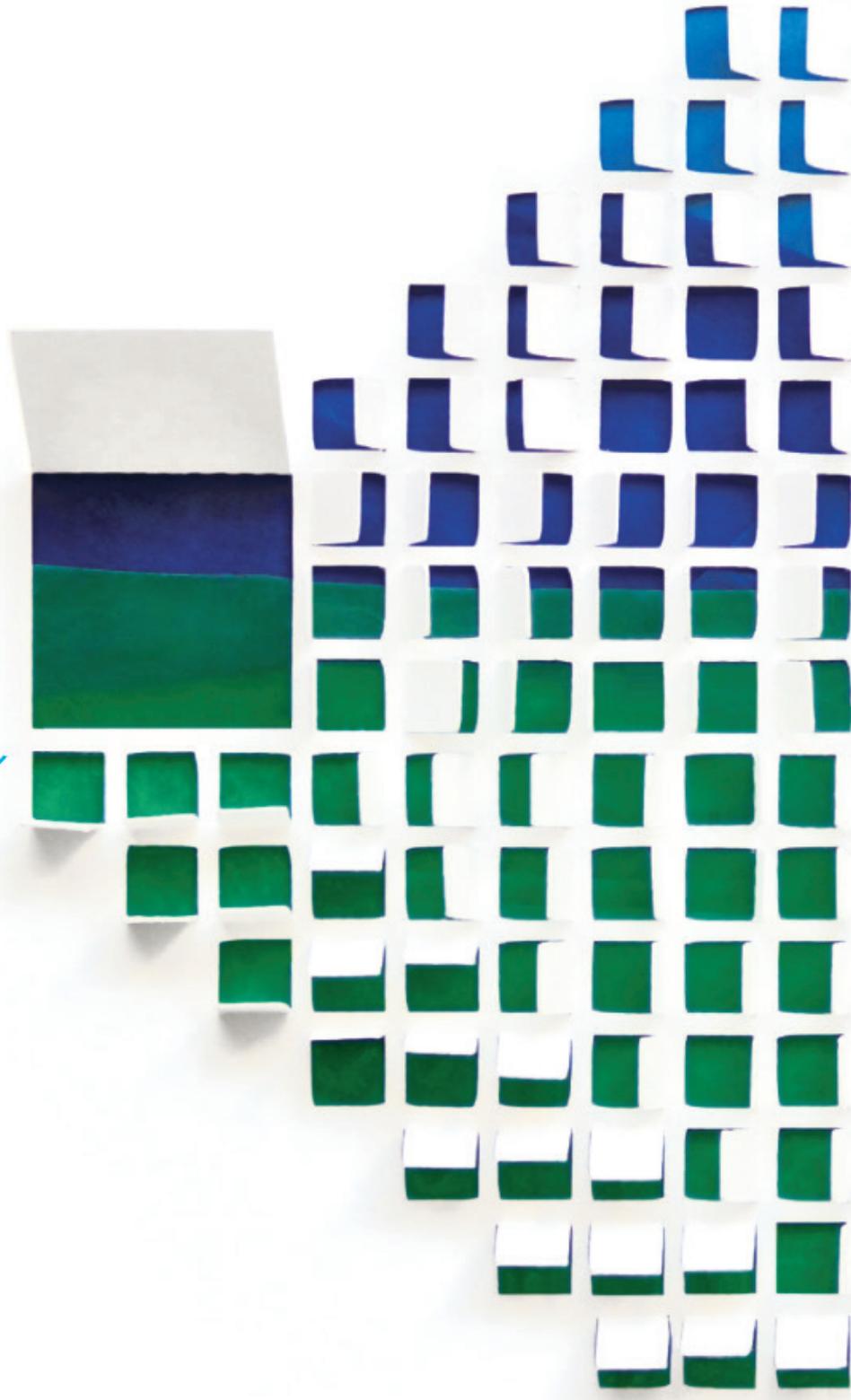


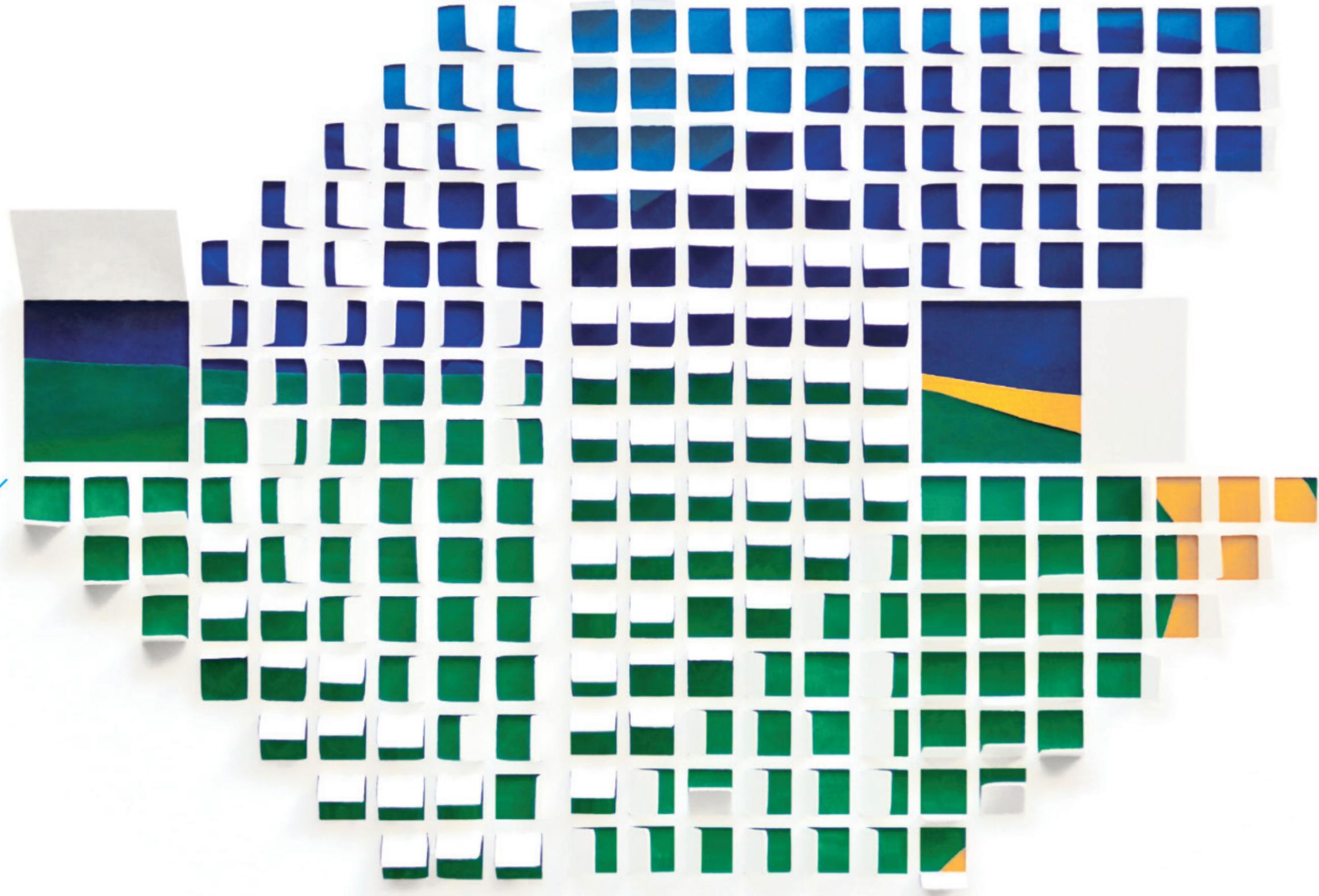
SAÚDE_
TRANSPARÊNCIA E CONTROLE
NAS PARCERIAS COM
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

2019_

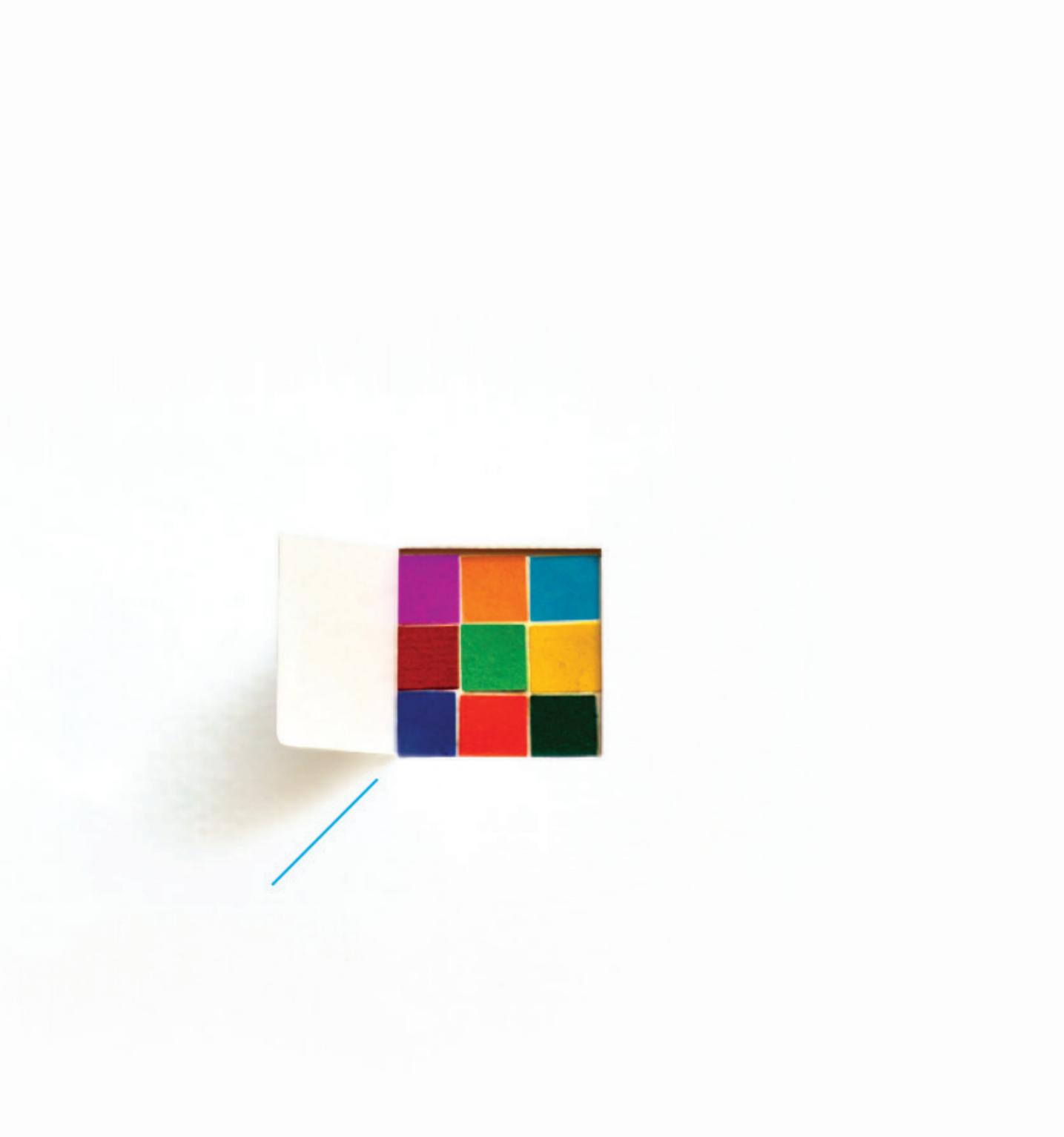


SAÚDE_
TRANSPARÊNCIA E CONTROLE
NAS PARCERIAS COM
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

2019_





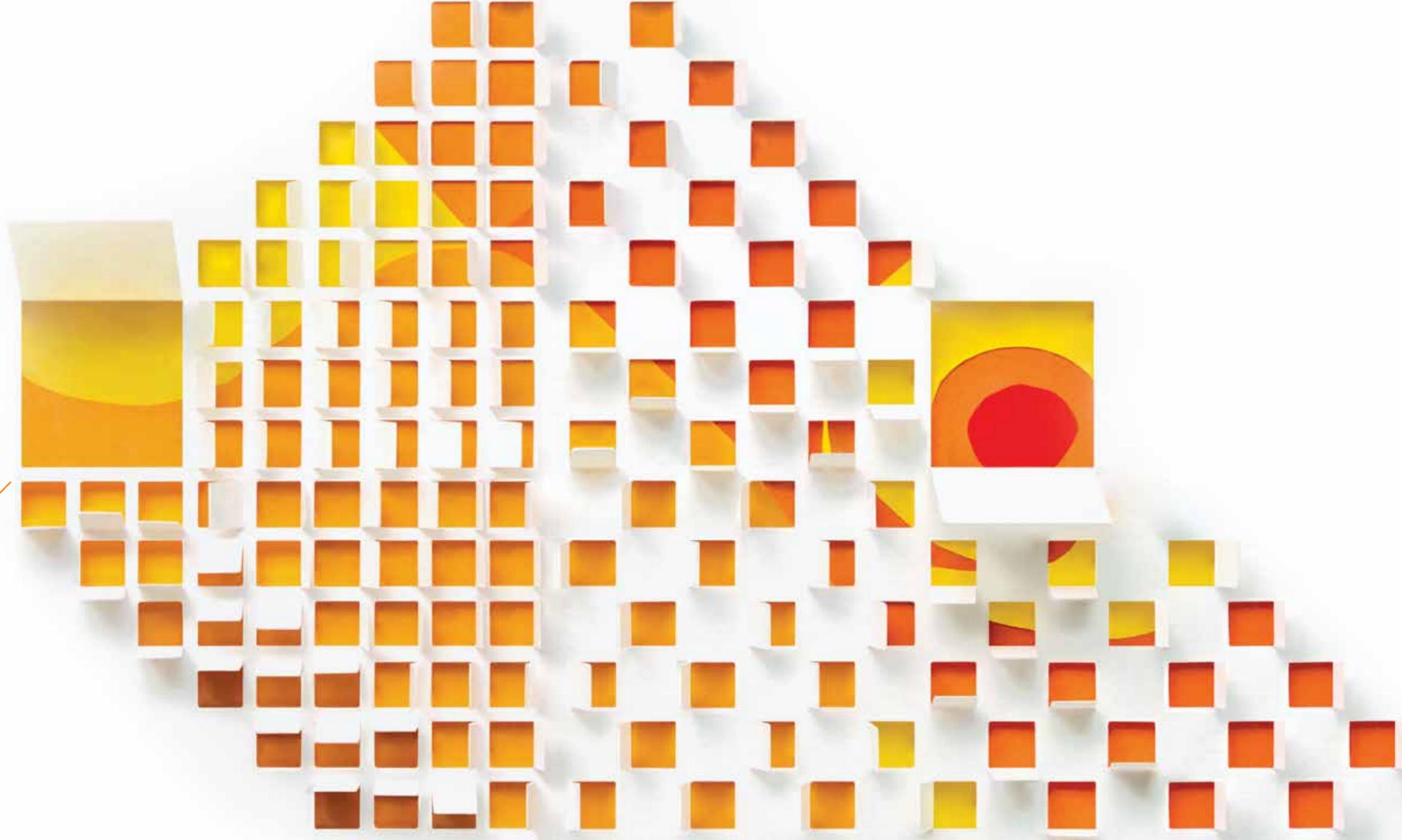


PARCERIA

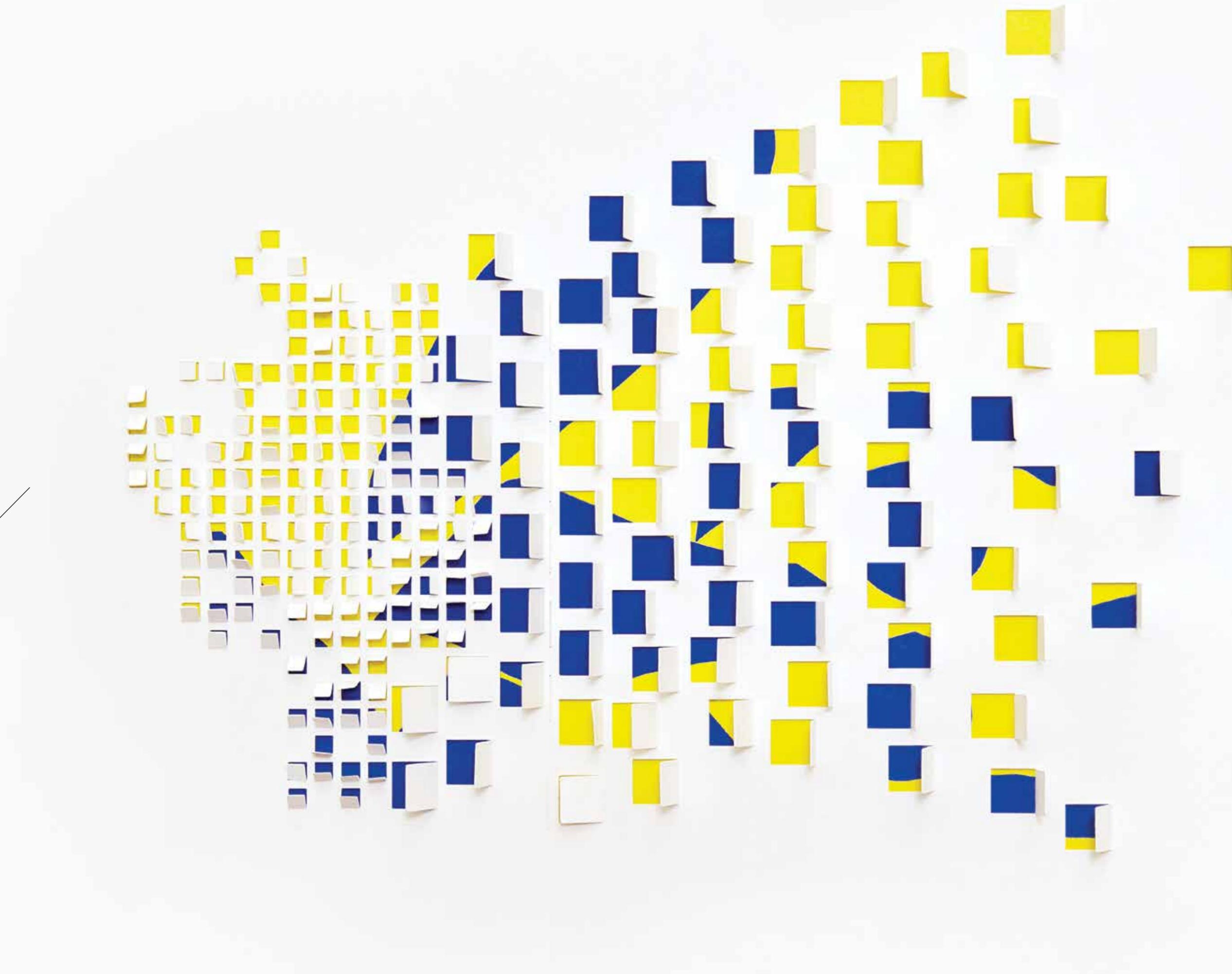


SAÚDE_
TRANSPARÊNCIA E CONTROLE
NAS PARCERIAS COM
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

2019_



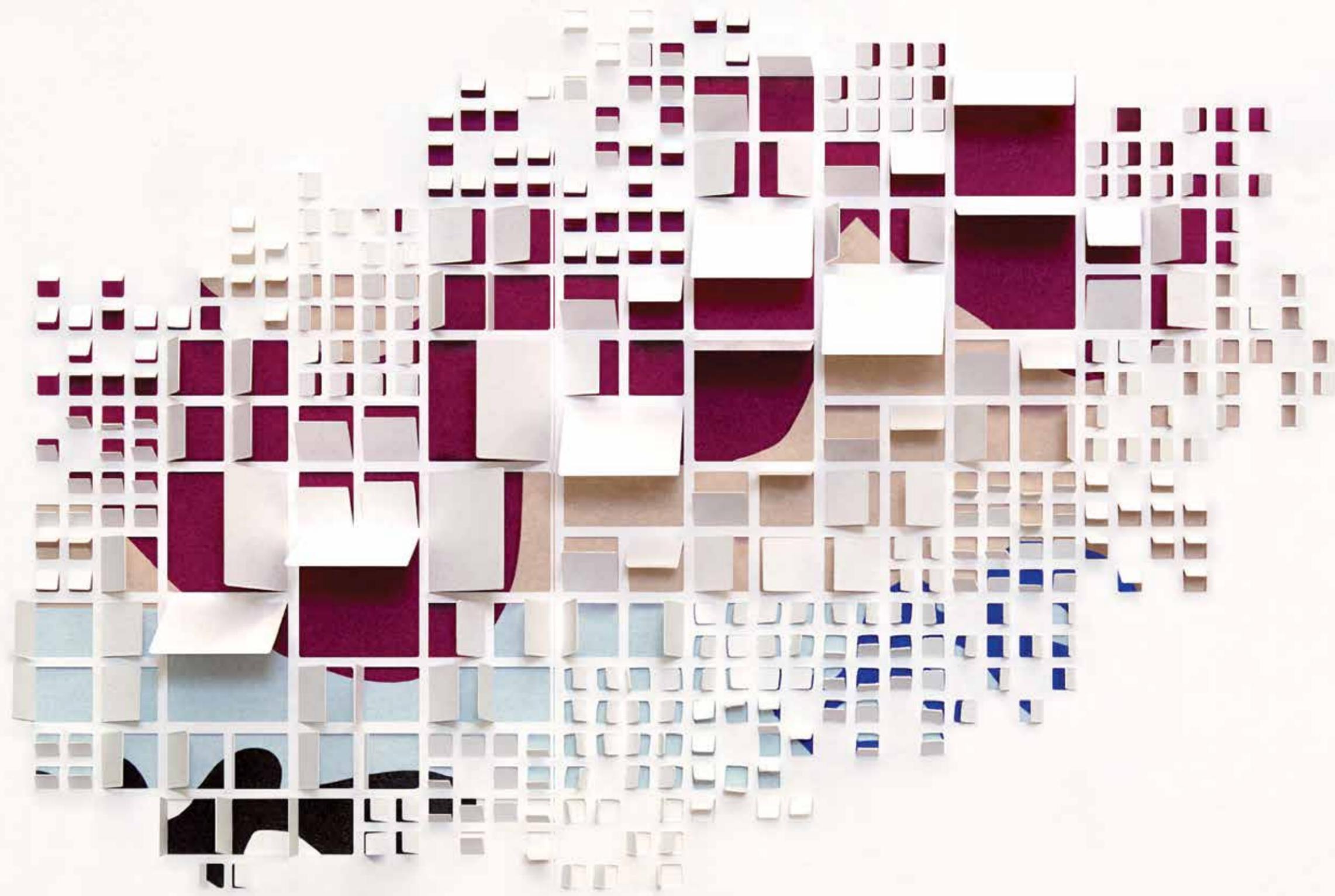
SOLIDARIEDADE



12	19	CRENÇA NA BOA-FÉ DAS PESSOAS LUIZ HENRIQUE MANDETTA
20	25	CONSTRUIR CONSENSOS PARA ERRAR MENOS JOSÉ MUCIO MONTEIRO FILHO
26	33	O PROBLEMA DA JUDICIALIZAÇÃO AUGUSTO ARAS
34	39	NOSSA MISSÃO É SEPARAR O JOIO DO TRIGO RENILSON REHEM
40	45	NA SAÚDE, PALAVRA DE ORDEM É SUSTENTABILIDADE ISMAEL ALEXANDRINO
46	51	SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE SUFOCA MUNICÍPIOS WILAMES FREIRE BEZERRA
52	57	O PONTO FUNDAMENTAL É A EFICIÊNCIA BENJAMIN ZYMLER
58	61	MENOS BUROCRACIA, MAIS VALOR PARA O USUÁRIO CARLOS AUGUSTO DE MELO FERRAZ
66	81	PALESTRA MAGNA O MUNDO JURÍDICO E OS LIMITES DO REAL CARLOS ARI SUNDFELD
POLÍTICAS DE INTEGRIDADE EM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS		
86	91	ÉTICA E INTEGRIDADE NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NACIME SALOMÃO MANSUR
92	97	NA SAÚDE, CORRUPÇÃO É A DIFERENÇA ENTRE A VIDA E A MORTE LIGIA MAURA COSTA
98	105	CULTURA DE INTEGRIDADE PREVINE A CORRUPÇÃO PEDRO RUSKE FREITAS
106	111	ÉTICA NÃO É MODA. ÉTICA É SAÚDE! CARLOS EDUARDO GOUVÊA
EFICIÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR		
116	121	BONS CONTRATOS PARA ATENDER MELHOR QUEM MAIS PRECISA ERNO HARZHEIN
122	133	OS RALOS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL EDSON CORREIA ARAÚJO
134	139	CONTROVÉRSIAS EM AVALIAÇÕES DE EFICIÊNCIA EM SAÚDE ALEXANDRE MARINHO
140	147	DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA AVALIAÇÃO DE EFICIÊNCIA EM HOSPITAIS DO SUS PAULO CESAR SOUZA
148	155	ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE COMO ESTRATÉGIA CENTRAL PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS RENATO TASCA

TRANSPARÊNCIA NA PARCERIA COM ENTIDADES DO TERCEIRO SETOR	
TRANSPARÊNCIA E SUSTENTABILIDADE FISCAL	160 / 163 ALESSANDRO CALDEIRA
A TRANSPARÊNCIA COMO OPORTUNIDADE	164 / 169 ALEXANDRE GOMIDE LEMOS
DESPESAS DE PESSOAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E OS LIMITES DA LRF	170 / 175 LEONARDO SILVEIRA DO NASCIMENTO
A CONSTRUÇÃO DA TRANSPARÊNCIA NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO	176 / 181 CAROLINA GONDIM E SILVIA REGINA PONTES LOPES ACIOLI
SAÚDE SÓ SE FAZ COM PESSOAS	182 / 187 LEONARDO MOURA VILELA
O TIRO CERTEIRO DA AUSTERIDADE	188 / 193 PABLO DE LANNOY STÜRMER
A SOCIEDADE PRECISA CONHECER O QUE FAZEMOS	194 / 199 PLÍNIO CORREA
COMPROMISSO ABSOLUTO COM A TRANSPARÊNCIA	200 / 205 RENILSON REHEM
O USO DO MODELO DE OS: BOAS PRÁTICAS E MAUS EXEMPLOS	
LIMITAÇÕES COMPROMETEM AVALIAÇÃO DO MODELO	210 / 215 HENRIQUE DE MORAES ZILLER
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS PRECISAM PROVAR QUE FAZEM MELHOR	216 / 223 MARIA ZÁIRA CHAGAS GUERRA PONTES
NÃO HÁ MODELO DE GESTÃO QUE RESISTA À MÁ-FÉ	224 / 229 ALMERINDA ALVES DE OLIVEIRA
O CUSTO DA INEFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DE SANTA CATARINA	230 / 241 SILVIO BHERING SALLUM
PALESTRA MAGNA DE ENCERRAMENTO	
DESAFIOS NA PARCERIA COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	246 / 255 ABHNER YOUSSEF MOTA ARABI

OPORTUNIDADE



CRENÇA NA BOA-FÉ DAS PESSOAS

LUIZ HENRIQUE MANDETTA



Na administração pública, passamos por vários momentos na busca por um ponto de equilíbrio entre as necessidades do gestor e as da população, entre o bom uso dos recursos públicos e a transparência nos gastos, entre seu efetivo controle e sua correta prestação de contas. Na saúde, com suas muitas peculiaridades, isso é ainda mais agudo. Lembro-me, primeiro, do uso das fundações paralelas ao serviço público, na tentativa de que tivessem mais agilidade que o formato de prestação de contas e licitações da lei nº 8.666. Depois vieram as fundações públicas de direito privado, muito utilizadas para a atração de pessoas, com condições de contratação e pagamento diferenciadas, e para compras, principalmente em hospitais universitários e fundações de apoio à pesquisa e ciência.

Em seguida, foi a vez das Oscips (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), que tiveram utilização muito intensa no início do governo Mário Covas em São Paulo. Essa modelagem passou, depois, por uma revisão que resultou nas organizações sociais (OS) para suprir lacunas em que a gestão de determinados problemas era muito difícil de ser alcançada na forma do funcionalismo público convencional. Algumas organizações sociais foram utilizadas com excelentes resultados, com transparência, boa percepção da sociedade, boa aplicação dos recursos públicos.

Chegamos ao momento atual e vemos, além das OS, os serviços sociais autônomos. São personalidades jurídicas que começam a ser utilizadas com formato público na cabeça da organização, mas com

corpo ligado a aspectos muito parecidos com o modo de administrar das organizações sociais.

Num resumo muito rápido desses últimos 20 anos, isso traduz as especificidades que vimos observando na saúde quanto ao princípio do melhor uso dos recursos versus o princípio do menor preço, por vários fatores, como a necessidade de agilidade na aquisição de materiais para o abastecimento de hospitais e estruturas públicas; a dificuldade de contratação a valores de mercado; ou a adoção de arranjos organizacionais em que a produção e o chamamento de pessoas para o serviço público podem ser mais bem administrados.

Paralelamente a tudo isso, assistimos neste momento ao início das discussões no Congresso sobre a maneira como o poder público tratará seus servidores, sua estabilidade, seu critério de produção e promoção, bem como suas ferramentas de gestão e de adaptação. Isso é parte de PEC (Proposta de Emenda à Constituição) e de projetos de lei cujo objetivo é fazer com que os gestores públicos responsáveis por fazer a saúde acontecer possam trabalhar melhor.

Considero que as OS são e continuarão sendo um bom instrumento de gestão, tanto para o gestor quanto para a sociedade, desde que haja processos seletivos bem realizados, contratos com cláusulas muito claras e bem definidas sobre o que esperar de parte a parte e, sobretudo, desde que não se prometa mais do que se pode cumprir.

Nós temos o TCU (Tribunal de Contas da União), referência internacional que faz trabalho primoroso. Temos a atuação dos mi-

nistérios públicos de maneira independente no zelo do gasto público. Temos a prestação de contas dos gestores do Executivo perante os respectivos legislativos, que funcionam também como fiscalizadores dos processos de gastos.

Ainda não temos, contudo, um bom formato no relacionamento dos conselhos gestores de organizações sociais com os conselhos municipais de saúde. Estes são espaços que ainda precisam ser muito aprimorados para que realmente possam servir de base para o controle eficaz dos gastos pela sociedade.

Diante do exposto, resta claro que não faltam estruturas de controle. Mas eu acredito na boa-fé do cidadão.

As organizações sociais, ao cuidarem de toda a atividade-meio, soam como música para os ouvidos de qualquer gestor no país.

O que é realmente relevante é que os bons serviços prestados sejam mantidos e ampliados. Não podemos correr o risco de perder esse instrumento que tem se provado importantíssimo para o bom encaminhamento do equilíbrio entre prestar contas, fazer compras, suprir insumos e enfrentar as muitas peculiaridades que fazem da saúde o assunto que mais dá trabalho aos tribunais.

Como procuramos enfrentar essa peculiaridade no Ministério da Saúde? Primeiro, reconhecendo que é preciso que todas as instituições dialoguem cada vez mais. No nosso caso, precisamos mostrar ao TCU, à Controladoria-Geral da União e ao Congresso, aonde vou a cada três meses prestar contas, as nossas dificuldades e os nossos pontos de avanço.

Estamos compartilhando as nossas principais tomadas de decisão, classificando por riscos—elevados, médios e menores—os nossos hot spots de prestação de contas e criando, pela primeira vez na Esplanada, uma Diretoria de Integridade, que junta controladoria, ouvidoria e corregedoria. Começamos a fazer todo esse processo de transparência das contas, aumentando ainda mais o poder de fiscalização e buscando antecipar problemas que antevemos em determinadas situações.

Acredito que essa é a melhor maneira de reforçarmos e não perdermos um instrumento tão precioso como são as OS. No entanto, todas essas estruturas de controle precisam ter profunda clareza sobre quais são os elementos em que a maioria das iniciativas das organizações sociais está enfrentando dificuldades—seja na prestação de contas, nos processos seletivos ou nas renovações e continuidades de seus afazeres.

Tais princípios precisam estar mais bem reforçados e conhecidos. Tenho certeza de que bons exemplos de boas iniciativas e de excelentes utilizações das OS—e os temos às centenas—têm de ser mais bem disseminados, abertos à população. O próprio hospital aqui em Brasília é ótimo exemplo de obra em que a gente vê a sociedade se apropriando, se associando, participando, ao perceber o respeito, o bom atendimento aos pacientes e o bom uso do dinheiro público. Entendo que o momento atual é bom para essa discussão. Já temos um tempo de maturidade que nos permite fazer uma revisão sadia e equilibrada. Mas considero que também é muito importante saber

em que pontos há dificuldades, para sabermos como dirimi-las, e saber como potencializar os pontos de excelência, para acharmos o ponto de equilíbrio.

Eu já trabalhei com vários formatos, em várias lutas muito duras de gestão, e sei muito bem que, cada vez que fazemos um enfrentamento, precisamos ter na equipe, seja da OS, seja de um órgão público, o mesmo espírito de colaboração, de transparência e de ética. É preciso divulgar números, expor fragilidades, abrir as nossas dificuldades para gerir, para que os outros órgãos possam desempenhar o seu papel, com orientação e prevenção, a fim de deixar um legado de transparência.

Acredito que devemos sempre partir do princípio da boa-fé das pessoas, de que elas são corretas e têm direito a afirmar suas convicções.

Devemos sempre dar-lhes o benefício da correção, e apenas aqueles que não fizerem bom uso desse princípio devem ser afastados do convívio da gestão pública. Considero que esse é um bom caminho para construirmos juntos a saúde que todos queremos.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

foi ministro da Saúde (2019–2020) e secretário de Saúde de Campo Grande (2005–2010). É graduado em Medicina pela Universidade Gama Filho (1989), pós-graduado em Ortopedia Pediátrica pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1992) e pela Emory University (Atlanta, EUA) (1995) e especialista em Gestão de Serviços e Sistema de Saúde pela Fundação Getulio Vargas.

CONSTRUIR CONSENSOS PARA ERRAR MENOS

JOSÉ MUCIO MONTEIRO FILHO



Como presidente do TCU (Tribunal de Contas da União), sinto-me mais que anfitrião nas ocasiões em que reunimos pessoas como as que participaram deste seminário. Sinto-me como quem ajuda a construir soluções para os problemas do país—nesse particular, para a promoção da saúde dos brasileiros. Oportunidades como esta permitem obter resultados que descortinam novos tempos.

Algumas pessoas acham que o papel de órgãos de controle como o TCU é procurar culpados, identificar quem errou ou quem é mal-intencionado. Há os que dizem que chegamos sempre no fim dos processos, sempre depois que o estrago já está feito. Não concordo, e provo por quê.

Somente em 2019, nos reunimos com 14 ministros de Estado e suas equipes no TCU, para conversarmos, dialogarmos, interpretarmos a lei em conjunto, com cada um trazendo a sua visão e construindo resultantes que sejam melhores para o interesse público. É uma forma de tentarmos errar menos e, em vez de procurar culpados, começar a detectar quem simplesmente não quer errar.

Infelizmente, estamos numa etapa da vida do país em que só aventureiros se transformam em gestores públicos. Tornou-se comum, quase uma regra, que, ao findar sua participação na administração pública, o servidor carregue consigo, por anos, uma brutal responsabilização por todos os atos que praticou.

Em muitos processos do TCU, as pessoas se veem com a razão porque, na realidade, queriam acertar. Mas todos também estão errados,

porque cada um quer interpretar a lei à sua maneira. Assim não conseguiremos chegar a um resultado positivo. Precisamos discutir, conversar e construir consensos.

Um diagnóstico preciso e unânime é que a saúde pública brasileira está doente. Talvez por conta da gestão ou de problemas políticos, o paciente está ficando em segundo plano, perdendo atenção e prioridade para os interesses eleitorais. Não podemos continuar assim! É mais uma razão para interagirmos em busca de respostas.

Com o advento das redes sociais, a forma de viver, de fazer política, de levar e gerir a vida mudou completamente. Os responsáveis e os irresponsáveis têm os mesmos acessos, pelos mesmos caminhos, e só há uma forma de construirmos um país mais justo: se os bem-intencionados se unirem e se cada pessoa identificar e assumir suas responsabilidades. Só assim conseguiremos chegar ao futuro que há tantos anos esperamos, mas nunca encontramos.

Eu tenho absoluta certeza de que encontros como este têm o poder de produzir resultados positivos, permitindo aproximação das pessoas, melhor compreensão da realidade e maior conhecimento das leis em favor do interesse comum. Não basta alguém achar, unilateralmente, que detém o monopólio do Direito: é preciso fazer executar o bom Direito e harmonizar as ações para que possamos fazer bons trabalhos.

O Tribunal de Contas da União não é um órgão de governo. Somos um órgão de Estado. Por isso mesmo, desejamos que o Estado

brasileiro, independentemente de quem está no poder, ou de quem não está, tenha sucesso e promova mudanças que tragam bem-estar a todos os cidadãos. Os que estiverem dispostos a trabalhar pelo país sintam-se em casa no TCU.

JOSÉ MUCIO MONTEIRO FILHO

é presidente do TCU (Tribunal de Contas da União). Foi deputado federal por Pernambuco (1991–2011), ministro-chefe da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República (2007–2009), secretário de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente de Recife (1997–1998), secretário dos Transportes, Comunicação e Energia de Pernambuco (1983–1986) e prefeito de Rio Formoso (PE) (1982–1983). Formado em Engenharia Civil pela Escola Politécnica de Pernambuco (1971), também presidiu a Celpe (Companhia Energética de Pernambuco).

O PROBLEMA DA JUDICIALIZAÇÃO

AUGUSTO ARAS



Saúde é o segundo tema que mais provoca a atuação do Ministério Público nos estados e no Distrito Federal, tanto na esfera administrativa quanto na cível, segundo a edição 2018 da publicação Ministério Público: um retrato.

Há quem sustente, como o professor Adriano Massuda, doutor em Gestão de Saúde e pesquisador de Harvard, que a estrutura de nosso sistema de saúde contribui para o excesso de judicialização. Segundo o especialista, o crescimento das ações judiciais decorre do subfinanciamento, do aumento de gastos com medicamentos, de um SUS (Sistema Único de Saúde) empobrecido e precarizado, de planos populares de baixa cobertura e do acesso a serviços mais amplos e de qualidade restrito apenas aos mais favorecidos.

Diante desse diagnóstico, a indagação do Ministério Público é: como favorecer o direito dos usuários ao SUS? Para o pesquisador, os caminhos possíveis estão no fortalecimento do sistema único, na melhoria do seu financiamento e na adoção de um padrão tecnológico mais racional, levando em conta as realidades nacional e regionais. Por outro lado, a resposta poderia advir da transformação da gestão pública por meio de novos modelos e novos arranjos institucionais. É aí que figuram, por exemplo, as parcerias com as organizações sociais, que colaborariam para aperfeiçoar e fortalecer o SUS e para melhorar a qualidade do atendimento oferecido.

Definir qual o modelo a ser adotado não cabe, é certo, à Justiça nem ao Ministério Público. Cabem-nos, contudo, o controle e a fiscali-

zação da gestão pública, a fim de que sejam, sobretudo, preventivos e proativos, favoreçam a redução da judicialização e o aumento da eficiência da rede médica e hospitalar brasileira.

A judicialização da saúde traz consigo um impasse: de um lado, os impactos financeiros dela decorrentes e, do outro, a defesa do princípio da dignidade humana e da eficácia da tutela da saúde. Fato é que o usuário, hoje, entra em duas filas: a do hospital e a do fórum, ambas em crescimento exponencial.

Pesquisa feita pelo Insper, sob encomenda do Conselho Nacional de Justiça, revela que a judicialização da saúde triplicou em cerca de dez anos, com alta de 198%—isso apenas na primeira instância. Na segunda, de 2009 a 2017, as ações envolvendo saúde cresceram 85% nos tribunais. O setor público representa 12% dos litígios na primeira instância e 14% na segunda, atrás de planos e seguros de saúde. Os assuntos mais tratados são os afetos à obtenção de medicamentos e ao acesso a tratamentos médico-hospitalares.

A demanda de direitos perante o sistema de Justiça é legítima, mas não se pode ignorar o custo da judicialização. Ao impactarem a alocação de recursos da sociedade, as disputas judiciais acabam por consumir verbas do SUS. Em 2016, por exemplo, a União teve que retirar R\$ 1,3 bilhão de outros programas para pagar a conta de decisões dos tribunais. É por isso que, no MPF (Ministério Público Federal), queremos privilegiar uma atuação preventiva, administrativa e consensual de resolução de conflitos de saúde.

Já há muito tempo o Parlamento brasileiro desincumbiu-se da tarefa de oferecer à sociedade brasileira meios de solução de conflitos extrajudiciais, como mediação, conciliação e arbitragem. Em muitos estados, essas têm sido iniciativas importantes para prevenir extrajudicialmente conflitos ligados à saúde—como é o caso, por exemplo, da Câmara Interinstitucional criada na Bahia. Naquele estado, há três anos vem se desenvolvendo um projeto de desjudicialização, de maneira a mitigar custos, reduzir o número de processos e o tempo gasto na sua tramitação.

Estamos propondo uma mudança de parâmetros na práxis do Ministério Público. Em primeiro lugar, por meio do diálogo com os setores envolvidos e com os órgãos colegiados, ouvir e entender de forma mais abrangente a repercussão dos problemas atinentes às dinâmicas do sistema de saúde. Trata-se do primeiro passo para racionalizar e qualificar a judicialização ou, prefiro dizer, a desjudicialização da saúde por meio de seus distintos órgãos.

Venho propondo que esse diálogo seja feito por meio de uma câmara específica para a saúde no âmbito da Procuradoria-Geral da República. Temos envidado esforços para fortalecer a nossa Câmara da Saúde do Ministério Público Federal, exatamente para contribuir para o aprimoramento de estudos, para a busca de soluções extrajudiciais e, evidentemente, para o aperfeiçoamento do sistema de saúde naquilo que nos compete como órgão de fiscalização e controle. Mais que isso, o CNMP (Conselho Nacional do Ministério Público),

por mim presidido, tem uma comissão de saúde, comandada pela conselheira Sandra Krieger, que está envidando esforços para levar a todo o MP brasileiro contribuições das mais diversas formas nesse processo de promoção de saúde e bem-estar aos cidadãos, algo extremamente delicado e fundante na nossa Carta de 1988.

A ideia é ampliar a atuação do Grupo de Trabalho de Saúde já existente, que atua para subsidiar os membros do Ministério Público Federal em todas as suas áreas. Essas diretrizes nada mais são do que aquilo que está previsto nos art. 196 a 200 da nossa Constituição.

Nossa proposta é que as câmaras de saúde, seja a do MPF, seja a do CNMP, venham a agir tanto na coordenação, numa ação preventiva por meio da qual são estabelecidos diálogos com os setores envolvidos, quanto no planejamento conjunto, para reunir compreensões mais claras acerca de questões do setor passíveis de judicialização.

Diálogo permanente e resolutividade são mantras que tenho repetido. Firmamos um pacto social em prol do crescimento socioeconômico do país e o faremos pelo entendimento prévio e, sempre que possível, por soluções consensuais. Também daremos ênfase à sustentabilidade, nas suas múltiplas dimensões, tanto no sistema público quanto no plano da saúde suplementar. Sem ela, não há condição de manter a hígidez do SUS.

No fim de 2018, foi firmado acordo com o Conselho Nacional de Justiça e com o Ministério da Saúde para que o Ministério Público possa acessar a plataforma e-NatJus, antes só acessível a magistrados.

