, a descentralização é um dos princípios da diferenciação do sistema, ainda que não esteja, até o momento, adequadamente implementado. No entanto, as experiências sanitárias que experimentam maior sucesso e inovação encontram, nos caminhos da descentralização e da maior autonomia, pelo menos parte das razões que explicam a melhoria dos resultados.

Como alerta MENDES (1993), descentralizar não significa tornar independentes as unidades de saúde, mas sim criar um relação biunívoca entre as dimensões centralização e descentralização, “na qual a cada momento de descentralização deve corresponder um outro, de centralização subordinada”.³⁷

Finalmente, as tendências do processo de reforma constitucional, no campo da administração pública brasileira, devem induzir a modelos de maior autonomia das organizações estatais, com a contrapartida da centralização sendo expressa na lógica da cobrança de resultados, acompanhada de mecanismos recompensadores em função de desempenhos satisfatórios.³⁸ Dos quatro níveis possíveis da administração pública brasileira, considerando as propostas do governo, ao menos em três deles está preconizada a introdução dos contratos de gestão.³⁹

6. Contratos de gestão na Administração Pública

A busca de formas alternativas de gestão no setor público é um fenômeno decorrente da perda de dinamismo nas principais economias mundiais. A crise que se aprofunda, particularmente após os dois choques do petróleo na década de 70, provoca conseqüências nos aparelhos de Estado de importantes economias mundiais. A chamada modernização administrativa passa a ocupar a agenda política de diversos governos. De maneira geral, busca-se nesses processos um maior controle nos custos de intervenção do Estado, maior motivação dos funcionários e, ao mesmo tempo, assegurar melhor qualidade nos serviços.⁴⁰

Esses objetivos são perseguidos explicitamente, enquanto política pública, em vários países, desenvolvidos (ditos centrais) ou não.

No Brasil, a Escola Nacional de Administração Pública – ENAP –, juntamente com outros organismos que se ocupam do tema da administração pública, tais como o Instituto de Planejamento e Economia Aplicada – IPEA – e a Fundação de Desenvolvimento Administrativo de São Paulo – FUNDAP –, têm promovido sistemáticos debates e

estudos sobre o tema, apresentando, inclusive, algumas importantes publicações de referência.

Analisando experiências no cenário internacional, recente publicação da ENAP, ao considerar os casos dos Estados Unidos, Japão, Inglaterra, Suécia e França, assume a experiência deste último país como “a mais sólida e rica, da qual se dispõe de material de informação mais farto”.⁴¹

Com base nesse indicativo, mas também considerando as atuais tendências de reforma administrativa do Estado brasileiro, assume-se a oportunidade de explorar, não o caso da França, enquanto processo de transformação de sua administração pública, mas, especialmente, o significado dos chamados contratos de gestão, enquanto expressão do referido processo de transformação.

6.1. O contrato de gestão na experiência francesa

Como será visto adiante, os contratos de gestão, em suas diversas modalidades, visam conferir maior eficiência e qualidade à administração pública. De maneira geral, alinham descentralização ou desconcentração do Estado, conferindo maior autonomia às suas empresas ou a seus níveis de governo, ao mesmo tempo em que valorizam procedimentos relacionados ao acompanhamento e avaliação dos resultados.

A França já acumula mais de 25 anos de experiência com os chamados contratos de gestão, tendo nesse período convivido com diversas modalidades de contrato. Se, num primeiro momento, foram exclusivos para as empresas estatais, hoje já se observam contratos entre esferas de governo e destas com as empresas públicas.

A introdução de procedimentos de contratação entre partes no interior da administração pública francesa não surge enquanto política de governo uniformizada e extensiva a todos os setores públicos. O seu início se dá na década de 60, quando importantes empresas estatais demandam sistematicamente a adoção, pelo Estado, de mecanismos externos de controle mais flexíveis, como condição para elevarem seus níveis de autonomia gerencial, especialmente através de maior liberdade tarifária e comercial, condições para alcançarem melhores performances a serem expressas por equilíbrio orçamentário-financeiro, elevação dos níveis de produtividade e maior rentabilidade.⁴²

Por outro lado, o Estado percebia a degradação dos resultados financeiros de suas empresas, o que onerava o orçamento público. Juntava-se a isso o aumento da complexidade da gestão e dos mecanismos de controle externos. A Comissão de Verificação das

Empresas Públicas recomenda, em 1967, que se flexibilizem os controles preventivos e preconiza a definição de um quadro de objetivos, acordado entre empresas e governo.⁴³

Em 1969, o primeiro-ministro francês verbaliza, no Parlamento, o objetivo de “fazer das empresas públicas verdadeiras empresas, restituindo-lhes a mensuração de suas decisões, graças à contratação das suas relações com o Estado”.⁴⁴

Neste mesmo ano, são firmados os primeiros contratos de programa entre empresas públicas francesas e o Estado. A SNCF (Sociedade Nacional das Estradas de Ferro Francesa) e a EDF (Eletricidade de França) assinam os contratos em junho e dezembro daquele ano, respectivamente.

Durante a década de 70, há descontinuidade nas renovações desses contratos, que não se estendem a outras empresas. Mesmo essas primeiras empresas chegam a ficar anos fora do regime de contrato com o Estado.

Essa prática é retomada em 1978, sob a denominação de contrato de empresa. O número de empresas sob contrato se expande. O teor dos mesmos é também mais abrangente. “Tais contratos definiam inúmeros compromissos (bastante quantificados), detalhavam programas de investimentos, baseavam-se em referências de indicadores de produtividade de gestão ou de resultado e continham várias hipóteses de execução em função da possível evolução da economia..., previam procedimentos de revisão parcial ou total dos compromissos assumidos”.⁴⁵

Tais contratos não possuíam natureza jurídica, eram compromissos negociados entre as partes, não cabendo, portanto, recursos à Justiça.

Também os contratos de empresa não foram regulamentados de maneira geral, tendo se desenvolvido empiricamente, dependendo da empresa contratada.

Apenas em 1982, já sob o governo socialista de Mitterrand, é aprovada forte e extensiva regulamentação para os agora chamados contratos de plano. Dessa forma, universalizou-se este procedimento “a todas as empresas estatais que, de alguma forma, dependessem do apoio do Estado, independente de sua situação financeira.”⁴⁶

“Os contratos de plano buscavam articular a estratégia das empresas à política industrial do país e, particularmente, evitar maiores controles administrativos sobre as empresas recém-estatizadas no início do governo socialista. Três características, nesses contratos, foram fundamentais: especificar os recursos necessários para investimentos, a estratégia e os objetivos; garantir maior coerência entre as estratégias das empresas e as prioridades governamentais, em matéria de pesquisa,

emprego, formação, comércio exterior e sistema industrial; programar os compromissos financeiros do Estado, enquanto acionista.⁴⁷

Em 1988, o Ministério da Indústria define um novo procedimento de contratação para as suas empresas subordinadas. Foi chamado de contrato de objetivos. Basicamente, este contrato era expresso por um documento anual, com a síntese dos principais pontos estratégicos e financeiros do plano estratégico da empresa. Representava um acordo entre o Estado e a empresa, a partir de três documentos: o plano da empresa para três ou quatro anos, um plano de previsão financeira e um resumo estratégico do plano da empresa. Esse contrato aplica-se apenas a empresas sob concorrência, não prevendo encargos orçamentários para o Estado, nem pagamento de dividendos ao Estado pela empresa.

A lógica de contratos no interior da administração pública francesa não se limita às relações com as empresas públicas. Tal prática também vigora entre níveis da sua administração pública.⁴⁸

O contrato Estado-região, ou contrato de plano, é realizado entre o nível central do Estado, através de seu representante na região, chamado de Prefeito da região⁴⁹ e a representação eleita na região – o Presidente do Conselho Regional. Esses contratos foram propostos na administração francesa a partir do governo socialista de Mitterrand – 1983,⁵⁰ num esforço de descentralização do Estado. Segundo LORNE (1993), o contrato de plano “encontra-se na intersecção entre o plano nacional e o plano da região”.⁵¹ Essa forma de contrato visa a compatibilização de prioridades e recursos a serem aplicados numa dada região, definidos tanto no plano central, quanto no de autonomia da própria região. Tomando o exemplo do contrato com a região Provence-Alpes e Côte D’Azur, podem ser identificadas cinco grandes áreas objeto do contrato: a primeira, relacionada com a criação de emprego; a segunda, com a qualificação e formação de mão-de-obra; a terceira diz respeito à inovação e pesquisa, especialmente relacionada com a transferência de tecnologia das universidades e demais organismos de pesquisa para as empresas; a quarta área é chamada de administração do território, na qual se encontram os programas de desenvolvimento da infra-estrutura e a quinta área, que trata da melhoria da qualidade de vida, é onde estão os programas na área da cultura e do meio ambiente.⁵²

Nesses contratos, é previsto o acompanhamento periódico tanto das metas físicas quanto das financeiras. Há indicadores de resultados para as diversas operações previstas no contrato.

Finalmente, há os contratos com centros de responsabilidade, destinados aos chamados órgãos públicos e não às empresas do Estado (estatais). Compõem esse setor da administração todos os demais serviços vinculados aos diversos ministérios.

No mesmo espírito dos demais contratos, há o objetivo de flexibilizar a gestão do órgão público contratado e, igualmente, melhor prever e acompanhar seus resultados, com base nos compromissos assumidos no termo de contrato. O surgimento dos contratos com centros de responsabilidade dá-se em 1990. Para que um serviço se proponha a se transformar num centro de responsabilidade, ele deve desenvolver o chamado “projeto de serviço”, que trata, entre outros temas, dos métodos internos de administração, da relação com os usuários, de um plano de comunicação, incluindo a divulgação do andamento do processo e dos mecanismos de avaliação do plano, envolvendo pesquisas com os usuários e com os funcionários, além de balanços sistemáticos baseados em indicadores.⁵⁴ Assim, para que se transforme num centro de responsabilidade, o serviço deve formular claramente seus objetivos, além de adotar métodos de avaliação dos resultados.

Com tais condições satisfeitas, o mesmo pode firmar um contrato por três anos com o ministério ao qual está vinculado. Desse contrato tomam também parte o Ministério do Orçamento e o da Função Pública. A contrapartida do Estado, através dos ministérios, materializa-se em flexibilizações para a gestão desses serviços. Nesse caso, podem ser consideradas: concessão de dotação global para pagamento de gratificações a trabalhos suplementares; liberdade para distribuição dos horários de trabalho; concessão de dotação orçamentária global para o funcionamento do serviço; supressão de controles financeiros prévios; elevação das competências gerenciais do serviço, em relação ao seu ministério vinculado; créditos para investimento em equipamentos, segundo orçamento apresentado pelo centro e liberdade para usar as economias feitas em relação ao orçamento anterior, especialmente para desenvolver serviços sociais (creches, cheques-viagem) e melhoria das condições de trabalho.⁵³

Há, no contrato, um rigoroso sistema de acompanhamento de resultados, a partir da programação de objetivos, que deve ser quantificado em metas. Anualmente, as duas partes – serviço e ministérios – fazem juntas uma avaliação dos resultados. O contrato é feito por um período de três anos.

Dos primeiros contratos, chamados de contratos de programa, até a lógica dos contratos com centros de responsabilidade, notam-se importantes características e objetivos no processo de transformação da administração pública francesa. As mudanças e tendências apontam as seguintes transformações na administração pública:

“de uma administração centrada em seu próprio funcionamento, para uma administração voltada para sua missão e, portanto, para

os usuários; de uma administração de procedimentos e de obediência passiva, para uma administração de responsabilidades; de uma administração vertical, para uma administração transversal, que funcione em rede, com relações complementares do tipo clientes-fornecedores; de uma administração de despesas, para uma administração de resultados.”⁵⁵

6.2. O contrato de gestão no Brasil: algumas experiências

Ainda que já haja um contrato de gestão no Brasil na área de saúde, como será visto adiante, o nosso propósito não é o de tomar este ou aquele contrato como modelo, mas sim realizar uma aproximação dessa prática gerencial com a realidade brasileira. Posteriormente, faremos algumas considerações sobre sua aplicação de modo mais extensivo ao setor Saúde.