Ela abriga um banco de dados nacional de pareceres técnicos, científicos, notas técnicas de medicamentos e outras informações produzidas por especialistas da saúde.

Com isso, o Ministério Público passou a dispor de informações para subsidiar sua atuação na solução administrativa de conflitos de forma preventiva, resolutiva e extrajudicial, racionalizando a judicialização da saúde ou, o que seria o ideal, desjudicializando e qualificando sua atuação no plano do sistema de Justiça.

Queremos incentivar o uso intensivo desse recurso, pois, entre os dados da pesquisa do Insper que citei anteriormente, é ínfimo o número de decisões que recorrem a órgãos que fornecem parâmetros técnicos.

Vejam só: apenas 0,29% dos acórdãos da segunda instância citam o NAT (Núcleo de Apoio Técnico) do Poder Judiciário, e a Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS) é citada em menos de 0,5% das decisões.

Precisamos usar essas bases técnicas de dados para otimizar as informações e compartilhar conhecimento entre todos. De nossos saberes integrados é que resultará o aprimoramento da eficácia da defesa do direito constitucional à saúde, missão de quem promove justiça e também de quem faz o juramento de Hipócrates. É o que buscamos para que o sistema brasileiro se aprimore, melhore e o nosso povo tenha, cada dia mais, saúde.

AUGUSTO ARAS

é procurador-geral da República.

Exerceu os cargos de procurador da

Fazenda Nacional e de auditor

jurídico no Tribunal de Contas do

Estado da Bahia. É doutor em

Direito Constitucional pela PUC

(Pontifícia Universidade Católica) de

São Paulo (2005), mestre em

Direito Econômico pela Universidade

Federal da Bahia (2000) e bacharel

em Direito pela Universidade Católica

de Salvador (1981).

Atualmente também é professor

da Faculdade de Direito da UnB

(Universidade de Brasília) e da

Escola Superior do Ministério

Público da União.

**NOSSA MISSÃO
É SEPARAR O
JOIO DO TRIGO**

RENILSON REHEM



Esta é a segunda vez que nos associamos ao Tribunal de Contas da União para debater com a sociedade, de forma ampla e transparente, a adoção e os resultados do modelo de organizações sociais (OS) para a prestação de serviços de saúde no país. Neste ano, também se juntaram a nós a Controladoria-Geral da União, o Ministério Público Federal e o Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). Da mesma forma como ocorreu em 2018, quando também tivemos a parceria do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), agora estamos novamente transformando os conteúdos discutidos ao longo de dois dias de debates em Brasília numa publicação, a fim de torná-los mais perenes, acessíveis e úteis.

O Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) tem entre seus objetivos atuar para qualificar o debate, promover a evolução do modelo e melhorar a prática das organizações sociais de saúde. O modelo de organizações sociais pode, sem dúvida, ser altamente positivo, mas é também fora de questão que precisa ser bem utilizado para ser mais bem-sucedido.

O desafio que a sociedade brasileira—e, em particular, os gestores públicos—enfrenta para ter um sistema de saúde universal, integral e gratuito, conforme estabelece a nossa Constituição, não é simples ou de fácil realização. Pelo contrário, é extremamente complexo.

A gestão da saúde é muito intrincada, a saúde é cara e sempre aparece, em qualquer pesquisa de opinião realizada no país, como principal motivo de preocupação dos brasileiros.

Isso significa que todos nós, que vivemos o setor no seu dia a dia, temos que trabalhar de forma coletiva, com a participação da sociedade, em prol do sucesso do sistema público de saúde. Também não há dúvida de que o modelo de organização social muito tem contribuído, e muito pode contribuir, para encontrarmos novas soluções para desafios cada vez mais difíceis que estão surgindo na saúde.

É inevitável também registrar que problemas têm ocorrido e precisamos atuar no sentido de separar o joio do trigo. Temos que reconhecer, apoiar e prestigiar as verdadeiras organizações sociais que são resultado de iniciativas espontâneas e bem-intencionadas da sociedade e apartá-las daquelas que não honram essa qualidade. Esse, aliás, foi o motivo de termos criado o Ibross, em abril de 2015. Isso precisa ser trabalhado lá na origem, ou seja, no momento da qualificação dessas organizações sociais, para que a gente não incorra no que tem acontecido muito pelo Brasil afora: impor cada vez mais mecanismos de controle que terminam engessando o modelo e fazendo com que a sua adoção perca sentido. Eu sempre repito: se é para fazer administração pública direta, o melhor instrumento é a própria administração pública e não as organizações sociais!

O modelo de administração por organização social de saúde busca a descentralização, a autonomia, a flexibilidade na execução da política definida pelo gestor público, o acompanhamento da sua execução e, em última instância, o controle da utilização dos meios. Não é por acaso que falamos em transparência e controle durante

este evento. São dois lados da mesma equação. O controle é realizado pelo gestor e a transparência busca alcançar a sociedade como um todo: ter conhecimento do que está sendo feito com o dinheiro público, como ele está sendo aplicado, quais os objetivos, os instrumentos e as ferramentas empregados na utilização desse recurso.

Essas constatações reforçam a relevância de eventos dessa natureza, que cumprem a missão de aperfeiçoar o sistema de OS no país. A posição do Ibross não é de mera defesa das organizações sociais de saúde, mas sim de defesa do bom uso do modelo. Porque consideramos que esta é uma ferramenta indispensável para a realização dessa grande conquista democrática e cidadã do nosso país: o Sistema Único de Saúde.

RENILSON REHEM

é presidente do Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) e superintendente executivo do Icipe (Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada). Foi secretário-adjunto de Saúde do Estado de São Paulo (2007–2009) e secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (1998–2002). É médico sanitário, graduado pela Universidade Federal da Bahia, e mestre em Administração de Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com especialização em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz e em Planejamento de Recursos Humanos pela Universidade Federal do Ceará.

**NA SAÚDE,
PALAVRA DE ORDEM
É SUSTENTABILIDADE**

ISMAEL ALEXANDRINO



Esta é a segunda vez que participo de um livro produzido pelo Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde). São oportunidades que nos permitem levar mais longe as discussões sobre essa que é, mais que um modelo de gestão, uma ferramenta eficiente para promover mais assistência à saúde para a população brasileira.

Naquela outra ocasião, em 2018, tratei no seminário realizado no TCU (Tribunal de Contas da União) sobre boas práticas de gestão no terceiro setor, abordando aspectos como contratação, seleção e recrutamento de pessoal por meio de organizações sociais (OS). Trazia, então, minha visão como diretor-presidente do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal.

Hoje, na condição de secretário de Saúde do meu estado, Goiás, considero que discussões dessa natureza precisam transpor os limites da capital federal e chegar a muito mais cantos do país. Será muito válido se em cada estado, seguindo o exemplo do TCU, os órgãos de controle, o Ministério Público, as defensorias, as controladorias-gerais e os gestores locais também entrarem no debate. Será bom para todos. Por uma razão muito simples: porque, hoje em dia, os gestores públicos, sobretudo os da administração direta, pautam suas decisões em questões jurídicas, em acórdãos etc. Isso obriga o administrador público a assumir atitudes mais ousadas, esclarecer e superar dificuldades para, assim, evitar cair em conflito com aspectos legais ou infralegais que regulamentem a prática das organizações sociais.

Será ainda mais benéfico se, antes de partir para a regulamentação das leis, os órgãos de fiscalização e controle nos estados abrirem espaço para discuti-las previamente com os agentes públicos, a fim de que ninguém venha a ser surpreendido no decorrer do processo. As organizações sociais já são realidade em vários estados. Contudo, por questões que não são da ferramenta, mas de pessoas que a utilizam, em vários lugares temos tido críticas, ressalvas e, às vezes, até escândalos envolvendo a atuação de entidades do terceiro setor na saúde.

Eu tenho convicção de que, nesses casos, o problema não está na modelagem, não está na ferramenta chamada organização social, que nada mais é que uma alternativa de gestão à administração direta — mesmo assim, para alguns e não para todos os casos. O problema está, na realidade, no mau uso das OS.

Quem opta pelas organizações sociais como caminho para gerir equipamentos de saúde não pode esquecer jamais que está lidando com dinheiro público. A ferramenta lhes dá mais autonomia e mais flexibilidade, mas nem por isso deixa de exigir que os princípios da administração pública continuem sendo muito bem respeitados, bem observados e seguidos com total critério.

Da nossa parte, nós, que lidamos com organizações sociais, com o terceiro setor ou com o poder público, precisamos ter atitudes firmes em relação a quaisquer desvios. Tudo aquilo que não atender ao interesse público e for de interesse exclusivo e, muitas vezes, mera-

mente financeiro de alguém ou de alguma entidade não pode ser tolerado. Mais que isso: precisa ser extirpado.

O desvirtuamento e as práticas individuais espúrias de alguns gestores depõem contra o modelo e colocam as organizações sociais em xeque, como temos visto acontecer no Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Acontece que, por si só, o sistema não é bom nem ruim. Tudo depende do uso que se faz dele.

As organizações sociais podem ser uma ferramenta fantástica, mas, se o Estado abre mão da governança, se os órgãos de controle só atuam a posteriori, e muito mais com finalidade punitiva, ela fica comprometida. Se a atuação das instâncias de supervisão e fiscalização fosse a priori, com o acompanhamento rigoroso que é praxe desses órgãos, certamente teríamos melhores práticas e resultados.

Nada disso será suficiente, contudo, se aqueles que lidam com a saúde, seja pública ou privada, não atentarem para um aspecto central: a sustentabilidade. Essa palavra precisa estar na nossa prática diária, porque não há dinheiro suficiente para levar saúde com equidade para todos os 210 milhões de brasileiros—até porque teremos que lidar por vários anos com os efeitos da emenda constitucional nº 29, que congela os gastos em saúde por uma década.

Como sabemos, saúde é uma das poucas áreas em que, quanto mais se agrega tecnologia, maiores são as despesas. E esse será cada vez mais um fator fundamental para prover saúde de qualidade como direito de todos, como estabelece o art. 196 da Constituição.

Que fique o alerta para nós, gestores: se não tivermos em mente a ideia e a prática da sustentabilidade, certamente o Sistema Único de Saúde, assim como o setor privado, o terceiro setor e a saúde suplementar, estará em risco—como já está.

ISMAEL ALEXANDRINO

é secretário de Saúde de Goiás.

Foi diretor-presidente do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, conselheiro titular do Colegiado

Gestor da Saúde do Distrito Federal e secretário-adjunto de Gestão da Saúde do Distrito Federal. É médico formado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Pernambuco, com fellow em Terapia Intensiva pela Universidade de Milão e Bolonha.

Tem MBA em Gestão da Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Integrou a diretoria médica executiva da Dasa, foi chefe da UTI do Hospital Regional do Gama, diretor-geral do Hospital de Base e superintendente de Saúde da Região Sul do Distrito Federal.

SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE SUFOCA MUNICÍPIOS

WILAMES FREIRE BEZERRA



Ter acesso à saúde é anseio de qualquer ser humano. Não tê-lo é um temor que ainda aflige muitas pessoas em qualquer lugar do mundo. No caso brasileiro, os municípios sofrem essa pressão direta, porque é nos serviços mantidos por 5.570 prefeituras que os cidadãos buscam socorro mais imediato, 24 horas por dia.

A Constituição de 1988 deu à nossa população um sistema universal, gratuito, de porta aberta. Mas coube aos municípios a responsabilidade de responder à maioria das demandas, dentro do modelo de descentralização das ações de saúde no país. A questão é que, embora a prestação dos serviços esteja em sua maioria sob a alçada dos municípios, a arrecadação e a receita, por outro lado, ficam majoritariamente com o governo federal.

Desde a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), as prefeituras convivem com o problema crônico do subfinanciamento. Com recursos engessados e concentrados em Brasília, têm que procurar alternativas de gestão para poder dar à sociedade o serviço de saúde de qualidade de que ela precisa.

Desde o ano 2000, há uma regra estabelecida constitucionalmente para que estados e municípios destinem 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas para a saúde. No entanto, atualmente eles respondem juntos por 58% do total do gasto público em saúde, aplicando, portanto, percentuais bem acima dos mínimos constitucionais. A União, que no início dos anos 2000 era responsável por cerca de 60% do total de despesas com saúde, nos dias atuais responde por quantia próxima a 40%.

A suplementação dos recursos necessários para a manutenção do sistema (apenas manutenção, sem considerar incrementos, incorporação de tecnologias e ampliação de acesso) historicamente tem recaído sobre municípios e estados. Para se ter ideia, em 2015 eles aplicaram, respectivamente, R\$ 25 bilhões e R\$ 6,4 bilhões acima do mínimo constitucional a que estão obrigados. No caso específico dos municípios, eles gastam, em média, 23% de suas receitas com saúde, quando o mínimo exigido pela Constituição é 15%.

De acordo com a edição de 2019 do anuário Multi Cidades, editado pela Frente Nacional de Prefeitos, os municípios investiram, em 2017, R\$ 31 bilhões acima do mínimo constitucional da saúde, superando a receita do IPTU do conjunto das cidades.

Tal situação nos obriga a qualificar melhor a gestão, a termos maior responsabilidade no trato do gasto financeiro.

Nesse cenário, são fundamentais as parcerias do Estado com o terceiro setor, tais como aquelas com organizações sociais na área da saúde, sempre ancoradas nos princípios básicos da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

As irregularidades, quando existentes, devem ser tratadas pelos órgãos de controle, a quem cabe fiscalizar, e pelo Judiciário, a quem cabe julgar e punir. A ocorrência de irregularidades não deve contaminar os aspectos positivos que a utilização desse modelo tem revelado.

Mas é igualmente certo que precisamos de regras muito claras nessas parcerias para que não corramos riscos. Para que, quando terminar-

mos nossa gestão, não estejamos comprometidos em razão de atecnias que eventualmente possamos ter cometido como gestores municipais por mero desconhecimento de regras ou por interpretações equivocadas da legislação vigente.

O TCU (Tribunal de Contas da União) e os demais órgãos de controle da esfera federal são parceiros das prefeituras, orientando-nos bastante sobre essa temática. Essa é uma parceria essencial para os municípios, também por aproximar gestores, técnicos e pessoas da área jurídica. Fica a sugestão de realizar eventos como este seminário pelo país afora, e não apenas em Brasília, disseminando conhecimento e ajudando as prefeituras a aprimorar a forma de se relacionar com as organizações sociais e com as demais entidades do terceiro setor que atuam na área da saúde.

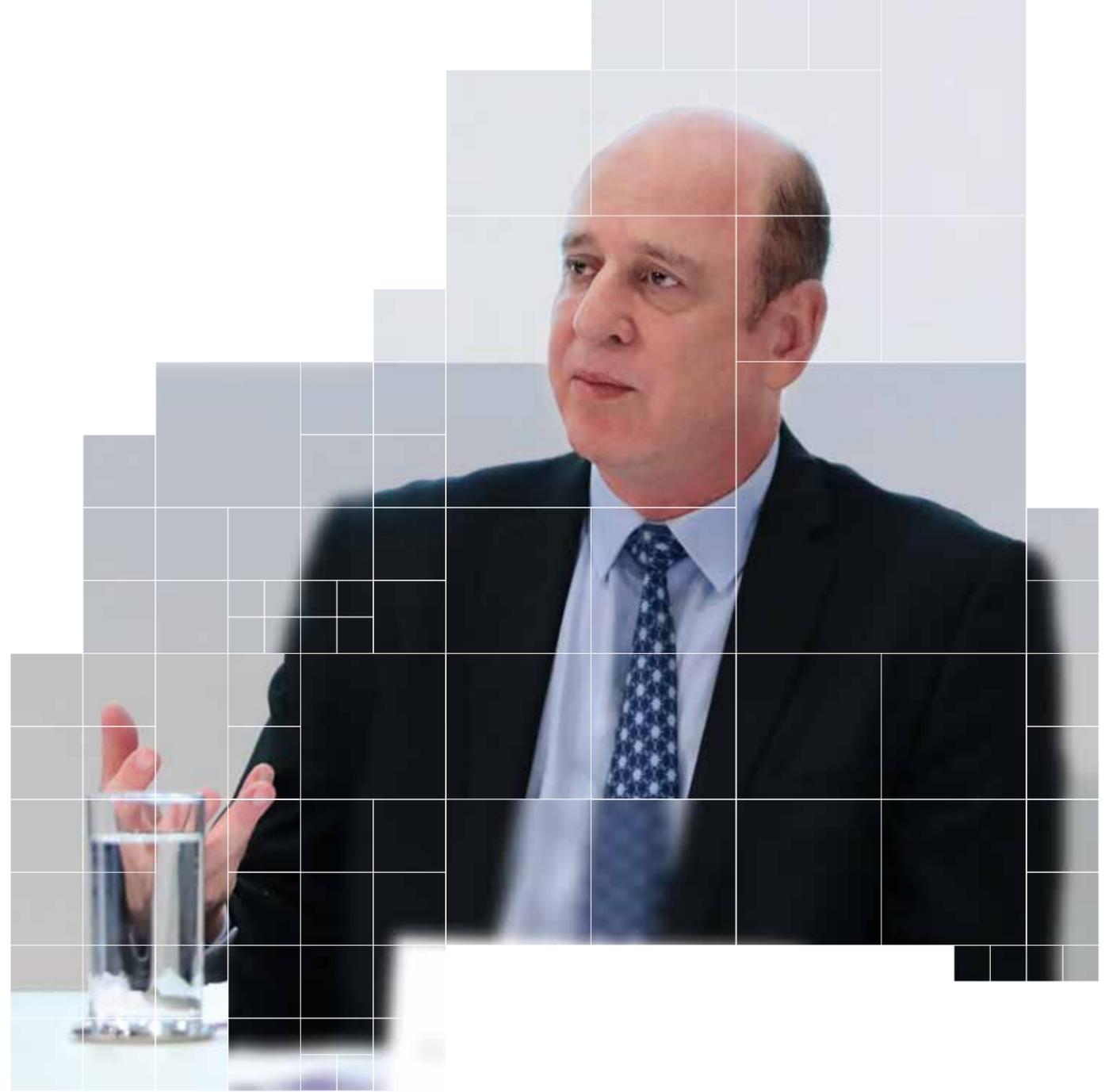
WILAMES FREIRE BEZERRA

é presidente do Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e secretário municipal de Saúde de Pacatuba (CE).

Formado em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (1996), tem especialização em Sistema Local de Saúde e em Saúde Pública e é mestre em Saúde Coletiva pela UnB (Universidade de Brasília). Desde 1998 exerce funções públicas de gestor municipal.

O PONTO FUNDAMENTAL É A EFICIÊNCIA

BENJAMIN ZYMLER



Como relator da saúde no TCU (Tribunal de Contas da União) no atual biênio, gostaria de congratular os organizadores deste seminário, promovido em conjunto com o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde), que se propõe a discutir e explorar temas tão relevantes no cenário nacional: a transparência e o controle nas parcerias com organizações sociais para a prestação de serviços públicos de saúde.

A transferência de gestão de unidades de saúde é assunto que ainda gera discussões, não apenas pela sensibilidade e importância do serviço público em causa, direito fundamental do cidadão encartado na Constituição, como também pelas dúvidas quanto à sua capacidade de resolver os problemas verificados no SUS (Sistema Único de Saúde).

São de conhecimento geral experiências negativas na implantação do modelo em algumas unidades da federação, além de notícias de desvios de recursos públicos e má qualidade na prestação dos serviços. Na tentativa de qualificar o debate em tema de tamanha repercussão, é salutar que o TCU realize seminários de discussão como o que pudemos presenciar em novembro de 2019.

Os assuntos das palestras e das mesas de discussão—que permeiam gestão pública, políticas de integridade, mensuração de eficiência, transparência, análises do uso do modelo por órgãos de controle e seus desafios—demonstram a importância e a profundidade dos debates produzidos, que certamente contribuem para a melhor compreensão crítica do tema em causa.

Não se pode olvidar, ainda, a qualidade dos palestrantes e debatedores, formados por notórios especialistas e agentes públicos envolvidos na execução e no controle da política de saúde.

Como é de conhecimento geral, o Supremo Tribunal Federal decidiu pela validade desse modelo, que envolve a prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o poder público. Entretanto, pontos fundamentais, como os trazidos neste evento, ainda geram divergências e interposição de ações judiciais.

Acreditamos que uma das formas de mitigar tais divergências é buscar aprofundar análises e métodos que evidenciem os reais ganhos da utilização de um modelo em detrimento de outro. Dito de outra forma, deve-se perquirir a melhor maneira de despender recursos públicos objetivando a melhora dos serviços prestados aos cidadãos, o que somente pode ser feito pelo acompanhamento e monitoramento das diversas formas de prestação dos serviços públicos de saúde.

O ponto fundamental é a eficiência. Na decisão de adotar a terceirização ou manter um modelo tradicional de prestação de serviços de saúde, devemos estar calcados em dados claros e concretos do que possui a melhor relação custo-benefício. Tais informações devem ser levantadas constantemente para que a tomada de decisão—bem como o monitoramento da efetividade da escolha—seja baseada em evidências.

Sobre isso, destaco trabalho anterior desta Corte de Contas em auditoria operacional realizada em 2012. Na ocasião, foi observada a ausência de estudos que demonstrassem que a terceirização é a

melhor opção, além da não participação das instâncias de controle social nessa tomada de decisão.

Em alguns dos entes fiscalizados, verificou-se que a qualificação e a seleção das organizações sociais eram carentes de critérios objetivos. Outra falha apontada foi a utilização de indicadores e metas deficientes, que não permitiam a adequada avaliação do desempenho das organizações. A auditoria foi julgada pelo acórdão nº 3.239/2013–TCU–Plenário, tendo sido relatada pelo ministro Walton Alencar Rodrigues. Nessa mesma linha, destaca-se trecho do acórdão nº 2.057/2016–TCU–Plenário, da relatoria do ministro Bruno Dantas: “Entendo ser de todo recomendável, especialmente em cenários de retração econômica e de insuficiência de recursos, que o gestor público analise todas as opções postas à sua disposição pela Constituição e pela legislação vigente, de forma a buscar modelos que vão ao encontro do princípio constitucional da eficiência, sempre tendo como objetivo o interesse público e o atendimento dos direitos dos cidadãos”.

Sob minha relatoria, o tema também já foi objeto de fiscalização —acórdão nº 352/2016–TCU–Plenário—, em que foram identificadas inconsistências que vão desde a ausência ou a precariedade do planejamento da terceirização até a deficiência na fiscalização e no controle da execução dos ajustes. Fatores como esses nos conduziram à realização deste evento. Esperamos contribuir para que haja reais avanços na prestação de serviços públicos de qualidade, a um custo razoável para os cofres públicos.

BENJAMIN ZYMLER

é ministro do TCU (Tribunal de Contas da União), relator para a função Saúde no biênio 2019–2020. É graduado em Engenharia Elétrica pelo Instituto Militar de Engenharia (1978) e em Direito pela Universidade de Brasília (1996), pela qual também é mestre em Direito e Estado (2000). É professor de pós-graduação do UniCEUB (Centro Universitário de Brasília).

MENOS BUROCRACIA, MAIS VALOR PARA O USUÁRIO

CARLOS AUGUSTO DE MELO FERRAZ



O momento que o país atravessa demanda dos agentes públicos mais agilidade gerencial, redução de custos burocráticos e a busca de formas mais eficientes de prestação de serviços públicos com qualidade adequada. Mais que nunca, é essencial a compreensão de que os recursos são escassos e que, por isso, precisam ser mais bem aplicados. A parceria entre Estado e organizações sociais é uma forma de prestação dos serviços de saúde prevista em lei e considerada constitucional pelo Supremo Tribunal Federal. Bem modelada, tem potencial de reduzir ou mesmo eliminar amarras burocráticas, para que a gestão possa se dedicar a metas e resultados—tanto quantitativos quanto qualitativos—em benefício dos cidadãos, dos usuários dos serviços.

A transferência da gestão de unidades prestadoras de serviços de saúde para as organizações sociais pode ser uma oportunidade que merece ser considerada quando identificado desempenho ruim ou insatisfatório de gestão feita de forma direta pelo poder público. Contudo, tal modelo traz consigo riscos associados.

Por isso, a definição por essa alternativa depende de um prévio diagnóstico do problema, do estabelecimento de objetivos claros, de indicadores adequados e metas, da identificação e avaliação de possíveis alternativas de intervenção—inclusive a manutenção do modelo preexistente. Demanda, ainda, um adequado gerenciamento de riscos e a adoção de controles apropriados orientados para o acompanhamento dos resultados.

Esta é uma ocasião para debater oportunidades e riscos associados a essa importante alternativa para a saúde brasileira. São discussões que permitem criar condições para que, ao final, o gestor público consiga fazer escolhas mais fundamentadas entre as opções de gestão de unidades prestadoras de serviços de saúde, de forma a oferecer melhores serviços para a sociedade, entregar mais valor público e correr menos riscos de fracasso na busca desses objetivos.

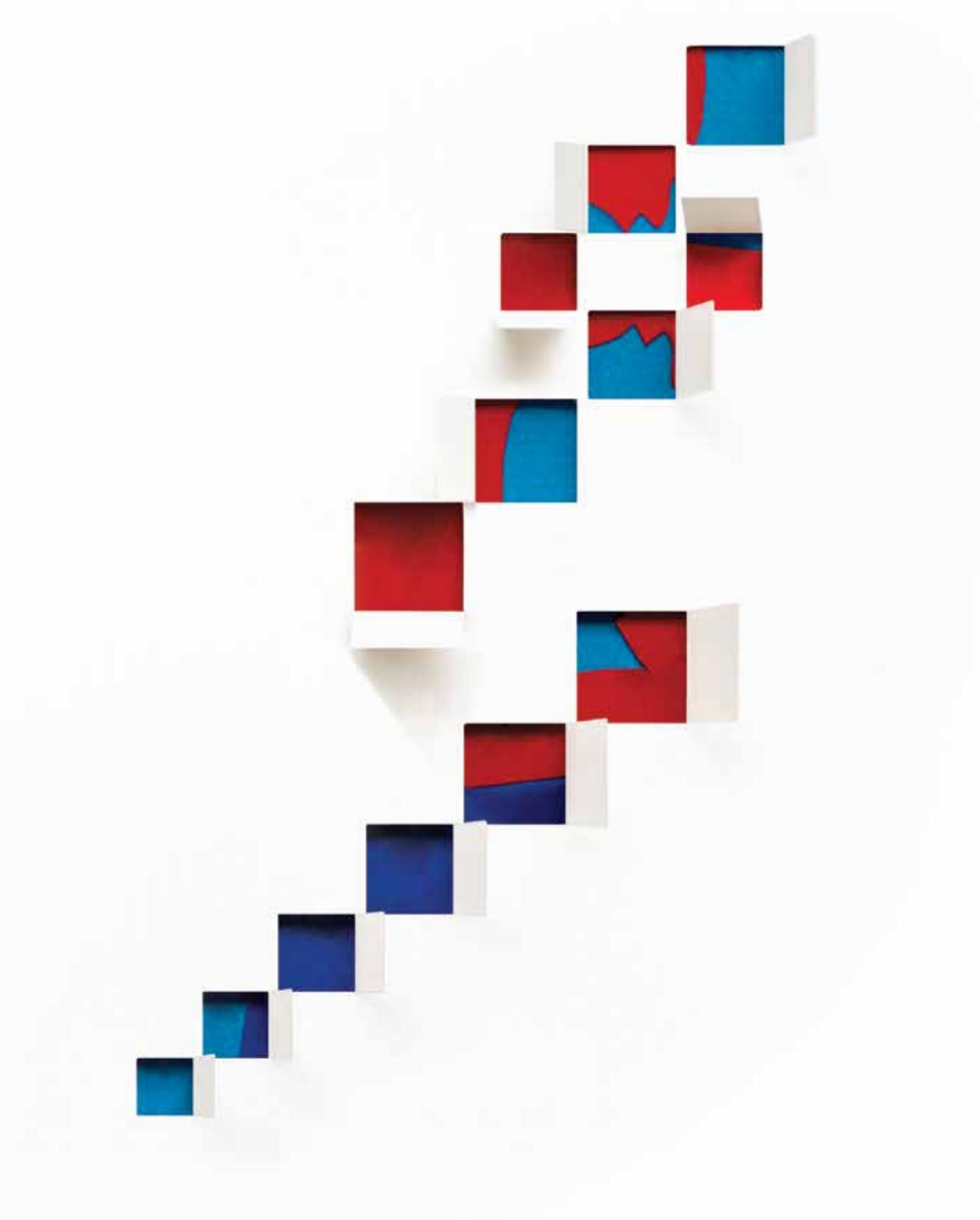
CARLOS AUGUSTO DE MELO FERRAZ

é secretário de Controle Externo da Saúde do TCU (Tribunal de Contas da União).

É engenheiro mecânico formado pela USP (Universidade de São Paulo) (1987), bacharel em Direito (2003) e especialista em Controladoria e Finanças (1997) pela Universidade Federal do Mato Grosso, com MPA em Administração Pública pela FGV (Fundação Getulio Vargas).

CLAREZA

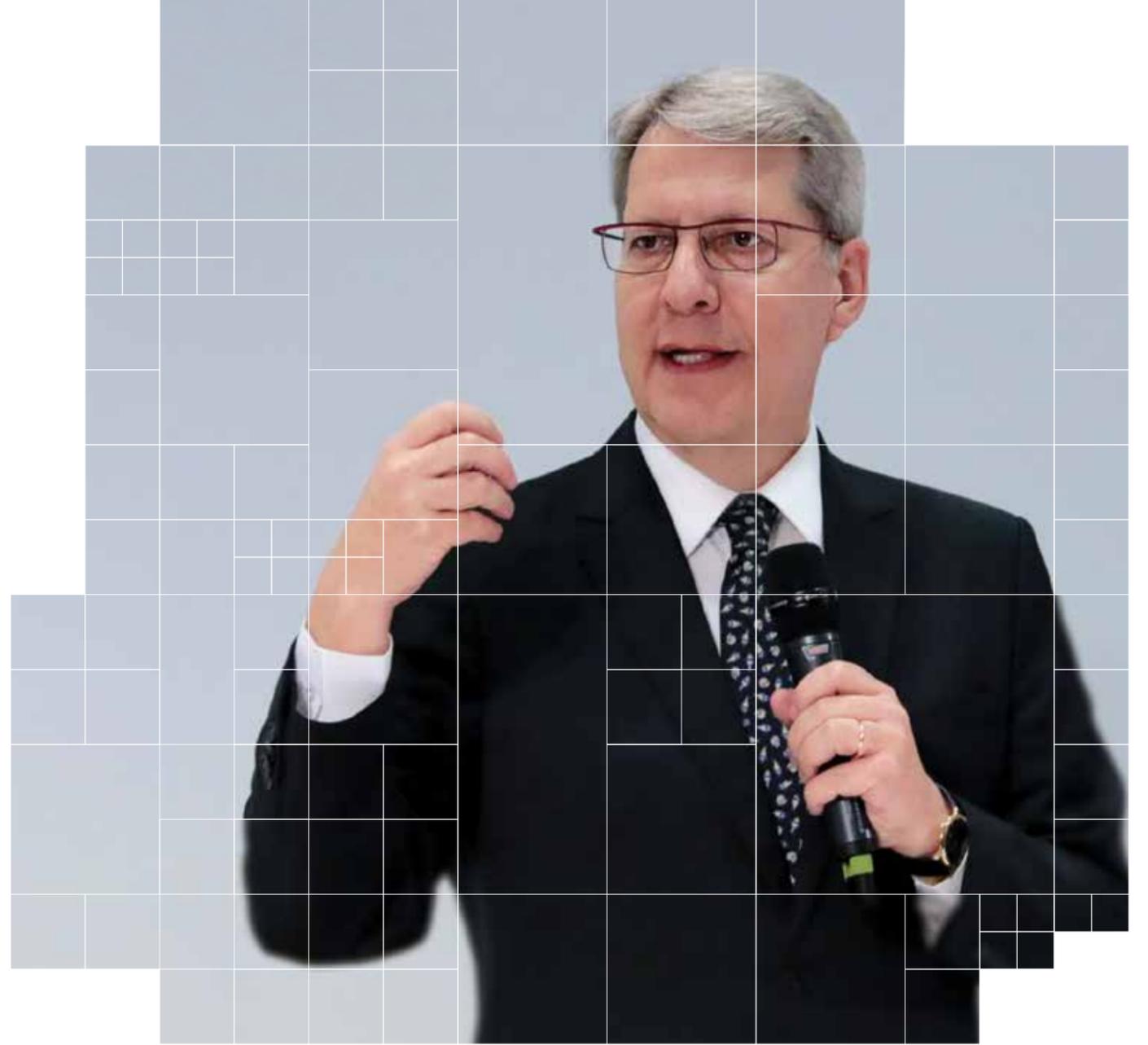




PALESTRA MAGNA

O MUNDO JURÍDICO E OS LIMITES DO REAL

CARLOS ARI SUNDFELD



Estamos experimentando hoje uma nova era na relação entre agentes privados, gestores públicos e controladores, que, naturalmente, gera desafios quanto à qualidade e ao controle da gestão do Estado.

Antes de tratar das características dessa nova era, é importante chamar a atenção para um fator permanente de conflito. O compromisso das pessoas do mundo jurídico é com o direito, com as normas, com a cultura que se associa a elas—e pode existir, frequentemente existe, um descompasso do mundo dos profissionais do direito com o mundo real. Esse é um dos grandes problemas. É difícil convencer as pessoas que produzem normas (constitucionais, legais ou regulamentares) a aceitar a realidade e considerá-la na construção dos textos normativos. Em geral, fazem-se normas sonhando com a melhoria das coisas e relegando para a fase de execução a superação dos obstáculos práticos para viabilizar, em cada momento, o que as normas quiseram impor. Em seguida, as pessoas do mundo jurídico são incumbidas de fazer com que esses sonhos sejam observados e elas têm dificuldade de compatibilizá-los com as limitações existentes. O choque é inevitável.

É importante ter consciência de quanto é difícil que as normas constitucionais, legais e regulamentares tenham conexão estrita com a situação real. Na medida em que as normas estejam num plano de idealização muito alto, cresce a intensidade dos conflitos entre controladores, que têm de cobrar a fiel observância do direito, e os gestores públicos e privados, que têm de fazer a observância do direito caber na escassez e nos obstáculos da realidade em cada momento.

Um permanente desafio, no caso dos países ainda em desenvolvimento, é conseguir produzir normas compatíveis com a realidade, aceitando-a, não no sentido de que ela está boa e nada precisa mudar, mas no sentido de que ela existe e impõe limites materiais e temporais a qualquer mudança.

Gestão pública não é milagre e gestor não é mágico. As normas e sua interpretação têm de aceitar isso: considerar os limites da realidade é o ponto de partida necessário das análises quanto à conformidade legal da gestão pública. Racionalmente, nenhuma lei ou controlador pode exigir o impossível, tendo de estimular e cobrar, isto sim, a elevação viável dos padrões da realidade, o que supõe programas de melhorias constantes.

FASES DA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL E SEUS MODELOS JURÍDICOS

Para melhor compreender a fase atual da gestão pública no Brasil, é útil lembrar os antecedentes, tentando entender como a relação entre o direito público, a gestão e o controle foi se constituindo e modificando ao longo das últimas décadas. Isso ajuda a compreender o momento e os desafios da fase atual, para que possamos construir soluções juntos e de maneira adequada.

Em síntese, a primeira fase (anos 1930/40 a 60) apostou em órgãos públicos e autarquias; a segunda (anos 1960 a 90), em fundações estatais privadas e empresas estatais; e a terceira (anos 1990 em diante), na contratualização de fins públicos com entidades não estatais.

Estou dividindo as nossas fases do direito público em relação aos desafios da gestão, mais ou menos, por períodos de 30 anos. A primeira fase importante da história da administração pública brasileira tem seu início na Era Vargas, entre o fim da década de 1930 e o começo da de 40, e vai durar mais ou menos até a metade da década de 60.

Essa primeira fase é marcada por uma reforma administrativa que correspondeu a avanço relevante. O Estado tomava consciência do seu papel, da importância de crescer e, também, de atender a demandas sociais, o que era uma novidade até ali. É claro que o Estado brasileiro existia desde muito antes, mas é a partir desse período que ele começa a se organizar para responder às reivindicações sociais propriamente de massa, como saúde, educação, moradia, transporte público etc.

A história que vem da década de 40 para cá é uma história de demandas crescentes por ação estatal e também, claro, por dinheiro público para atender às necessidades sociais. É, então, relativamente recente, de 80 anos, e vem acompanhada por embates políticos em torno da destinação de recursos públicos, que são finitos, para atender a demandas infinitas. As dificuldades que temos hoje para prestar bom atendimento têm a ver com esse elemento: estamos lidando com uma experiência recente e crescente; os serviços nessas várias áreas aumentaram muito ao longo do tempo.

Esse é o contexto daquela primeira fase em que o Estado estava tentando se estruturar, com uma organização nova e diferente do passado em muitos aspectos. Característica importante

da construção dessa nova administração pública a partir da Era Vargas, e que vai contar com o amparo da cultura e das normas jurídicas, é fazer com que ela seja mais impessoal e mais profissional. A construção do Regime Jurídico dos Servidores Públicos fez parte desse esforço, ao transformar os modos de recrutamento, com o dever de fazer concurso público inscrito na Constituição, e ao criar estímulos à progressão do funcionalismo, além de dispor sobre seus deveres e direitos. Constatou-se, à época, que tínhamos que criar uma burocracia pública e um direito público adequado a ela.

Uma crença dessa fase inicial foi que a forma de o Estado atender às demandas sociais era não apenas criar um grande quadro de pessoal próprio, integrado aos órgãos públicos da chamada administração direta, mas também dispor de outras estruturas estatais, que não simples órgãos da administração direta, as quais precisariam ter características em parte peculiares. Surgiram assim as autarquias, entidades especializadas, elas também entidades públicas—mantidas, portanto, com recursos tributários—, mas com maior autonomia e agilidade do que os órgãos públicos, capazes de colaborar na expansão dos grandes serviços sociais.

Ocorre que o próprio crescimento foi gerando problemas e, a partir da metade da década de 60, o mundo todo vivia o esforço de repensar os modelos de administração e as características do direito que estavam por trás do paradigma anterior. O modelo burocrático da Era Vargas começava a mostrar os seus limites. Surge daí uma crítica muito forte ao formalismo do mundo jurídico, que positivara esse modelo burocrático, e quanto a seu descompasso em relação ao mundo real—e isso é parte de uma persistente visão de que o direito é empecilho para a boa gestão pública.

Isso vai gerar reformas, com novos modelos, e um ano marcante foi 1967. Naquela época, o incômodo com o comportamento jurídico e com a organização da máquina administrativa estava muito presente, resultando num debate em torno da produção de uma grande lei que conformasse um novo modo de gestão pública. E quais soluções foram dadas? A Constituição de 1967 expressa parte delas, e o decreto-lei nº 200, outra.

Surge então uma mudança de perspectiva, por exemplo, em termos de controles. No período anterior, havia um fascínio, uma crença, e não era só no Brasil, de que aprovações prévias eram melhores do que exames a posteriori, porque evitavam, no início, as ilegalidades e ter

que lidar depois com fatos consumados. Parece racional. Mas o problema é que, aos poucos, isso foi levando a disputas entre aqueles que estão na ponta e aqueles que têm que aprovar previamente, que têm menor compromisso e até menor visão das dificuldades da ponta.

A mudança de então buscou diminuir os controles prévios e introduzir controles mais sistêmicos, a posteriori. Isso fez, por exemplo, com que terminasse—a Constituição de 1967 foi responsável por isso—o registro prévio de contratos no TCU (Tribunal de Contas da União) como condição para sua execução pela administração federal.

Nessa época, o fascínio anterior com o modelo de autarquias—entidades autônomas com personalidade de direito público, com poderes e regime público especial—já tinha diminuído. A resposta do decreto-lei nº 200 foi tentar reorganizar a ação do Estado por meio de entidades estatais de direito privado, isto é, fundações e empresas estatais. O que isso significou? A expectativa de que modelos de gestão tomados de empréstimo à experiência privada poderiam servir bem à gestão e à máquina pública, por serem mais experimentais e mais abertos à flexibilidade.

Isso fez com que surgisse um número enorme de fundações estatais privadas e de empresas estatais, que foram usadas para os mais diversos fins, inclusive na área social. O modelo era uma tentativa de aumentar as possibilidades, as fórmulas de organização das atividades e diminuir um pouco os controles prévios, como o exercido pelo Poder Legislativo sobre quadro de pessoal, número de cargos etc. Com a criação de entidades estatais privadas, empresas estatais e fundações, essa decisão quanto a recursos humanos passou a ser da direção das entidades e, portanto, com mais possibilidade de gerir adequadamente seus quadros de funcionários. Pelo menos essa era a aposta.

Ocorre que a reforma se iniciou assim, mas foi, aos poucos, perdendo fôlego. Antes de completar três décadas, a segunda fase já estava em crise. Soluções que, pelo modelo da reforma de 1967, ficariam limitadas à administração direta e às autarquias voltaram a ganhar espaço aos poucos, a partir da década de 1980, movimento que se cristalizou com a Constituição de 1988. Em suma, fundações e empresas estatais foram se autarquizando, isto é, sendo submetidas a mais normas e controles tradicionais da máquina pública. Isso geraria, a partir da metade da década de 90, um segundo período de reformas—

que, em parte, tentaram resgatar o que havia sido feito nos anos 60 e que foi se perdendo aos poucos.

Passou-se, então, a tentar construir novamente, e usar, modelos mais abertos, mais flexíveis para a própria administração pública. Uma das mudanças importantes foi a criação do prego, que nasceu de uma experiência na Anatel (Agência Nacional de Telecomunicações), então recém-constituída, e que foi em seguida transformado numa modalidade geral de processo de contratação para toda a administração pública brasileira. Foi uma espécie de experimentalismo a partir de uma solução pontual bem-sucedida.

Na metade da década de 90, na discussão da reforma do Estado, outro ingrediente terminou sendo bastante importante: a desestatização. A ideia era que não bastaria a gestão da máquina pública ser transformada de uma administração burocrática em administração por resultados. Era preciso também o Estado se conectar mais com as possibilidades do setor privado e atribuir a entidades privadas, por meio de contratualização, por meio de contratos, parte das responsabilidades que o poder público vinha até então assumindo. Contratar parcerias em serviços sociais com entidades não estatais seria um meio de desestatizar. Nesse ambiente é que foi editada a lei federal das organizações sociais (nº 9.637/1998). Resultado dessa nova orientação foi o início do programa de organizações sociais de saúde do estado de São Paulo, ocorrido na gestão do governador Mário Covas. Não foi uma opção ideológica, mas simplesmente de viabilidade, pois o estado estava no limite quanto às despesas de pessoal. Para colocar em funcionamento hospitais que estavam terminando de ser construídos, só havia uma alternativa: a contratualização de uma parceria social. A partir daí, inicia-se uma grande experiência com as organizações sociais na área de saúde, que foi se espalhando pelas várias camadas dos serviços sociais e em várias unidades federativas, com algumas características diferentes entre si.

CONQUISTAS E DIFICULDADES NA CONTRATUALIZAÇÃO PÚBLICA COM SERVIÇOS SOCIAIS

Passados tantos anos, o modelo pode ser avaliado nos seus resultados gerais, que já podem ser medidos. Eles são globalmente positivos. É preciso então usá-los em favor da melhoria futura dos serviços. As experiências bem-sucedidas acabaram por desenvolver entidades (do setor privado não lucrativo) que adquiriram capacidade de gestão das grandes infraestruturas estatais sociais e também de lidar com o poder público, o que não é fácil.