No Brasil, o contrato de gestão começou a ser utilizado em 1991. No plano federal, a Companhia Vale do Rio Doce – CVRD assinou com o governo o seu primeiro contrato em 1992. A Petrobrás o fez em 1994. Também em empresas públicas do Estado de São Paulo vigoram contratos de gestão desde 1992. Finalmente, há o caso da Associação das Pioneiras Sociais que assinou um contrato em 1991, ainda que este não apresente as características típicas encontradas nos contratos franceses e esteja bastante aquém dos termos definidos para a Vale do Rio Doce e a Petrobrás. O caso de São Paulo nos parece um pouco mais particular, pois trata-se muito mais de um programa que visa criar condições para a implementação dos referidos contratos.

Para uma adequada ilustração, elegemos o contrato da CVRD como referência para descrição e análise além de algumas considerações sobre o caso de São Paulo.

6.2.1. O contrato da Vale⁵⁶

Apresentamos a seguir a forma como se dá o processo de contratação e que foi obedecido no caso da CVRD.

Os contratos de gestão nas empresas estatais federais foram estabelecidos através do Decreto n.137 de 27/05/91, que instituiu o Programa de Gestão das Empresas Estatais – PGE. No âmbito desse programa, as empresas estatais passam a poder submeter à Coordenação das Empresas Estatais propostas de contratos de gestão, nos quais a União e a empresa estabelecem obrigações recíprocas relativas aos

objetivos da empresa e aos compromissos da administração federal para a consecução desses objetivos.

Identifica-se claramente que, no próprio processo de preparação para implantação do contrato, ocorrem modificações nas bases gerenciais da empresa, na medida em que a negociação do contrato também é um processo de ajuste e racionalização das práticas gerenciais, de certo modo aplainando o terreno para que se possa corresponder aos objetivos a serem compromissados.

A construção do contrato deve obedecer a conteúdos mínimos, segundo a legislação que o instituiu, a saber:

- Descrição do contexto macroeconômico em que a empresa opera e os cenários previstos para a sua atuação futura;

- Diagnóstico da empresa, no qual se analisa a capacidade da empresa de cumprir determinado papel social. Igualmente devem ser identificados os principais problemas e dificuldades enfrentados, listando-se séries históricas de seus principais indicadores operacionais e econômico-financeiros;

- Determinação das partes contratantes. Consiste no instrumento jurídico específico, especificando as partes – primeiro escalão do governo e da empresa;

- Objetivo geral do contrato. Especifica a razão do contrato, que pode ser a flexibilização da gestão, o equilíbrio das contas, a restauração do autofinanciamento, a competitividade, a concessão de autonomia etc.;

- Objetivos, metas e indicadores de desempenho; a determinação dos objetivos a serem alcançados durante a vigência do contrato, referentes a pessoal, produtividade, rentabilidade, reestruturação operacional, organizacional etc.; metas e prazos por objetivos definidos, em geral por um ano de vigência, além dos mecanismos para definição das metas futuras. Os indicadores de desempenho definidos para aferir os objetivos e metas assumidos compõem o sistema de avaliação de desempenho;

- Isenções de autorizações prévias e de outras normas de controle. Isenções que expressam a autonomia que será delegada;

- Prazo de vigência;

- Condições de renovação, revisão, suspensão ou rescisão;

- Responsabilidades para os administradores, fixando tanto penalidades para os dirigentes da empresa pelo descumprimento do contrato – tais como afastamento – quanto salvaguardas contra interferências políticas na gestão.

O processo de implementação de um contrato de gestão pode ser decomposto em sete etapas distintas:

- a. Elaboração do contexto macroeconômico, diagnóstico da empresa, estabelecimento de políticas empresariais, objetivos, metas e conjunto de indicadores;
- b. Análise pela SEST⁵⁷ dos documentos elaborados;
- c. Formalização do contrato;
- d. Aprovação e assinatura pela CCE⁵⁸;
- e. Avaliação de desempenho da empresa, envolvendo relatórios trimestrais e relatórios sintéticos de avaliação, aprovados pelo CCE e enviados ao Presidente da República;
- f. Realização de auditorias operacionais; e
- g. Aperfeiçoamento do sistema de indicadores.

Na fase que antecede a assinatura do primeiro contrato da Vale, o relacionamento entre o Ministério das Minas e Energia (ministério vinculado) e a empresa já se dava sob a lógica de compromissos de gestão, que foram assinados entre as partes sob a forma de um “convênio de desempenho”. Esse instrumento já possuía objetivos similares ao do contrato de gestão enquanto instrumento para gestão por objetivos. No entanto, tal instrumento ainda não liberava a CVRD de qualquer prática de controle pelo governo, não conferindo, portanto, maior autonomia de gestão.

Essa prática, no entanto, foi importante para uma adequada definição de objetivos e metas que, em seguida, foram incorporadas ao contrato de gestão.

No caso da CVRD, foram compromissadas 36 metas, quando do contrato 92/93, distribuídas nas seguintes áreas:

- operacionais, envolvendo a produção de minério de ferro, pelotas, ouro, manganês e transporte comercial;
- comerciais, incluindo nível médio de preços e volume de vendas para o mercado interno e externo; econômico-financeira, com previsões de margem de lucro bruta, receita líquida etc.;
- recursos humanos, com definição de efetivo máximo e limite de gastos sobre a receita líquida, além de diversos indicadores de produtividade da mão-de-obra;
- administrativa-governamental, envolvendo gastos com terceirizações e investimentos.

As concessões de autonomia pactuadas no contrato foram relativamente limitadas, uma vez que não puderam ultrapassar constrangimentos estabelecidos pelas leis e mesmo constitucionais, uma vez que o contrato em si, enquanto peça jurídica, é decorrente de ato legal de força inferior (decreto). No entanto,

“segundo a empresa, as autonomias obtidas tiveram papel importante na evolução (incremento) do desempenho, destacando-se a (maior) liberdade de definir e executar uma política de recursos humanos”.⁵⁹

Entre as concessões de autonomia, são destacadas: a programação orçamentária é de exclusiva responsabilidade interna da empresa, nos limites pactuados (nível de endividamento e rubricas tais como investimento, custeio de RH, receitas/preços) ficando o controle governamental *ex-post*; na gestão de RH, obedecidos tetos de salários e gastos totais, a empresa tem autonomia para promover, contratar, demitir, remanejar, definir planos e tabelas salariais, celebrar contratos coletivos etc. (vale a observação de que entre 1990 e 93, o quadro foi reduzido de 21.826 para 17.829 funcionários); fixação de preços, obedecidas as regras contratadas; no que concerne à contratação de serviços de terceiros, compras de consumo e equipamentos, a autonomia está limitada pela Lei n.8.666; nas viagens para o exterior, há inteira liberdade, respeitado o limite contratado de gastos, o que significa não depender de qualquer autorização dos níveis centrais; quanto aos relatórios anteriormente existentes de prestação de contas, autorizações etc., que segundo a empresa eram definidos por cerca de 100 (cem) normas de inúmeros órgãos de governo, foram todos suspensos quanto à obrigatoriedade para a CVRD; e, ainda outras autonomies quanto a operações societárias, emissão de debêntures etc.

A CVRD já se encontra sob a vigência do seu segundo contrato (1994-96). A prática gerencial e o modelo de gestão após a vigência dos contratos se diferenciou bastante. Em 1992, foi instituído o planejamento estratégico sistemático, que considera análises setoriais, cenários alternativos e leva à definição de objetivos e metas no que concerne os planos de trabalho por área operacional e unidade de negócio⁶⁰. Paralelamente, a CVRD desenvolve extenso programa de implantação da qualidade total (TQC), que hoje já envolve não apenas seus fornecedores, como serviços das localidades onde suas unidades estão instaladas.⁶¹

Finalmente, a CVRD já começou a estabelecer contratos de gestão com suas empresas subsidiárias e controladas.

6.2.2. Os contratos em São Paulo

O governo do Estado de São Paulo implantou contratos de gestão em 25 empresas estatais a partir de 1992. Ainda que tal processo tenha estimulado o aperfeiçoamento dos modelos gerenciais daquelas empresas, contando com grande adesão de seus dirigentes, até o momento não houve suficiente contrapartida do governo quanto à concessão de autonomies gerenciais. Igualmente, o governo não apresenta políticas gerais consistentes, capazes de propiciar uma gestão governamental por objetivos, o que tem dificultado o estabelecimento de projetos claros para as suas empresas.⁶²

Ainda assim, há um conjunto de fatores que tem sustentado a implantação dos contratos nas empresas de São Paulo. Segundo ANDRÉ (1995), entre as crenças mais importantes a sustentar os contratos encontram-se: “o potencial do contrato como reforço à prática do planejamento estratégico e a uma administração por objetivos na empresa” e “o potencial do contrato de dar maior estabilidade à administração da empresa, comprometendo as sucessivas diretorias com os objetivos e metas do contrato”.⁶³

Mas, além de crenças, aquela autora também cita constatações identificadas através de levantamento junto aos coordenadores dos contratos no Estado, no período de novembro/dezembro de 1993. Entre as constatações, destacam-se:

- o aumento do comprometimento e da autoridade das presidências (das estatais) para definir objetivos e metas globais e para supervisionar sua execução;
- o estímulo dos contratos para uma administração mais participativa;
- a influência dos relatórios de supervisão para a atuação gerencial interna e ainda para a mobilização das diretorias no sentido de solicitar revisões dos compromissos contratuais, durante suas próprias vigências.⁶⁴

Há uma constatação de que a resistência aos contratos se dá especialmente no plano central das secretarias às quais estão subordinadas as respectivas estatais. A explicação para isso parece estar em dois campos. De um lado, é considerado razoável que trabalhar por objetivos seja mais factível para as empresas, uma vez que têm funções melhor definidas, produtos mais palpáveis, estruturas mais autônomas etc. No plano central, identifica-se tanto a pouca clareza quanto a objetivos a serem demandados, por ausência ou nebulosidade nas políticas, quanto a resistência apresentada por seus quadros, por não verem benefícios – sejam profissionais, sejam salariais –, no caso do melhor desempenho de empresas das quais não participam.⁶⁵

Segundo a autora, o que vem dando sustentação aos contratos, pelo nível central, foi a estratégia adotada na Secretaria de Planejamento e Gestão de vincular as metas dos contratos aos respectivos orçamentos aprovados pelo Estado. Ainda que existam problemas de inconsistência orçamentária, o processo avança.⁶⁶

O breve relato acerca dos contratos de gestão em São Paulo, onde os mesmos não parecem ter alcançado uma maior estabilidade, denota o quanto é difícil introduzir mudanças na administração pública. Neste caso, segundo ANDRÉ (1995), parece haver mais consciência, vontade e profissionalismo quando se analisam as condições internas às empresas. Há uma indagação um tanto ou quanto incomum, que a própria autora formula: estariam os órgãos a serem fiscalizados mais disponíveis e abertos do que os órgãos fiscalizadores? No caso de São

Paulo, a resposta parece ser afirmativa. Na verdade, acreditamos que será sempre afirmativa essa resposta em se tratando de processos que efetivamente confiram maior autonomia e estejam fundados em maior profissionalismo e responsabilidade. Essas são condições básicas para empresas pleitearem a implantação dos contratos de gestão.