Não é para menos que o mercado de contratos públicos empresariais, de fornecimento de obras, sobretudo, tende a se cartelizar. Há muitas razões para a cartelização, e normalmente se destaca a ação empresarial desonesta; ela existe, é verdadeira e nós temos que enfrentá-la. Mas não é a única. A outra é a complexidade da relação com o poder público, que acaba exigindo o desenvolvimento de capacidade específica: lidar com as exigências e entraves criados pelo Estado—e que são responsáveis, por exemplo, por afastar empresas estrangeiras de mercados importantes no Brasil.

Se queremos construir um Estado forte, que cumpra seu compromisso de prover serviços sociais, temos que ser conscientes de que isso é um problema a ser enfrentado também nessa área. Temos que gerar um ambiente que estimule, chame e dê mais oportunidade para atores sociais que não são especializados em se esquivar das granadas e bombas que o setor público é capaz de lançar em quem contrata com ele.

Um dos aspectos tem a ver com a relação pouco apaixonada, de baixo compromisso mesmo, com a ideia de contrato que existe entre nós. O poder público cada vez mais quer se valer do setor privado, mas tem uma postura mal resolvida com a contratualização. Basta ler os contratos que ele celebra no setor de serviços sociais com seus parceiros—e também as próprias normas legais. É forte a tendência de afirmar poderes para o Estado e de não prever sanções ou ajustes em decorrência do descumprimento das obrigações por ele. Considera-se natural, por exemplo, que, pelo fato de ter dificuldades orçamentárias frequentes, o poder público não tenha obrigação de pagar em dia. E, se não pagar em dia, não acontece nada! Paga-se quando possível, como se isso fosse absolutamente normal.

Isso não é normal num contrato e, quando acontecer, tem que ter consequências, porque alguém está prestando serviços e gastando dinheiro que está tirando de algum lugar e tem que ser remunerado. Muitos buracos financeiros que são responsáveis por crises em empresas e, sobretudo, em entidades do setor social vêm justamente daí: de problemas com descumprimentos do Estado que nunca se resolvem por inteiro.

Se atrasos estatais podem ocorrer, é preciso prever suas consequências e lidar com a realidade. Se não cuidarmos disso, vamos fazer uma seleção adversa, vamos dar estímulos para pessoas e entidades que correm riscos demais, especialistas em se arriscar em excesso — e isso é negativo, pois elas não são as melhores parceiras.

O PLURALISMO DE CONTROLADORES

Há outra característica que se aguçou na década de 90 e se tornou crucial no nosso direito, embora não tenha a ver com a reforma administrativa gerencial: acabamos criando um “pluralismo de controladores”, para usar a expressão do professor Rogério Arantes, das Ciências Sociais da USP (Universidade de São Paulo). O que é isso? Por diversas razões, nosso sistema outorgou autonomias e estímulos crescentes à atuação de órgãos de controle interno e externo redundantes, como a Advocacia Pública, a Defensoria Pública, o Ministério Público, o Poder Judiciário, os tribunais de contas e as controladorias internas.

Um problema desse pluralismo é a tendência à descoordenação. Cada um deles quer influenciar ativamente a gestão pública e vai conseguindo conquistar espaços institucionais crescentes para tanto. Mas, com isso, estamos gerando muita insegurança jurídica, complexidade prática e até dificuldades informacionais.

Os próprios órgãos controladores têm dificuldades para coordenação interna: autoridades e unidades do mesmo órgão adotam com frequência orientações próprias, que seus pares não seguem. A descoordenação entre órgãos de controle distintos ocorre em casos importantes (controladorias internas com tribunais de contas, por exemplo). Problemas do tipo estão se tornando frequentes. Com isso, estamos dissipando parte relevante do nosso tempo e do nosso dinheiro público com cipoais jurídicos. Deveríamos fazer o contrário.

NOVOS CAMINHOS

Quero dedicar a próxima parte do meu texto a tentar apontar caminhos que podem nos indicar por onde e como evoluir.

Em primeiro lugar, há alguns anos vem-se falando em governança pública e construindo normas a respeito. Mais recentemente, o presidente Michel Temer editou decreto sobre governança pública para o Poder Executivo federal e mandou projeto de lei para o Congresso Nacional buscando absorver esse conceito dentro da máquina pública.

Não há tanta novidade nos desafios ali expressos, que são os de sempre: identificar com clareza quais são as metas a realizar; ter controles ajustados proporcionais, para garantir que esses objetivos sejam alcançados; ter visão realista na avaliação dos obstáculos e reação positiva em relação aos problemas, para aprender com eles. É fazer como as autoridades aeronáuticas quando cai um avião: as pessoas comuns logo pensam em punir e prender o piloto, se tiver sobrevivido; as autoridades aeronáuticas concentram a maior parte de sua energia em aprender com o acidente, para melhorar a aviação com base nesse aprendizado. É uma visão de governança.

Temos gasto proporcionalmente muito tempo da gestão pública e do controle procurando irregularidades no passado e tentando puni-las. Mas deveríamos gastar pelo menos 60% do nosso tempo com o futuro — e não com o passado ou mesmo com o presente. A verdade é que muita energia vital está sendo dirigida para resolver passivos que se arrastam, são verdadeiros monstros e consomem esforço e recursos demais. Temos que aprender com as autoridades aeronáuticas... Governança é isso: olhar para o futuro e tentar enxergar como podemos melhorar.

Os tribunais de contas, entre eles o TCU, têm feito esforços interessantes com suas auditorias operacionais amplas — e esse é um segundo ponto que eu gostaria de destacar dessa nova era — para avaliar e entender como as coisas funcionam e como podem melhorar, não exatamente para encontrar problemas com o objetivo de culpar os responsáveis.

Temos que ser capazes de fazer mais avaliações amplas, sistêmicas, não havendo muito sentido em priorizar a descoberta de pecados para punir. Essa é uma visão que se espalhou

pelos principais órgãos de controle externo, de auditoria financeira, no mundo: os recursos que o país aloca ao controle são limitados e devem ser dirigidos, sobretudo, a melhorias, a gerar mudanças de governança para o futuro, e, para isso, é preciso avaliar—programas, subsídios, o funcionamento sistêmico das agências reguladoras, os serviços de saúde etc.—, porque é isso que nos permite ter aprendizados adequados.

Insisto que um aspecto a enfrentar, e que é muito difícil, é o da descoordenação entre os órgãos do Estado. Os órgãos controladores não são coordenados entre si, tampouco os da gestão pública. Existem problemas graves e um primeiro passo é percebermos isso. O segundo é tentarmos agir em consequência, fazer alguma coisa. Mas é preciso que entendamos que o isolamento não é positivo. E se digo isso é porque a ideia de que o isolamento pode ser positivo contaminou os debates jurídicos a respeito das instituições de controle. A luta por autonomia—do Ministério Público, da magistratura, dos tribunais de contas, das controladorias internas—tem o seu valor, mas a partir de certo limite é fonte de grandes problemas. Autonomia tem que ser instrumento, não pode impedir a coordenação, tampouco prejudicar a gestão.

Uma das coisas que, na experiência internacional, se destacaram no debate jurídico—para modular a atuação dos controladores em relação aos gestores—foi a ideia de deferência do controlador ao controlado. Isso significa não partir do pressuposto de que gestores da coisa pública estão ali para delinquir, para roubar, para gerir mal, mas sim partir do inverso: presumir a validade dos atos administrativos e a regularidade das demais ações dos controlados. Isso não significa omissão dos controladores diante de irregularidades, mas a compreensão de que quem enfrenta desafios lá na ponta provavelmente tem boas razões para ter decidido de um jeito e não de outro. Essa é uma ideia importante, a da deferência. A outra é que é preciso derrubar um pouco os muros entre os órgãos do Estado. O momento é adequado.

Quero ainda explorar mais um aspecto: precisamos desenvolver uma cultura de avaliação, de resultados, de desempenho, como parte da reforma administrativa necessária aos nossos dias. Uma das ideias centrais é que a transformação do regime dos servidores públicos tem que ser feita com a introdução de avaliações realistas de desempenho. Mas não dá para adotar e fazer avaliação de desempenho como elemento fundamental—que deter-

mina, inclusive, a progressão do funcionário público na carreira—se ele não tiver clareza quanto às metas que tem de perseguir. É preciso saber, afinal, o que o Estado quer dele. A verdade é que o Estado tem muita dificuldade de lidar com uma noção que há tantos anos vem sendo repetida por diferentes ondas legislativas, mas não é fácil de ser materializada: a ideia de planejamento. Na década de 60, conseguimos criar novos instrumentos jurídicos para o planejamento, sobretudo financeiro, mas não só. A Constituição de 1988 também fala muito de planejamento, mas temos enormes dificuldades de investir recursos nisso. Porque cuidamos muito do passado, lutamos para enfrentar as confusões de cada dia e aí sobra pouca energia para o futuro. Planejar custa caro, mas é fundamental.

Fato é que não estamos conseguindo fazer avanços verdadeiros nesse campo. O que estamos fazendo? Fazemos planos incrivelmente abstratos. São importantes, são um primeiro passo, mas não conseguimos chegar às metas no fim da linha. E são elas que vão gerar bons contratos—com organizações sociais, de concessão etc.—e bons servidores públicos, que poderão saber com clareza o que têm que fazer a cada ano para serem valorizados, para serem positivos para a gestão à qual servem.

Obviamente, metas são essenciais também para os gestores privados nas empresas, nas organizações sociais e nas outras entidades do terceiro setor, que têm o desafio de fazer o que os recursos permitem, da maneira mais focada e adequada possível. Esse, creio, é um grande desafio que as organizações do setor privado gostariam de ver cumprido: que as metas públicas sejam realistas e claras e que isso balize a sua ação como agentes parceiros do poder público. Em síntese, para avançar na relação entre direito público, gestão e controle:

- 1) a cultura jurídica precisa adotar as ideias contemporâneas de governança pública;
- 2) é necessário também privilegiar auditorias operacionais e não processos sancionatórios;
- 3) é fundamental aumentar a coordenação entre controladores, derrubando alguns dos muros que hoje os separam e geram redundâncias;
- 4) além disso, para aumentar a coordenação dos controladores com os controlados, o caminho é seguir o princípio da deferência daqueles em relação a estes;
- 5) por fim, são necessários planos jurídicos vinculantes, que permitam cobrar juridicamente o cumprimento das metas fixadas.

Reformas constitucionais e legais não são indispensáveis para isso, na maior parte dos casos. As normas de base já existem e incorporam justamente essas ideias. Temos é que mudar interpretações jurídicas e padrões de comportamento de gestores e controladores, inclusive para que se ajustem às reformas jurídicas já feitas.

AS NORMAS SOBRE GESTÃO E CONTROLE PÚBLICO DA LINDB

Uma dessas reformas nesse sentido e uma resposta recente da legislação de direito público para a nova era—que considero uma espécie de reforma administrativa para a gestão pública e para o controle dos anos 2020—está na Lindb (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro), que foi ampliada em 2018 pela lei nº 13.655. Vejamos brevemente, pois, o que nesta lei está ligado a essa nova fase. Para mais informações, sugiro a consulta ao volume especial, de outubro de 2018, da Revista de Direito Administrativo, da Fundação Getúlio Vargas, disponível gratuitamente on-line e onde há comentários sobre cada um dos novos dispositivos.

O artigo 20 da nova Lindb fala no dever de, quando se vai decidir a partir de normas abstratas, avaliar previamente as consequências que se quer atingir. É o caso, por exemplo, de quando um juiz de primeira instância decide algo sobre acesso à assistência à saúde, a conhecida judicialização do setor. É preciso atentar sempre para o fato de que uma liminar que atende a uma demanda individual acaba por afetar o direito coletivo, difuso, de quem está na fila à espera de tratamento e não é contemplado pela mesma decisão judicial. Então, quem toma a decisão tem a responsabilidade de pensar nas consequências de seu ato. Isso também inclui a administração pública, que gere contratos e cria regulações.

Há outros dispositivos da Lindb que estão bastante ancorados em princípios de realismo. O artigo 21 dispõe sobre como se faz a revisão de atos errados do passado. Nos casos em que se for anular alguma coisa, é preciso fazê-lo com clareza, discutir como regularizar os equívocos do passado. Isso é fundamental porque, senão, criam-se passivos que vão se arrastar durante décadas. Para reagir a algo que foi errado, é preciso construir uma

regularização realista, levar em consideração as possibilidades, o tempo disponível, os recursos e as pessoas que foram afetadas por aquilo. Não dá para simplesmente querer apagar o passado.

O artigo 22 trata sobre a avaliação dos comportamentos para fins de punição—inclusive de agentes do setor privado ou de organizações sociais de saúde, por exemplo. Não dá para avaliar se uma atuação é legal ou ilegal, se foi regular ou irregular, se foi grave ou não, sem ter consciência profunda das circunstâncias em que se deu a ação do agente investigado. As circunstâncias limitam as informações e as possibilidades, e elas importam para avaliar se algo foi bem ou mal decidido. É fácil perceber os erros quando se olha para trás tempos depois, mas é bem mais difícil notar quando se está no meio do caminho.

Outros artigos da Lindb insistem na vinculação ou no compromisso que o poder público—inclusive os órgãos de controle e da administração ativa—tem com decisões que tomou no passado. É normal que se mudem orientações, que a visão e a interpretação das leis se alterem, mas não se pode fazer de conta que essas orientações simplesmente não existiram. É preciso respeitar aqueles que as seguiram, respeitar a confiança legítima.

Na avaliação sobre se uma conduta é correta ou incorreta, é preciso também, e o artigo 28 cuida disso, considerar os riscos de erro que toda atividade tem; nenhuma está isenta de equívocos. E, se não são dolosos nem decorrentes de culpa grave, se podem ser considerados compreensíveis ou inocentes, evidentemente tais erros não podem gerar sanção, aliás não devem gerar nem processo. Erros decorrentes das circunstâncias—voltando à expressão do artigo 22 da Lindb—não são falhas funcionais, tampouco podem ser vistos como culposos (nem sequer levemente culposos). São parte inevitável dos processos de funcionamento de qualquer organização. Não podem gerar punição nem responsabilização civil dos gestores (pessoas físicas).

Hoje estamos estimulando a multiplicação e nos afogando em processos judiciais, administrativos e de controle. Estamos sufocados e permanentemente enxugando gelo. E esse é um aspecto que o artigo 27 da nova lei procura resolver, ao incentivar o uso comedido de medidas processuais: responsabilizando financeiramente a pessoa jurídica que as usa de modo indevido, com excesso ou como aposta de risco. Só assim vamos ter um ambiente jurídico mais saudável, menos litigioso, sem tanto desperdício.

O artigo 30, por fim, impõe ao poder público o dever de gerar segurança jurídica com orientações prévias sobre como se deve aplicar o direito. Isso dá conforto a quem vai decidir em situações difíceis. A complexidade normativa é real no mundo contemporâneo. Ela não pode pesar inteiramente sobre quem está lá na ponta, gestor privado ou público. É preciso que o Estado seja capaz de editar, com clareza e de modo tempestivo, interpretações e orientações para balizar a atuação de quem tem que enfrentar os desafios de cumprir as leis e regulamentos no dia a dia.

Essas são ideias que não nasceram quando da reforma da Lindb, que, na realidade, apenas as transformou em normas gerais. São princípios e valores que inspiram essa nova era, que é uma era de reforma, mais do que administrativa, do Estado brasileiro como um todo—e que tem que ser realizada de maneira coordenada, envolvendo o esforço e a compreensão geral do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública, dos tribunais de contas, da controladoria pública e da administração pública.

CARLOS ARI SUNDFELD

é professor titular e um dos fundadores da Escola de Direito da FGV (Fundação Getúlio Vargas) de São Paulo. Doutor (1991), mestre (1987) e bacharel (1982) em Direito pela PUC (Pontifícia Universidade Católica) de São Paulo, onde lecionou no doutorado, no mestrado e na graduação (1983–2013), é presidente da Sociedade Brasileira de Direito Público e foi procurador do Estado de São Paulo (1984–2003).

ABERTURA





POLÍTICAS DE INTEGRIDADE EM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

ÉTICA E INTEGRIDADE NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

NACIME SALOMÃO MANSUR



É sempre muito importante discutirmos ética. Mesmo que às vezes a gente não perceba, ela faz parte do nosso dia a dia: é o encontrar os limites do outro, é o estabelecer relações na comunidade, para que, vivendo em sociedade, possamos nos alicerçar para crescermos e desenvolvermos juntos.

A ética também é parte relevante das entidades, empresas e instituições com as quais lidamos, ou seja, é tanto norma de conduta pessoal quanto institucional. Costumo dizer que a ética é tudo aquilo que nos leva a fazer o certo, mesmo quando ninguém está olhando. Não deve ser exceção, mas sim a regra.

Perseguir um padrão ético mais elevado é ainda mais importante quando uma sociedade vive alguma derrocada econômica, social e moral, como, infelizmente, aconteceu no nosso país nos últimos anos.

Isso reforça o nosso compromisso e o nosso dever: é preciso que todos nós, pessoas de bem, nos juntemos, nos apropriemos desses conceitos, desses valores e dessas formulações para melhorar a sociedade brasileira e também reforçar as nossas instituições. Ética e integridade são fundamentais nas nossas organizações sociais (OS), entidades privadas sem fins lucrativos que se propõem a fazer parcerias e trabalhar com o poder público em prol da sociedade. Por quê?

Porque as OS carregam consigo o ônus e a responsabilidade de receber e lidar com dinheiro público. Portanto, nada mais justo que se cobrem de nós domínio, controle e regras rígidas para bem utilizar esses recursos. Isso significa usá-los de forma racional, não apenas para ganhar produtividade, mas também para evitar deslizes éticos. As OS vivem hoje um problema sério: conseguir identificar e separar as instituições que são idôneas, que são movidas pelo interesse público, daquelas inidôneas. Os próprios contratantes, ou seja, os governos, têm grande dificuldade de qualificar essas entidades e, num processo de seleção para um projeto, ter a certeza ou a garantia de ter escolhido a melhor.

Muitas vezes, esbarra-se na dificuldade de identificar qual a real governança de determinada instituição, não apenas o que está no papel, mas um conselho administrativo e consultivo de fato colegiado, efetivo. Esse é um problema que nós, do

Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde), temos lutado para superar. Estamos buscando criar mecanismos, estruturas e formas de identificar claramente quem é e quem não é idôneo.

Também por isso, é imperativo que as organizações sociais se aprimorem na cultura da integridade, no compliance e na disseminação da ética nos negócios. Isso é sobrevivência, não é mais uma questão só legal. É uma necessidade imperiosa para fortalecer o modelo das OS e, dessa maneira, continuar prestando melhores serviços à população.

É evidente que criar mecanismos de compliance, de controle e de integridade, ter políticas, normas e regras, fazer treinamento, tudo isso tem custo, e não é baixo. Mas aí está uma despesa altamente produtiva e, sobretudo, altamente ligada à qualidade da saúde. Numa organização social, não lidamos apenas com custos de uma injeção, de um medicamento, mas de atos e atitudes que fazem parte intrínseca da gestão da saúde.

É claro que isso não é simples. E eu cito a minha história para ilustrar. Venho de uma entidade, a SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina), que tem 86 anos de existência, e também represento o Ibross. Pois, há mais de 20 anos, a gente tenta no dia a dia apresentar, introduzir e desenvolver iniciativas para ampliar o conjunto de motivações éticas dentro das nossas instituições.

No caso da SPDM, desde o primeiro hospital gerenciado, que ficava numa região paupérrima da região metropolitana de São Paulo, temos manuais de colaboradores, de conduta—que depois evoluiu para manual de ética—e de conformidade, que já está na sua segunda edição. Evoluímos para montagem de canais de denúncia, para políticas, normas e regulamentos, sempre buscando fazer com que esses conceitos e valores sejam incorporados ao dia a dia dos nossos colaboradores e das nossas equipes de trabalho, evidentemente, com as dificuldades inerentes a esse processo. Dentro do enorme esforço para que isso faça parte dos profissionais e do seu cotidiano, treinamos mais de 25 mil pessoas na Lei Anticorrupção e estamos estruturando nosso setor de compliance, com a constituição de um comitê. Uma dificuldade específica é engajarmos os fornecedores: infelizmente, acho que ainda temos que

avançar muito nisso, pois o mercado não está preparado para responder às exigências dos nossos manuais de conformidade.

E aqui entra uma questão central: o envolvimento da alta direção. Não pode ser um comprometimento superficial. Tem de ser profundo, servir de exemplo de postura ética que permeie toda a estrutura, que mostre para todos da instituição que todos, sobretudo o comando, estão plenamente engajados em fazer o melhor, de forma correta e íntegra. Não é, portanto, mera formalidade. Importante ressaltar: se a alta direção não estiver profundamente envolvida, é difícil, quase impossível, que as iniciativas avancem.

Considero que todo o esforço que fizemos até agora ainda é pouco frente à dimensão do desafio que é colocar a integridade como questão primordial na estratégia das instituições. É necessário que essa cultura permeie, esteja arraigada no seu DNA. Isso é um trabalho cotidiano, permanente. É desafio constante frente a todas as adversidades que vivemos no país e que nos impulsionam e nos obrigam a perseverar. Se tem algo em que precisamos nos manter fortes e firmes é no combate à corrupção, para construirmos uma sociedade mais ética, justa e igualitária.

NACIME SALOMÃO MANSUR

é vice-presidente do Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde). Médico formado pela Escola Paulista de Medicina, é mestre em Gastrocirurgia pela Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) e especialista em Administração Hospitalar pela FGV (Fundação Getulio Vargas), com MBA em Gestão Empresarial pela Faculdade Trevisan. Desde agosto de 2003, é superintendente da SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina).

NA SAÚDE, CORRUPÇÃO É A DIFERENÇA ENTRE A VIDA E A MORTE

LIGIA MAURA COSTA



Compliance é tema muito em voga, tanto no Brasil quanto no mundo todo. Nos dias de hoje, compliance está atrelado à corrupção, mas também engloba direitos humanos, aspectos trabalhistas e ambientais, entre outros. O termo “compliance” vem do inglês “to comply with”, ou seja, “conformar-se a”. Mas conforma-se a quê, exatamente? A todos os regulamentos internos e externos. Assim, a abordagem aqui visa privilegiar a busca pela integridade e pela ética em geral, obviamente, e a luta contra a corrupção, em particular.

Há todos os tipos de exemplos de escândalos de corrupção que logo após suscitaram medidas de compliance pelas partes envolvidas. No caso da British Aerospace, colocando em jogo uma das democracias mais sólidas e antigas do mundo, acabou gerando uma das legislações mais duras para o combate à corrupção, o UK Bribery Act, de 2010. Há ainda os casos da Enron, um clássico em matéria de fraude nos negócios, e da Siemens, que, até o escândalo da Lava Jato, foi a empresa que recebeu a maior multa no âmbito do FCPA (Foreign Corrupt Practices Act, a primeira legislação no mundo contra a corrupção, promulgada nos Estados Unidos da América), equivalente a US\$ 800 milhões.

Mas o foco aqui é tratar da corrupção na saúde. Infelizmente, o setor é um dos mais expostos à corrupção. Isso pode ser medido em números. Pesquisas do Banco Mundial mostram que, em alguns países, até 80% dos fundos destinados à saúde nunca chegaram ao destino final. Há todo tipo de artifício fraudulento: subornos para obter medicamentos, falsificação de documentos, fraudes na prestação de contas às operadoras de saúde etc.

O maior problema da conduta corrupta no setor da saúde é que, nesse caso, a corrupção pode ser a diferença entre a vida e a morte. O desafio é mundial, independentemente do tamanho dos países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento. A corrupção é amplamente disseminada.

Em novembro de 2018, o IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) publicou o estudo “Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil”, feito em conjunto com a PricewaterhouseCoopers. Nele, foi

identificado que as fraudes custam às operadoras de planos de saúde no Brasil quase R\$ 20 bilhões e elevam em cerca de um terço o custo dos procedimentos médicos para os pacientes. Pior: o tema da corrupção no setor da saúde é tratado como tabu, o que dificulta o ataque de frente desse problema, como deve ser encarado.

O comportamento corrupto e as fraudes podem acontecer das formas mais variadas. Elas surgem na relação entre beneficiários de planos de saúde e médicos, entre médicos e operadoras de saúde e entre fornecedores e profissionais de saúde, apenas para citar alguns exemplos. Em geral, os casos começam com pequenos deslizes de conduta, pequenos detalhes, mas é aí que está o risco, porque o pequeno erro, quando tolerado, se agiganta. É preciso mudar desde o início essa cultura complacente com a conduta corrupta, em prol de uma cultura de integridade e ética.

Vivemos num país de corrupção sistêmica. Segundo a Transparência Internacional, o Brasil aparece no 110º lugar dentre 180 países analisados, tendo por base a percepção de corrupção. Uma das primeiras consequências desse péssimo posicionamento é o aumento do custo para fazer negócios no nosso país, pois exige-se maior escrutínio nos investimentos e nas empresas. É preciso uma mudança estrutural, e urgente, nesse aspecto.

Embora a situação seja crítica, é importante manter o otimismo. O problema da corrupção no Brasil tem solução. Basta que a sociedade brasileira esteja disposta a cortar o mal pela raiz. O cálculo favorável à conduta ilícita deriva do resultado econômico feito pelo indivíduo com poder discricionário e que acredita que nunca será apanhado e, portanto, nunca pagará pelo seu crime. Impunidade: isso tem que acabar!

A equação da corrupção que leva à falta de integridade precisa mudar. Se pensarem que não vão pagar pela prática corrupta, pela fraude, eles continuarão delinquindo. Construir um programa de compliance eficiente e eficaz, em particular no setor de saúde, é um passo na direção de transformar essa triste realidade que vive o país hoje. Alguns pontos são fundamentais em programas de compliance, a começar pelos famosos códigos de ética. Hoje, qualquer instituição, inclusive na área pública, com

a Lei das Estatais, tem seu código de ética ou seu código de conduta de responsabilidade social. E é essencial ter um código de conduta ou de ética compreensível, que atenda aos problemas da instituição e, portanto, responda a seus riscos específicos. Além dos códigos, não se pode esquecer a importância dos procedimentos de controle e, sobretudo, o necessário envolvimento da direção da instituição, sem o qual nenhum programa de integridade funciona. Se a alta administração não quiser mudar, se não der o exemplo de que está mudando, não adianta nem começar. A mudança em matéria de compliance é *tone from the top!*

É importante também que as instituições tenham políticas internas para avaliação de fornecedores, porque de nada adianta que sejam íntegras se eles não o forem. Todos precisam estar no mesmo compasso e subir para o mesmo patamar de ética e de integridade, independentemente do porte da instituição—pequena, média ou grande. Outras premissas relevantes para um bom programa de compliance são treinamento constante e avaliação continuada de riscos.

Além disso, é preciso ter um profissional de compliance que tenha certo grau de independência, com meios adequados de monitoramento. Os canais de denúncia são igualmente importantes, embora tenham um custo elevado. Em caso de detecção de problemas de corrupção, a postura e o posicionamento corretos da empresa devem ser punir e demonstrar que está punindo, ou seja, transparência total na comunicação em matéria de ética e integridade.

Especificamente nas organizações sociais de saúde, os maiores problemas de compliance aparecem na parte de comunicação, nas relações com governos (sempre!) e na famosa zona cinzenta de patrocínios e doações. O mapeamento de riscos também aponta como foco de dores de cabeça fraudes em geral, corrupção e suborno, informações confidenciais, privacidade, práticas concorrenciais, ambiente de trabalho, informação privilegiada e uso de álcool e drogas.

Felizmente, há bons projetos sendo feitos para aumentar o nível de integridade nas instituições de saúde brasileiras. Cito trabalhos como o da Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo) sobre conduta profissional em relação a doações,

patrocínios, eventos e pesquisa científica e o do Hospital Sírio-Libanês, que mantém um excelente canal de denúncia totalmente anônimo.

Um dos aspectos específicos de compliance nas organizações sociais é a composição dos conselhos de administração. Uma das coisas mais importantes para privilegiar a ética e a integridade nelas é ter conselheiros independentes e íntegros.

Por fim, registro aqui um projeto educacional que estamos desenvolvendo junto a faculdades de medicina para dar mais ênfase à integridade médica na formação dos novos alunos. A ideia é desenvolver um currículo mais atuante e interativo, com casos práticos de compliance que possam ser utilizados pelos professores e que ajudem a coibir fraudes na saúde. Nesse setor, lidamos com a vida e com a morte. Logo, é fundamental que tenhamos uma saúde cada vez mais íntegra para podermos lidar apenas com a manutenção da vida.

LIGIA MAURA COSTA

é professora titular na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV (Fundação Getúlio Vargas), na Sciences Po (Paris) e na Universität St Gallen (Suíça). Livre-docente em Direito Internacional pela Faculdade de Direito da USP (Universidade de São Paulo), onde se graduou em Direito, pós-doutorada em Negociações Internacionais pela Sciences Po (Paris), doutora em Direito Internacional e mestre em Direito do Comércio Internacional, ambos pela Université de Paris-X, é sócia do escritório Ligia Maura Costa, Advocacia. Trabalhou na OMC (Organização Mundial do Comércio).

CULTURA DE INTEGRIDADE PREVINHA A CORRUPÇÃO

PEDRO RUSKE FREITAS



Até pouco tempo atrás, ninguém sabia muito bem o que eram programas de integridade. Isso mudou, e rápido. Há atualmente uma nítida evolução em relação ao tema, o que é muito bom, mas ainda é pouco. Por quê? Porque precisamos sair das muitas discussões, eventos, livros e especialistas no assunto para a aplicação efetiva dos conceitos no dia a dia das empresas, sejam públicas ou privadas.

Integridade é um conceito muito simples, que vem da filosofia, do campo da ética: é fazer a coisa certa. E fazer a coisa certa independe da existência ou não de sanção, quer dizer, não vou deixar de fazer algo porque posso ser punido, mas sim porque acredito que aquilo não é correto.

Isso é muito importante dentro de programas de integridade porque é assim que conseguimos combater a racionalização e atacar a impunidade. O ponto é relevante porque vemos muitos programas de integridade com viés excessivamente repressivo, quando o que precisamos fortalecer é o pilar da prevenção.

No âmbito da administração pública, é importante um conceito derivado de uma recomendação de integridade feita pela OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico) em 2017: “Integridade pública refere-se a um alinhamento consistente e à adesão de valores, princípios e normas éticas comuns para sustentar e priorizar o interesse público sobre os interesses privados no setor público”.

O que eu gostaria que ficasse claro a partir desse conceito é o alinhamento e a adesão, ou seja, estamos tratando aqui do campo da conduta. Não adianta adotar valores e princípios específicos se meu comportamento ou o ato que pratico não refletem aquele valor e aquele princípio. É a partir daí que se consegue começar a construir uma cultura da integridade, composta de valores que pautam condutas e atos. Observem: esse conceito é interessante porque mostra que integridade não é algo estanque. Ao contrário, é algo que se manifesta no dia a dia.

Entrando no âmbito organizacional, como é que se criam as condições para que a integridade consiga permear determinada cultura? Por meio de um programa de integridade é a resposta. Embora não seja imprescindível, facilita muito nossa tarefa.

É bom conceituar melhor o que entendemos por programa de integridade para avançarmos na discussão. Programa de integridade é um conjunto de medidas, controles e procedimentos voltado para a prevenção, a detecção, a punição e a remediação de irregularidades e apto a induzir a criação e a manutenção de uma cultura de integridade.

É claro que, tecnicamente, quando pensamos em programa de integridade, estamos pensando em programa de compliance anticorrupção. Ele nasce, nos seus primórdios nos Estados Unidos, focado em conformidade e evolui para a cultura da prevenção, para combater o risco de racionalização.

Serve tanto para empresas privadas quanto para a administração pública—e, consequentemente, contempla também as organizações sociais (OS). Todo programa de integridade precisa ser adotado de acordo com o perfil da organização—depende, portanto, do seu porte, do local de atuação, do modelo de negócio, entre outros fatores—e tem que ser totalmente adaptado à necessidade daquela determinada empresa.

Vistos os conceitos, vamos agora analisar falhas e desafios que é preciso enfrentar para que os programas de integridade avancem com mais força, a partir de seus pilares legais. Nesses oito anos em que a CGU (Controladoria-Geral da União) vem avaliando programas de integridade, temos verificado vários casos em que eles são adotados sem análise e sem levantamento de riscos prévio à sua adoção. Em muitos casos, empresas de consultoria vendem programas de prateleira, sem qualquer tipo de adaptação. Isso não funciona e pode, inclusive, travar a gestão da empresa.

Também temos visto programas adotados e não aplicados. Quer dizer: a empresa ou instituição adota uma série de políticas, com procedimentos e com controles específicos, mas não os usa no dia a dia. Há, ainda, programas desconectados dos processos de riscos, em que áreas de determinada empresa ou instituição não conversam entre si. Assim não tem como dar certo.

Outro aspecto é em relação à governança corporativa. Se a empresa ou instituição não tem uma estrutura mínima de governança, com departamentos, regras e atribui-

ções específicas, idealmente, a depender do porte, até um conselho de administração, o funcionamento do programa também vai ser prejudicado.

Nesse particular, as organizações sociais levam certa vantagem sobre as demais, porque a lei nº 9.637/1998 obriga-as a ter um conselho e as atribuições das diretorias definidas formalmente. Isso facilita a gestão da organização e, conseqüentemente, do próprio programa de integridade. Existem, inclusive, critérios específicos para seleção de diretores considerando idoneidade moral. Isso também é um avanço, porque não temos a mesma obrigatoriedade para empresas. A estrutura da gestão das OS mostra-se mais profissional do que, por exemplo, a que vemos em firmas pequenas ou de origem familiar.

Do ponto de vista legislativo, o primeiro marco relevante no país sobre o tema é a Lei Anticorrupção, a nº 12.846/2013. Ela foi precedida pela adesão do Brasil a dois instrumentos internacionais sobre o assunto, que geraram para o Estado nacional a obrigação de responsabilizar pessoas jurídicas por atos de corrupção: a Convenção para Combate a Suborno Transnacional da OCDE e a convenção da ONU (Organização das Nações Unidas) sobre medidas preventivas à corrupção.

A nossa lei em si não explica o que é um programa de integridade, nem sequer o cita. Dispõe apenas que, na definição de sanções, serão considerados controles internos de integridade e aplicação efetiva de código de ética. O que efetivamente temos pautando o mercado em relação ao assunto é o decreto nº 8.420/2015.

É importante ressaltar que os programas de integridade são obrigatórios somente para empresas que negociam acordos de leniência. Aquelas que estão sendo responsabilizadas em processos administrativos não são obrigadas, é mero direito de defesa, embora a adoção do programa em si gere benefícios na forma de redução de multa. Obtivemos grande avanço para a difusão da integridade no país com a reformulação do projeto Empresa Pró-Ética, da CGU. Ele existe desde 2010, mas suas primeiras edições não pegaram. Havia grande desconhecimento no mercado sobre o que era, para que servia, e não existia lei que gerasse benefícios para quem tivesse um programa de integridade.

No entanto, com o advento do decreto nº 8.420/2015 e a reformulação do Pró-Ética, isso mudou. Trata-se de um projeto de fomento; não é um selo, nem uma certificação. Visa reconhecer empresas que espontaneamente adotam programas de integridade e acabou virando uma boa prática, inclusive internacional —já fomos apresentá-lo até ao Departamento de Justiça norte-americano. Também nos ajuda a observar como está o mercado e a identificar falhas e desafios.

Seguindo a nossa linha do tempo, em 2016 foi editada a lei nº 13.303, o Estatuto das Estatais, que as obriga a adotar programas de integridade de forma irrestrita. Dois dos seus artigos tratam de integridade: um deles dispõe sobre o conteúdo dos códigos de ética das empresas estatais e outro discorre sobre sua política de contratação pública. Atualmente já temos até estados da federação adotando esses critérios.

Ainda em 2016, a CGU lançou um projeto de fomento à integridade na administração pública por adesão, o Profip (Programa de Fomento à Integridade Pública). Em seguida também começaram a aparecer programas de integridade no governo federal. É o caso da instrução normativa conjunta MP/CGU nº 01/2016, que trata de gestão de riscos; do decreto nº 9.203/2017, que traz a política de governança para a administração direta autárquica e fundacional e torna obrigatórios os programas de integridade; e, por fim, as portarias CGU nº 1.089/2018 e nº 57/2019, que definem viés mais operacional para a adoção dos programas pelas instituições.

Hoje começamos a ver boas práticas de compliance sendo observadas também dentro da administração pública brasileira e até por estados da federação, com base nos eixos específicos de um programa de integridade: comprometimento da administração, políticas e procedimentos, definição de responsáveis, gestão de riscos e monitoramento contínuo. É um avanço.

Em resumo, programas de integridade são importantes, mas precisam ser efetivamente aplicados, sempre de acordo com o perfil e a necessidade de cada organização. Não podem ficar somente no papel. Programas de compliance não visam apenas ganhos de imagem, como vemos algumas empresas avidamente buscando.

O que precisamos é perseverar nesse caminho, com direcionamento correto, vendo onde estão as falhas e o que deve ser aperfeiçoado. Em pouco tempo, vamos ter isso enraizado na gestão das instituições, sejam públicas ou privadas, atendendo ao objetivo precípua de um programa dessa natureza: a prevenção de irregularidades e a disseminação de uma cultura de integridade.

PEDRO RUSKE FREITAS

é diretor de Promoção da Integridade da Secretaria de Transparência e Prevenção da Corrupção da CGU (Controladoria-Geral da União). Graduado em Direito pela USP (Universidade de São Paulo) (2008) e pós-graduado em Gestão Empresarial pela FGV (Fundação Getulio Vargas) (2018), atuou no Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (2012).

**ÉTICA
NÃO É MODA.
ÉTICA É SAÚDE!**

CARLOS EDUARDO GOUVÊA



De uns anos para cá, a corrupção assumiu o topo da lista de preocupações dos brasileiros. O país vem sendo passado a limpo em várias áreas, mas apenas mais recentemente procedimentos mais robustos de integridade e compliance chegaram também à saúde. Infelizmente, é onde ainda se verificam muitos escândalos e desvios que prejudicam e tornam ainda mais deficiente a assistência prestada à população. O Instituto Ética Saúde nasceu para fazer frente a essa realidade. Sem fins lucrativos, a entidade foi criada em julho de 2015 em Brasília, a partir de uma experiência bem-sucedida com o primeiro pacto setorial na área de saúde, voltado ao combate a irregularidades, sobretudo, na área de órteses e próteses. Temos hoje quase 200 associados e já conseguimos abarcar toda a cadeia de valor da saúde, entre fabricantes, distribuidores, hospitais, laboratórios, profissionais de saúde e até operadoras de saúde—quem sabe no futuro teremos todos os elos, do fabricante ao paciente. Nascemos como o primeiro grande organismo de autorregulação do setor de produtos para a saúde e estamos ancorados em um bem estruturado sistema de governança. Basicamente, ele é constituído pela assembleia geral, responsável por eleger seu conselho administrativo; por um conselho de ética, composto por pessoas de notório saber sem ligação direta com o segmento; e por um conselho consultivo, integrado por diferentes entidades representativas dos diferentes elos da cadeia de valor da saúde. Temos como missão promover as melhores práticas nas relações entre os diferentes atores por meio de mecanismos de autorregulação para o setor de saúde. Nossos objetivos são difusão e consolidação de uma cultura de honestidade e transparência; promoção da livre, justa e leal concorrência; ampliação do acesso à saúde; redução de desvios e desperdícios; disponibilização de tecnologias adequadas; e segurança do paciente. Ética, integridade, transparência, legalidade, sensibilização e educação são nossos valores. Também exercemos o papel de educar, prevenir e treinar, reforçando a importância de programas de integridade e ajudando empresas a realizar e disseminar as próprias iniciativas. Não temos poder de polícia, mas mantemos parceria com instituições como TCU (Tribunal de Contas da União), CGU (Controladoria-Geral da União), Cade (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) e Anvisa (Agência Nacional de Vigilância

Sanitária), o que nos permite dar respostas adequadas a casos de denúncias que resultam em ilícitos e necessitam de investigação mais aprofundada.

Já temos mais de 1.500 denunciados por práticas que violam as condutas éticas ou a legislação vigente, a maioria médicos (45% do total), distribuidores (32%) e hospitais (12%). Envolve todo tipo de acusação, desde concessão de incentivos para promoção de produtos até prática de doações indevidas de equipamentos para conseguir contratos. E, infelizmente, tal quadro ainda não é representativo da realidade.

Todo esse ecossistema só foi possível porque percebemos que o setor de saúde chegou a um ponto de não retorno em que é preciso discutir o futuro e definir que novos rumos tomar para que o sistema não se torne insustentável.

O instituto também tem procurado fazer um trabalho internacional importante, por meio da participação ativa em congressos do setor de saúde e em eventos de compliance, além de acordos de cooperação técnica—até para mostrar que o Brasil está mudando de fato e precisa (e quer) atrair mais investimentos, porque todos nós buscamos uma saúde sustentável num mercado ético, de justa e livre concorrência. Mas, em meio a tudo isso, a nossa joia da coroa é um programa totalmente inovador e que vem tratar dos efeitos das fraudes na saúde: o QualIES. De onde ele provém? Muitas vezes, assistimos à tomada de decisões fraudulentas e ineficientes, levando à alocação improdutiva de recursos; empresas e profissionais incompetentes prevalecendo no mercado; desmotivação para avanços gerenciais; recursos sendo desperdiçados por preços abusivos; o superuso ou o uso inadequado dos meios e produtos disponíveis; e a seleção empresarial adversa, que acaba muitas vezes levando fraudadores ao sucesso e aqueles que seriam mais competitivos a fracassos.

O contexto para gerar fraudes na saúde é antigo e nasce de uma relação muitas vezes hostil entre as partes que existia há até pouco tempo. Os diversos atores não conseguiam manter relação de confiança, nem de parceria. Era cada elo da cadeia tentando levar vantagem e puxar o melhor para si. Obviamente, não é assim que deve funcionar. Isso não acontece por complacência ou por falta de treinamento, como apontam alguns levantamentos. Um deles, feito pela KPMG, mostrou que 72% das empresas

entrevistadas informaram que incentivos e ações disciplinares estavam formalizadas em suas políticas e procedimentos de compliance e 56% disseram que realizaram algum tipo de treinamento para terceiros nessa direção. No entanto, quando a gente observa bem, não é exatamente isso o que se vê. Por quê?

Porque o setor de saúde tem condições favoráveis a fraudes: é fragmentado, tem disparidade e assimetria de informação e de conhecimento sobre doenças, tratamentos e profilaxias. Temos fragmentação do processo decisório, desinformação dos pacientes e distribuição desigual de riscos entre atores e vítimas. Quem precisa da assistência acaba sendo a vítima do processo porque sofre a maior parte dos riscos e não tem controle sobre nada.

Trabalho recente feito pelo dr. Rodrigo Alberto Correia da Silva mostra a desigualdade de relações e a hostilidade entre as partes que favorecem propina, chantagem, conluio e requisições fraudulentas. Tudo isso por causa de fiscalização ineficiente e de fuga de recursos, tanto do sistema público quanto da saúde suplementar, em decorrência de fraude e corrupção, com conseqüente redução de acesso a serviços e produtos de saúde.