A situação descrita pelos dirigentes da CVRD demonstrou que os contratos daquela empresa foram fortemente viabilizados a partir da própria empresa, que emprestou e contratou especialistas capazes de formular o próprio contrato em conjunto com a administração federal. Não há muitas dúvidas de que o profissionalismo e as competências do quadro dirigente da Vale sejam maiores que aqueles encontrados na burocracia central!⁶⁷

7. Considerações finais

O chamado processo de modernização do Estado exige a superação de desafios de grande monta. Primeiramente, há que se ter claro o que deve estar no próprio Estado e submetido à sua maior regulação e controle. De outro lado, identificar, aperfeiçoar e introduzir mecanismos de operação do Estado mais eficientes e eficazes. É o campo da gestão propriamente dita.

Quanto à atuação do Estado no setor Saúde, assume-se a sua pertinência e obrigatoriedade, ainda que seja polêmica a extensão da intervenção. Para todos os efeitos, entendemos que é imperiosa a atuação do Estado nas áreas sociais, tanto como prestador, mas fundamentalmente como regulador. A maior ou menor intervenção é uma questão de compromissos políticos dos governos e naturalmente, de competência para fazê-lo de forma eficiente e eficaz.

Não estamos afirmando que seja melhor se retirar do que intervir de forma ineficiente. Ao contrário, enfrentar os sistemáticos apelos para o chamado enxugamento do Estado, acima de tudo, requer uma administração pública eficiente. Movimentos nesse sentido não são apenas necessários, são possíveis, conforme demonstrado em outros países e, especialmente, no caso francês. O caso brasileiro, bastante atrasado nesse sentido e depois de enfrentar processos absolutamente erráticos, como a “reforma Collor”, está diante de novas oportunidades.

Na área da saúde, leia-se a crise atual como oportunidade. Uma crise que transpassa diversas dimensões, conforme explorado no início deste trabalho. Mas uma crise que encontra um espaço de intersecção de grande potencialidade, localizado nas dimensões estrutural e organizacional. Estamos falando do modelo de gestão e de inter-relacionamento en-

tre o Estado e suas organizações. Estamos falando tanto da própria administração pública, na sua dimensão de organização do Estado, quanto da dimensão organizacional interna – serviços propriamente ditos.

Não há dúvidas de que este espaço não dá conta diretamente de outras dimensões da crise, localizadas, por exemplo, no campo da disponibilidade de recursos para o setor. No entanto, defendemos que não se trata de resolver um ou outro problema, mas de resolver os dois, ou melhor ainda, ambos só têm sentido caso sejam tratados e enfrentados simultaneamente. Ambos se condicionam tanto negativa quanto positivamente.

Defendemos que a lógica de organização da administração pública, tomando por base os contratos de gestão, altera significativamente importantes estrangulamentos que dificultam atualmente a melhor *performance* das organizações públicas, em diversos setores, neste caso, os hospitais.

A ausência de objetivos externos claros, nos órgãos centrais, o centralismo administrativo, a ênfase nos controles sobre os meios e processos são características a serem revertidas. O “contrato de gestão” permite isso. Quanto aos hospitais, a baixa responsabilidade em relação aos resultados, a ausência de objetivos, a limitada autonomia gerencial, a improvisação gerencial, o desperdício etc., podem ser melhor enfrentados.

Particularmente, para as características da atividade hospitalar, na qual o trabalho mais essencial, o trabalho médico, exige liberdade e autonomia relativa, pode ser estendida a mesma concepção de gerência. A prática formal de autonomies internas – com base nos serviços/unidades organizacionais/centros de responsabilidades – respeita e valoriza a liberdade e autonomia do trabalho médico, mas dele cobra resultados, responsabilidades, coordenação com o todo organizacional e deste com a própria dimensão maior do modelo de atenção preconizado pelo SUS – um modelo interessado em resultados (sanitários).

Isso tudo significará uma reforma na administração pública e, particularmente, nos princípios de gestão do SUS, hoje enfaticamente preocupados com os meios.

No setor Saúde, e especialmente para o parque hospitalar vinculado ao SUS, tanto em relação aos hospitais estatais quanto aos contratados, as iniciativas controladoras centradas exclusivamente sobre as faturas de produção (AIH e UCA) não parecem ter muito futuro. Ainda que sejam aperfeiçoados esses processos descentralizados, seus controles etc., não há nada que indique, quando cotejado com outros mecanismos de controle no país e no mundo avançado, que o seu maior

e melhor aperfeiçoamento redundará em garantias de melhores e mais racionais serviços hospitalares.

Passados 20 anos em que a relação entre Estado e prestadores privados se dá nessas bases, não há indícios de que a racionalidade e qualidade dos serviços prestados tenha se alterado por decorrência de tais mecanismos. A conclusão é semelhante para os serviços públicos, apesar de uma experiência similar de cerca de cinco anos. Não há indícios de que qualquer dos importantes hospitais públicos ou privados apresente modelos de gestão inovadores como decorrência daquele sistema.

Se tal sistema de relacionamento central/ local gerou alguma alteração na gestão local, esta não ultrapassou os limites do setor de faturamento, onde, de fato, podem ser encontrados faturistas profissionais e, muitas vezes, firmas contratadas e remuneradas de acordo com as faturas que propiciam aos seus hospitais.

Na introdução, pudemos identificar diversas causas que concorrem para a atual crise do parque hospitalar público brasileiro (SUS). Não há dúvidas de que, no aspecto estrutural, é fundamental que a saúde se expresse enquanto questão de Estado e que isto se manifeste pela maior capacidade de intervenção/regulação estatal. Tal presença importa enquanto aporte/redistribuição de recursos, mas sobretudo pela definição de políticas claras, objetivas, definindo prioridades sanitárias e criando condições para viabilizá-las.

Não restam dúvidas de que, no plano organizacional, boa parte dos problemas seja consequência da ausência de recursos ou da indefinição de objetivos de governo. No entanto, podemos encontrar espaços potencialmente estratégicos para reformulações que sejam impactantes no sistema como um todo. Reafirmamos que o modelo baseado nos contratos de gestão permite uma engenhosa e abrangente concepção de gestão, tanto a impactar a administração pública no seu todo, enquanto expressão do Estado, quanto, especificamente, as suas organizações, sua eficiência e sua eficácia.

Notas

¹ Fundações privadas são organizações legalmente constituídas com personalidade jurídica própria e regidas pelo direito privado. As fundações privadas de apoio são constituídas em função e ao lado de uma organização pública e formalmente com

ela estabelecem relações formais (convênios), de modo a viabilizar – através da fundação – diversas ações e processos que, legalmente, não são possíveis na organização de direito público – administrativo direta e mesmo indireta.

² MALIK, Ana Maria e VECINA NETO, Gonzalo. “Desenhando Caminhos Alternativos para a Gerência de Serviços de Saúde”, São Paulo, mimeo, 1991. pp.1-3.

³ MALIK, Ana Maria e VECINA NETTO, Gonzalo, op.cit. p.2.

⁴ Diversas matérias jornalísticas nos últimos anos vêm denunciando as precárias condições de trabalho nos hospitais públicos brasileiros. Esse tema é tratado em reportagem na *Revista Veja* de 18/08/93 do jornalista Elio Gaspari, considerada ilustrativa. Expressa uma analogia ao famoso filme em que uma mãe, durante a II Grande Guerra, é colocada diante da situação em que deve escolher um de seus dois filhos para salvar das mãos dos nazistas; o outro fatalmente morreria. Em vários hospitais, essa escolha já é feita, como por exemplo, no caso de dois pacientes que necessitam de um respirador (aparelho para manter função respiratória – disponível em setores de emergência e centros de terapia intensiva) e há apenas um disponível. O médico, com assentimento de seu diretor ou mesmo orientado por ele, decide em qual paciente utilizar o aparelho. O outro ... Na matéria há fortes depoimentos quanto a esse tema de diversos profissionais, incluindo diretores de hospitais no Rio e em São Paulo.

⁵ Essas idéias derivam da compreensão de Etzioni de que cada vez mais as pessoas nascem, vivem e morrem por ação direta das organizações. Vive-se uma sociedade de organizações; ETZIONI, Amitai. in: LEMOS, Sheyla. “O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor Saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza” Tese de Mestrado – EBAP/FGV, mimeo 1993. p.4.

⁶ MOTTA, Fernando C. Prestes “Teoria da Administração: alcance, limites, perspectivas”. Mimeo., ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, out. 1990, RJ. p.4.

⁷ DUSSAULT, Gilles. “A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências” *Revista Administração Pública*, RJ, n.2, vol.26, FGV, 1992. pp.9-10.

⁸ Esse autor concebe oito metáforas, cada uma traduz uma ênfase a ser valorizada na forma de compreender as organizações e, assim, caracterizá-las e diferenciá-las; são elas: a máquina, o organismo, o cérebro, a cultura, o sistema político, o presidio psíquico, fluxos e transformações e um instrumento de dominação; MORGAN, Gareth. *Images of Organizations*, USA, 3ª ed, Sage Publications, Inc., 1991.

⁹ DUSSAULT, Gilles. op.cit. p.10.

¹⁰ Idem, *Ibidem*. p.10.

¹¹ MINTZBERG, Henry. *Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations*. The Free Press, New York, 1989. pp.98-100.

¹² MINTZBERG, Henry. op.cit. p.101.

¹³ Idem, *Ibidem*. pp.103-105.

¹⁴ Idem, *Ibidem*. pp.106-109.

¹⁵ Essa noção é interessante e significa compreender cada configuração enquanto uma força que age junto com as demais numa tensão dialética, na qual cada uma possui pesos específicos e, sendo uma delas mais potente, determina um tipo organizacional particular.

¹⁶ MINTZBERG, Henry, op.cit. p.174-176.

¹⁷ LEMOS, Sheyla. op.cit. p.120.

¹⁸ DUSSAULT, Gilles. op.cit. p.11.

¹⁹ Idem, *Ibidem*. p.11.

²⁰ LEMOS, Sheyla. op.cit. p.121.

²¹ MOTTA, Paulo R. "Gestão Governamental: a busca de uma definição e de uma unidade de análise". Síntese da palestra realizada na FUNDAP, S.Paulo, mimeo, 1989. p.8.

²² O Sistema Único de Saúde está definido constitucionalmente através do artigo 198 da Constituição de 5/10/88 e regulamentado na Lei Orgânica da Saúde n.8080/90.

²³ DUSSAULT, Gilles "A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências". *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26(2), 1992. p.13.

²⁴ DUSSAULT, Gilles. op.cit. p.13.

²⁵ CAMPOS, Ana Maria "Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português?" *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, 24(2)30-50, 1990. p.42.

²⁶ Na sociologia formal, "a forma e a relação entre indivíduos, feita a abstração dos objetos por eles desejados" (ARON, R. *La sociologia alemana contemporanea*. B. Aires, Pardos, 1953, p.12) ver Dicionário de Ciências Sociais. Fundação Getúlio Vargas – SILVA, Benedicto et. al (coord. Geral), 2ª ed. Rio de Janeiro. 1987. p.498. Na lógica formal, as formas (e o formalismo) se referem aos elementos que constam do juízo, independente do seu conteúdo concreto.

²⁷ CAMPOS, Ana Maria. op.cit. p.42.

²⁸ CASTOR, B. O. e FRANÇA, C. "Administração Pública no Brasil – exaustão e revigoramento do modelo". *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, 20(3):3-26, 1986. p.6.