Para tentar acabar com isso, o Instituto Ética Saúde desenvolveu um modelo com as cinco maiores empresas de auditoria do setor: KPMG, PricewaterhouseCoopers, Ernst & Young, Deloitte e Grant Thornton. Elas aceitaram nosso convite e trabalharam durante 11 meses a partir dos modelos próprios de auditoria que cada uma delas tinha. Eles foram unificados e, como se fossem uma grande ISO do setor, podem ser replicados e deram origem ao QualIES, que funciona dentro de uma engrenagem maior, o modelo de governança do Instituto Ética Saúde.

De acordo com critérios muito objetivos, passo a passo, a partir dos programas de integridade de cada instituição, o QualIES verifica como estão gestão, políticas e procedimentos, treinamento, canais de denúncia, monitoramento e auditoria, relação com terceiros e parceiros de negócio e contabilidade. Baseiam-se, como se pode perceber, nos princípios da transparência, da ética e da segurança jurídica.

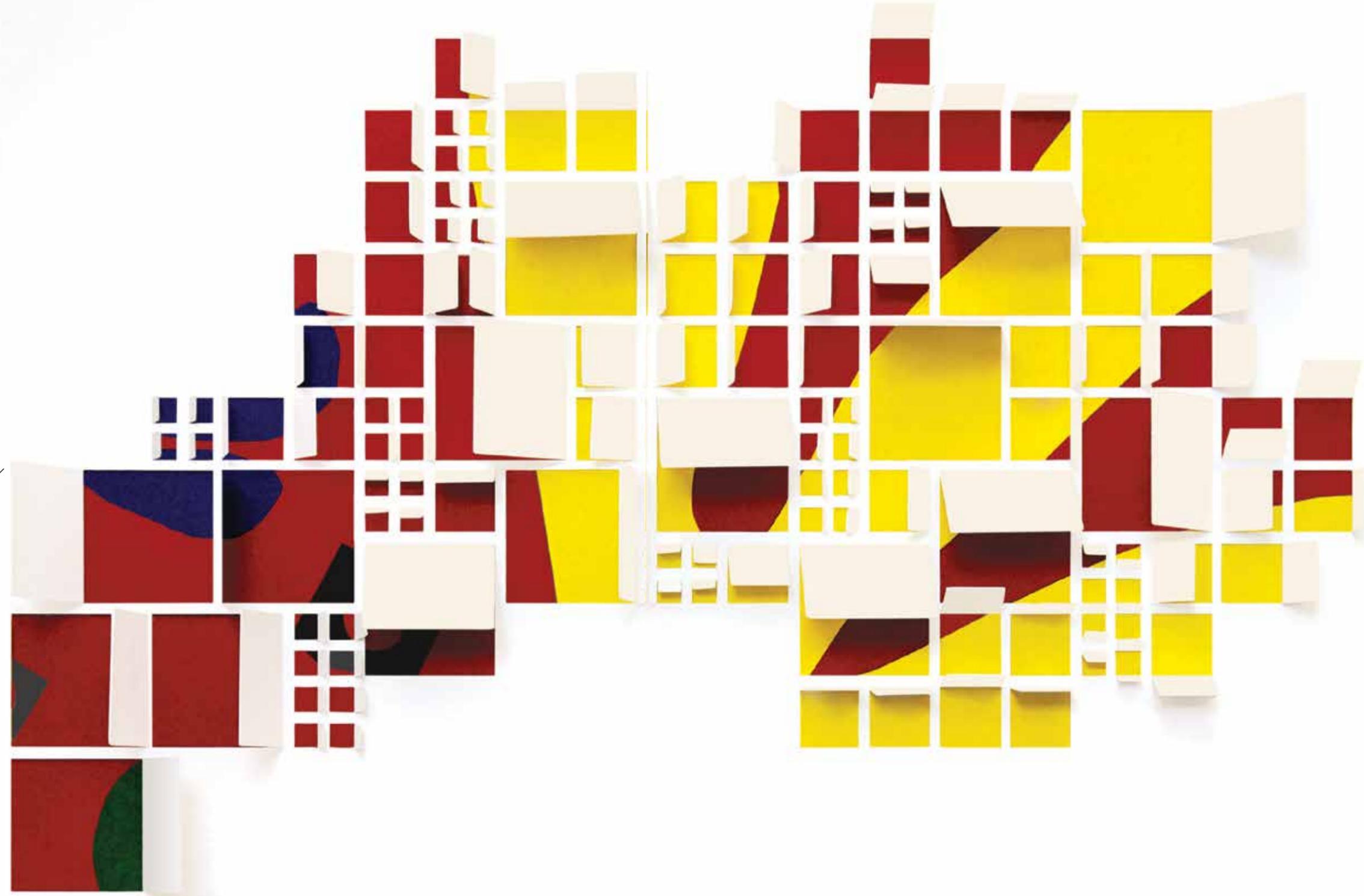
Então, o QualIES nada mais é do que um grande instrumento de revisão—não chamamos de auditoria—do grau de maturidade dos programas de integridade das empresas.

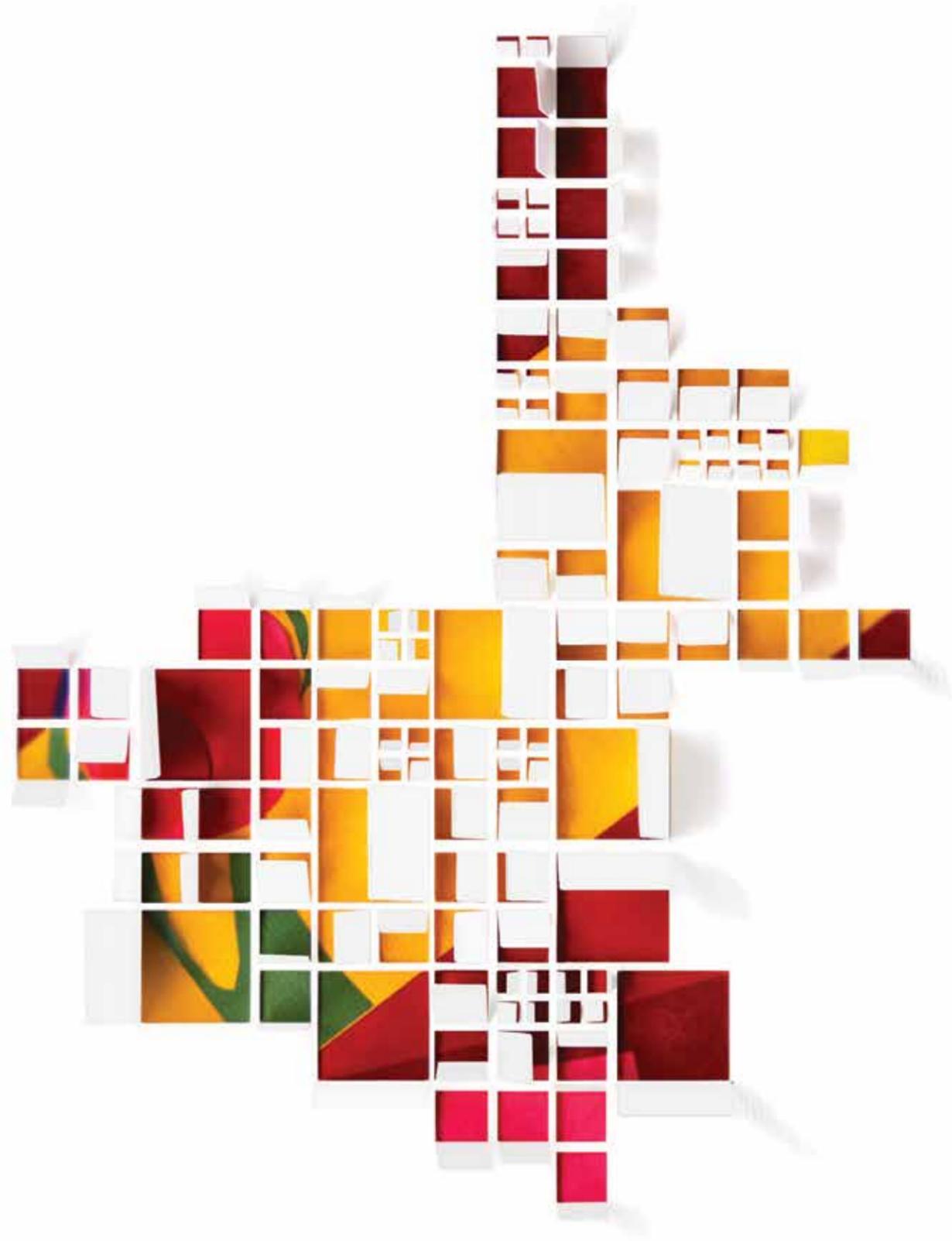
Ao aderirem ao programa, elas são visitadas e recebem um relatório, que vai dizer quais são os pontos de melhoria, e um rating, com nota de 1 a 5, que indica como estão no mercado sob esses aspectos. Caso a empresa queira, o instituto pode dar uma certidão, cujo valor é inestimável, porque serve de referência para toda a cadeia de valor da saúde. Com essa sistemática, conseguimos trazer atores éticos promovendo um ambiente mais ético, fazendo os recursos renderem mais e atraindo novos investimentos. É um ciclo positivo, com efeitos claros como: diminuição do superuso e do desperdício; adesão a protocolos mais eficientes; concorrência justa; decisões transparentes; meritocracia de profissionais, instruções e empresas; mais segurança para os pacientes; reputação de credibilidade dos entes envolvidos; clareza no relacionamento entre os diferentes atores; visibilidade de custos e remunerações; e empoderamento dos profissionais da saúde, graças ao aumento da importância da medicina baseada em evidência. Consideramos que essa iniciativa beneficia a todos os stakeholders porque ajuda a elevar o padrão do mercado e a reduzir os custos de controle num setor tão carente de mais recursos como a saúde. Acreditamos que ter esse tipo de ferramenta à disposição vai automaticamente puxar toda a cadeia de valor para um novo patamar. Nosso intuito é separar o joio do trigo, elevar o nível do mercado e mostrar qual o caminho correto, valorizando a robustez dos sistemas de compliance na saúde brasileira, tornando-a cada vez mais sustentável.

CARLOS EDUARDO GOUVÊA

é diretor-executivo do Instituto Ética Saúde e diretor da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde. Graduou-se em Direito pela USP (Universidade de São Paulo) (1990) e em Administração Pública pela FGV (Fundação Getúlio Vargas) (1989), onde também cursou MBA (2004).

EFETIVIDADE





EFICIÊNCIA

AMBULATORIAL E
HOSPITALAR

BONS CONTRATOS PARA ATENDER MELHOR QUEM MAIS PRECISA

ERNO HARZHEIN



A discussão da relação do SUS (Sistema Único de Saúde) com as organizações sociais de saúde é atual e precisa ser aprofundada de maneira célere para que possamos avançar, como diz o título deste seminário, com transparência, controle e eficiência. Mais que isso, ela é fundamental para promovermos maior entrega de saúde para a população, dando mais valor aos recursos que o Estado recolhe das pessoas por meio de impostos e buscando devolver em ações que melhorem seu bem-estar e sua condição de vida.

A eficiência no cuidado ambulatorial e hospitalar é, na verdade, um *continuum*. É óbvio, e até gosto disso, que cartesianamente costumemos fragmentar as questões que rondam a saúde para tentar entendê-las, investigá-las e ter subsídios para tomar decisões. Mas um dos focos da eficiência deve ser justamente a não fragmentação, de maneira a tentarmos produzir uma transição de cuidados da atenção primária ao cuidado intensivo hospitalar, para garantir que as pessoas tenham melhores desfechos e experiências no seu contato com a rede de atendimento. Outro foco deve ser a não segmentação entre serviços públicos e privados.

Este é o segundo seminário sobre as organizações sociais de saúde do qual participo no TCU (Tribunal de Contas da União)—na primeira vez, em 2018, ainda era secretário municipal de Saúde de Porto Alegre. Parece-me claro que o estado da arte sobre o tema no Brasil ainda é muito incipiente. Temos poucos estudos, pouca bibliografia e baixa produção no meio acadêmico em geral sobre as parcerias do poder público com o terceiro setor na saúde.

Nesse cenário, produzir evidências mais sólidas para orientar a tomada de decisão—tanto do ponto de vista dos gestores quanto do governo como um todo—e delinear melhor o papel dos órgãos de controle é um pouco difícil.

Como pesquisador, meu outro lado profissional, tenho a impressão de que algumas das análises disponíveis, principalmente as que usam DEA (Data Envelopment Analysis) como metodologia, encontram certo empecilho diante da enorme heterogeneidade que temos, mesmo quando tentamos homogeneizar amostras de hospitais, segmentar ou especializar. Estamos falando, no caso do SUS, de estruturas sempre muito distintas.

Essa é apenas uma das—e talvez a mais evidente—explicações para as dificuldades em avançarmos na adoção das organizações sociais como resposta aos desafios da saúde brasileira. No entanto, há outra variável explicativa que fica um pouco fora desse processo, mas merece tanta ou mais atenção: a qualificação dos contratos.

Se lembrarmos bem, o Estado, tal como o conhecemos, surge de um contrato social cujo valor está bastante centrado no ordenamento da relação entre público e privado. Isso conduz naturalmente à necessidade, nos tempos correntes, de colocarmos a qualidade dos contratos como variável importante para explicar o desempenho de entes públicos, estatais e privados. Sem isso, teremos dificuldade para conseguir chegar a análises mais claras, transparentes e fidedignas do que de fato acontece.

Sem contratos ou com contratos ruins, estamos perdidos, porque a consequência é o dinheiro, que já é pouco, acabar indo pelo ralo. Mas, quando temos bons contratos, os resultados são bons tanto para quem é contratado como para quem contrata, porém ficam melhores ainda para quem consome os serviços, isto é, as pessoas que, dessa maneira, serão mais bem atendidas pelas partes.

Considero que temos trabalhado pouco nos contratos, mas é justamente aí que deveríamos nos dedicar mais. Importa menos a natureza do ente—se privado, filantrópico ou estatal—e muito mais a qualidade e a natureza dos contratos. Se evoluirmos para ter contratos claros, honestos com as duas partes, que remunerem adequadamente gastos e investimentos, vamos evoluir muito na indução de maior eficiência, na relação entre os envolvidos e na qualidade dos resultados entregues à população. Fica como sugestão aprofundarmos, numa próxima oportunidade, a discussão sobre a natureza, a qualidade, o formato e o desenho dos contratos e, inclusive, debatermos outro aspecto fundamental a respeito do qual os órgãos de controle podem ajudar muito: a retaguarda e a proteção normativo-jurídica dos contratos no setor da saúde, principalmente na relação público-privada.

O que quero dizer é que não adianta nada fazermos um enorme esforço de gestão, desenvolvermos bons contratos, pagarmos bem os parceiros e eles entregarem bons serviços, se vier um órgão de controle, às vezes local, acusar os termos do contrato

com base em alguma interpretação de jurisprudência—inadequada—segundo a qual aquilo desrespeita a complementaridade na prestação de serviços prevista no SUS e consignada na nossa Constituição.

Para ilustrar o que estou dizendo, cito aqui André Medici, economista sênior do Banco Mundial, que diz que no Brasil temos um sistema que se propõe a fazer, ao mesmo tempo, cinco coisas: planejar; financiar; executar; monitorar e avaliar; e fiscalizar. Mas será que ele faz mesmo tudo isso? Fiscaliza seu próprio planejamento, seu próprio financiamento e sua própria execução? Como é que um mesmo ente faz tudo isso, e ao mesmo tempo? A questão é: será esse um modelo adequado, que funciona? Considero que a melhor estratégia para darmos melhores respostas a quem precisa e depende do SUS é a que une financiamento e contratualização. Foi com base nisso que, em 2019, mudamos o modelo de financiamento da atenção primária no SUS e agora o ministro Luiz Henrique Mandetta tem dito que, em 2020, pretende atacar o da média e alta complexidade. Isso é ótimo!

Se conseguirmos ter um modelo de financiamento que realmente reflita entrega de resultados para as pessoas, produção com qualidade—e não produzir por produzir, fazer procedimentos desnecessários nas pessoas erradas no momento errado—, vamos, inclusive, estruturar a regionalização do atendimento de saúde de maneira natural. Porque os entes que conseguirem dar boas respostas vão atender melhor a maior parte da população, cabendo ao Estado criar as condições para os que estiverem em situação muito vulnerável, em pequenos lugares ou cidades muito afastadas, receberem a mesma qualidade de cuidado.

De forma específica, proponho, e me comprometo a levar isso adiante no Ministério da Saúde, uma tentativa de darmos alguns passos à frente para melhorar a qualidade das nossas contratualizações: desenvolvermos pilotos de contratos que realmente funcionem. Seria bom termos o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) e o TCU participando, selecionando instituições e ajudando a desenhar o foco desses pilotos. Montaríamos o modelo de contrato juntos e aplicaríamos o piloto—quem sabe, inclusive, e agora vou ser um pouco mais provocativo

que o usual, testando alguma excepcionalidade normativo-jurídica, sem interposição de órgãos locais que possam afundar nossa iniciativa antes mesmo de ela conseguir colocar a cabeça fora d'água. Esse, aliás, é o grande benefício de encontros como os promovidos pelo Ibross e pelo TCU: colocar as pessoas juntas e tirar, pelo menos um pouco, o preconceito que cada ente nutre pelo outro e, também, afastar a crença de que só o setor público é garantidor da boa-fé e da honestidade. Não é! Tenho convicção de que podemos reunir um grupo importante de instituições de boa-fé para tentar realmente pilotar essa nova experiência de contratualização, com um modelo sólido, que seja conforme todas as partes e, sobretudo, permita atender melhor a população.

ERNO HARZHEIN

foi secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (2019–2020) e secretário de Saúde de Porto Alegre (2017–2018). Médico formado pela UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), doutor em Medicina Preventiva e Saúde Pública pela Universidade de Alicante (Espanha) e pós-doutor em Epidemiologia pela UFRGS, é professor associado do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, ambos da UFRGS.

OS RALOS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO BRASIL

EDSON CORREIA ARAÚJO



O Brasil enfrenta o desafio urgente de melhorar a qualidade dos gastos públicos, sobretudo em setores essenciais como saúde e educação. Na saúde, essa urgência é resultado de fatores conjunturais, como a crise econômica e as severas restrições fiscais dos últimos anos. Mas também existem fatores estruturais, como o processo de envelhecimento populacional acelerado (que, estima-se, poderá resultar em aumento de R\$ 299 bilhões nos gastos até 2060—IEPS, 2019) e a estrutura de organização e financiamento do sistema público, o SUS (Sistema Único de Saúde).

Esses fatores obrigam os gestores públicos a buscar ações que aumentem a eficiência e a qualidade dos serviços públicos de saúde. Isso é particularmente relevante no caso da rede hospitalar do SUS, onde são gastos mais de 40% dos recursos públicos destinados à saúde. A despeito das discussões sobre o subfinanciamento do SUS, as ineficiências na rede hospitalar sugerem que de fato o país gasta relativamente pouco com o setor, porém gasta muito mal.

A rede hospitalar é o calcanhar de aquiles e o principal desafio em termos de eficiência do SUS. Existe um problema de ineficiência alocativa: gasta-se bastante com a rede de hospitais, que é altamente ineficiente, e relativamente pouco com atenção primária, que tem melhores impactos no uso dos recursos do SUS. Apenas no âmbito federal, 16% das despesas são alocadas para atenção primária, enquanto 45% vão para média e alta complexidade.

A rede de hospitais no país tem pelo menos três características disfuncionais. A primeira delas é a fragmentação excessiva, ou seja, a prevalência de hospitais de pequeno porte: 80% das unidades têm menos de 100 leitos, e 55%, menos de 50. A segunda são os limitados incentivos associados às formas de pagamento aos provedores, isto é, em geral paga-se muito mal. E a terceira, a má gestão.

Para avançarmos na abordagem, é bom observar como os gastos com saúde vêm se comportando nos últimos anos no país. O que se constata é que eles têm crescido mais rápido que a taxa de expansão do PIB (Produto Interno Bruto). Entre 2003 e 2017, os gastos públicos com saúde no Brasil tiveram aumento de 0,86 ponto percentual do PIB, com tendência de aumento para os próximos anos.

Isso deixa claro que, além de uma crise fiscal, há também um enorme desafio econômico para manter essas despesas em ascensão. Há um aspecto adicional interessante: mesmo na época da crise econômica, a taxa de queda desses gastos foi menor que a da redução do PIB. Ou seja, as despesas crescem mais rápido quando a economia está crescendo, mas caem mais devagar quando estamos em recessão.

Projeções indicam que, na ausência de reformas, a trajetória fiscal do país é insustentável. Mantida a trajetória de crescimento, dados do Banco Mundial apontam para um déficit primário de 5% do PIB e para uma dívida pública de 150% do PIB em 2030. A pergunta então é: como sustentar expansão dessa magnitude, diante de tantas e tamanhas limitações fiscais e macroeconômicas como as que o país enfrenta hoje? Nesse ambiente, a adoção do teto para os gastos públicos, instituído pela emenda constitucional nº 95 (promulgada em dezembro de 2017), apresenta oportunidade para melhorar a qualidade atual dos gastos públicos com saúde. Considero que seja um mal necessário, tendo em vista o abismo fiscal atual (e a esperada trajetória futura).

Estimativas apontam que o teto de gastos terá efeitos negativos em termos de financiamento do SUS—cenário que impõe a necessidade de melhorar a qualidade do gasto público com saúde para fazer mais com os recursos existentes.

Estimativas do Banco Mundial apontam que ganhos de eficiência poderiam resultar em economias (ou espaço fiscal para saúde) de R\$ 989 bilhões até 2030. Essas projeções ainda não levam em conta um fenômeno pelo qual o Brasil passa e terá impactos de longo prazo significativos: o envelhecimento populacional, que acelera a trajetória de crescimento de gastos com saúde.

Atualmente, mais de 50% das despesas com serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS beneficiam a população acima de 50 anos, que representa 22% dos brasileiros. Esse grupo vai aumentar no total da população brasileira, o que resultará em pressão de gastos. Isso significa que, diante das conhecidas ineficiências e da trajetória de crescimento de gastos nas últimas décadas, o desafio da sustentabilidade do SUS será potencializado pela transição demográfica.

Para analisar a eficiência do SUS, é preciso aprofundar algumas considerações sobre o problema que nós, economistas, chamamos de deseconomia de escala. No caso específico da rede hospitalar do SUS, ela se manifesta na grande quantidade de hospitais que servem ao sistema público e na quantidade de municípios que o país tem.

Em relação aos municípios, análise da eficiência na prestação de serviços de atenção primária à saúde (APS) e de média e alta complexidade (MAC) aponta que, para um município alcançar a média nacional de eficiência, isto é, 29% na MAC e 64% na APS, é preciso ter no mínimo 20 mil habitantes. E aí é que está o desafio: mais de 75% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que um dos maiores problemas da eficiência do SUS não está “no SUS”, mas resulta do grande número de municípios pequenos que o Brasil possui. Em relação à rede hospitalar, existe outro paradoxo da rede do SUS: muitos hospitais, mas poucos leitos por habitantes. Em 2016, a média nacional era de 2,6 leitos por mil habitantes, abaixo, portanto, do preconizado pela OMS (Organização Mundial da Saúde). O grande número de municípios pequenos—que, de certa forma, está associado ao grande número de hospitais de pequeno porte—aponta para a necessidade de regionalizar a rede de atendimento de saúde ambulatorial e hospitalar, de forma a alcançar escala que seja eficiente e sustentável.

A resposta frequente para o grande número de hospitais de pequeno porte é que estes estão nos vazios assistenciais, sobretudo no Norte e no Nordeste do país. As evidências, contudo, não corroboram essa hipótese: por exemplo, apenas 8% dos hospitais com menos de 100 leitos estão na região Norte. A maior concentração desses hospitais de pequeno porte está na Bahia, em São Paulo e em Minas Gerais, estados brasileiros com maior número de municípios.

Relatório do Banco Mundial sobre a eficiência da rede hospitalar aplicou análise envoltória de dados (DEA, na sigla em inglês para Data Envelopment Analysis) para medir a eficiência de quatro grupos de hospitais: hospitais gerais, maternidades, oncologia e cardiologia. Em todos, existe relação quase linear entre tamanho do hospital (medido por número de leitos) e eficiência.

A REDE HOSPITALAR BRASILEIRA | N = 6,096 | BRASIL | 2016

LEITOS POR 1.000 HABITANTES | BRASIL | REGIÕES | 2016



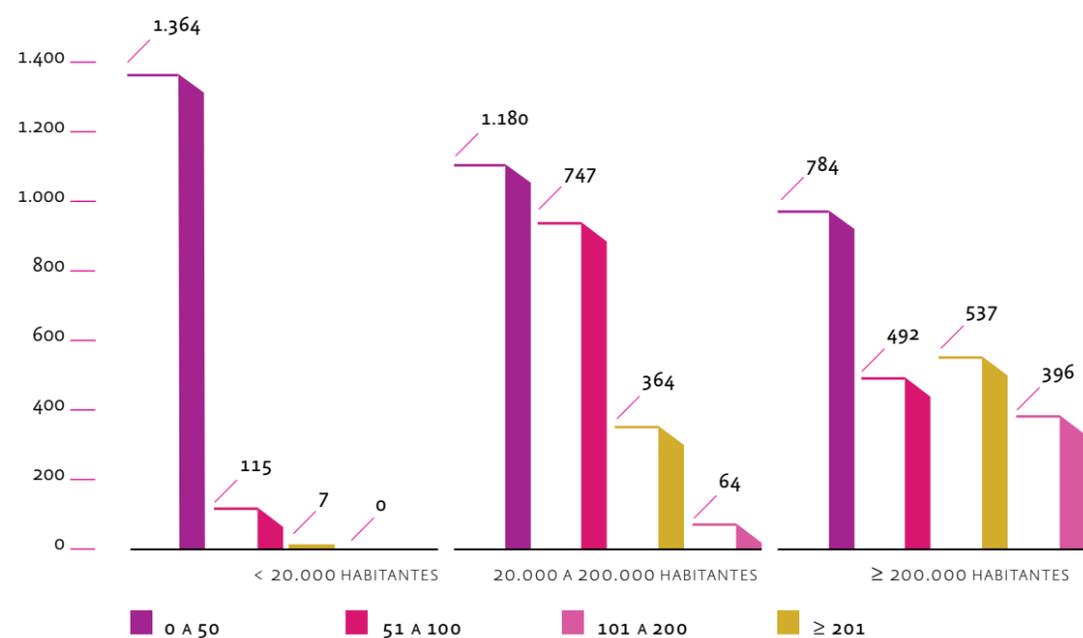
DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS POR REGIÃO E POR ESFERA JURÍDICA | 2016



PROPORÇÃO DE HOSPITAIS POR FAIXAS DE LEITOS | BRASIL | 2016



DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS POR FAIXAS DE LEITOS E TAMANHO DA POPULAÇÃO | BRASIL | 2016



E aí entra um aspecto que merece atenção especial: os hospitais pequenos, além de ineficientes, matam mais. Por exemplo, nos hospitais analisados observa-se que, quanto maior o volume de procedimentos (maior escala), menor a taxa de mortalidade hospitalar. Ou seja, muitas mortes poderiam ter sido evitadas se os procedimentos realizados em hospitais de baixo volume fossem realizados em hospitais de alto volume (que em geral são hospitais maiores, com mais leitos).

É possível que um hospital tenha poucos leitos e compense isso em termos de eficiência com alto volume de atendimentos e internações, como é o caso dos hospitais especializados. Maternidades, por exemplo, mesmo com menor número de leitos, na média são mais eficientes que hospitais gerais que fazem baixo volume de partos. O mesmo se aplica a outras especialidades, como oncologia e cardiologia, em que sempre existe uma relação direta positiva entre volume e qualidade.

Para completar nossa análise, é desejável fazermos uma comparação do Brasil com outros países, para medir o desempenho dos hospitais brasileiros com as práticas internacionais. A pesquisa *World Management Survey* (2017) analisou o desempenho de hospitais de nove países, entre eles o Brasil, em dimensões de eficiência, como monitoramento de recursos humanos, avaliação de desempenho e funcionamento.

Os resultados mostram que o Brasil só aparece melhor que a Índia em termos de gestão hospitalar. O percentual de hospitais com práticas de gestão muito fracas chega a 45% no Brasil e a 68% na Índia. No outro extremo, na França esse percentual é de 18%, e nos Estados Unidos, apenas 5%. Um dos aspectos em que os hospitais brasileiros têm resultados particularmente ruins, em especial os hospitais públicos sob administração direta, é na gestão de recursos humanos. No Brasil ainda persiste o paradigma de que a melhor forma de contratação de pessoal para saúde é por meio do serviço público. Países como a Inglaterra, que inspirou muitos princípios do SUS, adotam formas flexíveis de contratação (por exemplo, os médicos da atenção primária do sistema de saúde inglês não são agentes privados com contratos com o setor público).

Por fim, vou abordar o que sabemos sobre as organizações sociais (OS) de saúde do ponto de vista da eficiência. Infelizmente, não são muitos os estudos que medem

a eficiência relativa das OS, unidades da administração direta e outros arranjos de governança (serviço social autônomo, Oscips etc.). Além disso, a maioria dos estudos disponíveis é qualitativa ou descritiva. Ou seja, são poucas as evidências quantitativas robustas que exploram causalidades para fornecer métricas quantitativas robustas para que possamos nos basear de forma mais assertiva e avaliar a contribuição das OS.

Apesar de limitadas, as evidências disponíveis mostram que as OS têm resultados melhores em termos de eficiência. Por exemplo, um estudo de Greve e Coelho, publicado na revista *Health Policy and Planning* (2017), analisou a contratação de OS para prover serviços de atenção primária em 645 municípios do estado de São Paulo. Usando técnicas econométricas, os autores mostram que houve aumento de uma consulta per capita para usuários do SUS, com algum impacto positivo em internações evitáveis, mas não trazem achados conclusivos em termos de resultados nos indicadores de saúde.

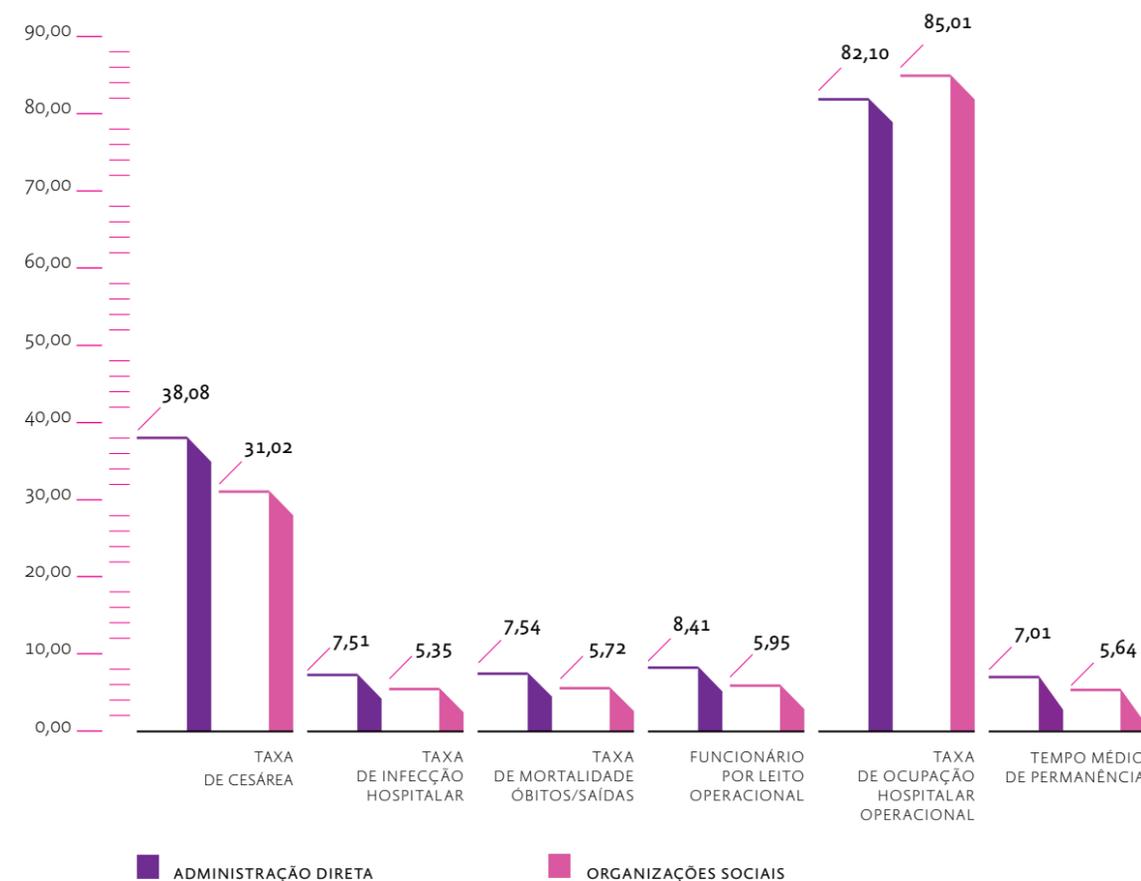
Estudo do Banco Mundial aplicou DEA para comparar a eficiência de um conjunto de hospitais no estado de São Paulo (35 geridos por organizações sociais e 326 pela administração direta). A média de eficiência dos hospitais geridos por OS foi de 82%, e a dos hospitais da administração direta, de 62%. Além disso, as unidades geridas por organizações sociais têm resultados melhores em indicadores essenciais, como projeção de internações e taxas de ocupação hospitalar. Esses resultados corroboram análises realizadas pelo Banco Mundial em 2008.

Essas evidências apontam, pelo menos no estado de São Paulo, que as OS alcançam resultados muito melhores quando comparados aos de hospitais da administração direta. É claro que a experiência paulista é de mais longo prazo, com experiência de definir marco legal e maior capacidade de monitorar contratos.

Em resumo, existem boas experiências de funcionamento de OS, mas ainda não conseguimos generalizar esses casos. Só ao identificar e documentar exemplos de sucesso—e um dos desafios é identificar hospitais administrados por OS entre os 6 mil hospitais contratualizados pelo SUS—será possível definir as características

DESAFIO DA GESTÃO | EVIDÊNCIAS APONTAM PARA MELHOR DESEMPENHO, PRODUTIVIDADE E QUALIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE ADMINISTRADAS POR OS

INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR OS E AD | SP | %



CARACTERÍSTICAS	OS 35	AD 326
ESCORE DEA		0,82
		0,66
PROJEÇÃO INTERNAÇÃO CIRÚRGICA %	54,00	173,00
PROJEÇÃO INTERNAÇÃO CLÍNICA %	62,00	104,00
PROJEÇÃO CONSULTAS AMBULATORIAIS %	271,00	326,00
TOH	67,00	46,00
RH/L	2,50	2,10
AIH MÉDIA R\$	925,00	706,40

que fazem um contrato de organização social ter resultados positivos. Isso é essencial para poder disseminar e aplicar melhores práticas do marco regulatório das OS, de contratos e de práticas de gestão eficientes.

EDSON CORREIA ARAÚJO

é economista sênior do Banco Mundial baseado em Washington, D.C. (EUA). Graduado em Economia pela Universidade Federal da Bahia, mestre em Economia da Saúde pela University of York (Inglaterra) e doutor em Economia da Saúde pelo Institute for International Health and Development (Escócia), lecionou Economia da Saúde e Desenvolvimento na University College London (Inglaterra).

CONTROVÉRSIAS EM AVALIAÇÕES DE EFICIÊNCIA EM SAÚDE

ALEXANDRE MARINHO



Eficiência não é apenas conceito lastreado na teoria econômica. No caso do setor público brasileiro, é obrigação de quem serve o Estado. Está lá na nossa Constituição, em seu art. 37: “A administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”.

Digo isso logo de partida para dar nuances mais realistas à busca pela eficiência. Não é difícil que investidas até bem-intencionadas, mas eventualmente não muito cuidadosas, acabem se mostrando autofágicas. É o caso, por exemplo, de quem acha que o SUS (Sistema Único de Saúde) pode ser capaz de gerar seus próprios recursos para superar seu gravíssimo e crônico problema de subfinanciamento. Não é.

Fazer avaliação de eficiência econômica no setor público em geral não é fácil. Na saúde, menos ainda—mesmo para quem, como é o meu caso, trabalha há 25 anos com isso. Há, contudo, alguns passos mínimos, básicos que podem ajudar na tarefa. Vamos a eles. Em primeiro lugar, pense nos objetivos da avaliação de eficiência em saúde no setor público. Eles devem convergir e aprimorar os objetivos explícitos ou implícitos do sistema sob análise. Em um país com muitas filas e demanda não atendida, como é o caso do Brasil, não parece correto priorizar a redução de recursos, mas sim a expansão do atendimento e do acesso com qualidade.

Entretanto, nem sempre é fácil especificar claramente os objetivos das ações, sistemas e programas governamentais. Serviços públicos em geral têm uma multiplicidade de objetivos, inclusive com superposições entre si.

São vários os fatores a colaborar para tanto e a dificultar as análises: multiplicidade de objetivos; diferenças e desigualdades entre os alvos; diferenças na natureza de executores de ações e programas governamentais; perenidade ou cronicidade de objetivos e problemas; necessidade de transversalidade e multidisciplinaridade de tratamento para os problemas abordados; interações e superposições de responsabilidades entre programas e ações de governos; e dificuldades de quantificação.

O segundo passo a seguir para uma melhor avaliação das políticas de saúde é selecionar amostras com unidades realmente comparáveis. Cuidado para não cair na

armadilha do nome, porque, muitas vezes, as taxonomias político-administrativas enganam: estados menores que municípios, municípios muito grandes e/ou hospitais gerais que não são gerais, para ficar apenas em alguns exemplos. Dependendo do método usado, o risco é cometer distorções gravíssimas.

Seja, também, cuidadoso na escolha das variáveis e dos indicadores. Em grande medida, eles definem os resultados da análise, mais até que os métodos de cálculo. Cito mais um exemplo: se o único input colocado num modelo é a despesa em saúde, quando na realidade os insumos são múltiplos (recursos humanos, instalações, equipamentos etc.), o modelo, cegamente, direcionará todo o esforço de ajuste para esse input, simplesmente porque as demais variáveis de ajuste foram omitidas.

Há, ainda, outro problema associado a esse fator: os gestores em saúde não controlam importantes determinantes da saúde, como PIB (Produto Interno Bruto), escolaridade, desigualdade, tamanho da população etc. Tais variáveis exógenas merecem tratamento especial, e há métodos específicos para isso.

Variáveis que medem atendimentos (cirurgias, exames ou consultas, por exemplo) são resultados na saída das unidades, mas não os bens finais que medem impactos na saúde das pessoas. Além disso, resultados também importantes, como casos evitados de doenças, não são eventos dentro dos modelos. Isso cria problemas sérios para o avaliador das políticas de saúde. Então, saber o que você vai medir eventualmente é complicado: você pode estar medindo a atividade, não os resultados.

A quarta orientação importante é: considere as incertezas e os erros de medidas de dados, sobretudo num sistema alimentado por 5.700 municípios. Nada garante que eles foram corretamente coletados, nem que o melhor esforço está retratado no modelo de análise. É fato: as pessoas estão cometendo erros sistemáticos! Construa intervalos de confiança e use modelos com características estocásticas, ou seja, que atribuem parte do mau desempenho às aleatoriedades e não apenas a ineficiências. Eficiência é condição necessária, mas não suficiente, para a efetividade. Até a inação—ou seja, fazer nada—pode ser eficiente para reduzir gastos. Mas a questão é: esse zero a zero interessa a alguém? Portanto, não é razoável falar em eficiência sem ser efetivo.

Há um aspecto que eu acho bastante fundamental: se você tiver que fazer recomendações de políticas, use vários métodos, modelos e amostras. Cada um deles pode gerar resultados aparentemente conflitantes, mas na realidade são complementares, porque todos os modelos têm visão e enfoque muito parciais. Então, ouça seus pares e colegas. Aprimore, converse e aprenda com eles, porque têm muito a ensinar.

Considero que as avaliações não devem ser feitas para ranquear países ou instituições, muito menos para dizer que é preciso economizar ou expandir determinadas coisas. Devem, isto sim, servir para apontar as potencialidades de cada sistema, onde é possível melhorar, onde há risco de piorar. Dar notas, criar rankings ou rótulos, tudo isso é extremamente complicado e nada desejável.

Em suma, avaliar a eficiência na prestação de serviços não é favor; é objetivo e dever do setor público. É preciso pensá-la—e esse é um ponto importante—o mais cedo possível, antes mesmo da criação de atividades, programas e ações, para que todos entendam o que pode ser feito e o que será feito, preparando competências nos métodos de avaliação, na coleta de dados e no aprimoramento de objetivos.

É claro que a própria avaliação também está sujeita a aprimoramentos. Então, refaça o seu trabalho, revise, aprenda novos métodos. Tanto quanto possível, publique suas avaliações em periódicos científicos, de ampla divulgação. Isso é importante e necessário para permitir exames de avaliadores independentes da comunidade acadêmica e da sociedade.

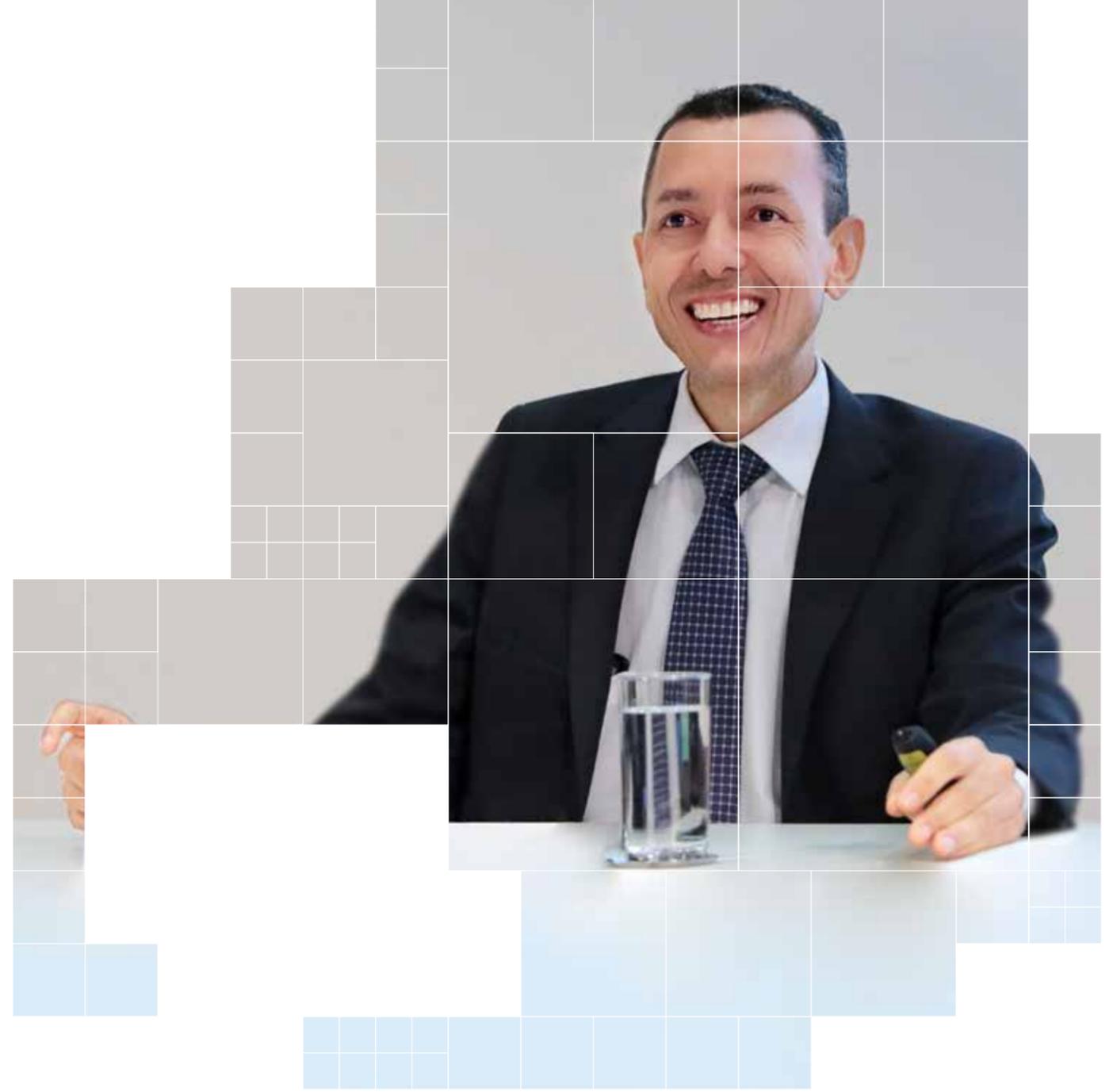
Sempre que possível, use vários métodos. Valorize a literatura, submeta o trabalho ao crivo de terceiros. Pode demorar um pouco, mas, acredite, seu trabalho pode ser melhorado com a colaboração de outrem. E, sobretudo, seja paciente, porque avaliar um sistema de saúde não cabe num texto, muito menos num único trabalho. É tarefa para anos. Como diz o meu ídolo Paulinho da Viola em *Filosofia do Samba*, do grande Candeia: “A razão está sempre com os dois lados”.