²⁹ Matus define quatro regras básicas que fundamentam suas proposições para um adequado sistema de gestão; ao mesmo tempo, possibilitam a análise de práticas de gestão: direcionalidade, que corresponde a uma adequada definição e implementação de missão e objetivos organizacionais; responsabilidade, que corresponde à existência de um sistema de prestação de contas dos resultados que confirme os objetivos; departamentalização, que corresponde à divisão do trabalho organizacional e adequada definição de competências; governabilidade, que corresponde à capacidade de governo do sistema, expresso sobre o poder que os dirigentes possuem sobre as variáveis que importam ao sistema. É oportuno frisar que, para o autor, as regras de direcionalidade e responsabilidade são mais condicionantes que as duas outras, na conformação de um eficaz sistema de gestão. MATUS, Carlos "O Planejamento estratégico-situacional (PES) na prática". Fundação Altadir, Caracas, mimeo, 1987.

³⁰ LEMOS, Sheyla M. op.cit. p.130.

³¹ THOMPSON, J. D. "Dinâmica Organizacional". São Paulo, Ed. McGraw Hill do Brasil, 1976 in LEMOS, op.cit. p.126

³² DUSSAULT, Gilles. op.cit. p.13.

³³ Referência expressa uma relação de encaminhamento formal de pacientes de uma dada unidade de saúde para outra, com tecnologia mais apropriada à resolução do caso e contra-referência o encaminhamento de retorno à unidade de origem após intervenção. Essas relações denotam a necessária complementariedade entre serviços de saúde que componham uma rede.

³⁴ MOTTA, Paulo "Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde". Trabalho apresentado no Seminário Novas concepções em administração e desafios do SUS: em busca de estratégias para o desenvolvimento gerencial. ENSP/FIOCRUZ – FUNDAP/SP, mimeo, 1990. p.23.

³⁵ O Sistema AII, já praticado como modalidade de pagamento de todos hospitais privados contratados pelo poder público, foi estendido ao setor público em 1991. Baseia-se numa tabela de procedimentos associados a diagnósticos específicos, para os quais há valores definidos a serem pagos aos prestadores da assistência. Esses valores são fixos por patologia, existindo valores adicionais segundo a complexidade da unidade prestadora.

³⁶ No momento, há estudos preliminares no interior da própria FIOCRUZ para o desenvolvimento e implantação de contratos de objetivos ou de gestão, que procurariam articular o acesso a recursos com a eficiência e eficácia da respectiva unidade técnica. Num primeiro momento, talvez já em 1995, os primeiros indicadores para acompanhamento de performance já estejam sendo utilizados, com metas assumidas tanto pela unidade quanto pela Presidência da instituição.

³⁷ MENDES, Eugênio V. *op.cit.* p.111.

³⁸ BRESSER PEREIRA, L. C. “A Reforma do aparelho do Estado e a Constituição Brasileira” Conferência em seminários realizados com partidos políticos. Brasília, jan. 1995. revisado em abril. mimeo.

³⁹ O atual Ministro Bresser Pereira – Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, defende a organização do Estado em quatro níveis, a saber: o núcleo burocrático, tipicamente estatal (atividades típicas e exclusivas do Estado); o núcleo monopolista do Estado (atividades não exclusivas, mas dominadas pela atuação do Estado); a esfera pública competitiva (atividades não exclusivas, onde o Estado pode/deve competir com a iniciativa privada e a esfera não-pública (reservada às funções típicas de mercado, podendo ou não ter atuação do Estado); exceto no núcleo burocrático. Os demais devem ser geridos mediante contratos de gestão entre cada organização e a esfera que a subordina no núcleo burocrático do Estado. Essas considerações foram colhidas em conferência realizada pelo Ministro Bresser em julho de 1995, no Hotel Glória, RJ.

⁴⁰ ENAP. “O contrato de gestão no serviço público”. Escola Nacional de Administração Pública, SAF, 1993. p.14-15.

⁴¹ ENAP. “O contrato de gestão no serviço público”. *op.cit.* p.43.

⁴² *Idem*, *Ibidem.* p.50.

⁴³ *Idem*, *Ibidem.* p.50.

⁴⁴ *Idem*, *Ibidem.* p.50.

⁴⁵ *Idem*, *Ibidem.* p.52.

⁴⁶ *Idem*, *Ibidem.* p.53.

⁴⁷ *Idem*, *Ibidem.* p.54.

⁴⁸ É oportuno o esclarecimento de que a administração francesa divide-se em quatro níveis: o Estado central, as regiões, os departamentos e as comunas; trata-se de um Estado não federativo, como é o nosso caso no Brasil.

⁴⁹ É um profissional designado pela administração central para dirigir cada uma das 22 regiões francesas.

⁵⁰ LORNE, Michel. “O contrato de plano entre o estado e a região Provence-Alpes – Côte D’Azur, in “Contrato de Gestão e a Experiência Francesa de Renovação do Setor Público”. Fundação Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), Brasília, 1993.

⁵¹ LORNE, Michel. *op.cit.* p.138.

⁵² *Idem*, *Ibidem.* p.143-144.

⁵³ ENAP. “O contrato de gestão no serviço público”. *op.cit.* p.62.

⁵⁴ *Idem*, *Ibidem.* p.63.

⁵⁵ *Idem*, *Ibidem.* p.24.

⁵⁶ Esse trecho do trabalho está baseado em IPEA/IBAM/ENAP. “Subsídios para uma Reforma do Estado – Contratos de Gestão”, vol. IV, dez, 1994. p.13-28.

⁵⁷ Secretaria de Coordenação e Controle das Empresas Estatais/Ministério do Planejamento.

⁵⁸ Coordenadoria Geral de Gestão da SEST, composta pelo Ministros do Planejamento e da Fazenda, seus respectivos secretários executivos e o Ministro da pasta à qual é

subordinada a empresa. No caso de temas relativos a pessoal, participam o Ministro e Secretário executivo da pasta do Trabalho.

⁵⁹ “Subsídios para uma Reforma do Estado”, op.cit. p.22.

⁶⁰ A noção de unidade de negócio corresponde a uma dada autonomia para um setor ou área de trabalho, onde tanto se alocam recursos, quanto se cobram resultados, numa espécie de unidade interna sob contrato de gestão com o nível diretivo da empresa.