ALEXANDRE MARINHO

é professor da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e técnico de Planejamento e Pesquisa do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). É economista, com graduação pela UERJ (1985), mestrado (1993) e doutorado (1996) pela FGV (Fundação Getúlio Vargas) do Rio de Janeiro e pós-doutorado (2016) pelo Coppead-UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro).

DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA AVALIAÇÃO DE EFICIÊNCIA EM HOSPITAIS DO SUS

PAULO CESAR SOUZA



Estudar hospitais não é tarefa simples, até por sua própria natureza. Eles prestam serviços de saúde complexos, que envolvem várias atividades, profissionais de diferentes níveis e qualificações, estruturas físicas e clínicas díspares, além de aspectos econômicos e financeiros nada triviais.

No entanto, desde o início da minha trajetória profissional, como servidor da Secretaria de Saúde do Mato Grosso, tenho me dedicado a esse assunto. Comecei com o intuito de ajudar o hospital da minha cidade, Barra do Bugres, a obter mais recursos e repasses do governo do estado para custear suas atividades. Dediquei meu mestrado e meu doutorado a estudar custos hospitalares.

Meu objetivo sempre foi produzir informação voltada para a eficiência, ou seja, estudar como tornar um hospital mais eficiente, avaliar como ele pode entregar melhores resultados em termos de produção, aliados à melhoria dos níveis de qualidade dos serviços prestados. No trabalho que venho desenvolvendo, aplico a técnica de análise envoltória de dados (DEA, na sigla em inglês para Data Envelopment Analysis), que é bastante útil para produzir comparações e permitir diagnósticos de unidades agrupadas.

Em primeiro lugar, é preciso dizer que trabalhar a eficiência dos hospitais não significa abrir mão da qualidade. Ao contrário, a eficiência é um dos pilares da qualidade. Além disso, a própria Constituição Federal nos cobra eficiência, definida como um dos princípios da administração pública direta e indireta, conforme o art. 37.

Hospitais são organizações bastante desafiadoras. Para começar, é necessário lidar com a sensível questão da economia de escala. Assim, em virtude da economia de escala, quanto maior o hospital, menores serão os custos unitários dos atendimentos. Hospitais têm custos fixos altos que, em geral, representam em torno de 70% do total, dos quais, na maioria dos casos, em torno de 90% estão relacionados a pessoal. Desse modo, o custo unitário tende a cair sempre que o volume de produção aumenta. Além disso, nosso sistema e nossa cultura — e isso não é exclusividade do Brasil — ainda são muito hospitalocêntricos, com muitos pequenos hospitais pulverizados em muitos pequenos municípios ao redor do país. Os números são conhecidos, mas

vale a pena repetir: 58% dos nossos hospitais têm menos de 50 leitos, e 80%, menos de 100. O número médio de leitos por hospital no país é de 68, quando sabemos que o ideal para que se tenha economia de escala é de 100 a 450 leitos.

Os resultados desse modelo hospitalar claramente disfuncional são visíveis e mensuráveis. De acordo com dados de 2014, nossos hospitais produzem um terço do que poderiam estar produzindo. Num escore de eficiência que vai de 0 a 1, usando a DEA, obtêm índice de 0,34. Não precisa falar muito mais: temos enorme necessidade de melhorar muito a eficiência das unidades hospitalares brasileiras, até para que se possam destinar mais recursos para outros níveis de atenção à saúde.

Vale discorrer um pouco sobre a técnica de análise envoltória de dados, pois ela é muito interessante para processos de comparação de unidades hospitalares e para a verificação de níveis de eficiência entre conjuntos de hospitais confrontados entre si. É preciso explicar que tais análises só têm valor relativo, o que significa que os resultados não podem ser extrapolados para fora do grupo avaliado.

Na DEA, é necessário elencar inputs e outputs, já que melhores níveis de eficiência decorrem da relação entre entradas e saídas, entre recursos e resultados. Em geral, os inputs são de trabalho, de capital, financeiros e de serviços gerais. Os outputs mais usados estão relacionados a tratamento (expressam os processos pelos quais o paciente passou durante o atendimento), à qualidade dos serviços (envolvem morbidade, mortalidade, infecções, readmissões, frequência e gravidade de acidentes de trabalho, entre outros) e sociais (dizem respeito ao alcance social das ações realizadas pelos hospitais).

Geralmente, para fazer uma análise envoltória de dados, é preciso um software, alimentado com todos esses dados e essas informações, os quais serão os inputs (entradas) e os outputs (saídas). O programa gera um cálculo baseado em uma metodologia não paramétrica e produz resultados com índices que vão de 0 a 1, sendo 1 para os hospitais mais eficientes e próximo a 0 para os menos eficientes. Além disso, temos benchmarkings que podem ser aplicados em conjunto com a DEA e nos permitem comparar as unidades estudadas com as melhores práticas, para, então, fazer o cotejo com essas referências.

É importante também considerar que, em outras metodologias, chamadas paramétricas, que trabalham com estudos estatísticos, os valores extremos geralmente são tratados como outliers, isto é, são excluídos. Na análise envoltória de dados, isso não acontece. Entende-se que os valores extremos são as melhores práticas e, apenas por isso, são diferentes da maioria. Para tanto, é importante ter confiança e segurança de que não representam meros erros de medida.

Quero destacar três desafios que a gente tem enfrentado para a aplicação da técnica de análise envoltória de dados na saúde brasileira. O primeiro é a fidedignidade dos cadastros nacionais do SUS (Sistema Único de Saúde), como o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e o SIH (Sistema de Informações Hospitalares), entrave que se torna ainda maior em função dos conflitos entre os vários níveis de gestão. O segundo é a ausência de sistemas de gestão de custos, e o terceiro, a dificuldade de contemplar a dimensão de qualidade nas análises DEA.

Diante dessa situação, ao realizar minha pesquisa de doutorado, buscamos criar um indicador que expressasse um pouco melhor as condições relacionadas à qualidade de nossos hospitais em Mato Grosso, o qual chamamos de “Proxy de qualidade” e utilizamos também na análise DEA. Para tanto, foram realizadas: análise de padrões de conformidade, a partir de um checklist do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde; pesquisa de satisfação dos usuários, aplicada pessoalmente em cada um dos hospitais; pesquisa sobre condições de trabalho e taxas de mortalidade.

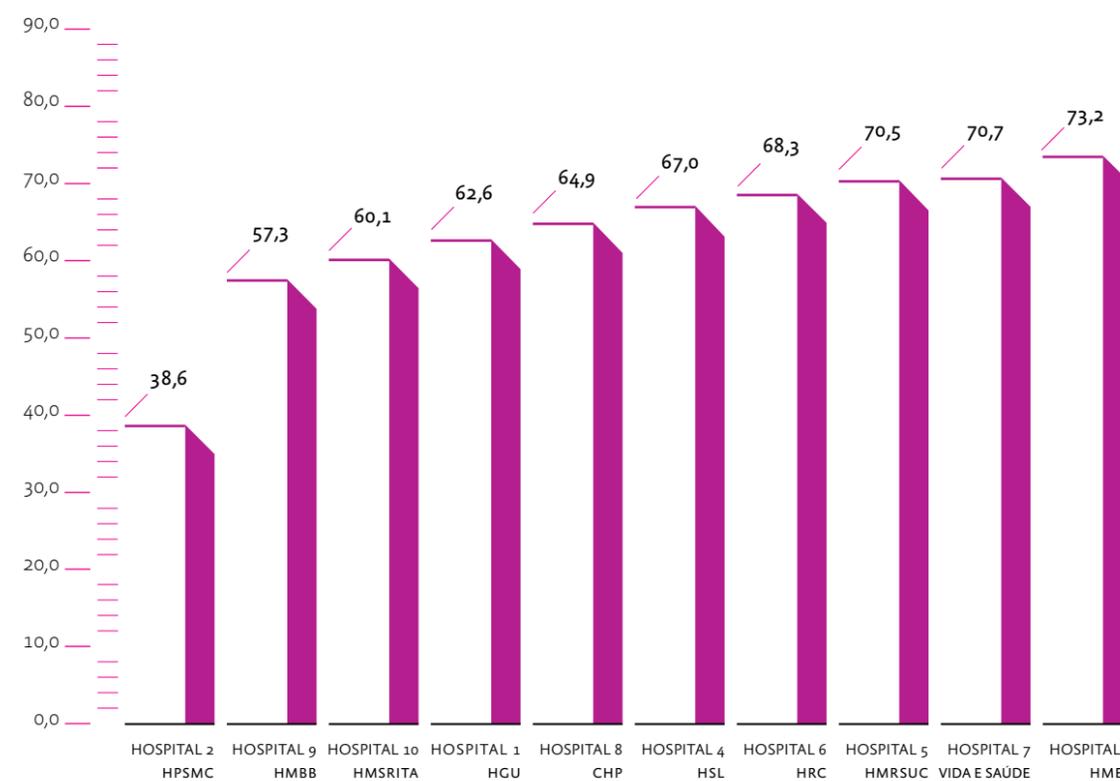
A partir daí, passamos a contar com um indicador de eficiência para cada um dos dez hospitais pesquisados, dos quais dois eram administrados à época por organizações sociais (OS). Os resultados foram os seguintes: o hospital com o melhor indicador de qualidade era administrado por OS, assim como o quarto melhor; os dois hospitais com os piores índices eram geridos por administração direta.

No entanto, ao analisar mais profundamente os dados, percebeu-se que olhar o número pelo número não bastava, porque era necessário também entender as condições de operação de cada um desses hospitais. A estrutura física e de equipamentos,

o modo de funcionamento e o de financiamento, tudo diferia e impactava nos resultados, claro.

Nesse grupo de dez hospitais, quando comparamos organizações sociais e unidades sob administração direta, mesmo com estas em condições desfavoráveis, os índices de eficiência foram iguais. Quando olhamos sob o prisma do modelo de prestadores, privados e filantrópicos se mostraram mais eficientes que públicos—quando ampliamos a análise para 97 unidades no estado, a diferença entre eles tornou-se muito pequena.

PROXY* DE QUALIDADE DOS HOSPITAIS SELECIONADOS, CONFORME PONTUAÇÃO MÉDIA OBTIDA | MATO GROSSO | 2012 | %



* INDICADOR APROXIMADO

Mato Grosso começou a implantar o modelo de organizações sociais há cerca de oito anos, mas lá ele não funcionou, faliu. Houve uma série de problemas e escândalos, o Estado teve que intervir e todas as OS foram retiradas— a última saiu no início de 2019. Dou um exemplo do que acontecia por lá: os custos médios com internação em unidades geridas por OS no nosso estado eram de duas a quatro vezes mais altos do que nas organizações sociais de São Paulo.

Não quero entrar no mérito em relação a quem foram os culpados, mas é possível tirar alguns indicativos do que aconteceu em Mato Grosso. Primeiro, o modelo talvez tenha sido mal planejado, sobretudo em relação ao estabelecimento de obrigações e metas. Também não houve adequados acompanhamento, fiscalização e controle pelo poder público quanto a resultados que deviam ser cobrados. Não houve, contudo, falta de recursos.

É triste, porque a gente vê que em outros estados as OS têm funcionado, como é notória a experiência de São Paulo. Mas o que fica claro nesse processo é que o poder público tem de estar realmente apto e capacitado a fazer o relacionamento com o terceiro setor de forma técnica e preparada. E essa talvez seja hoje a maior fragilidade da nossa administração pública.

Quando o poder público decide transferir serviços de saúde para outra entidade fazer sua gestão, é importante qualificar-se para, a partir de então, em vez de executar, acompanhar, controlar, avaliar, cobrar resultados, buscar eficiência e qualidade. Esses continuam a ser os reais objetivos a serem perseguidos e não podem ser perdidos de vista. Temos que, a todo momento, procurar executar uma gestão que tenha o usuário como foco e seja voltada a produzir resultados que façam a diferença na vida das pessoas que utilizam o Sistema Único de Saúde.

PAULO CESAR SOUZA

é contador da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso e professor da Unemat (Universidade do Estado de Mato Grosso). É graduado em Ciências Contábeis pela Unemat (1999), mestre em Saúde Coletiva (2009) e doutor em Ciências da Saúde (2014) pela Universidade Federal de Mato Grosso.

ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE COMO ESTRATÉGIA CENTRAL PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS

RENATO TASCA



É consenso global: saúde é direito de todos. Esse princípio foi afirmado no ano de 1948 pela Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (Organização das Nações Unidas) e, desde então, tem sido reiterado em vários eventos e iniciativas globais. O mais recente compromisso de todos os países com a saúde universal é representado pelo terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030: “Assegurar uma vida saudável e promover bem-estar para todos e todas, em todas as idades”. Uma das metas desse objetivo é a “cobertura universal de saúde” ou “saúde universal”.

O SUS (Sistema Único de Saúde) é completamente coerente com a concepção de saúde universal, baseada em três grandes dimensões: 1) atenção à saúde de qualidade, para todas as pessoas; 2) todos os serviços necessários, com eficácia baseada em evidências científicas e custo-efetividade comprovada; e 3) com proteção financeira, o que significa sem nenhum tipo de pagamento direto na hora do atendimento —o que difere o SUS de outros países com sistemas públicos universais, como Itália e Reino Unido, onde existe copagamento pelos usuários para alguns tipos de procedimentos, porém com isenção para grupos mais vulneráveis.

É também consenso global que a atenção primária à saúde (APS) é a única estratégia capaz de enfrentar o desafio de dar saúde para todos, ao ser coordenadora do cuidado da saúde dos usuários e ordenadora da rede de serviços. Muitas das pesquisas que comprovaram a efetividade da APS foram realizadas no Brasil, a partir do ano 2000, quando foi demonstrado o impacto do Programa de Saúde da Família sobre os principais indicadores de saúde, especialmente entre os grupos mais pobres e vulneráveis da população brasileira. Gosto de citar uma frase do atual diretor-geral da OMS (Organização Mundial da Saúde), o etíope Tedros Adhanom Ghebreyesus: “A atenção primária à saúde é o lugar onde a batalha pela saúde humana se ganha ou se perde”.

A idealização da atenção primária como estratégia central de saúde pública vem desde a Declaração de Alma-Ata, de 1978, e foi reiterada em 2018 na Declaração de Astana, no Cazaquistão. Aqueles princípios de 40 anos atrás foram, de alguma

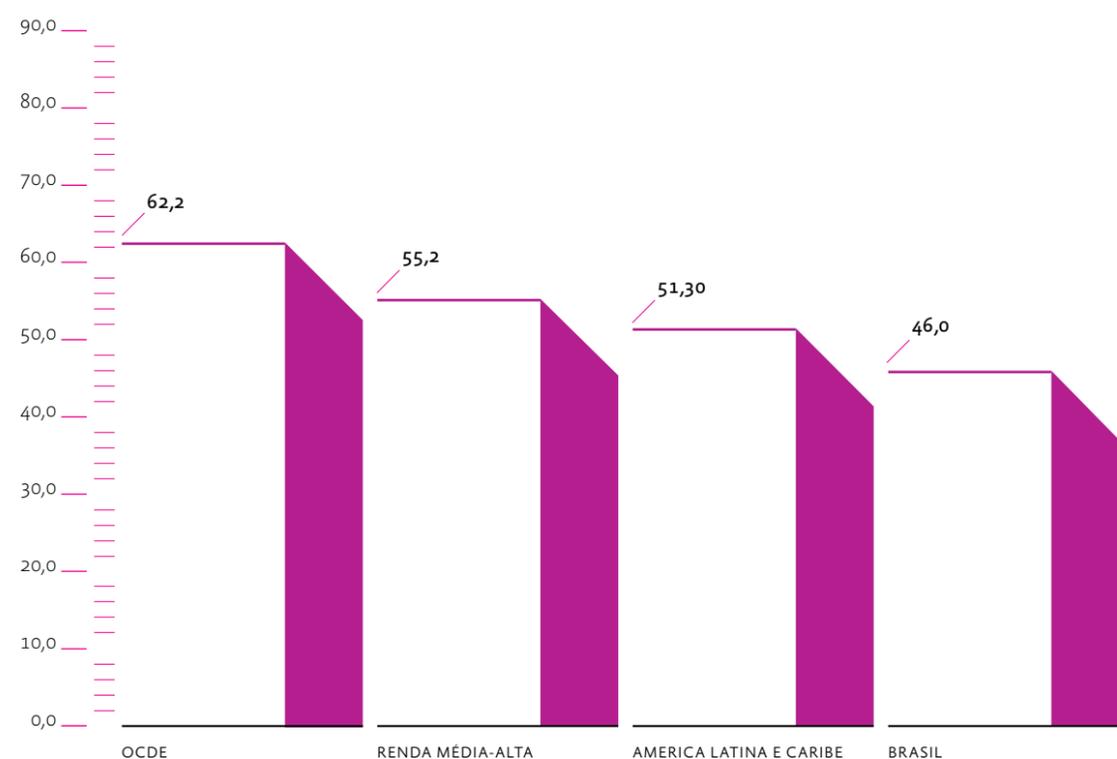
maneira, renovados, revistos e melhorados com uma série de críticas e sugestões acumuladas ao longo desse período.

Mais uma vez, é importante destacar como o SUS constitui um sistema de saúde totalmente coerente com essa visão. É uma experiência singular, já que o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema público e universal de saúde. Mas o SUS também expressa as dificuldades e os desafios, comuns a todo o mundo, de construir uma cobertura universal, de ter serviços de saúde acessíveis e de qualidade para todos—sonho de consumo de cidadãos de todos os países. Embora muito bem positivado no marco jurídico nacional, o SUS, obviamente, enfrenta problemas e limitações, a começar pelas desigualdades sociais e de renda presentes na sociedade, que se colocam como empecilhos para alcançar melhores resultados de saúde. Além disso, a generosidade da Constituição de 1988 foi limitada pela insuficiência de recursos destinados à saúde pública pelos diferentes governos que se sucederam. Como resultado, em comparação com outros países, ricos e menos ricos, da própria região ou não, observa-se uma histórica e crônica debilidade do financiamento do SUS.

Durante o 53º Conselho Diretivo da Opas (Organização Pan-Americana da Saúde), em 2014, todos os países das Américas assinaram uma resolução na qual concordam sobre a necessidade de destinar pelo menos 6% de seu PIB (Produto Interno Bruto) à saúde pública para alcançar a saúde universal. Alguns já chegaram a esse patamar, como Canadá, Costa Rica e Uruguai; outros até o ultrapassaram, a exemplo de Reino Unido, Itália, Espanha e Estados Unidos.

Mas, segundo as estimativas dos pesquisadores, se for mantida a tendência histórica, muitos países ainda vão demorar muito para alcançar os 6% do PIB para a saúde pública—o Brasil só deve chegar lá em 2064—e outros, como Argentina, Venezuela e Jamaica, nunca vão atingir esse percentual. O que interessa observar é que essa não é uma condição exclusiva brasileira: todas as grandes democracias também estão com água no pescoço para manter a universalidade e a integralidade de seus próprios sistemas de saúde. É uma preocupação global.

PROPORÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE SOBRE GASTOS TOTAIS EM SAÚDE | BRASIL



FONTE | WORLD DEVELOPMENT INDICATORS, 2017.

É aqui que entra o tema da APS. Ela é importante não apenas para dar escala de atendimento, mas, sobretudo, porque ajuda a diminuir a ineficiência na saúde. Em 2017, a OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico) divulgou o estudo “Tackling Wasteful Spending on Health”, que mostra os responsáveis pelo desperdício do gasto em saúde: metade do dinheiro que “escoa pelo ralo” é devida ao mau gerenciamento administrativo (compras malfeitas ociosidade dos serviços, incapacidade de planejamento e de contratualização etc.) ou “desperdício intencional”, como corrupção, fraudes e abusos.

A outra metade do desperdício está relacionada à má gestão clínica, em que é possível sintetizar as razões das perdas em três causas. A primeira é o excesso de procedimentos desnecessários, como exames repetidos ou supérfluos. A segunda é realizar procedimentos errados, que originam eventos adversos, como complicações ou infecções, e demandam mais intervenções (e mais dinheiro) para recuperar o erro. A terceira causa é provocada pela inércia dos serviços que deixam de fazer o procedimento certo na hora certa, o que gera complicações e agrava a condição de saúde inicial. Os erros dessa última categoria são muito frequentes em portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, nas quais um bom cuidado clínico na atenção primária tem uma forte capacidade de reduzir as graves complicações que esses agravos ocasionam.

Além de causar desperdício, todas essas situações levantam dilemas do ponto de vista ético, e, em muitos casos, elas não deveriam ocorrer se as medidas de segurança do paciente fossem seguidas corretamente. Analisando os dados disponíveis sobre o segmento hospitalar, os estudos do Brasil indicam que 60% dos eventos adversos são preveníveis. E essa fragilidade não é típica dos sistemas de saúde pública. O IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) tem levantamentos que mostram falhas gravíssimas e ocorrência frequente de eventos adversos também no setor privado.

A APS é fundamental para fazer frente à má gestão clínica e seus desdobramentos. Quanto mais a APS é forte e capaz de criar vínculos com as pessoas, interligar redes e encaminhar pacientes de maneira correta, maiores são as possibilidades de uma gigantesca poupança de recursos, a começar por menores taxas de hospitalização e de procedimentos desnecessários. Há milhões de evidências, em vários países, comprovando isso, a exemplo do estudo sobre eficiência no SUS realizado pelo Banco Mundial, que mostra que a APS é muito mais eficiente do que a atenção especializada. O mesmo estudo observa que uma APS eficiente tem efeitos positivos nos outros níveis de atenção, tornando-os também mais eficientes.

As soluções para a melhoria gerencial e clínica do SUS podem vir de várias maneiras: por administração direta, por organizações sociais, por serviços sociais autônomos,

por filantropia etc. O importante é que a relação entre público e privado seja sempre menos predatória e mais colaborativa. Nesse sentido, as organizações sociais de saúde podem ser um bom caminho, posto que, ao criar uma parceria entre o setor público e a sociedade civil organizada, aproximam o Estado das necessidades de saúde da população, promovendo uma resposta eficiente em tempo oportuno. Porém, o sucesso dessa parceria está condicionado à integridade e à capacidade técnica das pessoas que a comandam, das que protagonizam seu dia a dia e das que planejam e monitoram essas atividades—no caso, o ente público.

É importante também acabar com a narrativa de que a administração direta é ineficiente e somente soluções inovadoras, como a terceirização, são capazes de melhorar a gestão do SUS. Acreditamos que muita coisa poderia ser feita para melhorar a administração direta, a começar pela revisão de normativas antigas que dizem respeito, por exemplo, às licitações públicas ou à responsabilidade fiscal à qual a gestão pública está submetida.

Existem muitos exemplos de serviços de excelência que são gerenciados diretamente por gestores públicos, sem nenhuma interferência de organismos privados ou não governamentais. Analisar essas boas práticas, destacar as suas fortalezas e divulgá-las para os gestores interessados pode ser uma estratégia relevante rumo a um SUS mais eficiente.

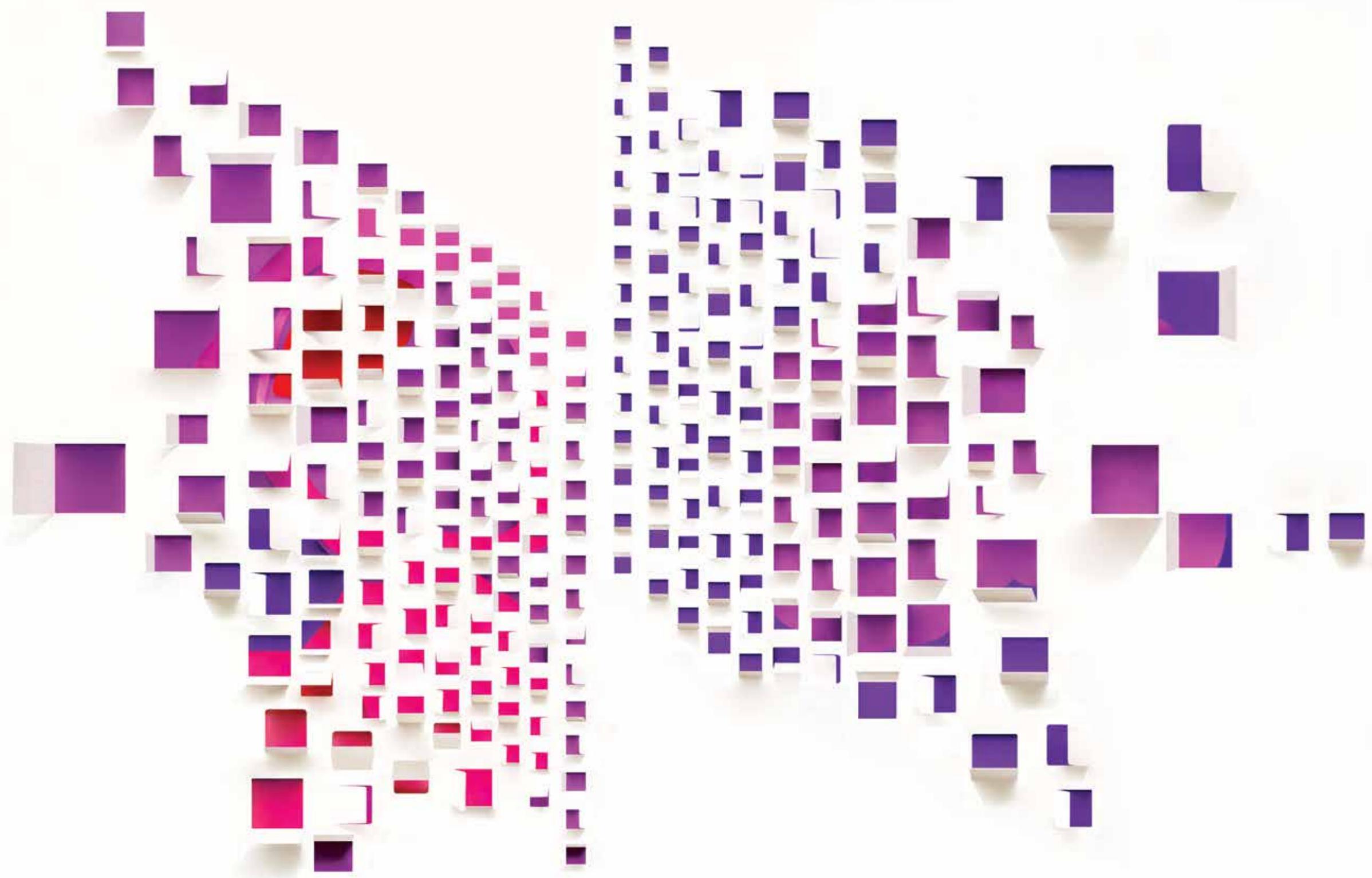
Essas experiências exitosas comprovam que existem inúmeras equipes e servidores públicos de saúde que trabalham com responsabilidade, compromisso e competência, mostrando que o SUS está “vivo da silva”. Essas pessoas representam o principal potencial para o fortalecimento do SUS e só um forte envolvimento delas pode garantir o sucesso de medidas de aprimoramento. Para isso, esses profissionais precisam ser valorizados e orientados por lideranças comprometidas com a sustentabilidade do SUS, capazes de focar as prioridades e os resultados.

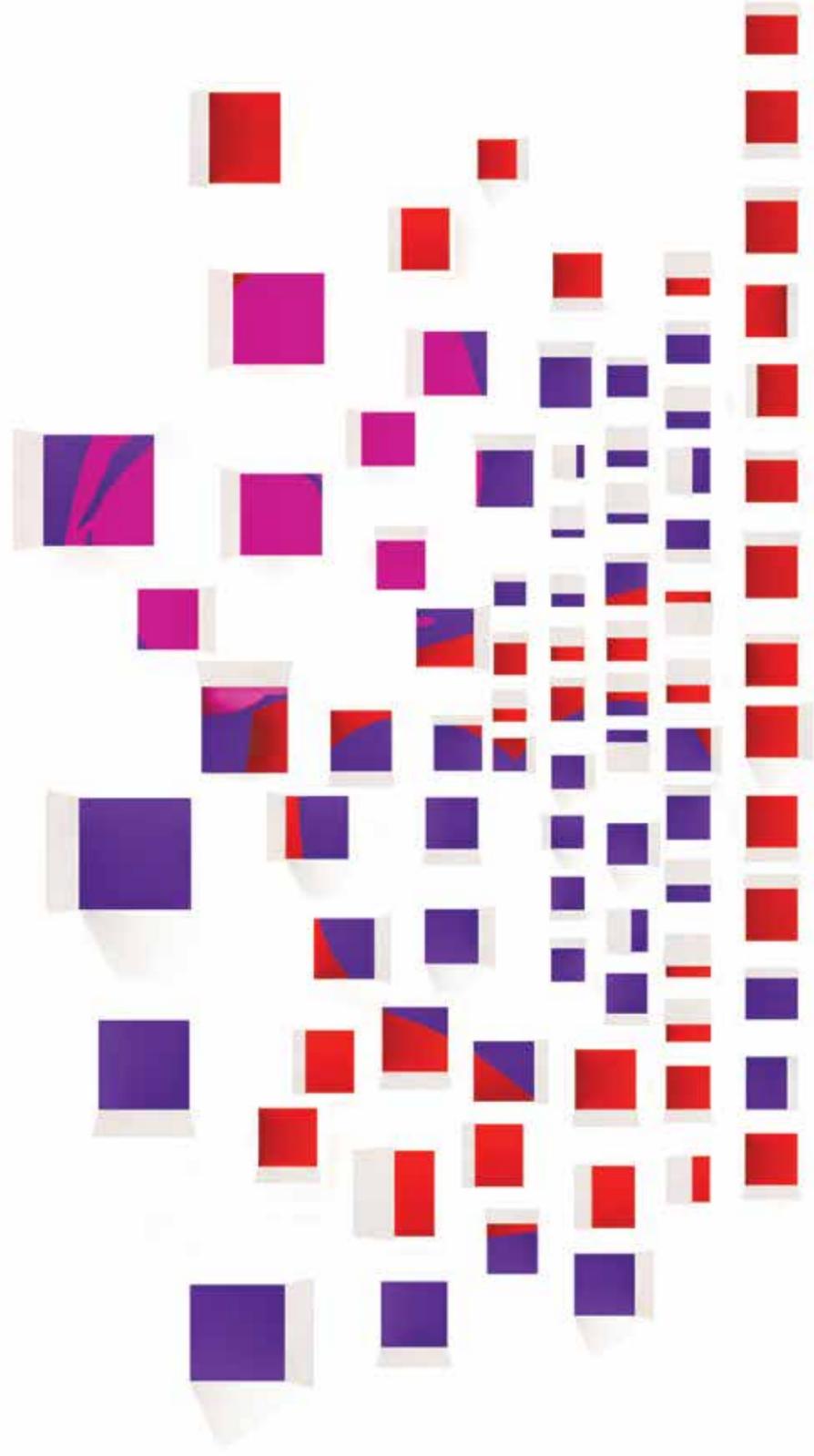
Mais recursos e uma atenção primária forte são absolutamente necessários para que o SUS possa avançar de modo significativo para concretizar o princípio da “saúde como direito de todos”, consagrado pela Constituição Federal de 1988.

RENATO TASCA

é coordenador da Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas (Organização Pan-Americana da Saúde) no Brasil. Médico-cirurgião formado pela Università Degli Studi di Torino (Itália) (1983), especialista em Doenças Infecciosas pela mesma instituição e em Epidemiologia pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, atuou no Departamento de Administração Pública do Gabinete do Primeiro-Ministro da Itália (2001–2005).

MOTIVAÇÃO





TRANSPARÊNCIA NA PARCERIA COM ENTIDADES DO TERCEIRO SETOR

TRANSPARÊNCIA E SUSTENTABILIDADE FISCAL

ALESSANDRO CALDEIRA



Alguns podem achar estranho que um diretor de Dívida Pública, como é o meu caso no TCU (Tribunal de Contas da União), esteja participando de um evento sobre saúde. Nada mais natural, contudo. Embora possa não parecer óbvia, a relação é direta: dívida pública tem a ver com sustentabilidade fiscal e esta tem a ver com a sustentabilidade de toda e qualquer política do governo. Em suma, não há política pública possível quando não há equilíbrio entre receitas e despesas.

Não sou, porém, novato na questão de financiamento de ações de saúde. No início dos anos 2000, fui designado pela Secretaria do Tesouro Nacional—na época eu era servidor daquele órgão—para acompanhar os debates em torno da operacionalização da emenda constitucional nº 29, que, finalmente aprovada em 2000, estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para o financiamento do SUS (Sistema Único de Saúde).

Eu era novato em financiamento da saúde, assim como na área fiscal, mas tive naquela época um apoio bastante importante, e até generoso, do saudoso Elias Antônio Jorge. Tenho certeza de que muitos que lidam com a saúde o conheceram. O professor muito me apoiou e me ajudou naquele início de aprendizado.

A administração pública é regida por cinco princípios, segundo está estabelecido no art. 37 da nossa Constituição: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Da mesma forma, o princípio da transparência deve ser atendido por todos os que trabalham com a aplicação de recursos públicos, por todos os que lidam com a administração do Estado brasileiro.

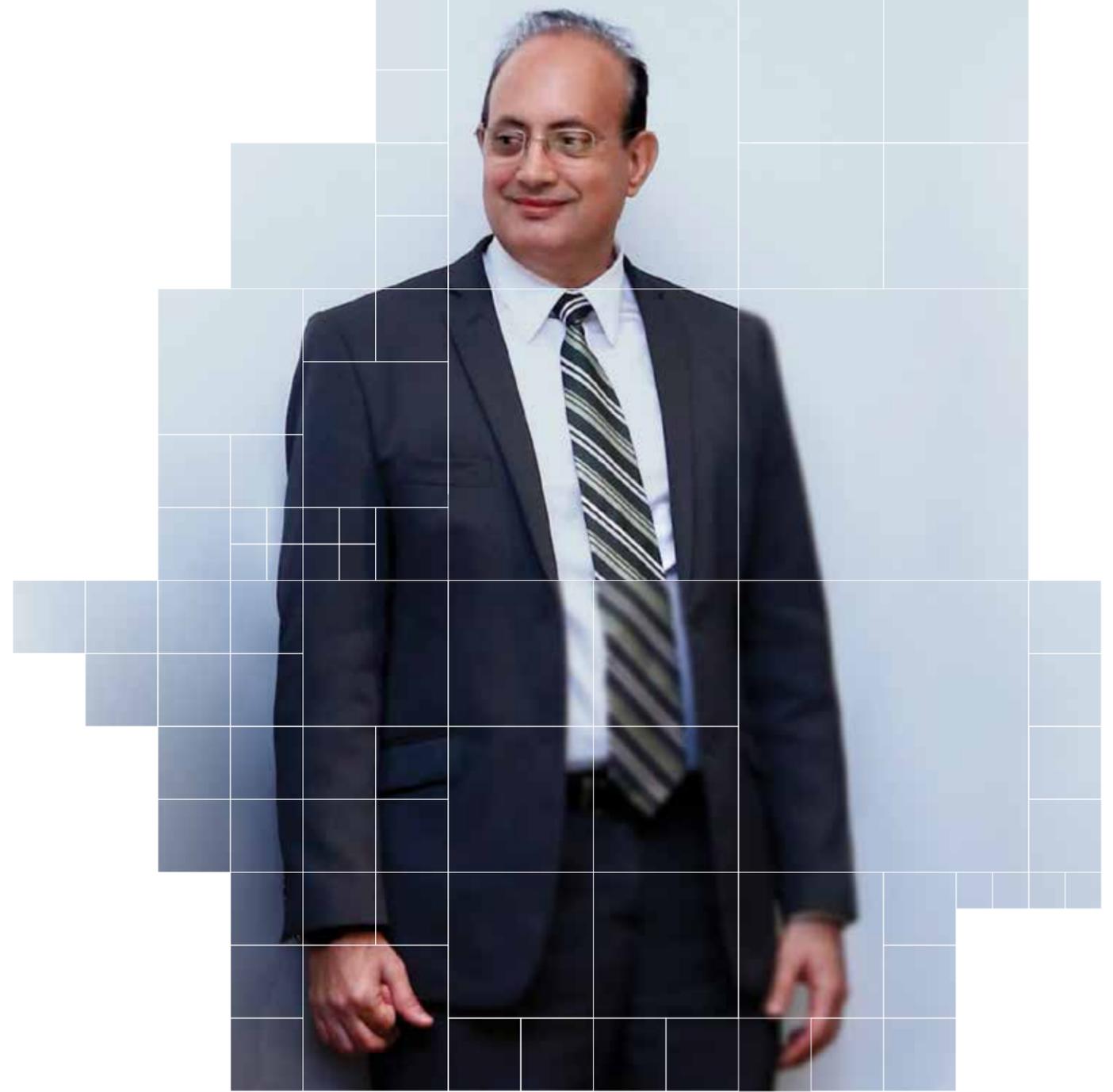
O TCU já tratou de maneira extensa sobre esse tema em vários acórdãos. Alguns deles merecem destaque: os acórdãos nº 1.376 de 2015, nº 1.198 de 2016 e nº 1.187 de 2019, que tratam justamente do cumprimento dos parágrafos 2º e 4º do art. 13 da lei complementar nº 141, que dispõem sobre valores mínimos a serem aplicados anualmente por União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde e sobre o cômputo das despesas de pessoal das organizações sociais no cálculo do limite de despesa com pessoal previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal.

ALESSANDRO CALDEIRA

é diretor de Fiscalização da Dívida Pública da Secretaria de Macroavaliação Governamental do TCU (Tribunal de Contas da União). Graduado em Ciências Contábeis pela União Educacional de Brasília (1999), com especialização em Direito Público pelo Instituto Processus (2008) e em Auditoria Financeira pela Universidade de Brasília (2015), é professor da Icesp Promove, em Brasília.

A TRANSPARÊNCIA COMO OPORTUNIDADE

ALEXANDRE GOMIDE LEMOS



As condições atuais que regem a saúde no Brasil obrigam os gestores a buscar mais eficiência na aplicação dos recursos. Vivemos um cenário de restrição fiscal que não será superado no curto e médio prazo e de demanda crescente, seja pelo envelhecimento da população, pelo aumento da longevidade ou pela alta dos custos de saúde, normalmente acima da inflação geral. Não há no horizonte, portanto, espaço para altas orçamentárias relevantes, em nenhum nível de governo, mas, mesmo com todas essas dificuldades, há oportunidade para ganhos de eficiência.

Segundo estudo publicado pelo Banco Mundial em 2018, o país perde quase 4% do PIB (Produto Interno Bruto) por causa de gastos ineficientes, o que inclui também subsídios realizados de forma não muito correta. Afora isso, ainda temos a questão da corrupção. Traduzindo em valores, são US\$ 68 bilhões, ou seja, mais que o dobro do orçamento anual do Ministério da Saúde para financiamento de ações e serviços públicos de saúde. Controles mais eficientes podem contribuir para a diminuição desses gastos ineficientes.

A peculiaridade do sistema de saúde brasileiro impõe desafio extra. O SUS (Sistema Único de Saúde) é algo sem paralelo no mundo: são várias instâncias de governança e gestão, com ações e serviços executados majoritariamente nas pontas, pelos municípios brasileiros, num país de dimensões enormes. Estamos falando de quase 4 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 328 milhões de procedimentos hospitalares por ano, uma complexidade nada trivial.

Cabe a pergunta: como controlar a aplicação dos recursos em cenário tão adverso? Como fazer o controle de volume tão grande de dinheiro? Será que somente o controle institucional é suficiente e dá conta de produzir os resultados de que a sociedade precisa?

Nós, da CGU (Controladoria-Geral da União), entendemos que o controle social é fundamental não só na saúde, mas em todas as políticas cuja execução é descentralizada. E aí entra a ideia de um controle institucional que funcione lado a lado com o social para que se consiga dar a melhor destinação possível aos recursos públicos. Ambos estão, de alguma forma, abarcados pela Constituição (o institucional, pelos

art. 70, 71 e 74, e o social, pelo art. 3, inciso XXXIII, entre outros). No caso do controle social, a transparência, também assegurada pela Lei de Acesso à Informação (nº 12.527/2011), é o ingrediente fundamental.

Mais especificamente, o modelo de organizações sociais (OS), instituído pela lei nº 9.637/1998, nos permite trazer a eficiência da iniciativa privada para o serviço público. Mas, por outro lado, soma mais algumas camadas de complexidade para a gestão, com suas várias instâncias adicionais de governança, como conselhos de administração, direção, comissões de avaliação etc.

Além disso, por ser uma lei federal e não uma lei nacional, os gestores locais tiveram que elaborar suas próprias legislações sobre organização social, e o resultado é que temos hoje por volta de 150 leis municipais e estaduais que guardam alguma semelhança com a 9.637. Tudo isso traz dificuldades adicionais em termos de gestão e controle.

De 2011 para cá, a CGU realizou aproximadamente 80 auditorias em organizações sociais. É possível fazer uma avaliação geral de seus resultados e apontar onde identificamos maior quantidade de problemas, a partir de quatro fases do ciclo de contratação de gestão: custos, seleção/contratação, execução e fiscalização/avaliação. Começando pelos custos, é possível observar uma grande fragilidade dos gestores para, antes de optar pela utilização do modelo de OS, conseguir tanto precificar o serviço quanto demonstrar a vantagem de utilizá-lo em detrimento do sistema de execução direta. É claro que há toda a dificuldade de pessoal, de cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal etc., mas essa continua sendo uma questão muito mal resolvida pelos gestores públicos.

Também encontramos problemas, ainda que em menor proporção, tanto na parte de seleção e contratação, com casos de direcionamento, quanto na de execução dos serviços, que muitas vezes acabam se transformando em matéria policial, como ocorreu no Rio Grande do Sul em 2019. E, finalmente, fiscalização e avaliação são outro ponto de grande fragilidade, dada a complexidade que envolve a gestão de todo o sistema.

Estamos avançando nessas análises. Até o fim do primeiro semestre de 2020, esperamos concluir um grande trabalho sobre terceirização na área de saúde, no qual estamos auditando secretarias de Saúde e organizações sociais em vários estados do país. Tal iniciativa está inserida no nosso plano tático que se chama “Economia da Saúde”. Olhamos do início ao fim do processo: desde a decisão de contratualização, seleção, qualificação até a contratualização propriamente dita, a execução contratual, a fiscalização e o acompanhamento.

O que nos chamou a atenção, seja nas auditorias pretéritas, seja nesse trabalho que ora estamos concluindo, foi a dificuldade de acesso à informação para o planejamento e a execução dos trabalhos. Se é assim para um órgão de controle como a CGU, imagine para o cidadão comum! As fontes existentes—como o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde), as secretarias estaduais e municipais de Saúde, os cadastros de CNPJ ou o Mapa das Organizações da Sociedade Civil do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)—se mostraram insuficientes. As informações sobre a aplicação de recursos públicos pelas OS existem, mas estão incompletas, dispersas em vários portais e em formatos diversos. Com isso, utilizá-las e, especialmente, compará-las é algo bastante complicado, o que dificulta muito o exercício do controle social.

A partir dessas constatações, é possível endereçar algumas sugestões. A primeira é o aprimoramento da contratualização, com a definição de um conjunto mínimo de indicadores, de um contrato-modelo ou de um esqueleto de contrato de gestão—e aí, desde já, coloco a CGU à disposição para avançar essa discussão, que nos permitiria aprimorar os trabalhos de supervisão.

Além disso, deve-se buscar o máximo da transparência ativa. Isso não significa obrigar nenhuma OS a alterar sua forma de trabalhar, mas simplesmente “abrir uma janela” para que o cidadão possa ver o que está acontecendo lá dentro.

Outro aspecto muito importante é a melhoria e a integração dos atuais portais de transparência—da União, de estados, de municípios, das próprias OS—, porque hoje eles não se falam. E, por fim, porém mais para o futuro, a criação de uma escala de trans-

parência ativa para ranquear os portais que possuem informações de aplicação de recursos para organizações sociais na área da saúde, numa forma de fomentar a transparência. Considero que existe muito controle no país, mas ressalto a contribuição para a melhoria da prestação dos serviços públicos que daí advém. Avalio que a demanda por mais transparência deve ser encarada pelas organizações sociais não como ameaça, mas como uma possível oportunidade de provar à sociedade que elas podem, sim, ser mais eficientes que o poder público na prestação de serviços de saúde aos brasileiros.

ALEXANDRE GOMIDE LEMOS

é coordenador-geral de Auditoria da Área da Saúde da CGU (Controladoria-Geral da União). Graduado em Ciência da Computação pela Universidade de Brasília e especialista em Gestão de Negócios pela Fundação Dom Cabral, possui certificação CGAP (Certified Government Auditing Professional) pelo Instituto dos Auditores Internos.

DESPESAS DE PESSOAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E OS LIMITES DA LRF

LEONARDO SILVEIRA DO NASCIMENTO



Vêm da LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal) a competência e as diretrizes sobre como a STN (Secretaria do Tesouro Nacional) deve computar os gastos com pessoal nos diversos dispositivos adotados pela contabilidade pública no país. Temos dois principais produtos para tanto: o MCASP (Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público) e o MDF (Manual de Demonstrativos Fiscais). Mas seu principal objetivo é um só: dar transparência às informações e auxiliar gestores na tomada de decisões. O artigo 51 da LRF dispõe sobre a competência do Tesouro para a consolidação das contas públicas e o parágrafo 2º do artigo 50 diz que a edição de normas gerais de consolidação das contas públicas cabe ao órgão central de contabilidade da União, no caso o Tesouro Nacional, enquanto não implantado o Conselho de Gestão Fiscal previsto no artigo 67 da lei. Há, portanto, todo um arcabouço legal a ser respeitado. Estamos dentro de um contexto mundial. O processo de convergência contábil internacional fará com que, num prazo de cinco anos, 65% dos países passem a reportar no regime de competência; hoje são 35%. Devemos caminhar de uma lógica orçamentária ainda muito forte para a de informação patrimonial, que é muito mais completa. Temos, então, uma síntese do que é o MDF: ele busca a padronização de demonstrativos fiscais, trata do anexo de metas, do anexo de riscos, do relatório de gestão fiscal e do relatório resumido da execução orçamentária. Cuida, pois, da harmonização de procedimentos e conceitos e do que chamamos de mapeamento, ou seja, classificadores orçamentários padronizados por função e subfunção, por natureza de despesa etc. Hoje já temos toda a contabilidade de cada ente da federação detalhada por um plano de contas único em informações orçamentárias numa base mensal. Mas o grande desafio continua sendo a qualidade dessas informações.

O Manual de Demonstrativos Fiscais é uma construção conjunta, com uma câmara técnica que reúne Confaz (Conselho Nacional de Política Fazendária), tribunais de contas, Controladoria-Geral da União, Congresso Nacional, Ministério Público, Judiciário, além da Confederação Nacional dos Municípios e outros atores importantes no processo. Às vezes, demoramos anos na definição de algum entendimento justamente por entender que só pode ser inserido no manual o que estiver maduro e seguro.

Todo esse preâmbulo nos permite analisar melhor a determinação inserida no MDF acerca do tratamento a ser dado a despesas de pessoal nas organizações sociais (OS). A regra foi incluída na versão do manual que valeu em 2019 e está mantida para o exercício de 2020, acrescida dos entendimentos trazidos pela portaria STN nº 233/2019. É importante esclarecer quais foram as motivações para essa normatização.

Em primeiro lugar, o Tesouro Nacional não lida somente com regras contábeis e fiscais e precisava pacificar alguns entendimentos sobre como as despesas de pessoal devem ser computadas. Além disso, o acórdão nº 2.444 do TCU (Tribunal de Contas da União) também cobrava uma discussão da legislação acerca da aplicação de regras de pessoal para as organizações sociais. E, para completar, com a crise fiscal começamos a ver movimentos de estados para tentar transferir despesas finalísticas da administração pública para terceirizados ou outros—e não estou falando especificamente de organizações sociais ou de saúde. Esses fatores se somaram para exigir uma melhor normatização da questão. No nosso entendimento, o conceito da LRF é inequívoco. Está no parágrafo 1º do art. 18: “Os valores dos contratos de terceirização de mão de obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como ‘Outras Despesas de Pessoal’”. Está bem claro também que ele restringe aquela de substituição de mão de obra à atividade finalística.

Deixamos isso bem explícito na 9ª edição do MDF: “Da mesma forma, a parcela do pagamento referente à remuneração de pessoal que exerce atividade-fim de público, efetuado em decorrência da contratação de forma indireta, deverá ser incluída no total apurado para verificação dos limites de gastos com pessoal”.

Se as despesas das OS não entrassem no cômputo de pessoal, teríamos um falso efeito sobre o cálculo de comprometimento fiscal de cada ente subnacional. Afinal, seja por uma organização social, seja pela administração direta, o gasto acontece e consome parte da receita corrente líquida—percentual que a LRF veio a limitar em 60%. Cabe esclarecer que o MDF se refere a organizações da sociedade civil—ou seja, Oscips, organizações sociais e outras denominações—, mas isso vai ser discutido e deve ser revisto, para que se restrinja a organizações sociais de maneira mais genérica.

Mais especificamente, refere-se a casos em que as OS administram estruturas pertencentes à administração pública ou têm a totalidade ou a maior parte das suas despesas custeadas pelo poder público. No nosso entendimento, nessas circunstâncias, e por abranger contratos de gestão, é possível identificar o valor de despesa com pessoal relacionado à atividade-fim do ente da federação.

Importante dizer que estão fora do escopo da normatização do MDF referente à inclusão no câmputo de despesa de pessoal as despesas de pessoal das organizações que atuam na prestação de serviços ao cidadão de forma independente dos repasses efetuados pela administração pública, ou seja, que não dependem exclusivamente ou na totalidade dos recursos do setor público.

Vale esclarecer que transferências para organizações da sociedade civil, Oscips, entidades filantrópicas, entidades sem fins lucrativos por meio de termo de cooperação, termo de fomento, termo de parceria e contrato de direito público ou convênio, em que não há como associar os recursos transferidos às despesas de pessoal dessas entidades, estão fora do escopo do câmputo de despesas de pessoal previsto no MDF. E um segundo ponto: as transferências para as organizações sociais são aquelas feitas com base no instrumento do contrato de gestão, em que é possível identificar o valor das despesas de pessoal relacionado à atividade-fim do ente da federação, e, nesse caso, devem ser incluídas no câmputo das despesas de pessoal para fins de apuração de limite da LRF.

A portaria nº 233 estabeleceu prazo até fim de 2019 para o Tesouro Nacional definir as rotinas contábeis e as classificações orçamentárias, de forma a permitir aos entes subnacionais se adaptarem às novas regras. Em breve, devemos soltar uma consulta pública acerca da contabilização das OS e sua relação com despesa de pessoal e abrir para receber contribuições.

O prazo para os entes da federação avaliarem os dispositivos contratuais e os procedimentos de prestações de contas e, se for o caso, fazer aditivos aos contratos de gestão vai até o fim de 2020. A partir de 2021, a regra do MDF será plenamente aplicável e, inclusive, verificada pelos tribunais de contas.

Estamos trabalhando pela contabilização das despesas de pessoal pelas organizações sociais de forma que consigamos capturar os dados reais. Hoje temos apenas diagnósticos, mesmo assim ainda muito nebulosos. Com a matriz de saldos contábeis sendo coletada numa base mensal e com a declaração de contas anuais, vamos conseguir ter informação suficiente acerca de como tratar as despesas de saúde no câmputo das despesas de pessoal e, dessa maneira, poder tomar as melhores decisões.

LEONARDO SILVEIRA DO NASCIMENTO

é coordenador-geral de Normas de Contabilidade Aplicadas à Federação da Secretaria do Tesouro Nacional. Graduado em Ciências Contábeis pela UnB (Universidade de Brasília) (2000), especialista em Gestão Orçamentária e Financeira do Setor Público pelo UDF Centro Universitário (2007) e mestre em Contabilidade pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011), leciona em instituições de ensino superior. Foi presidente do Conselho Fiscal da Caixa Econômica Federal.

A CONSTRUÇÃO DA TRANSPARÊNCIA NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

CAROLINA GONDIM
SILVIA REGINA PONTES LOPES ACIOLI



Silvia Regina Pontes Lopes Aciole

O estado de Pernambuco iniciou sua experiência com as organizações sociais (OS) de saúde em 2009. Atualmente são nove as instituições que atuam em âmbito estadual, gerindo 36 unidades de saúde. A partir de uma constatação comum, a de falta de transparência na prestação de contas, o Ministério Público Federal e o Tribunal de Contas do Estado agiram para jogar mais luz sobre a atuação dessas entidades. Antes de discorrer sobre o caso específico de Pernambuco, um ponto preliminar precisa ser ressaltado: normas jurídicas não são questões burocráticas ou de pouca importância. Elas cumprem função social relevante, ao dar, inclusive, transparência aos gastos e permitir aos gestores analisar se há ou não eficiência na aplicação dos recursos públicos. Órgãos de controle não podem, de maneira alguma, transigir em relação a isso.

O que tínhamos em Pernambuco quando iniciamos nosso trabalho era uma realidade de pouquíssima transparência. A prestação de contas pelas organizações sociais se restringia à mera apresentação de relatórios de gestão. Entendíamos que isso era claramente insuficiente para cumprir o que tanto a Constituição, em seu art. 5º, inciso XXXIII, quanto outras leis, como a nº 12.527/2011 e a nº 141/2012, determinam.

Órgãos de controle precisam ter acesso ao caminho total e completo que o recurso percorre desde a liberação pelo poder público até a aplicação final. Não basta o administrador, num relatório de gestão, apresentar supostos cumprimentos de metas sem detalhar custos e componentes, sem dizer especificamente quais entidades foram contratadas e quais critérios de contratação foram adotados.

Em julho de 2017, nós, do Ministério Público Federal em Pernambuco, avocamos a competência federal para apurar a situação das OS no estado, a partir do entendimento de que havia aplicação de verba do SUS (Sistema Único de Saúde) via fundo estadual de saúde. Isso seria posteriormente contestado e alegado para extinguir uma das ações que propusemos—matéria ainda hoje sub judice.

Depois de ouvir as nove organizações sociais de saúde que atuam em Pernambuco, expedimos uma recomendação para que sanassem a situação lacunosa existente nas suas prestações de contas. Determinamos às entidades que promovessem, no prazo de 120 dias, a correta implantação do Portal da Transparência, previsto na lei federal

nº 12.527/2011 e na lei estadual nº 14.804/2012, assegurando que nele estivessem inseridos e atualizados em tempo real os dados previstos nos mencionados diplomas legais e também na lei estadual nº 15.210/2013.

Naquela altura, das nove instituições, apenas três tinham portais de transparência. Mesmo assim, a alimentação era altamente precária e não permitia visualizar com o mínimo de atualidade a execução contábil financeira—o dado mais importante nessa prestação de contas para fins de controle social e para fins de controle de auditoria do Tribunal de Contas.

Além dessa precariedade, observamos que também faltava iniciativa da administração direta no sentido de estabelecer normas e diretrizes mais precisas para as organizações sociais, de fixar o que efetivamente os portais deveriam conter e como deveriam ser alimentados. Em síntese, as questões estavam extremamente nebulosas e o próprio corpo de auditores do Tribunal de Contas mostrava preocupação com a auditabilidade das contas.

Em junho de 2018, solicitamos ao Tribunal de Contas a realização de uma auditoria especial. O resultado foi que, a partir daí, todas as nove organizações sociais passaram a dispor de um portal de transparência, porém, mais uma vez, sem obedecer a um padrão mínimo que facilitasse o escrutínio pela sociedade—leiautes totalmente díspares, alimentação precária etc.

Configurada a inércia da administração direta em sanar essa situação e implementar medidas concretas que resultassem em mais transparência na prestação de contas pelas OS, o Ministério Público Federal ajuizou duas ações cíveis públicas: uma de obrigação de fazer e outra de improbidade administrativa contra as chefias do Executivo de Pernambuco e da Secretaria de Saúde na época. Não ajuizamos nenhum tipo de improbidade com relação aos gestores das organizações sociais de saúde, porque entendemos que a omissão de encabeçar normas e orientações que pudessem subsidiar a transparência era da administração direta.

Nossa atuação deu mais visibilidade a preocupações que não eram apenas nossas e isso ajudou a atrair outros órgãos de controle, como o próprio Tribunal de Contas

do Estado de Pernambuco, para o tema. Uma das consequências é que as contas da Secretaria de Saúde do estado relativas a 2016 e 2017 foram reprovadas, com aplicação de sanções aos gestores responsáveis, e as de 2018 foram aprovadas com ressalvas.

Mas o mais relevante é que, a partir dos impulsos que a atuação de um órgão de controle acaba suscitando sobre outros órgãos de controle, tivemos a edição da resolução nº 58, algo muito bem pensado e trabalhado pelo corpo de auditores do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, a partir de experiências tanto da Paraíba quanto do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

Desde 2010, as contas das 36 unidades de saúde geridas por organizações sociais de saúde que atuam em Pernambuco passam por auditoria da equipe do Tribunal de Contas. No início, o foco era a forma dos contratos de seleção das OS. Depois, passou a ser também a verificação de metas e resultados e, posteriormente, em decorrência de irregularidades detectadas no Rio Grande do Norte e em Mato Grosso por algumas das mesmas instituições que estavam atuando em Pernambuco, voltou-se um olhar mais cuidadoso às despesas propriamente ditas, ou seja, seguir o dinheiro.

Mas as condições para tanto sempre foram precárias. Os sistemas existentes informavam empenhos milionários, mas não permitiam conhecer o destino dos recursos públicos. Não raro, era preciso revirar caixas de papel em busca de notas fiscais que atestassem gastos. Eram auditorias artesanais, totalmente inadequadas para a realidade que precisava ser auditada: de 2010 a 2018, os repasses do estado de Pernambuco em favor das OS cresceram de R\$ 138 milhões para R\$ 865 milhões.

Para mudar essa situação e dar conta dos desafios de lidar com tamanho volume de dinheiro, em agosto de 2019 o Tribunal de Contas editou a resolução nº 58, que obriga a divulgação de dados em formato aberto, que possibilite uma transparência útil e permita amplo controle social das atividades prestadas pelas OS no estado de Pernambuco. Durante toda a formulação da resolução, foi mantido diálogo tanto com a Secretaria de Saúde quanto com a Controladoria-Geral do Estado para que o nível de transparência a ser cobrado fosse algo viável e possível de ser atendido. Aproveitamos o modelo no qual a secretaria já vinha recebendo os dados mensalmente das OS e

apenas exigimos que fossem disponibilizados em formato aberto, com prazo até o dia 15 do segundo mês subsequente ao da competência da informação.

A resolução entrou em vigor em janeiro de 2020 e, desde que foi publicada, já é possível notar alguma evolução nos níveis de prestação de contas. O importante é deixar claro que a transparência não é um fim em si mesmo, mas sim um instrumento para a correta análise da eficiência, que sirva para averiguar se os serviços prestados pelas OS são realmente mais vantajosos que os da administração direta e a preços compatíveis com os praticados pela iniciativa privada. E isso, certamente, é do interesse dos próprios gestores das organizações sociais de saúde.

CAROLINA GONDIM

é auditora do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco.

SILVIA REGINA PONTES LOPES ACIOLI

é procuradora da República em Pernambuco. Graduada em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco (2002) e mestre em Direito, Estado e Constituição pela UnB (Universidade de Brasília) (2007), possui especialização em Direito Constitucional e em Direito Administrativo pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza e em Direito Aplicado ao Ministério Público Federal pela Escola Superior do Ministério Público da União. Foi professora da UnB e procuradora federal da Advocacia-Geral da União. É autora de artigos e livro.

SAÚDE SÓ SE FAZ COM PESSOAS

LEONARDO MOURA VILELA



Recursos públicos são escassos e têm de ser bem aplicados. A transparência é o melhor antídoto contra a desconfiança e a melhor forma de garantir que o dinheiro do Estado atenda melhor a população. Esse é um caminho inexorável, que os gestores públicos, em diferentes níveis, estão seguindo.

No entanto, há reclamação quase unânime quanto à falta de informações. É preciso situar as coisas e mostrar que, até nesse aspecto, as organizações sociais (OS) de saúde foram importantes, porque antes delas, quando só tínhamos a opção da administração direta, não havia informação nenhuma disponível. Vivenciei isso quando fui secretário de Saúde de Goiás entre 2015 e 2018: tínhamos todos os dados das OS disponíveis e nenhum da administração direta.

Essa nova realidade forçou as gestões estaduais, e possivelmente as municipais também, a ter mais informações, seja para prestar aos órgãos de controle, seja para orientar sua própria tomada de decisões. E esse é outro aspecto relevante: há dez, quinze anos, os gestores tomavam decisões muito mais com base em empirismo do que em cima de informações confiáveis e concretas. Isso mudou, felizmente.

Outro aspecto extremamente preocupante é a questão dos recursos. Organizações sociais não são empresas, não têm capital de giro e dependem de repasses dos órgãos públicos. Estamos numa situação complicada, numa crise econômica e fiscal dos entes da federação, e a falta e a irregularidade das transferências comprometem o trabalho e a boa prestação dos serviços pelas OS.

Essa situação tende a se agravar com a emenda constitucional nº 95. Quando você limita os gastos de saúde, está criando problemas, porque, afinal de contas, temos uma população que ainda cresce e envelhece. As doenças crônico-degenerativas têm tratamento muito mais prolongado, às vezes para o resto da vida, e muito mais caro do que as moléstias da infância e da juventude, que são agudas, autolimitadas, muito mais fáceis e baratas de serem tratadas.

Junte-se a isso a crescente judicialização. Cobra-se do Estado, dos entes federativos cada vez mais benefícios, sem dar contrapartida em recursos. Os órgãos de controle deveriam olhar para isso, porque a judicialização desorganiza o planeja-

mento, malversa o orçamento e torna impossível fazer uma boa gestão dos recursos públicos.

A judicialização também gera uma situação extremamente complicada quando envolve a criminalização do gestor e cria um fator que afasta pessoas da prestação de serviço público. Todos aqueles que podem ser penalizados por algum ato de gestão desistem, preferem ficar à margem a estarem sujeitos a ser punidos, responder a processos, ter o dissabor de serem suspeitos de desvios administrativos, de incompetência, de omissão.

E aí surge também a questão da hipertrofia do controle. Não que não seja bem-vindo, é, mas deveria ser muito mais no sentido preventivo, de orientação, do que no de punição, muitas vezes injustificada, do gestor e da organização social.

Também por isso, eventos como este, promovido pelo TCU (Tribunal de Contas da União), pelo Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) e pelo Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), são importantes, por estimular o debate em alto nível, transmitir informações e proporcionar melhor conhecimento das regras que regem os contratos de gestão com as organizações sociais. A Lei das OS tem características próprias e, muitas vezes, há equívocos, confusão e má interpretação, que resultam em punições absolutamente injustas e descabidas.

Da mesma forma, são extremamente preocupantes algumas legislações que não levam em consideração as particularidades e a complexidade da saúde. A LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal) é exemplo típico. Saúde se faz com gente, se faz com pessoas, e qualquer contrato de gestão terá em torno de 70% do seu valor gasto com profissionais de saúde—e isso está acima do que a lei permite.

Sou absolutamente a favor do controle fiscal, de combater o inchaço das folhas nas prefeituras, nos governos estaduais e no próprio governo federal. Mas não creio que se deva tratar saúde como se trata outros setores. Saúde é um segmento extremamente mão de obra intensivo e toda limitação que houver de pessoal vai se refletir em estagnação ou mesmo involução dos serviços e ações prestados à população. Precisa ser tratada de maneira diferente.

Se persistir a interpretação de que os gastos das organizações sociais com folha de pessoal devem compor os cálculos da LRF, teremos problemas.

Cito o caso de Goiás, que gasta em torno de R\$ 100 milhões por mês com os contratos de gestão, sendo cerca de R\$ 70 milhões mensais com folha de pessoal. Se isso for computado como despesa de pessoal do estado, sem dúvida fará com que as metas e os limites da lei estourem, com todos os desdobramentos disso para o governador, o secretário da Fazenda, o da Saúde etc. Programas fantásticos como o Saúde da Família, que cobre 60% da população brasileira, também correm risco de sofrer retrocesso.

Precisamos definir o que queremos. Ampliar a saúde, consolidar o SUS (Sistema Único de Saúde) e fazer com que ele seja universal, com equidade e de amplo acesso a toda a população ou restringir tudo isso em nome do controle fiscal? Então, esse é hoje o grande dilema dos gestores públicos, que querem avançar, melhorar os indicadores de saúde e atender o maior número de pessoas, mas se veem diante desses limites.

Temos de buscar saídas, alternativas, soluções para a saúde. Nesse sentido, as organizações sociais não são panaceia, não são remédio para tudo, mas são instrumentos extremamente importantes na mão dos gestores, sejam municipais, estaduais ou federais. Temos muitos bons exemplos, com dinheiro público muito bem utilizado, com total transparência e controle, com melhoria acentuada dos serviços, atestados por institutos de certificação de âmbito nacional e internacional, e, sobretudo, com a satisfação da população e a melhoria dos indicadores de saúde.

Existem maus exemplos? Sim, muitos, e eles devem ser banidos, extirpados, com a participação de órgãos de controle, de autocontrole, como o Ibross, com seu selo de qualidade e de reconhecimento, e das secretarias de Saúde, que têm o papel de melhorar cada vez mais os critérios, a elaboração dos chamamentos públicos, a qualificação das organizações sociais e a qualidade dos contratos de gestão.

Para finalizar, gostaria de reiterar que a transparência é necessária, é importantíssima. Mas não podemos cair no extremo da ditadura do controle. O gestor que contrata uma organização social tem que prestar contas para o Tribunal de Contas

do estado, da União, para as controladorias nos diversos níveis, para os conselhos de saúde, para as assembleias legislativas, para as prefeituras, para as agências de regulação, para as autarquias que controlam as profissões ligadas à área de saúde... Tem que prestar contas para todo mundo e muitas vezes ainda recebe orientações e determinações díspares desses órgãos.

A discrepância de interpretação dessas instituições leva a dificuldades e a impasses, e isso é extremamente prejudicial, tanto para o bom andamento dos contratos de gestão quanto para a correta aplicação dos recursos públicos. Eu acredito que o diálogo é a forma correta para que a gente supere esses empecilhos. Não tenho fórmula pronta, não tenho a receita do bolo, mas tenho certeza de que o caminho é esse.

LEONARDO MOURA VILELA

é médico formado pela UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) e assessor técnico do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Foi presidente do Conass no biênio 2018–2019, secretário de Saúde (2015–2018), de Gestão e Planejamento (2014), de Meio Ambiente (2011–2013), de Infraestrutura (2005) e de Agricultura (1999–2001) do estado de Goiás e deputado federal (2003–2015). É mestrando em Saúde Coletiva pela UFG (Universidade Federal de Goiás).

O TIRO CERTEIRO DA AUSTERIDADE

PABLO DE LANNOY STÜRMER



No tempo em que estou à frente da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, tenho lidado cotidianamente com a árdua tarefa de conciliar a gestão dos recursos com a busca da entrega de resultados para a população. Estamos sempre à procura de alternativas, de como levar às pessoas aquilo que elas necessitam, com os meios de que dispomos, evitando a ineficiência e o desperdício nas atividades finalísticas. Não é simples, trivial, nem fácil.

O desafio torna-se ainda maior num cenário de restrição fiscal. Ou fazemos mais com menos, o que já é bastante difícil, ou fazemos mais com o que temos, buscando ganhos de eficiência. Precisamos olhar para os custos das diferentes formas de prestação dos serviços e compará-los, a fim de reduzi-los. Uma coisa é certa: nesse processo, estaremos sempre aquém de contemplar as necessidades da população.

Porto Alegre não tem uma lei específica de organizações sociais (OS), mas desde 2017, quando passou a valer para os municípios o marco legal da lei nº 13.019/2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, temos feito o processo de ampliação de serviços por meio desse molde. Com todos os cuidados em termos de transparência e controle, temos obtido excelentes resultados: ampliamos serviços nas mais diferentes áreas, sem aumento expressivo no orçamento da saúde.

É verdade que o marco legal das OS traz mais um desafio para o gestor público, já tão visado pelos órgãos de controle. Isso, porém, não deveria significar outra coisa senão o deslocamento do papel que o Estado tem a cumprir: deixar de estar na ponta, de contratar minúcias como equipamentos, materiais de consumo, serviços de limpeza e vigilância, de aparar escalas e passar a fazer macrogestão, ou seja, desenhar e regular um sistema de saúde que responda às necessidades da população. Isso permite alcançar resultados com mais eficiência, administrando os recursos dentro de suas especificidades e potencialidades.

Em Porto Alegre, a expansão do acesso com qualidade continua sendo nosso maior enfoque, sem deixar de atentar para os custos e para o cumprimento das metas. É papel do Estado garantir e supervisionar a prestação dos serviços, fazer a regu-

lação e exigir transparência. Sem transparência, não existe controle social, e ele é fundamental, porque o dinheiro não é do gestor, não é do prestador, o dinheiro é da sociedade, a quem o recurso aplicado deve servir.

É comum o gestor focar o gasto e não olhar para o resultado. Quando isso acontece, falha-se na eficiência. Em Porto Alegre, temos procurado não incorrer nisso: as etapas de decisão, seleção, execução, acompanhamento e fiscalização dos contratos têm sido atentamente seguidas. Agora estamos pensando em incluir também políticas de integridade nos processos de avaliação, fundamentais para dar mais credibilidade a todo o processo.

O acompanhamento dos contratos é onde temos atuado cada vez mais. Criamos uma Diretoria-Geral de Contratos na Secretaria de Saúde justamente para garantir que essa fiscalização seja feita e, se o resultado não for positivo, aplicar as penalidades que, como gestores, podemos aplicar. No modelo estatal, são muitas as amarras que nos impedem de ajustar a prestação de serviço público quando não é cumprida a contento. Também temos buscado incentivar a transparência ativa, publicizando todas as nossas ações, especialmente as ligadas às filas de espera e aos indicadores hospitalares. Registro que encontros como este de que participei em Brasília, aliás, permitem avançar em padrões de transparência e de prestação de contas, o que facilita para os órgãos de controle e para os gestores, porque já sabem o que devem cobrar, e também para as organizações sociais, por padronizar como devem cumprir os contratos. Sou amplamente favorável à responsabilidade fiscal. Costumamos reclamar de como a austeridade pode ser “malvada”, como pode trazer resultados amargos, mas nem sempre nos lembramos de compará-la com os estragos que uma política econômica sem austeridade acarreta para todos. É importante lembrar que a pobreza é a principal determinante social de saúde. Por isso, precisamos valorizar a Lei de Responsabilidade Fiscal. Quando ela fixou em 60% da receita corrente líquida o limite máximo para gastos com pessoal, deu um tiro no escuro, mas deu um tiro certo.

Acho difícil termos dois tiros no escuro acertados. Por isso, sugiro que, se hoje não se conhece quanto se gasta com pessoal, incluindo as organizações sociais, não se

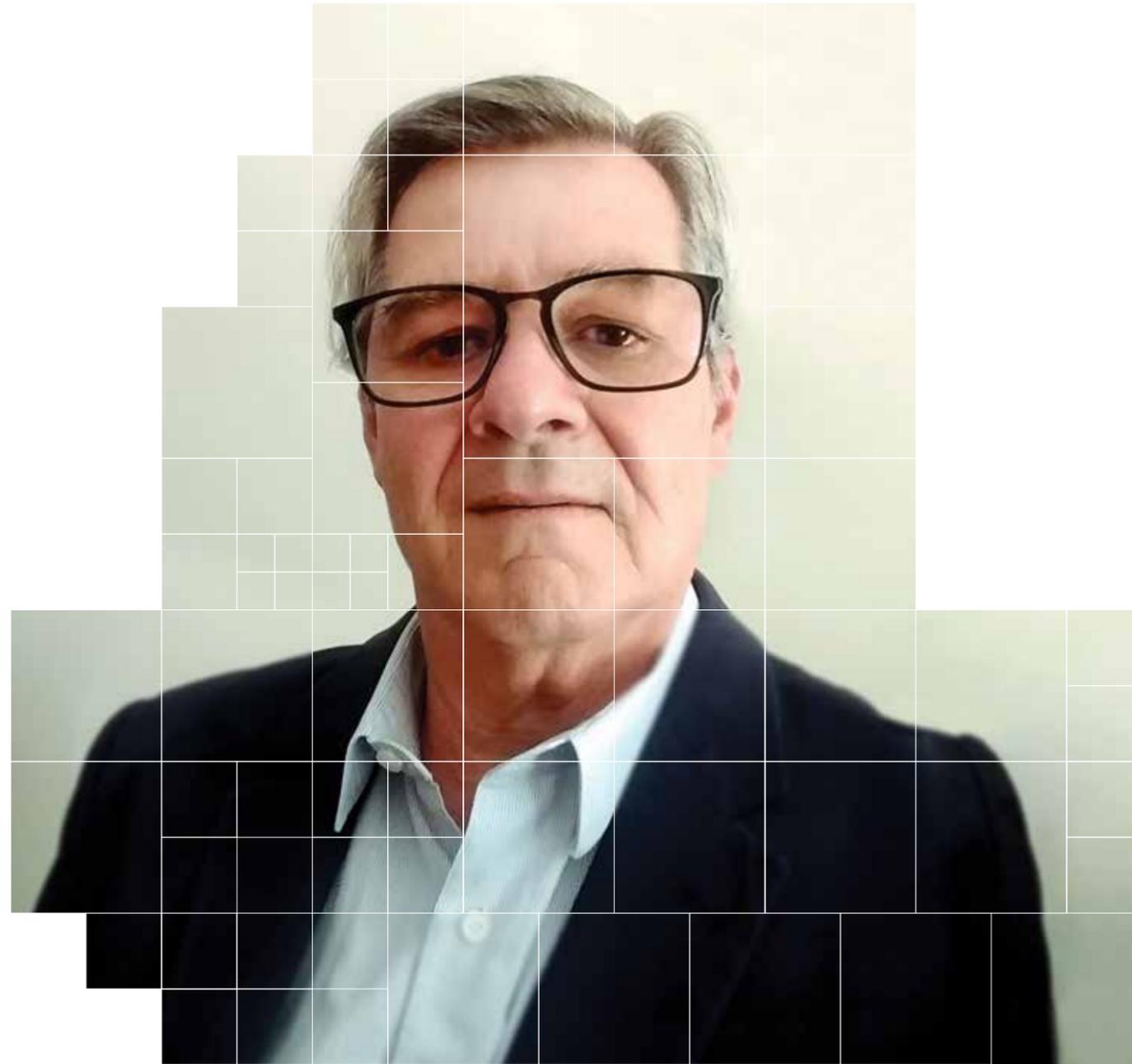
inclua essa despesa sem saber o quanto ela representa. É preciso olhar para a responsabilidade fiscal de fato e como ela realmente pode entregar serviços de saúde mais adequados e mais eficientes para a população, cumprindo, afinal, o desafio de todo gestor.

PABLO DE LANNOY STÜRMER

é secretário de Saúde de Porto Alegre e vice-presidente regional—Região Sul do Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). Formado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2006), é desde 2010 médico de família e comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre.

**A SOCIEDADE
PRECISA CONHECER
O QUE FAZEMOS**

PLÍNIO CORREA



Represento entidades da sociedade civil de um segmento distinto do da saúde, mas que, com base na parceria com o Estado, vem crescendo em vários cantos do país: o da cultura. Apesar das diferenças que possam permear as experiências em razão das especificidades de cada segmento, para nós é muito importante a participação em eventos dessa natureza, onde é possível não só compartilhar experiências, mas também avaliar e debater aspectos relevantes desse exitoso modelo de parceria para a execução de políticas públicas, com vistas a seu aprimoramento e fortalecimento sob todos os aspectos.

Assim como as organizações sociais da saúde, também estamos sujeitos ao escrutínio severo da sociedade. E é bom que assim seja. Um dos instrumentos para promover a transparência das nossas ações são os relatórios de gestão. Esses relatórios são uma das formas de dar satisfação, não só aos órgãos de controle, mas principalmente aos cidadãos, das ações que realizamos, apresentando à sociedade os resultados atingidos, permitindo um efetivo controle social das políticas públicas promovidas pelo Estado.

O relatório de gestão não se limita à prestação de contas no estrito senso de monitoramento do cumprimento das obrigações pactuadas nos contratos de gestão ou se confunde com roteiro para os órgãos de controle atestarem veracidade e regularidade de informações e procedimentos internos das organizações sociais com vistas a identificar possíveis desvios de conduta. É muito mais do que isso.

Há uma série consagrada de metodologias, procedimentos e instrumentos adequados e específicos para orientar os órgãos de controle em suas ações necessárias de acompanhamento da prestação de contas e fiscalização da atuação das organizações sociais, tanto na saúde quanto na cultura. Isso, porém, não pode ser entendido como dar transparência à sociedade. Não se devem tomar as informações necessárias aos órgãos de controle para desempenhar suas responsabilidades funcionais definidas em lei como sendo aquelas necessárias a serem dadas à sociedade para que possa efetivamente exercer o controle social que lhe compete sobre as ações do Estado, ainda que efetivadas por meio das organizações sociais.

Na área da cultura, não temos a complexidade operacional da saúde, mas estamos envolvidos com dimensões imateriais, tais como valores e identidade culturais, preservação e fomento de manifestações artísticas, formação técnica e social de cidadãos etc., mas que nos emprestam um desafio importante na informação a ser destinada à sociedade. É preciso explicitar os objetivos e as estratégias propostos, as etapas a serem superadas, as ações realizadas, as dificuldades encontradas e, principalmente, os resultados atingidos e a análise crítica dos próximos passos. Isso impõe clareza e transparência.

Esses aspectos qualitativos da ação das organizações sociais precisam estar presentes quando se fala em transparência, indo muito além de exclusivamente informar o público sobre como são alocados os recursos que lhes foram confiados por meio de contratos de gestão. Reduzir a atenção das informações a serem prestadas aos cidadãos às informações individualizadas dos contratos de fornecimento de bens e serviços ou dos profissionais contratados empobrece a compreensão do que uma organização social é capaz de entregar para a sociedade—que, no fim das contas, é a quem pertencem os recursos que nos são disponibilizados e para quem nossas ações são dirigidas.

Precisamos evoluir nesse aspecto. É preocupante perceber que boa parte das discussões e do interesse do público na atuação das organizações sociais se dirige exclusivamente aos gastos nos quais cada entidade incorre. Isso é muito pouco!

É importante e necessário ter controle, é preciso ter abertura das informações das entidades para que possam ser acompanhadas, principalmente, pelos órgãos de fiscalização, inclusive para identificar possíveis casos de irregularidade. Mas isso está longe de encerrar o que entendemos como a verdadeira prestação de contas em sentido amplo para a sociedade: o atingimento dos resultados da política pública que nos propusemos a executar.

Outro aspecto que me parece relevante debater é a transposição automática para as organizações sociais das mesmas limitações e restrições legais hoje impostas à administração pública direta. Não cabe entrar no mérito sobre se essas restrições são

ou não adequadas para a gestão pública, mas impor essas mesmas limitações para entidades que não são formatadas nem foram criadas dentro do mesmo ambiente, do mesmo marco regulatório e institucional é receita certa para gerar distorções e não contribui para gerar avanços na prestação de serviços públicos. Exemplo típico é o atual entendimento de que se deve aplicar às organizações sociais a mesma limitação imposta à administração direta de gasto não superior a 60% com pessoal simplesmente por atuar com recursos públicos.

Mesmo em vigor no país há mais de duas décadas, as organizações sociais ainda são uma novidade dentro do cenário do ordenamento jurídico brasileiro. É necessário que sejam apreciadas adequadamente, com os instrumentos corretos e sob a ótica dos objetivos específicos do ambiente em que foram gestadas. Sempre que forem feitas transposições automáticas de parâmetros, aplicando os de realidades e ambientes distintos daqueles das organizações sociais ou daqueles que levaram à sua criação, estaremos no caminho errado.

PLÍNIO CORREA

é diretor administrativo-financeiro da Abraosc (Associação Brasileira das Organizações Sociais de Cultura) e da Poiesis—Instituto de Apoio à Cultura, à Língua e à Literatura, que mantém contratos de gestão com a Secretaria de Cultura e Economia Criativa do Estado de São Paulo para gestão da Rede de Museus-casas Literários e dos Programas de Fábricas de Cultura e Oficinas Culturais. É formado em Administração Pública pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.

COMPROMISSO ABSOLUTO COM A TRANSPARÊNCIA

RENILSON REHEM



A cada seminário que o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) promove ou de que participo, aumenta minha preocupação com a incompreensão sobre o modelo de organizações sociais (OS).

Por um lado, estamos sujeitos ao escrutínio rigoroso de uma multiplicidade de órgãos reguladores ou de controle, o que, não raro, gera enorme confusão. Por outro, exigem de nós que precifiquemos cada serviço que vai ser transformado em uma meta. E, agora, como se não bastasse, a Secretaria do Tesouro Nacional diz que as despesas com pessoal das OS também devem ser computadas para fins de cálculo dos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Não sei quem está certo, nem seria pretensioso de afirmar quem está com a razão, mas me parece fora de questão que estamos diante de muitas contradições e incoerências que precisam ser superadas, a bem da melhor prestação de serviços à população por meio do SUS (Sistema Único de Saúde).

Tenho a impressão de que muita gente ainda não entendeu qual é a ideia que sustenta os contratos de gestão firmados entre o Estado e as organizações sociais: a de parceria. Há grande dificuldade de compreender o modelo e como ele funciona. Parceria requer confiança e, se não há confiança, não há como haver parceria. Simples assim.

Embora tenham esse nome, os contratos de gestão, conforme manifestação recente do STF (Supremo Tribunal Federal) a respeito, claramente têm caráter de convênio. Isso cria certa inquietação. Os objetivos são comuns a um convênio e não se trata de contrato de prestação de serviços. É preciso afastar essa confusão.

Alguém já disse que o Brasil não é para amadores, e realmente não é. Entre vários outros, nosso país tem um aspecto estranho que sempre me impressiona muito: o que eu costumo chamar de “milagre do concurso público”. Explico. Aqui os órgãos de controle têm a seguinte posição: quem passou por concurso público é beatificado, é quase um santo.

Em contrapartida, para esses mesmos órgãos, quem trabalha no terceiro setor ou na iniciativa privada, lucrativa ou não, filantrópica ou não, é considerado o demo.

Ai de você: não é confiável, é “do mal”, desonesto e não faz nada que preste para a sociedade. É triste. Parece que, para fazer algo que seja valorizado, é necessário ter sido aprovado num concurso público. Eu fiz e hoje até me arrependo de ter saído da administração pública, porque deixei de ser santo e descí às profundezas...

Entendo e concordo com uma série de exigências que são feitas em relação às organizações sociais, mas não posso consentir que se cobre apenas delas. Por que ninguém questiona quanto custa um hospital da administração pública direta? Aliás, qual é a transparência que se cobra da administração direta? Parece que, só por serem cuidadas por funcionários públicos, ganham aura de coisas santificadas, com as quais não cabe mexer. Por quê?

Há outra confusão, a meu juízo, que é a necessária distinção entre prestação de contas e transparência. Há uma sanha por dar transparência a toda e qualquer informação, e isso não faz sentido. Tudo o que o gestor público solicita, a organização social tem a obrigação de apresentar na prestação de contas. Obrigação, aliás, prevista no contrato de gestão!

Ninguém faz ideia de como a lista é enorme: cópia autenticada de cada nota fiscal emitida, lista nominal de cargos e salários, todo o descritivo de compras, o extrato bancário da conta que recebeu o repasse e até lista de presença de funcionários em treinamento, para ficar apenas em alguns itens. Tudo isso, e muito mais, está na prestação de contas que as OS entregam mensalmente aos governos e, conseqüentemente, aos órgãos oficiais de controle.

O Ibross e todos nós que fazemos o instituto somos absolutamente comprometidos com a transparência. Tem que ser assim e isso não se contesta! O que estamos discutindo é o que caracteriza essa transparência. Fomos, por exemplo, ao Supremo por entendermos que a exigência de divulgação nominal dos funcionários e do respectivo salário é uma ilegalidade que se comete contra trabalhadores contratados por meio da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Reforçando: essa informação já consta da prestação de contas, o governo que contratou a organização social sabe, assim como os órgãos de controle!

O STF deixou claro, por meio do acórdão da ADI (ação direta de inconstitucionalidade) nº 1.923, que “os empregados das organizações sociais não são servidores públicos, mas sim empregados privados, por isso sua remuneração não deve ter base em lei (Constituição Federal, art. 37, X), mas nos contratos de trabalho firmados consensualmente” e, ainda, que, “por identidade de razões, também não se aplica às organizações sociais a exigência de concurso público (Constituição Federal, art. 37, II), mas a seleção de pessoal, da mesma forma como a contratação de obras e serviços, deve ser posta em prática através de um procedimento objetivo e impessoal”.