⁶¹ Na cidade de Itabira, a CVRD estendeu este programa à Prefeitura, escolas, bancos.

⁶² ANDRÉ, Maristela A “Contratos de Gestão: contradições e caminhos da administração pública”. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v.35, n.3, p.8.

⁶³ ANDRÉ, Maristela A. “Contratos de Gestão: contradições e caminhos da administração pública”. p.8.

⁶⁴ Idem, *Ibidem*. p.8.

⁶⁵ Idem, *Ibidem*. p.9.

⁶⁶ Idem, *Ibidem*. p.9.

⁶⁷ Refiro-me a relatos feitos quando de um debate sobre o contrato de gestão da CVRD realizado no auditório daquela empresa especialmente para alunos do Curso de Mestrado e CIPAD da EBAP/FGV, em 1993.

Bibliografia

- ANDRÉ, Maristela A. “Contratos de Gestão: contradições e caminhos da administração pública”. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.35, n.3. 1995.
- BRESSER PEREIRA, L.C. “A Reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira”. Conferência em seminários realizados com partidos políticos. Brasília, jan. 1995. Revisado em abril 1995, mimeo.
- CAMPOS, Ana Maria “Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português?”. *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, 24(2): 30-50, 1990.
- CASTOR, B.O. e FRANÇA, C. “Administração Pública no Brasil – exaustão e revigoramento do modelo”. *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, 20(3): 3-26, 1986.
- DUSSAULT, Gilles “A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências”. *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, n.2, vol.26, FGV, 1992.
- DUSSAULT, Gilles “A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências”. *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26(2), 1992.
- ENAP “O contrato de gestão no serviço público”. Escola Nacional de Administração Pública, SAF, 1993.
- ETZIONI, Amitai. in: LEMOS, Sheyla “O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor Saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza” Tese de Mestrado – EBAP/FGV, mimeo 1993.
- IPEA/IBAM/ENAP “Subsídios para a Reforma do Estado: Contratos de Gestão” vol. IV, dez. 1994.

- LEMOS, Sheyla "O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor Saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza". Tese de Mestrado – EBAP/FGV, mimeo 1993.
- LORNE, Michel "O contrato de plano entre o estado e a região Provence-Alpes – Côte D'Azur", in *Contrato de Gestão e a Experiência Francesa de Renovação do Setor Público*, Fundação Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), Brasília, 1993.
- MALIK, Ana Maria e VECINA NETO, Gonzalo "Desenhando Caminhos Alternativos para a Gerência de Serviços de Saúde". São Paulo, mimeo, 1991.
- MATUS, Carlos "O Planejamento estratégico-situacional (PES) na prática". Fundação Altadir, Caracas. mimeo, 1987.
- MINTZBERG, Henry. *Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press, 1989. MORGAN, Gareth. *Images of Organizations*, USA, 3ª ed, Sage Publications, Inc., 1991.
- MOTTA, Fernando C. Prestes "Teoria da Administração: alcance, limites, perspectivas". mimeo., ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, out. 1990, RJ.
- MOTTA, Paulo "Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde". Trabalho apresentado no Seminário Novas concepções em administração e desafios do SUS: em busca de estratégias para o desenvolvimento gerencial. ENSP/FIOCRUZ – FUNDAP/SP, mimeo, 1990.
- MOTTA, Paulo R. "Gestão governamental: a busca de uma definição e de uma unidade de análise". Síntese da palestra realizada na FUNDAP, S.Paulo, mimeo, 1989.
- THOMPSON, J.D. *Dinâmica Organizacional*. São Paulo: Ed. McGraw Hill do Brasil, 1976 in LEMOS, op. cit.

Resumo
Resumen
Abstract

Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão

Pedro Ribeiro Barbosa

O artigo analisa a possibilidade de aplicação dos contratos de gestão às organizações hospitalares públicas, salientando as vantagens dos novos mecanismos de coordenação do trabalho intra-organizacional. A partir de um diagnóstico da crise do setor hospitalar público, o autor caracteriza tais organizações, enfatizando os constrangimentos decorrentes da natureza das suas atividades-fim e da sua vinculação à administração pública. Finalmente, o autor examina algumas experiências concretas com contratos de gestão, como a da França e a do Brasil, destacando-se o caso da Companhia Vale do Rio Doce - CVRD, e o dos contratos implantados pelo governo do Estado de São Paulo.

Gestión de hospitales públicos: más autonomía en la gerencia, mejor performance organizacional con el apoyo en los contratos de gestión

Pedro Ribeiro Barbosa

El artículo analiza la posibilidad de aplicación de los contratos de gestión a las organizaciones hospitalarias públicas, haciendo hincapié en las ventajas de los nuevos mecanismos de coordinación del trabajo intra-organizacional. A partir de un diagnóstico de la crisis del sector hospitalario público, el autor caracteriza tales organizaciones, haciendo énfasis en los constreñimientos derivados de la naturaleza de sus actividades-fín y de su vinculación a la administración pública. En definitiva, el autor examina algunas experiencias concretas de contratos de gestión, como la francesa y la brasileña, destacándose el caso de la *Companhia Vale do Rio Doce - CVRD*, y los contratos implantados por el gobierno del Estado de São Paulo.

Management of public hospitals: a greater managerial autonomy, better organisational performance supported by third-party management contracts

Pedro Ribeiro Barbosa

The article examines the possibility of applying management contracts to public hospital organizations, emphasising the advantages of the new techniques to coordinate intra-organisational work. As from a diagnosis of the public hospital sector crisis, the author characterises such organizations, and emphasises the constraints arising from the nature of its end-activities and its link to the public administration. Finally, the author examines some concrete experiences in management contracts, such as the ones in France and Brazil, and highlights the *Companhia Vale do Rio Doce - CVRD* case as well as the contracts established by the government of the State of São Paulo.