Por outro lado, o TCU (Tribunal de Contas da União), por meio do acórdão nº 3.239/2013, explicitou que “não é necessário concurso público para organizações sociais selecionarem empregados que irão atuar nos serviços objeto de contrato de gestão; entretanto, durante o tempo em que mantiverem contrato de gestão com o poder público federal, devem realizar processos seletivos com observância aos princípios constitucionais da impessoalidade, publicidade e moralidade”.

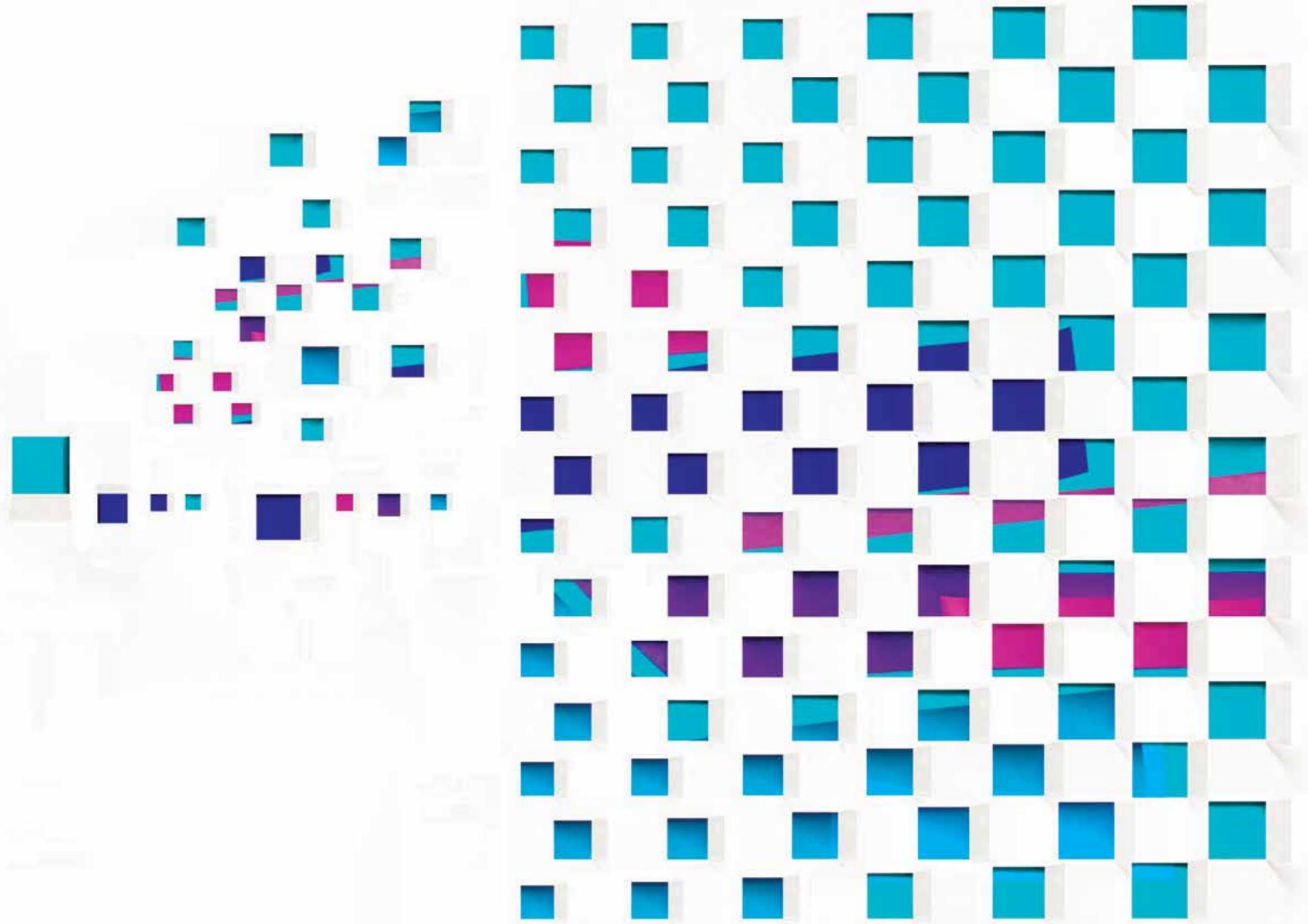
Até compreendo que os órgãos de controle estejam preocupados em ter a certeza de que as organizações sociais não estejam praticando salários exorbitantes. Entendo e concordo que temos que ser transparentes, temos que demonstrar quais são todos os cargos que existem naquela unidade, sua carga horária e respectivo salário. Porém, nesses tempos de sociedade policialesca, tornar público o salário com a identificação pessoal, sinceramente, me parece mais perseguição do que transparência.

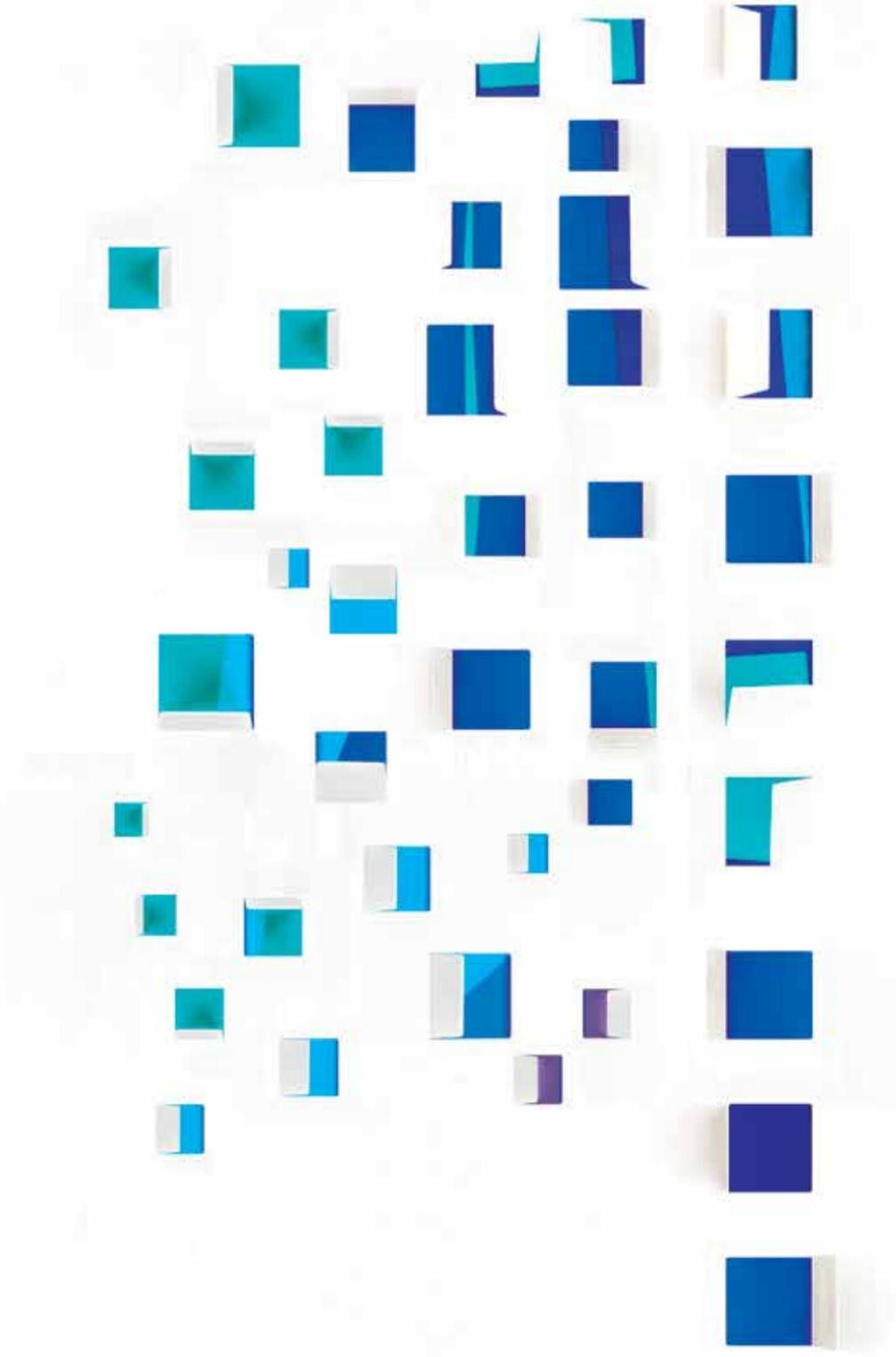
Enfim, precisamos evoluir nessas discussões, a começar por tratar de igual para igual unidades de saúde sob administração direta e sob gestão de organizações sociais. E, segundo, definir melhor o que é preciso publicizar para que a sociedade possa saber de fato o que interessa a respeito do trabalho que está sendo desenvolvido a seu favor pelo terceiro setor. Isso pode ajudar a afastar as muitas incompreensões que ainda existem a respeito do nosso modelo de parceria com o Estado.

RENILSON REHEM

é presidente do Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) e superintendente executivo do Icipe (Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada). Foi secretário-adjunto de Saúde do Estado de São Paulo (2007–2009) e secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (1998–2002). É médico sanitário, graduado pela Universidade Federal da Bahia, e mestre em Administração de Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com especialização em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz e em Planejamento de Recursos Humanos pela Universidade Federal do Ceará.

FLEXIBILIDADE





O USO DO MODELO DE OS: BOAS PRÁTICAS E MAUS EXEMPLOS

LIMITAÇÕES COMPROMETEM AVALIAÇÃO DO MODELO

HENRIQUE DE MORAES ZILLER



Ocasões como esta são excelente oportunidade para que possamos fazer abordagem desapaixionada sobre tema que ainda provoca tanta controvérsia entre nós: a adoção de organizações sociais (OS) como alternativa de gestão de equipamentos de saúde no nosso país. Infelizmente, na maioria das vezes, o assunto é tratado com forte carga ideológica. No entanto, os gestores públicos estão sendo, cada vez mais, premidos a buscar melhores maneiras de prestar serviços de saúde à população. Também por essa razão, para obter respostas mais adequadas, faz-se necessário deixar de lado apreciações dogmáticas, tendo sempre como foco principal gerar mais benefícios aos cidadãos. Quem tem entre suas atribuições cuidar de fazer avaliações desse modelo de gestão enfrenta muitas limitações. É o meu caso, como controlador-geral de Goiás, e acredito que seja também o de muitos outros. Identificar onde estão essas fragilidades e buscar superá-las é passo fundamental para que o sistema de OS possa avançar de maneira desejável e sadia entre nós.

A primeira dessas limitações é que os próprios instrumentos de avaliação do modelo ainda estão sendo desenvolvidos. Isso dá margem a críticas, nem sempre justas e adequadas, por aqueles que não concordam com determinados resultados e conclusões. A crítica, desde que de boa-fé, é necessária e bem-vinda. Os instrumentos de avaliação precisam, de fato, ser melhorados e aperfeiçoados a cada momento.

Uma segunda limitação, que afeta todo tipo de avaliação, diz respeito à indisponibilidade de informações. Normalmente, nossas bases de dados são ruins e trabalhamos a partir delas produzindo resultados que, muitas vezes, não são confiáveis. É um problema que precisa ser superado, sobretudo com a realização de muita pesquisa. São pouquíssimos os trabalhos existentes hoje sobre o desempenho das OS, seja lá no meu estado, seja em qualquer parte do país. Com isso, contamos com informações muito limitadas, parciais, para que possamos fazer avaliação melhor do que tem ocorrido. Interessante, inclusive, que o acórdão feito pelo TCE (Tribunal de Contas do Estado) do Ceará e apresentado nesta mesa do nosso seminário inclui, entre as propostas de encaminhamento, incrementar pesquisas acadêmicas. Essa, sem dúvida nenhuma, deveria ser uma obrigação nossa desde o início.

Tais limitações, obstáculos e constrangimentos servem para iluminar algumas das experiências apresentadas neste seminário.

É o caso, por exemplo, do trabalho dos auditores da Paraíba, que, com sua atuação, conseguiram identificar uma série de irregularidades, como desperdício de dinheiro, sobrepreços, problemas em terceirizações, pagamentos por serviços não comprovados ou que eram absolutamente desnecessários.

No caso das auditorias realizadas em Mato Grosso, é interessante destacar o foco na qualidade dos serviços prestados, o que, a meu ver, deve ser preocupação constante nossa. Além de irregularidades e fraudes similares às encontradas na Paraíba, também foram observados muitos problemas com contratos de gestão, sobretudo em razão de metas mal definidas ou não definidas.

Há, também, como pudemos ver, estudos de casos com achados muito positivos a respeito da gestão realizada pelas OS, como os trabalhos feitos em Santa Catarina e no Ceará. Em ambos os estados, as organizações sociais apresentaram melhor desempenho, principalmente em relação à questão do custo, quando comparadas a hospitais sob administração direta de porte semelhante.

Esses casos de sucesso nos ensinam, orientam e reforçam a necessidade de planejamento adequado, de investimento para renovação da infraestrutura de atendimento de saúde, de controle adequado e de promoção da transparência. Eu agregaria também algo que temos desenvolvido em Goiás: a adoção do prontuário eletrônico.

Mas há, aliado a isso tudo, o componente humano, isto é, a importância de que trabalhemos também a questão relativa à postura, à atitude, ao comportamento e à índole do gestor público. Muitas vezes, é isso o que, no final, vai definir a qualidade e a economicidade do serviço prestado, que serão tanto melhores quanto as capacidades individuais do administrador e de seus colaboradores.

Nossa experiência com organizações sociais no estado de Goiás guarda inúmeras similaridades com algumas dessas situações conhecidas ao redor do país. O modelo foi adotado lá por uma decisão política, sem que esta, no entanto, estivesse baseada em algum estudo bem fundamentado, a respeito, por exemplo, da economicidade dessa opção.

Na verdade, a decisão não se baseou em estudos técnicos adequados e a própria contratação inicial das entidades aconteceu sem que houvesse parâmetros bem definidos para estabelecer os custos dos procedimentos que seriam remunerados e, muito menos, as metas e os resultados esperados a partir da adoção dos contratos de gestão. Dessa maneira, até comparações entre modelos tornaram-se impossíveis.

É de concluir que, na ausência de bons parâmetros e de indicadores adequados que permitam fazer corretas avaliações, necessariamente os trabalhos de controle não produzem resultados que permitam melhor tomada de decisão, tampouco conclusões sobre a adequação ou a inadequação do modelo das organizações sociais.

Em situações assim, quando inexistem os parâmetros que deveriam estar balizando as ações, naturalmente o controle se volta para a mera legalidade das operações. E o modelo, então, se descaracteriza, uma vez que as ações de controle passam, basicamente, a buscar trazer para as organizações sociais elementos próprios da administração direta. Quando isso ocorre, perdem-se aquelas que seriam suas melhores qualidades e aquilo que inicialmente justificaria sua adoção, comprometendo também suas vantagens competitivas.

HENRIQUE DE MORAES ZILLER

é secretário de Estado-chefe da Controladoria-Geral do Estado de Goiás. Auditor federal de Controle Externo do TCU (Tribunal de Contas da União) desde 2001, foi controlador-geral do Distrito Federal (2015–2018), secretário parlamentar na Câmara Legislativa do Distrito Federal e na Câmara dos Deputados. É formado em Comunicação Social pelo UniCEUB (Centro Universitário de Brasília), pós-graduado em Marketing e mestre em Administração Pública pela UnB (Universidade de Brasília).

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS PRECISAM PROVAR QUE FAZEM MELHOR

MARIA ZÁIRA CHAGAS GUERRA PONTES



Um dos maiores desejos de todo auditor de contas é encontrar recursos públicos bem aplicados, de modo que venham a atender com equidade e justiça às necessidades da sociedade. Não importa se essa responsabilidade está a cargo da iniciativa privada ou da gestão pública, de uma organização social (OS) ou entidade filantrópica. Por isso, é com tristeza que nós, do TCE (Tribunal de Contas do Estado) da Paraíba, constatamos que essa não tem sido a realidade no nosso estado. Lá, a experiência das organizações sociais tem sido uma sucessão de escândalos.

O TCE da Paraíba vem atuando na fiscalização junto às OS desde 2011. Não entramos em campo apenas depois que as instituições começam suas atividades. Acompanhamos desde a preparação e o lançamento dos editais pelo governo do estado, orientamos e notificamos os gestores quanto à qualificação das organizações sociais. Hoje temos cerca de 80 processos de acompanhamento em andamento.

Na Paraíba, nosso problema não é de transparência, de legislação ou da estrutura de fiscalização e controle existente no estado. Todos esses aspectos estão bem contemplados e atendidos, como vou mostrar a seguir. O desafio é efetivamente fazer cumprir o que determina a legislação em relação às organizações sociais. Outro aspecto diz respeito à efetiva prestação de contas dos recursos recebidos pelas OS.

As informações dos recursos aplicados por meio dos contratos de gestão estão no próprio portal do governo do estado. Por meio da estrutura de tecnologia de informação que foi montada com participação fundamental do conselheiro-relator Nominando Diniz, é possível saber quanto é gasto com pessoal, nome dos profissionais, cargo que ocupam, salários, gratificações etc.; de fornecedores, a mesma coisa. Temos até um robô, a Turmalina, que acompanha e detecta irregularidades em todos os portais de transparência do governo do estado. No entanto, com base em diversas auditorias realizadas, o que causa espanto é a destinação de vultosa parte desses pagamentos em benefício alheio à efetivação dos serviços ao público-alvo dos contratos de gestão com as OS.

Nossa legislação partiu da lei federal (nº 9.637/1998) e baseou-se também na lei estadual nº 74/2007, que define que a atividade da saúde não é exclusiva do Estado.

Temos a lei estadual nº 9.454/2011 e o decreto nº 39.079/2019, o qual veio atender a determinações de um Termo de Acerto de Conduta feito para que se ajustassem as regras e os procedimentos depois do inquérito civil aberto em decorrência das análises feitas pelo Tribunal de Contas e, ainda, a atuação dos ministérios públicos nos âmbitos federal e estadual. A lei estadual nº 11.232/2018, por sua vez, tornou mais exigente a qualificação das OS na Paraíba.

Diferentemente do que muita gente tem falado, inclusive em mesas anteriores deste seminário, no estado da Paraíba os controles externos atuam juntos—Tribunal de Contas do Estado, Ministério Público de Contas, Ministério Público Federal, Ministério Público do Trabalho, Ministério Público do Estado da Paraíba—em termos de condutas serem observadas pelo próprio governo estadual, como demonstrado pelo acolhimento de um Termo de Acerto de Conduta implementado pelo Executivo estadual. Além disso, o estado criou um órgão de regime especial, a Superintendência de Coordenação e Supervisão de Contratos de Gestão, para acompanhar especificamente esse tipo de contratação.

Em razão de todo esse arcabouço legal e de toda essa governança, os procedimentos de qualificação adotados no estado foram alterados e se tornaram mais duros: as diretrizes e condições para contratação de terceiros; a publicização dos editais de seleção; a qualificação das organizações sociais em estrita conformidade com a lei federal; a adequação e não prorrogação de contratos defeituosos ou irregulares. Enfim, dá para afirmar que há um controle externo efetivo por esses órgãos, com eficácia imediata.

Essas têm sido as respostas aos escândalos revelados nos últimos anos nas unidades de saúde geridas por organizações sociais no estado—e olha que, na Paraíba, os contratos de gestão de maior vulto são os da educação...

Cito dois processos do Tribunal de Contas como exemplos. No primeiro, identificamos problemas no valor de R\$ 4 milhões na Associação Brasileira de Beneficência Comunitária, que administrava a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do município de Santa Rita. Isso apenas em um exercício, o de 2015. Notificamos o governador e sugerimos a desqualificação da OS, mediante as irregularidades encontradas nos contratos.

Segundo decisão plenária prolatada nos autos, os fatos eram graves e comportavam medidas urgentes para sanar a sangria de dinheiro público: excesso de gastos com terceirizados e sobrepreços pagos por plantões médicos; pagamentos sem comprovação para serviços de manutenção de equipamentos; e “consultoria jurídica” prestada de maneira irregular.

O segundo caso foi o do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. A auditoria realizada encontrou superfaturamento de R\$ 10,7 milhões envolvendo a administradora, a Cruz Vermelha. A lista de irregularidades incluía descompasso entre os recursos repassados e os valores efetivamente aplicados; deficiências e falta de sistemas de controle de grande repercussão nos equipamentos, medicamentos etc.; dispêndios com atividade-meio que superavam os com atividade-fim em até 700%; e ausência de previsão legal para a destinação de bens adquiridos.

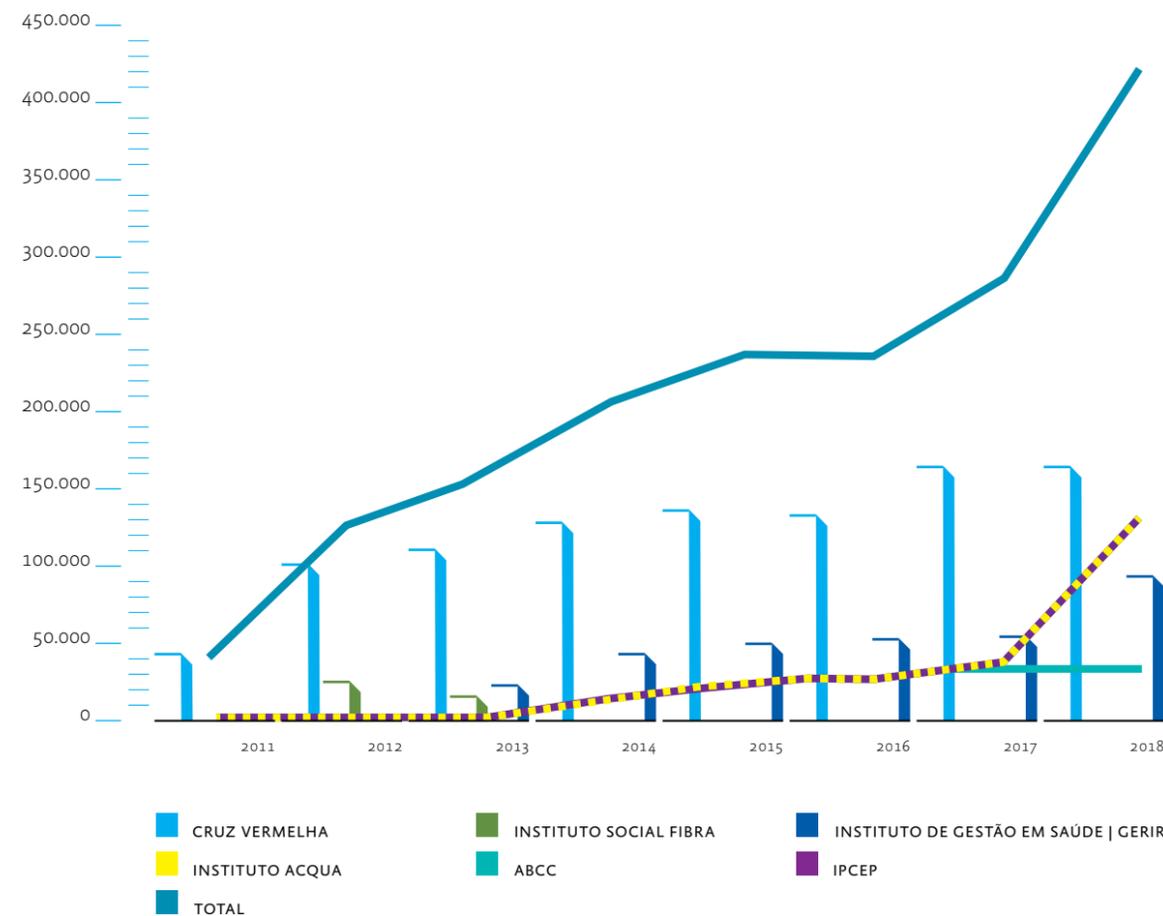
Um problema recorrente é a mudança constante dos gestores das OS. Isso traz grande dificuldade para que as auditorias consigam traçar uma matriz de responsabilização. Afinal, muitas vezes fica complicado estabelecer quem realmente é, na instituição, o responsável pelo contrato de gestão firmado com o poder público.

Além disso, temos uma prática muito comum em hospitais: a chamada “quarteirização”, uma denominação da qual eu até nem gosto muito, porque não considero as OS como terceirização, mas sim como terceiro setor. Essa “quarteirização” foi um dos elos para os desvios de recursos públicos e superfaturamento, entre outros malefícios, conforme demonstrado ao cabo de várias auditorias realizadas pelo Departamento de Auditoria da Gestão Estadual.

Mas o maior escândalo no estado até agora é o que vem sendo apurado pela Operação Calvário. Iniciada em dezembro de 2018, é responsável pela investigação de organização criminosa acusada de desvios de recursos públicos, lavagem de dinheiro, peculato e corrupção por meio de contratos em unidades de saúde da Paraíba em valores que chegam a R\$ 1,1 bilhão.

As ações envolvem o Ministério Público do Estado da Paraíba e a Polícia Federal. Os trabalhos de auditoria realizados pelo órgão técnico do Tribunal de Contas do

REPASSES ÀS OS | 2011 A 2018 | PARAÍBA | R\$



Fonte | TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DA PARAÍBA. RELATÓRIO INICIAL. PROC. 06052/19.

Estado são citados ao longo das representações da operação e nas decisões do Tribunal de Justiça da Paraíba e serviram como uma das fontes para as investigações, que já resultaram em prisões de atuais e ex-secretários de Estado, fornecedores e administradores da Cruz Vermelha (contratada para gerir as unidades), além do cumprimento de dezenas de mandados de busca e apreensão, inclusive de pessoas no Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Alagoas.

Como se pode ver pelo gráfico, os valores repassados pelo estado da Paraíba para as organizações sociais com atuação na área da saúde são crescentes. Por essa razão, o que seria de esperar do contratante, isto é, do governo do estado, é que tivesse maior controle sobre a situação e, ainda, que adotasse meios para monitorar a satisfação do atendimento ao público-alvo sobre a regularidade dos serviços disponibilizados, a vantajosidade etc. frente aos valores dos repasses.

Se a gestão dos serviços públicos prioritários das áreas de saúde e educação vai ser transferida por meio de contratos de gestão para organizações sociais, é preciso ficar comprovado que é mais vantajosa para o Estado tanto em termos econômicos quanto da própria entrega dos serviços com mais efetividade. É necessário que se mostre que a organização social faz melhor, porque é isso que se apregoa com essa oportunidade de negócio—vocaçã—para o terceiro setor.

É imperioso que as organizações sociais definam e cumpram políticas e práticas de integridade, compliance e accountability, realizem trabalho sério, transparente e responsável e primem pela boa governança, representando, assim, a sociedade com dignidade e trabalho. Além disso, é papel delas atuar dentro da legalidade, definir e cumprir metas estabelecidas, tanto qualitativas quanto quantitativas, com ética e comprovada vantajosidade e efetividade publicizadas. É dessa maneira que as OS conseguirão, de fato, atender com distinção às diretrizes indispensáveis para a garantia da boa prestação dos serviços no sistema de saúde pública.

MARIA ZÁIRA CHAGAS GUERRA PONTES

é auditora de Contas Públicas concursada e chefe do Departamento de Auditoria da Gestão Estadual do TCE–PB (Tribunal de Contas do Estado da Paraíba), com experiência em auditorias operacional, financeira e de conformidade, além de instrutora da Escola de Contas do TCE–PB. É bacharel em Ciências Econômicas pela UFPB (Universidade Federal da Paraíba) e advogada pela Universidade IESP, com especialização em Contabilidade Gerencial pela UFPB e em Gestão Pública pelo Unipê (Centro Universitário de João Pessoa). Foi economista na Empresa Municipal de Urbanização da Borborema e fiscal de tributos da Prefeitura Municipal de Campina Grande (PB).

NÃO HÁ MODELO DE GESTÃO QUE RESISTA À MÁ-FÉ

ALMERINDA ALVES DE OLIVEIRA



A experiência das organizações sociais (OS) de saúde em Mato Grosso é um conhecido caso de insucesso. Infelizmente, o modelo, que já se provou exitoso em vários locais, não produziu bons resultados no estado—embora também tenhamos exemplos positivos que, depois do estouro de alguns escândalos, acabaram caindo na vala comum.

Mato Grosso tinha sete hospitais regionais administrados sob a forma de OS, num histórico de mudanças nos modelos de gestão ao longo dos últimos 25 anos. Entre 1995 e 2011, eles funcionaram em forma de consórcios intermunicipais. De 2011 a 2018, vigorou o sistema baseado nos contratos de gestão, ou seja, nas parcerias entre Estado e terceiro setor. Desde 2019, porém, a administração de todas essas unidades voltou para as mãos do poder público estadual.

Desde 2011, a CGE (Controladoria-Geral do Estado) realiza auditorias regulares em organizações sociais em Mato Grosso. Atua de forma preventiva, com acompanhamentos permanentes e simultâneos por meio de análise de riscos, a fim de tentar evitar que os problemas aconteçam. Também atendemos a demandas do Ministério Público e da Delegacia Fazendária, que combate corrupção. Nossa ouvidoria é o canal por meio do qual a sociedade encaminha denúncias. Tudo isso serve de insumo, de input, para realizarmos nossas investigações.

Nossas auditorias sempre buscaram ajudar o gestor a adotar não o modelo correto, porque entendemos que ele não existe, mas o mais adequado à realidade do estado—o que leva em conta, inclusive, a capacitação e o corpo técnico de que Mato Grosso dispõe para acompanhar a gestão de suas unidades de saúde, bem como as peculiaridades locais, como a necessidade de atender indígenas e bolivianos.

Nesta oportunidade, cabe-me ressaltar os pontos negativos resultantes da adoção do sistema de organizações sociais no nosso estado, até como uma forma pedagógica para que não se repitam. Nosso diagnóstico do modelo de contrato de gestão buscou sempre analisar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos, e não simplesmente identificar os problemas. Indo a campo, nosso propósito sempre foi achar as causas e fazer recomendações adequadas para melhorias. Vamos aos principais achados.

Em primeiro lugar, por meio de questionários e entrevistas identificamos que, após a adoção dos contratos de gestão, os servidores efetivos em geral ficavam desmotivados. Também eram comuns prejuízos ao erário, sob as mais diversas formas.

Os principais problemas estavam relacionados a metas, que eram mal definidas: muitas vezes, meramente por grupo de atendimento, independentemente do custo ou da demanda. Isso significa que tínhamos metas de cirurgia e de clínica médica independentes de especialidades, por exemplo. O resultado era que a OS fazia os procedimentos sem critérios que atendessem o tamanho das filas ou respondessem à demanda reprimida.

Era comum, ainda, imprecisões e distorções na relação entre o cumprimento das metas e os valores pagos pelo estado. Os pagamentos eram desproporcionais aos resultados e a unidade que fazia mais que a meta não tinha incentivos financeiros—ou seja, só recebia o teto estipulado nos contratos e pronto. O modelo acabava trazendo estímulos à realização de procedimentos de menor custo, sobrando para os de maior custo apenas a alternativa da fila de espera.

É interessante registrar que nossas auditorias sempre se valeram de todas as ferramentas e todos os instrumentos de fiscalização e controle à disposição para identificar irregularidades—incluindo inteligência artificial. Tenho certeza de que muitos gestores de OS nunca acreditaram que sequer olharíamos suas prestações de contas...

Avaliamos notas fiscais, comparamos bases de dados de gestão hospitalar, verificamos características de veículos, cotejamos dados de internações de pacientes e nos valem de instruções e parâmetros do SUS (Sistema Único de Saúde) para efetuar cruzamentos e levantar evidências, atuando com várias equipes integradas.

O ideal é sempre ter acesso a bases de dados confiáveis para fazer esse tipo de cruzamento, que é só um indício, uma evidência inicial de que há desvio, malversação, favorecimento, superfaturamento etc. Munido disso, o auditor tem que se aprofundar mais e procurar provas mais robustas de que realmente existem irregularidades. De todo modo, a lista de problemas que encontramos era enorme: despesas inelegíveis, ou seja, desde subcontratação de serviços até lucros maquiados e gastos incompatíveis

com os contratos, como com boates e bebidas alcoólicas; superfaturamento de serviços médicos, exames, medicamentos e insumos, como lavanderia e gases medicinais, e desvios de estoques; e desativação de serviços em hospitais públicos para favorecimento de grupos ou pessoas, com a compra de serviços em hospitais particulares. Havia também fraudes no transporte de pacientes, na dispensação e na aquisição desnecessária de medicamentos, na gestão das filas de espera por atendimento, no fornecimento de órteses e próteses, em prontuários e por aí vai. Tinha até paciente que não existia...

Ressalto que identificamos essas características negativas nos hospitais que tinham problemas. No entanto, o mesmo modelo de contrato de gestão funcionou bem em duas organizações sociais que tinham boas práticas e faziam o que tinha que ser feito —por exemplo, quem estava na fila era atendido independentemente de o procedimento ser de menor custo, ser compensador ou não.

Quando procuramos as causas de todos esses problemas, voltamos à nossa questão inicial sobre o modelo de gestão mais adequado. E o que se constata é: se existem agentes públicos, concursados ou comissionados, dentro da administração pública que são mal-intencionados, não há modelo de gestão que dê certo. Pode ser o sistema que for: convênio, contrato de gestão, administração direta etc.

É claro que o modelo das OS tem suas particularidades. O foco do contrato de gestão tem que ser sempre a boa prestação do serviço e o acompanhamento preventivo e constante. Vejo com restrições quando se fala em levar instrumentos típicos da lei nº 8.666/1993 para a contratação de organizações sociais. Afinal, a ideia não é essa, mas sim ter mais flexibilidade de gestão. Como pedir garantia contratual a uma entidade sem fins lucrativos? De onde ela vai tirar esse recurso?

Diante de tudo o que constatamos, fica claro que o problema não é o modelo das organizações sociais, que, repito, é um sucesso em vários lugares do mundo. Infelizmente, aqui no Brasil tudo é diferente e é preciso entender algumas das nossas peculiaridades para conseguirmos adaptar as alternativas externas para a nossa realidade, encontrar as causas e recomendar soluções.

É o que tentamos fazer na CGE de Mato Grosso. Acumulamos grande conhecimento na área de gestão hospitalar e o que buscamos é fazer com que o gestor tenha mais ferramentas para tomar decisões melhores e para que encontre o modelo mais adequado para a realidade do estado e de cada hospital, sem desconsiderar, sobretudo, que a população realmente carente precisa de um serviço de qualidade, e não de qualquer serviço.

ALMERINDA ALVES DE OLIVEIRA

é auditora da CGE (Controladoria-Geral do Estado) de Mato Grosso. Graduada em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (2008), com especialização em Direito Público pela Universidade Anhanguera–Uniderp (2011), foi servidora pública na Controladoria-Geral da União, na Receita Federal e na Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis

O CUSTO DA INEFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DE SANTA CATARINA

SILVIO BHERING SALLUM



Em 2017, o TCE-SC (Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina) realizou um estudo estatístico com dados dos 18 hospitais públicos estaduais de Santa Catarina, parte deles gerida por organizações sociais, parte pela administração pública direta. Um dos objetivos foi traduzir os resultados encontrados em boas práticas de gestão que servissem para ambos os sistemas.

A principal motivação para o estudo foi a crescente demanda por serviços de saúde em Santa Catarina, estado com a maior expectativa de vida do país. Em dez anos, entre 2008 e 2017, as despesas públicas estaduais cresceram 80% acima da inflação. Assim, pergunta-se por que o gasto com saúde tem aumentado tão expressivamente, não apenas quando comparado à inflação geral, mas também a outros setores. Fatores demográficos e epidemiológicos certamente exercem influência nessa tendência, o que torna discussões sobre a eficiência do gasto público na saúde ainda mais essenciais.

A literatura de eficiência hospitalar aponta que a escolha do modelo de gestão pode ser determinante no aprimoramento do desempenho de uma unidade hospitalar. Uma referência clássica é o trabalho de La Forgia e Couttolenc publicado pelo Banco Mundial em 2009. Os autores demonstram que a natureza da gestão pode se traduzir em incentivos corretos, capazes de induzir gestores e profissionais da saúde a serem mais eficientes. Mas como isso pode resultar em melhores indicadores e melhores resultados para a saúde pública?

Antes de mais nada, é preciso discorrer sobre a realidade que temos hoje no Brasil e, para tanto, pelo menos dois aspectos são fundamentais: a rápida transição demográfica pela qual estamos passando e o elevado aumento da inflação médica.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população brasileira com mais de 60 anos vai passar de 13% em 2018 para 32% em 2060. Em Santa Catarina, esse salto pode ser ainda mais acentuado. Em 2018, a taxa de natalidade no estado foi de apenas 1,5. Entretanto, o que ainda leva a população catarinense a continuar crescendo é, em grande parte, o efeito da imigração de brasileiros de outros estados, dado que o estado apresenta indicadores sociais melhores que a média

nacional—por exemplo, um dos menores desempregos do país, índices de qualidade educacional e de atendimento na saúde superiores aos de vários outros estados.

Em relação à inflação médica, a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) tem sido sempre muito maior que o índice geral de preços. Em 2018, por exemplo, o VCMH foi de 17,3%, e o IPCA, 3,7%. Os itens de despesa que mais cresceram foram terapias, como hemoterapia, quimioterapia, radiologia intervencionista e terapia renal: 31,3%. Serviços ambulatoriais subiram quase 20% de 2017 para 2018.

No entanto, é quase irrealista achar que, sem nenhuma regulação, o VCMH deveria estar no mesmo patamar do IPCA. É um preceito básico da economia: quando a demanda por um produto ou serviço cresce, o preço sobe. Se você pensar ao longo dos anos, a não ser que os recursos públicos em saúde também cresçam no mínimo na mesma proporção, os aumentos nos custos tornarão ainda mais difícil o poder público atender a toda a demanda.

É aí que entra a eficiência. Para começo de conversa, dada a realidade que vivemos, eficiência não pode vir em troca de redução na qualidade de atendimento. Afinal de contas, um hospital pode ser eficiente, mas, se ele não é eficaz, os atendimentos prestados pouco servirão, de forma que os pacientes eventualmente retornariam às unidades demandando mais serviços. Assim, eficiência e efetividade devem andar de mãos dadas. Mas atualmente ainda não existem estudos nacionais que assegurem a existência, ou não, de uma correlação ou causalidade entre eficiência e efetividade hospitalar. É fora de questão, contudo, que é necessário fazer mais com menos ou fazer mais com o que temos.

As organizações sociais (OS) de saúde, uma ferramenta de gestão hospitalar, são instituições do setor privado, sem fins econômicos, qualificadas para atuar em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar para a consolidação dos serviços públicos, regidas pela Constituição Federal e por leis federais, estaduais e municipais.

No modelo das OS, o círculo de planejamento que passa por seleção, celebração dos contratos, execução, avaliação e controle de resultados e prestação de contas é sempre contínuo. Em cada círculo, o Estado deve avaliar o processo e as conclusões,

de forma que o aprendizado faça parte do próximo ciclo de planejamento entre ele e outras OS. Modelos para analisar não só a prestação de contas, mas também o controle de resultados, a estipulação e o alcance das metas de produção são muito importantes na hora de elaborar um planejamento e selecionar organizações sociais. Uma diferença entre o modelo de gestão por OS e o modelo gerido diretamente pela administração pública pode ser mais bem exemplificada pelo que na economia é chamado de “problema do principal-agente”, que surge sempre quando há conflito de interesses, isto é, quando não temos a garantia de que o gestor (agente) está gerindo de acordo com a necessidade da sociedade (principal). O modelo de OS, então, pode ser visto como um mecanismo utilizado para tentar alinhar os interesses do agente com os do principal, atrelando contratualmente a produção hospitalar com o interesse e a necessidade da sociedade (ou seja, a medição de desempenho pode—e deve—se tornar um fator de “sobrevivência” das organizações sociais). Outro fator importante diz respeito à profissionalização dos gestores hospitalares. Em 2013, em Santa Catarina, o então governador baixou o decreto nº 1.945, que, no seu art. 42, estabeleceu que todos os gestores de hospitais devem ter “curso de graduação ou pós-graduação *latu sensu* ou *stricto sensu* na área de gestão e, preferencialmente, com foco em gestão hospitalar”. Todavia, preocupante foi o fato de que, ainda em 2017, 46% dos hospitais estaduais sob administração direta não cumpriam o estabelecido no decreto.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo geral analisar a eficiência em 18 hospitais públicos estaduais de Santa Catarina em que a gestão é feita diretamente pelo Estado ou por organizações sociais de saúde. Assim, por meio da metodologia utilizada, buscou-se responder à seguinte questão: “O modelo de gestão por OS possibilita uma maior oferta de serviços hospitalares aos cidadãos?”. Adicionalmente, os modelos estatísticos utilizados no estudo também são capazes de propiciar indícios quanto a possíveis existências de recursos ociosos na gestão dos hospitais, comparando os insumos e os resultados de todos os hospitais analisados.

A análise envoltória de dados (DEA, na sigla em inglês para Data Envelopment Analysis) é uma metodologia bastante utilizada na saúde para avaliação de eficiência a partir da comparação entre hospitais. A DEA calcula uma eficiência relativa entre as próprias unidades selecionadas, fazendo um comparativo entre hospitais e apresentando quais insumos podem estar sendo mal empregados pelo tomador de decisão. Uma desvantagem é que a DEA se limita às unidades que compõem a amostra, isto é, não mede a eficiência absoluta e necessita de diversos dados que geralmente não estão disponíveis.

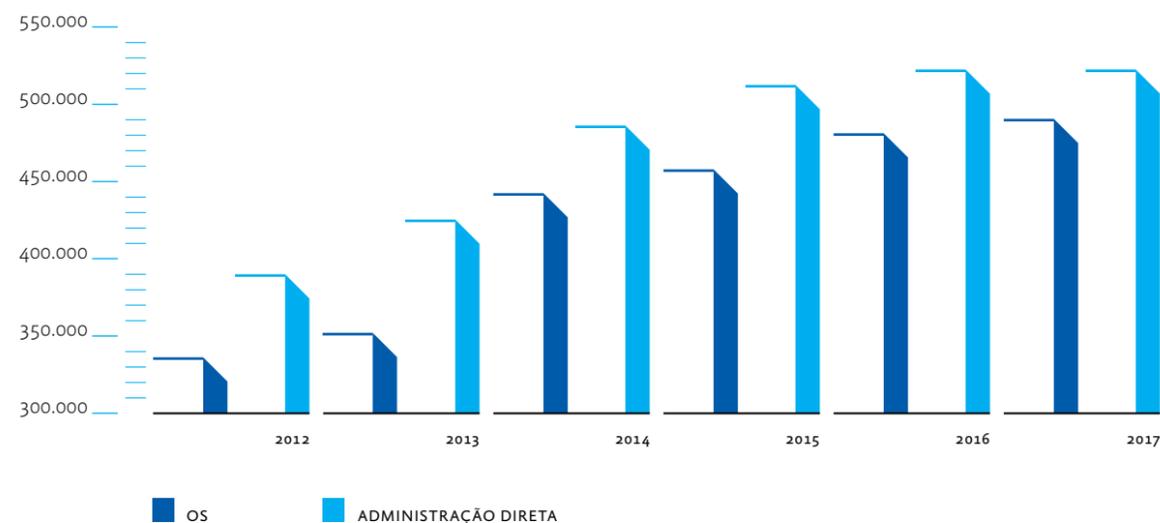
Particularmente, também foi utilizado o índice de Malmquist, que serve para medir a evolução na mudança tecnológica do setor ao longo dos anos. Em suma, o principal resultado encontrado não foi uma surpresa: o aumento dos gastos não é acompanhado pelo aumento na produtividade, traduzindo-se em uma “redução tecnológica” no setor de saúde.

Já no modelo DEA, foram utilizadas as variáveis mais empregadas em estudos econômicos: mão de obra, capital e infraestrutura, traduzidos em quantidade de leitos habilitados, despesa por leito, número de médicos e total dos demais funcionários de saúde.

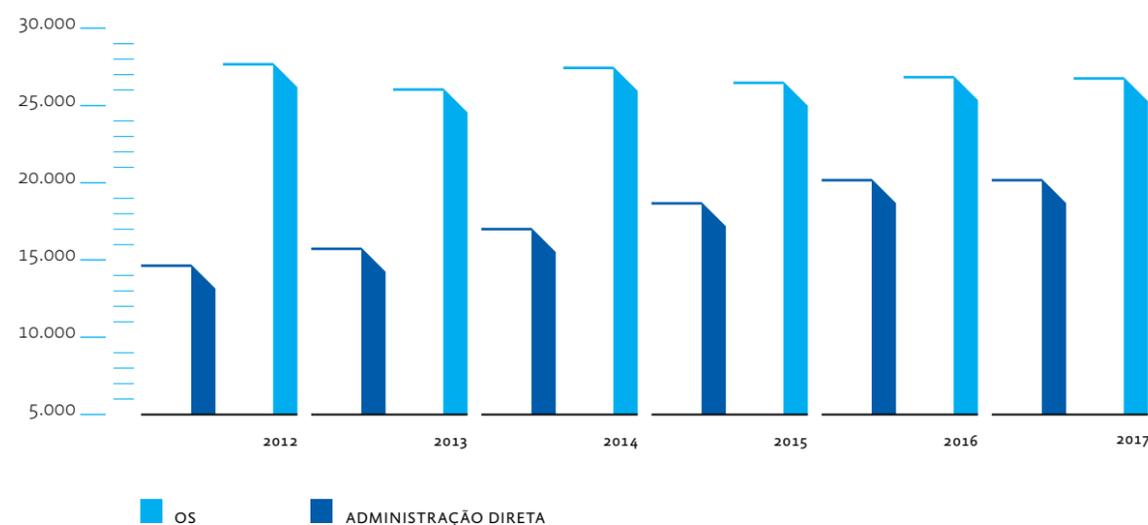
Inicialmente, observou-se que, comparando hospitais com diferentes modelos de gestão, as organizações sociais de Santa Catarina apresentaram despesa por leito menor e produção hospitalar maior em relação aos hospitais geridos pela administração pública direta.

Após o emprego das técnicas mencionadas, o resultado da modelagem estatística demonstrou que, dos seis hospitais com maior eficiência em Santa Catarina, cinco são OS: Cepon (Centro de Pesquisas Oncológicas), Hospital Terezinha Gaio Basso, Hospital Infantil Jeser Amarante Faria, Hospital Florianópolis e Hospital Regional de Araranguá. A exceção foi o nosso maior hospital, o Hospital Regional Homero Gomes, que ficou em terceiro lugar no ranking—ele situa-se na BR-101 em São José (região metropolitana de Florianópolis), recebendo pacientes de toda natureza e apresentando altos ganhos de escala.

DESPESAS POR LEITO ANUAL | R\$



MÉDIA PONDERADA DA PRODUÇÃO HOSPITALAR | R\$



O índice de Malmquist, por sua vez, demonstrou que a produtividade total vem caindo com o tempo. Os hospitais não têm sido capazes de fazer mais com menos e os custos crescem mais que proporcionalmente à produção: desde 2012, a folha salarial aumentou 210%, ante alta de apenas 78% da produção hospitalar. Observou-se também a existência de uma convergência na eficiência dos hospitais: os melhores estão estagnados, pararam de melhorar, num indicativo de que a mudança da tecnologia não está sendo capaz de aumentar a produção numa proporção maior que a alta dos gastos, no mesmo momento que os hospitais menos eficientes vêm aprimorando suas relações de insumos e produção.

Por fim, em um terceiro estágio de análise dos resultados da DEA, efetuado por meio de uma regressão em painel com os escores de eficiência dos hospitais ao longo dos anos analisados, concluiu-se que a variável categórica indicativa do modelo de gestão hospitalar apontou que ser uma OS impactava o valor esperado do escore de eficiência da DEA positivamente, com alta significância estatística. A conclusão foi que hospitais geridos por organizações sociais são, em média, 46 pontos percentuais mais eficientes que aqueles sob administração direta, mesmo com a incorporação de efeitos de heterogeneidade não observada no modelo estatístico.

Com esses resultados, foi possível efetuar uma simulação para avaliar o custo estimado da ineficiência dos hospitais geridos pela administração direta. Constatou-se que, se todos os 13 hospitais da administração direta tivessem a mesma eficiência das OS mais eficientes, o aumento da produção obtido em termos de atendimento para a população equivaleria aos serviços hospitalares de dois hospitais regionais de São José—a unidade de maior porte no estado. Equivalentemente, em termos financeiros, a baixa eficiência dos hospitais sob gestão própria corresponde a um desperdício anual de R\$ 671 milhões em recursos públicos. Esse é o custo da ineficiência dos hospitais próprios em Santa Catarina.

Para completar a análise, também fizemos o cotejo de unidades específicas—para começar, entre os hospitais infantis Joana de Gusmão, gerido pela administração direta, e Jeser Amarante Faria, sob a gestão de uma OS. Embora sejam bem semelhantes,

quase do mesmo porte, com total de leitos e número de médicos muito parecidos, a despesa por leito do primeiro é 77% maior, e a “produção ponderada por tipo de produto” do segundo, 20% maior. Muito mais preocupante é constatar que despesas com alimentação e lavanderia são 309% e 170%, respectivamente, mais altas no hospital sob administração direta.

Observou-se mais ou menos a mesma coisa quando se analisaram os hospitais Doutor Waldomiro Colautti (da administração direta) e Terezinha Gaio Basso (de uma OS): despesa por leito 31% maior no primeiro e produção ponderada 44% maior no segundo. Novamente, gastos com alimentação são 131% e com lavanderia 200% mais altos no hospital gerido pela administração direta.

Então, como se pode constatar, em Santa Catarina, há fortes indícios estatísticos de que os hospitais administrados por organizações sociais são mais eficientes, ainda que não necessariamente se possa afirmar serem mais efetivos. Lembre-se de que eficiência e efetividade são conceitos distintos.

Mesmo assim, orientações do TCU (Tribunal de Contas da União) sobre mecanismos de avaliação e controle dos contratos de gestão com organizações sociais ressaltam que estados e municípios devem promover contínuo fortalecimento dos controles internos, de modo a permitir acompanhamento tempestivo dos resultados obtidos. Auditorias realizadas pelo TCU e pelo TCE-SC já identificaram falhas no controle exercido pelos entes federados.

Para além do escopo da mera estatística, ficou claro que é imperativo reforçar a fiscalização. Constatamos que isso realmente não acontece da forma mais adequada e existem várias falhas no controle. Mas esse seria um bom caminho para levar as OS a um resultado ainda melhor. Listo a seguir mais alguns pontos de atenção que poderiam auxiliar nesse sentido.

- Comissões de Avaliação e Fiscalização: membros devem ter disponibilidade temporal suficiente para exercer a função com dedicação e responsabilidade.
- Controle e fiscalização de custos das OS: limite tanto para gastos administrativos quanto com pessoal.

- Detalhamento minucioso de todas as despesas das OS, segregando-as o máximo possível, de forma que se permita uma fiscalização ponto a ponto e mais eficaz.
- Sistemas de dados das OS integrado com sistemas das secretarias, de maneira a gerar maior confiança nos resultados apresentados.
- Registro de ouvidoria e painéis com resultados de satisfação de cidadãos: transparência em todos os indicadores.
- Gestores devidamente qualificados, com experiência em gestão hospitalar.
- Avaliação dos contratos de OS já existentes, com atenção aos pontos positivos e aos pontos criticados, de modo que se minimizem riscos e potenciais problemas: a contratação de uma OS deve ser precedida de estudos prévios detalhados, que fundamentem a transferência do gerenciamento e estipulem metas conforme a capacidade da instalação e a demanda da sociedade.
- Parceiro privado idôneo, com experiência em gestão hospitalar e espírito público.
- Planejamento de investimentos para manutenção tecnológica e estrutural: não é só custeio; o avanço tecnológico também tem que estar previsto.
- Compromisso do Estado com repasses regulares e integrais.
- Fortalecimento dos setores de fiscalização de OS.
- Ampliação e modernização das equipes de controle das secretarias de Saúde.
- Implantação de softwares de sistema de custos e prestação de contas.
- Ressarcimento de recursos identificados como despesas indevidas.
- Prontuário eletrônico: redução do número de exames desnecessários, melhores diagnósticos etc.
- Transparência de resultados operacionais e de fiscalização.
- Avaliação e padronização de formas de registro de produção.
- Incentivos e cobrança pela maior produtividade dos profissionais de saúde: metas realistas, mas desafiadoras de produção, também para hospitais geridos pela administração direta.

- Avaliação de taxas de reinternação, controle sobre indicadores de efetividade, qualidade, equidade, eficiência etc.
- Integração entre os níveis de controle interno e externo: secretarias de Saúde, tribunais de contas, ministérios públicos, ministérios públicos de contas devem atuar em conjunto para a elaboração de “contrato-padrão” para a gestão de OS.

DE OLHO NOS INDICADORES

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

- 1 TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL | %
- 2 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA | DIAS
- 3 ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO | DIAS
- 4 TAXA DE ROTATIVIDADE | GIRO

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS/EFETIVIDADE

- 5 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL | %
- 6 TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA | %

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE ASSISTENCIAL

- 7 TAXA DE DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IH EM UTI-A | %
- 8 TAXA DE DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IH EM CS ASSOCIADA A CVC EM UTI-A | %

AVALIAÇÃO DE GESTÃO

- 9 ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DE FUNCIONÁRIOS
- 10 RELAÇÃO FUNCIONÁRIO POR LEITO
- 11 RELAÇÃO ENFERMEIRO POR LEITO
- 12 RELAÇÃO ENFERMAGEM POR LEITO
- 13 PORCENTAGEM DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

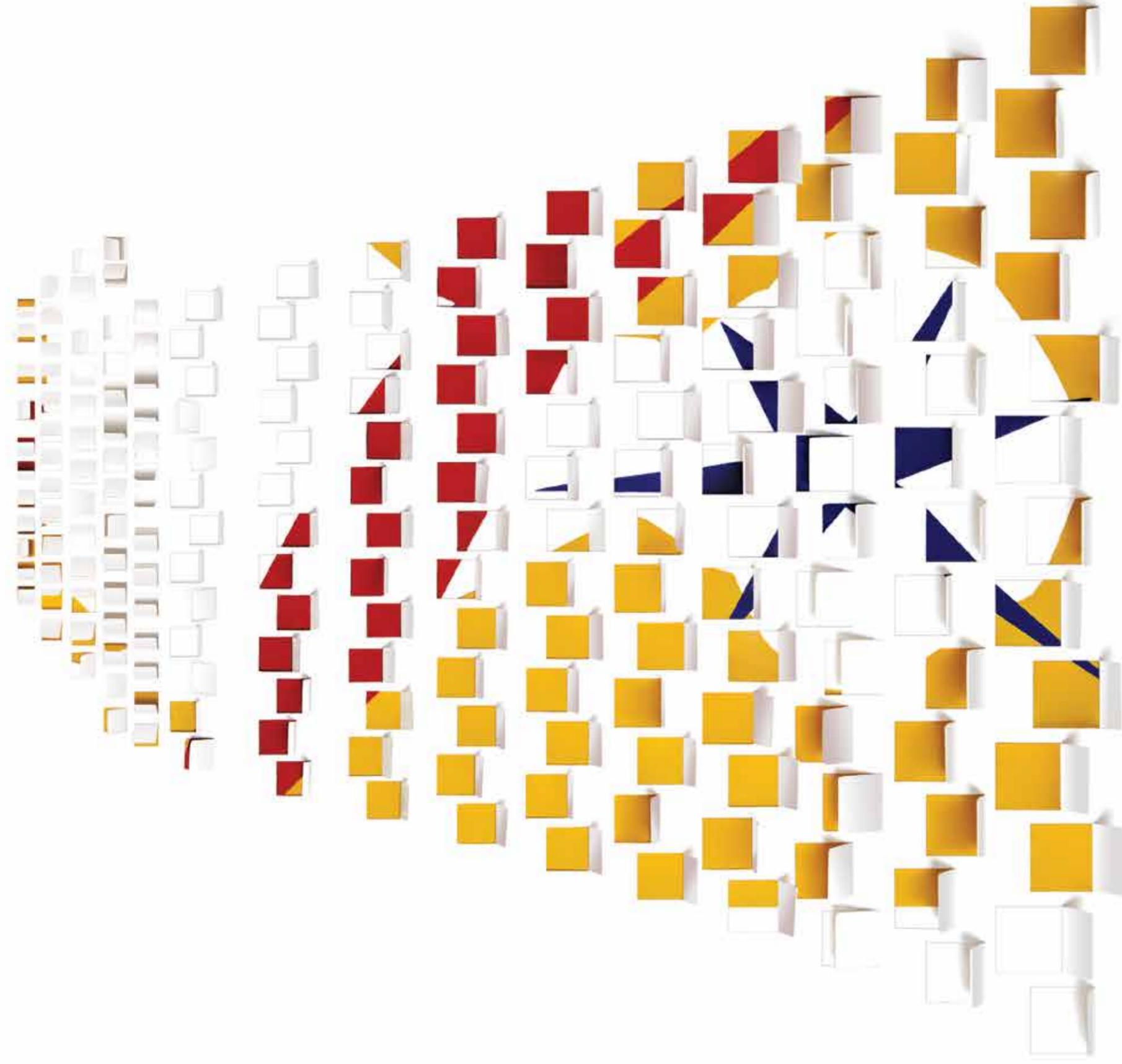
FONTE | TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA.

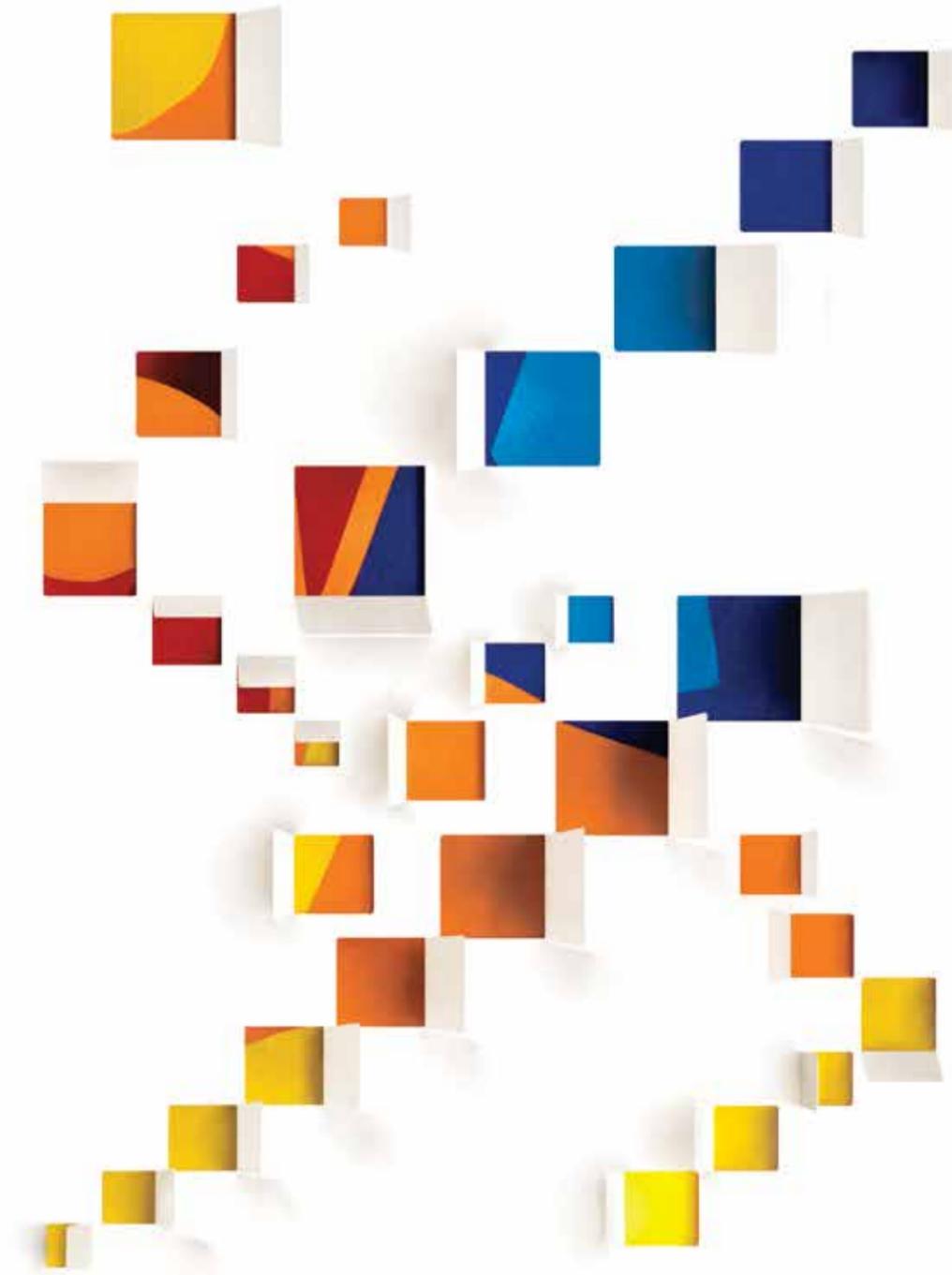
Tudo o que recomendamos para as organizações sociais também deve valer para os hospitais de administração direta. Não existe um caminho diferente do outro: a triilha do sucesso na saúde é homogênea, havendo apenas formas diferentes de gestão, embora com os mesmos objetivos de qualidade e atendimento universal. É comum falarmos sobre a necessidade de indicadores e contratos de gestão bem-feitos, mas eles só servem para minimizar riscos. Os resultados vão depender efetivamente das pessoas, de quem está gerindo cada unidade hospitalar. É preciso ter espírito público, sentir que estão mudando vidas—de mães, de crianças, de idosos, de famílias. É isso que vai fazer diferença. Cabe a nós, como órgãos de controle, minimizar o risco de potenciais problemas surgirem, mas é o trabalho conjunto que pode dar certo, com os incentivos corretos e as pessoas certas.

SILVIO BHERING SALLUM

é auditor fiscal de Controle Externo do Tribunal de Contas de Santa Catarina desde 2016. Graduado em Economia pela University of Virginia (EUA), possui especialização em Estatística Aplicada pela Universidade Federal de Minas Gerais e mestrado em Economia pela Universidade Federal de Santa Catarina.

CAPACIDADE

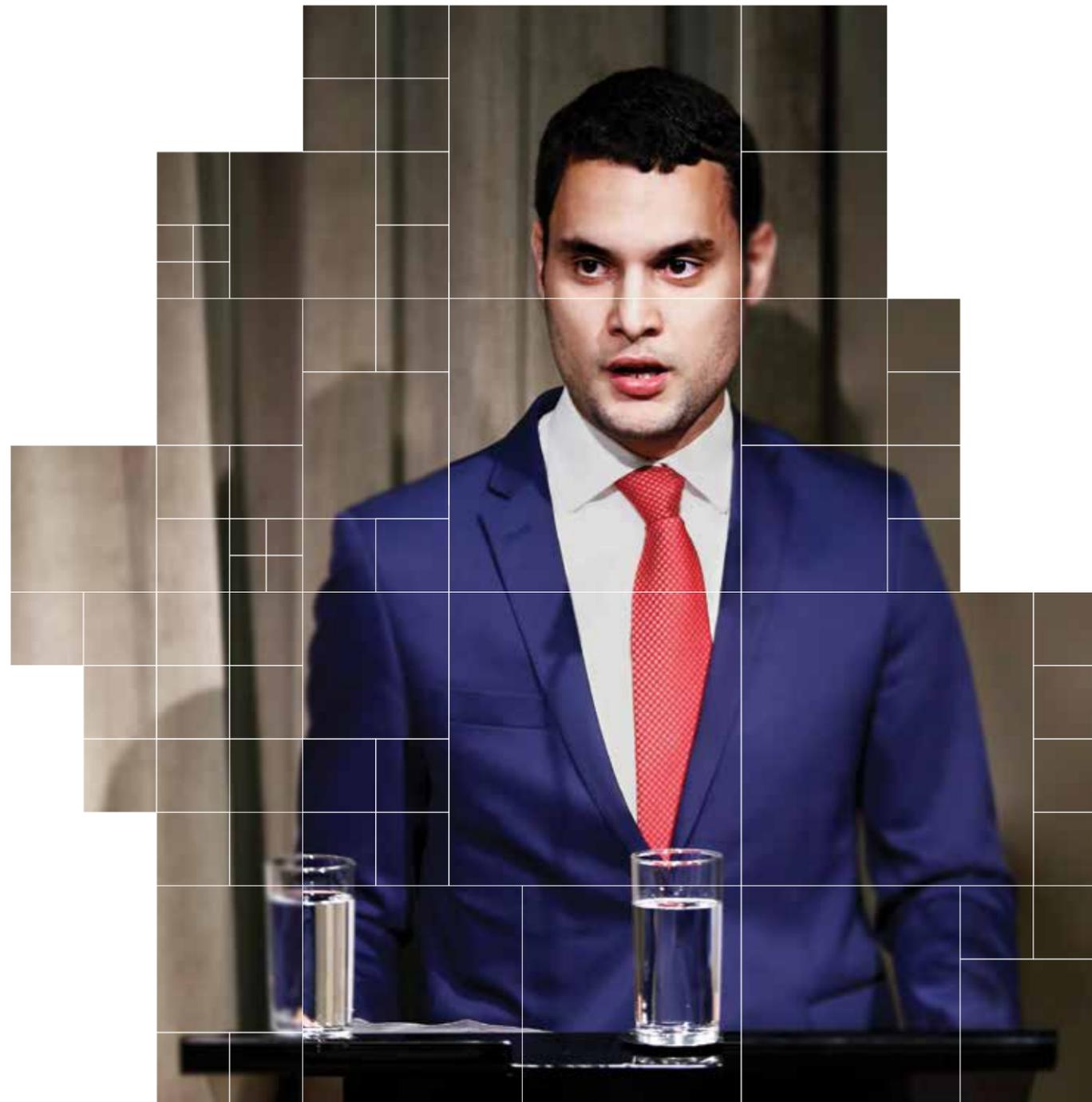




PALESTRA MAGNA DE ENCERRAMENTO

DESAFIOS NA PARCERIA COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

ABHNER YOUSSEF MOTA ARABI



O Estado brasileiro enfrenta cenário de grande dificuldade. Em um contexto de crise e de escassez, cobra-se mais eficiência com menos recursos. Isso porque se constata que no país o poder público gasta muito e mal, o endividamento público é muito elevado, e a margem de investimento dos governos, reduzida. Logo, é necessário corrigir tanto a qualidade quanto a quantidade da despesa pública.

Temos um sistema tributário ineficiente e regressivo. Temos uma carga de tributos que, comparativamente a países da América Latina, é elevada, o que fecha a porta ou grande parte dela para um dos lados possíveis do ajuste fiscal: o incremento de receitas. Então, de fato, temos que buscar reduzir gastos, e esse é um desafio extra na busca de eficiência.

No âmbito estrito da saúde, esses problemas parecem se agravar também por aspectos específicos: um sistema que se diz universal, integral e muito bem desenhado, mas que, na prática, acaba se revelando muito custoso e ineficiente.

Há um constatado subfinanciamento e uma centralização de serviços públicos. Na maioria das vezes, municípios e estados são os que mais devem arcar com os serviços públicos e os que menos têm recursos para tanto. Trata-se de uma característica atual do federalismo brasileiro: ser centralizador junto à União tanto no âmbito de competências legislativas quanto do ponto de vista de recursos fiscais, mas não das competências administrativas.

É nesse cenário crítico que se insere o desafio das organizações sociais, especialmente as de saúde, em sua parceria com o Estado. Para enfrentá-lo, vale rememorar a origem do modelo e quais os seus objetivos, a fim de que se possa resgatar de sua lição histórica o que nos conduziu ao cenário em que hoje nos encontramos.

As organizações sociais aparecem, à época de sua criação, como um novo instrumento de gestão pública. Trata-se de um modelo que, em abstrato, não pode se dizer nem positivo, nem negativo, conclusão a que só se pode chegar mediante a avaliação dos usos que se faz dessa ferramenta. Mas é, sem dúvida, uma nova alternativa que se colocou ao gestor público e que deve ser analisada sem amarras prévias ou sem preconceções sobre suas qualidades ou não.

As organizações sociais, e assim também já se manifestou o STF (Supremo Tribunal Federal), são um dos modelos de execução de serviços públicos compatíveis com a Constituição Federal, mas não o único. E, nesse sentido, cabe essencialmente aos agentes políticos—que

são democraticamente constituídos para tanto—e aos gestores das políticas públicas selecionar qual a forma, qual o método de execução de determinado serviço público, seja por atuação direta ou indireta do Estado, o que se aplica também à saúde.

Ao mesmo tempo, constata-se, à luz desse cenário de crise fiscal e de escassez de recursos públicos, certa insuficiência do Estado na consecução desses serviços. Aliás, esse tema, por si só, já perfaz uma grande área de discussão no âmbito do Direito Administrativo: definir o que é e o que não é serviço público. Há grandes debates doutrinários sobre isso, mas, ao que aqui nos interessa, podemos dizer que os serviços públicos podem ser executados tanto direta quanto indiretamente pelo Estado.

A intervenção direta do Estado na execução dos serviços públicos surge em um momento em que o setor privado e o mercado parecem não possuir capacidade econômica e estrutura organizacional para fazer jus às demandas sociais que se apresentam. No Brasil, é a partir do início do século 20, essencialmente, que surgem novas demandas sociais—de saúde pública, inclusive—e o Estado, como titular do dever de prestar esse serviço público, passa a ter que diretamente desempenhar atividades nesse sentido, até mesmo por insuficiência, nessa época, de atuação do setor privado.

Passa-se, então, à criação de órgãos estatais e entidades públicas, à contratação de funcionários pelo poder público e se desenvolve toda uma estrutura de Estado. Isso gerou problemas que nos trazem hoje a uma realidade em que essa situação talvez tenha se invertido: hoje talvez seja o Estado que não possui mais capacidade econômica e estrutura organizacional para dar atendimento eficiente a esses serviços públicos.

É nesse âmbito que ganha força a atuação indireta do Estado, que passa a contar com a colaboração do setor privado para executar serviços públicos. A administração pública passa a se guiar por um novo paradigma: o controle por resultados. E, desse ponto de vista, algumas ferramentas ganham mais destaque, como a necessidade de planejamento, monitoramento, mediação, fiscalização e também a concessão de incentivos ao setor privado.

Se o Estado quer contar com a colaboração de atores privados para atender a fins públicos, é necessário que o modelo desenvolvido seja atrativo. É para isso que a legislação inicialmente apresenta incentivos ou flexibilizações nas regras rígidas do regime de Direito Público, como

a concessão de bens, servidores e recursos públicos que passam a ser utilizados por entidades privadas na consecução de um objetivo comum.

Flexibilizam-se, também, regras de licitação e de realização de concursos públicos, mas não como fins em si mesmos, e sim como meios de obtenção de um resultado bem definido: um serviço público mais eficiente, mais ágil e menos custoso—e não apenas do ponto de vista econômico, de menor custo, mas que represente também maior qualidade para os cidadãos.

De outro lado, há a necessidade de que também as entidades privadas atendam núcleos essenciais de princípios administrativos públicos. Legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência são vetores que passam a também guiar sua atuação. Ou seja, a opção do agente político por executar determinado serviço público por meio direto ou indireto não pode ter por objetivo fugir ou escapar das regras rígidas do Direito Público, que, por mais que possam ser por vezes criticadas, não podem ser ignoradas.

Por mais que hoje se desenvolva uma noção mais contemporânea do princípio da legalidade a partir da noção de “juridicidade”, ainda se trata de uma grande amarra à atuação pública que existe e não pode ser ignorada. E a opção de executar o serviço público de saúde por meio de organizações sociais ou por meio de atuação direta não pode ter por objetivo escapar da rigidez do regime público. É por isso que são necessárias condutas transparentes, de maior controle e com participação social.

Quando observamos e analisamos o regime constitucional da saúde pública, por mais que primariamente seja um dever do Estado, não se trata de atividade exclusiva dele. Assegura-se também ao setor privado a livre iniciativa de agir no âmbito da saúde pública, ou seja, os particulares que atuam na execução dos serviços de saúde não o fazem por delegação ou concessão do Estado, mas por direito próprio.

De todo modo, ainda que executado em caráter privado, é um serviço que, notadamente, possui alto interesse social—seja o nome ou o conceito que se adote no âmbito do Direito Administrativo para serviço público—e que pode ser executado de modo compartilhado, não exclusivo e não privativo.

Todo esse cenário leva, no âmbito do STF, à declaração de constitucionalidade da Lei das Organizações Sociais (nº 9.637/1998) com interpretação conforme a Constituição, justa-

mente na medida do que aqui se expôs. Há a necessidade de que esse modelo—que, a princípio, se revela constitucional e compatível com as normas constitucionais—seja interpretado à luz do dever de atuação dos órgãos privados, segundo regras que inicialmente se aplicariam apenas a entes públicos.

Esse primeiro passo parece hoje simples, mas apenas em 2015, com relatoria do ministro Luiz Fux, o Supremo assentou tal decisão em resposta à ação direta de inconstitucionalidade nº 1.923. Ou seja, demoramos 17 anos para que definitivamente o Poder Judiciário se manifestasse sobre a constitucionalidade do modelo das organizações sociais que o legislador infraconstitucional trouxe como nova opção na consecução de serviços de saúde pública.

Bom, esse é o modelo que hoje temos. Mas quais os novos desafios que a partir daqui se apresentam? Desafios estes ditos por um jurista, claro está, porque, afinal, é o Direito, são as leis, as normas jurídicas, as resoluções, as decisões dos tribunais que conferem a roupagem jurídica aos instrumentos que se colocam à disposição dos gestores públicos.

De saída, um dos grandes desafios na consolidação do modelo de organizações sociais é a necessidade de segurança jurídica. Os órgãos normativos e de controle, o Legislativo e o Judiciário precisam ter estabilidade e previsibilidade no desenvolvimento e no design institucional desse regime de contratação.

Os agentes econômicos, os agentes privados, os servidores públicos e o próprio Estado precisam ter algum grau de certeza e de previsibilidade de que aquilo que hoje existe ou sobre como se deve atuar serão mantidos. Ou, se vai haver alguma alteração, que haja alguma estabilidade nessa mudança. Alguns teóricos da sociologia jurídica defendem que a segurança jurídica é a principal função do sistema jurídico: assegurar expectativas, ainda que contrafactualmente.

Esse é um debate que tem ganhado bastante força e que nos leva ao âmago do tema do evento: a necessidade de que os incentivos que existem para as organizações sociais atuarem não sejam desfeitos ou descaracterizados por outros desincentivos que surgem da atividade estatal.

O Estado, ao se propor relacionar com o agente privado na consecução de um objetivo público, há que apresentar à organização social, aos agentes privados um modelo que seja atrativo e, portanto, mais eficiente. E, para isso, há que se reduzir, por exemplo, custos que decorrem da intervenção estatal ou da enorme complexidade para se relacionar com o poder público.

Medidas como análise de impacto regulatório são bastante proveitosas; não apenas aquela regulação das agências reguladoras, mas de forma mais ampla, no sentido de intervenção do Estado. A busca pela segurança jurídica é um grande desafio, que se coloca não apenas nos âmbitos administrativo e de controle, mas também no judicial; caminhar no sentido de medidas de contenção da discricionariedade administrativa—desde o momento do credenciamento ou não de uma organização social até o momento posterior de controle—e também do voluntarismo judicial.

No âmbito da saúde, um dos grandes problemas que os gestores enfrentam para o desenho de políticas públicas é o da judicialização. Há que se ter noção de que nem sempre o Judiciário representa a instância de maior capacidade institucional para resolver conflitos ou a mais apta a decidir determinadas questões. Claro, ele age por provocação e não pode se negar a decidir, mas há que se atentar para suas capacidades e seus limites institucionais. Outro ponto, que também se comunica com o desafio da segurança jurídica, é a necessidade de uma produção normativa e judicial que se compatibilize com a realidade brasileira. Não adianta produzir normas que, no papel, soem perfeitas, mas que, na realidade, sejam inexecutáveis. Tivemos recentemente, por exemplo, alterações na Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro que trouxeram essa preocupação. Há que se ter uma visão de consequência de sua intervenção, bem como algum pragmatismo no âmbito do desenho e da execução de serviços públicos. A atuação do Poder Judiciário, dos órgãos de controle e da administração pública não pode representar o engessamento do modelo jurídico ou da atividade das organizações sociais. Até porque temos entidades que atuam em estados diversos, municípios diversos e que enfrentam realidades absolutamente distintas, que são decorrência do modelo federativo adotado pelo Brasil e de normatização constitucional. A Constituição nos fala de pluralismo político e social, e essa é uma noção que também deve guiar, como desafio, a consolidação do modelo das organizações sociais.

Algumas medidas de governança pública também podem auxiliar nessa consolidação. É o caso da necessidade de maior transparência visando ao atendimento do princípio da publicidade. Já há propostas de alterações legislativas aprovadas no Senado Federal e enviadas à Câmara dos Deputados que sugerem modificações pontuais no modelo. São exemplos

a fixação de limites para a remuneração de dirigentes de organizações sociais, a necessidade de promoção de chamamento público para credenciamento junto ao Estado e medidas mais claras de descredenciamento ou de possíveis sanções que podem ser imputadas àqueles que descumprem o contrato de gestão ou que não executam adequadamente o serviço público. Além disso, são necessárias uma formação específica dos corpos funcionais das organizações sociais e medidas de avaliação real, séria e efetiva dos resultados das políticas públicas. Estímulos e medidas de compliance também podem auxiliar na conformação de um modelo mais seguro, mais previsível. Por mais que não haja a necessidade de promover licitação e concurso público, é necessário que se atendam aos princípios de impessoalidade, publicidade e moralidade nos regulamentos próprios de contratação e de seleção de pessoal.

Da mesma forma em relação à previsão de códigos internos de conduta. São iniciativas que já cresceram bastante no âmbito empresarial privado atual, mas ainda podem ser incorporadas com maior vigor nessa que não é propriamente uma atuação pública nem privada, mas colaborativa. Um aspecto que o TCU (Tribunal de Contas da União) vem fazendo muito bem, sobretudo em suas auditorias operacionais, e para o qual peço atenção é o que chamo de controle administrativo mais compreensivo—e é bom que sirva de exemplo para tribunais estaduais e municipais. Trata-se não apenas de apontar os vícios, os defeitos e os culpados, mas de entender todo o processo de execução da política pública, onde estão os gargalos e as ineficiências, e propor medidas para seu aprimoramento.

O controle compreensivo deve, também, buscar ser mais preventivo e não só repressivo. E não acho que devamos voltar a um modelo que anteriormente existia, por exemplo, de registros prévios de contratos perante os tribunais de contas, o que parecia uma medida ineficiente, e sim perseguir a atuação preventiva no sentido de não apenas reprimir ao final, mas acompanhar simultaneamente a execução de determinado contrato de gestão ou de determinada política pública e auxiliar na sua correção—uma atuação, em suma, mais resolutiva e um controle que se busque mais pedagógico, integrado, interdisciplinar e interinstitucional.

Nesse sentido, é necessário diálogo entre as instituições do setor privado e do setor público: o Ministério Público, o Poder Judiciário, os tribunais de contas e os demais órgãos de controle. Não adianta uma instituição sozinha buscar dar solução a determinado problema, porque

não vai funcionar. Precisamos de um controle que seja também mais participativo do ponto de vista social—com medidas de transparência e de maior interação, eventualmente com a promoção de audiências públicas—e muito mais coordenado.

Diante da pluralidade de entidades de controle, o que a princípio é positivo, não adianta cada uma se guiar por determinado modelo e atuar de forma isolada ou desconexa. Essa atuação de instituições que se declaram autônomas—e, de fato, a Constituição assim lhes assegura—deve ser coordenada e, sempre que possível, com controle mais consensual. Outro ponto que é um desafio a ser enfrentado é a própria harmonização de conceitos contábeis entre as esferas de controle. E aqui um exemplo que se coloca exatamente no âmbito desta discussão: despesas com médicos e enfermeiros, ou seja, com profissionais que atuam na atividade-fim dos serviços de saúde, mas que são contratados por entidades interpostas, devem ou não ser computadas como gastos de serviço de pessoal para fins dos limites estipulados pela Lei de Responsabilidade Fiscal?

Essa é uma dificuldade que a Secretaria do Tesouro Nacional atualmente tem enfrentado. Em seus normativos, há a indicação da necessidade de consideração também dessas despesas contabilizadas como gastos de pessoal, até porque, se assim não fosse, estados que hoje enfrentam elevado dispêndio com folha de servidores artificialmente reduziriam esses limites. Ou seja, mediante um contrato de gestão, qualificada uma organização social que atue no âmbito da saúde, seria possível reduzir gastos com médicos, funcionários e enfermeiros e criar uma margem artificial de ampliação para as demais despesas de pessoal, o que, a princípio, não parece nem um pouco positivo. Por fim, é recomendável a fixação de metas possíveis, claras e factíveis que se coadunem com o âmbito do controle, na linha do que falei sobre a compatibilização dos sistemas normativo e administrativo com a realidade, a fim de que se possibilite a consecução do serviço público de forma eficiente e eficaz, com controle público de maior qualidade.

Todas essas medidas indicam grandes desafios, mas também apontam um futuro que pode ser promissor. Parece-me haver já algum consenso na identificação dos problemas—em geral, parecidos. Para alguns deles, já se imaginam soluções; para outros, ainda não, precisamos descobri-las. Mas necessitamos sair da fase do diagnóstico e passar à fase da medicação. Se a saúde pública hoje se diz doente, é preciso buscar a sua cura.

ABHNER YOUSSEF MOTA ARABI

é juiz instrutor do STF (Supremo Tribunal Federal), juiz de Direito do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e mestrando em Direito, Estado e Constituição—Linha Constituição e Democracia pela UnB (Universidade de Brasília). Foi assessor de ministro do STF (2014–2018). Graduado em Direito pela UnB (2013), possui especialização em Direito Administrativo (2015) e pós-graduação em Ordem Jurídica e Ministério Público pela Fundação Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (2018).

EXCELÊNCIA



Fundado em abril de 2015, o Ibross (Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde) é a primeira entidade nacional representativa dessas instituições, também conhecidas como OS e responsáveis pelo gerenciamento de serviços do SUS (Sistema Único de Saúde) em todo o país. O Ibross tem como objetivo colaborar para o fortalecimento do SUS e a melhoria do atendimento oferecido à população brasileira, além de zelar para que o modelo de gestão por OS seja não apenas adequadamente difundido, mas também entendido como o fio condutor de práticas gerenciais modernas e que elevem a qualidade da saúde prestada no país.

O instrumento que ordena a parceria entre as OS e as secretarias estaduais e municipais de Saúde é o contrato de gestão, que estabelece metas e resultados, tanto quantitativos quanto qualitativos. Graças a essa parceria, estados e municípios contam hoje com unidades de saúde acreditadas e certificadas por organismos nacionais e internacionais, que atestam as melhores práticas de gestão, controle, assistência e humanização nessas unidades.

Pautado pela transparência na gestão das unidades públicas de saúde, o Ibross preza pelo acesso à informação. Em 2018, o instituto emitiu para suas entidades filiadas uma resolução que prevê uma série de medidas que dão publicidade às informações essenciais para a adequada compreensão, controle e acompanhamento da gestão. Ainda, o Ibross está desenvolvendo um programa de avaliação de governança e compliance, que classifica a maturidade dos sistemas de integridade, incentivando a ética, a sustentabilidade e a transparência na saúde.

O Ibross reúne cerca de 20 instituições sem fins lucrativos presentes em São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Ceará. São entidades privadas que atuam com práticas e técnicas de gestão próprias—incluindo as formas de contratação de pessoal e demais serviços. Ao utilizar ferramentas da iniciativa privada na administração de unidades públicas, é possível ganhar em agilidade, economicidade e produtividade. Juntas, elas gerenciam cerca de 800 equipamentos de saúde e empregam mais de 95 mil pessoas. Essas unidades contam com mais de 15 mil leitos e realizam, em um período de um ano, cerca de 700 mil internações e mais de 750 mil cirurgias. Também são responsáveis por mais de 40 milhões de consultas, quase 50 milhões de exames e chegam a registrar aproximadamente 10 milhões de atendimentos de urgência e emergência.

Os resultados do modelo são expressivos. Em Santa Catarina, por exemplo, o Tribunal de Contas do Estado produziu uma análise que avaliou o nível de eficiência dos hospitais públicos estaduais. Dos seis primeiros colocados, cinco são administrados por organizações sociais de saúde.

www.ibross.org.br



CONASS 2019_2020

ALBERTO BELTRAME | SES/PA
Presidente

GERALDO RESENDE PEREIRA | SES/MS
Vice-presidente Região Centro-Oeste

CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA LULA | SES/MA
Vice-presidente Região Nordeste

FERNANDO RODRIGUES MÁXIMO | SES/RO
Vice-presidente Região Norte

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JÚNIOR | SES/ES
Vice-presidente Região Sudeste

CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO | SES/PR
Vice-presidente Região Sul

JURANDI FRUTUOSO SILVA
Secretário Executivo

IBROSS 2015_2020

RENILSON REHEM
Presidente

INSTITUTO DO CÂNCER INFANTIL E PEDIATRIA ESPECIALIZADA | DF

NACIME MANSUR
Vice-presidente

SPDM | ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA | SP

FILIFE BITU
Diretor

OSS DO HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO | PE

GEFERSON ALCÂNTARA ANTUNES
Diretor

INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO-LIBANÊS | SP

ROBERTO SÁ MENEZES
Diretor

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA | BA

HELTON ZUCCON
Núcleo de Comunicação

SPDM | ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA | SP

FICHA EDITORIAL

PROJETO EDITORIAL
ACE Com — Análise, Conteúdo e Estratégia

COORDENAÇÃO E ORGANIZAÇÃO
André Lacerda

PROJETO GRÁFICO
Vicente Gil Design

EDIÇÃO DE ARTE
Nasha Gil

FOTOGRAFIA
Divulgação TCU

TRATAMENTO DE IMAGENS
Vicente Gil

REVISÃO DE TEXTO
Marcia Menin

IMPRESSÃO
Gráfica e Editora Positiva Ltda

FICHA TÉCNICA

TIPOLOGIA
Adobe Garamond | Designers Claude Garamond | Robert Granjon | Robert Slimbach | Foundry Adobe | 1989
Absara | Designer Xavier Dupré | Publisher FontFont | 2005

CAPA
FORMATO ABERTO | 820 x 280 mm
FORMATO FECHADO | 210 x 280 mm
PAPEL | Supremo 300 g/m²

IMPRESSÃO
4 x 4 Cores

ACABAMENTO
Laminação Fosca

MIOLO
FORMATO ABERTO | 420 x 280 mm
FORMATO FECHADO | 210 x 280 mm
NÚMERO DE PÁGINAS | 264 páginas
PAPEL | Couché Fosco 115 g/m²

IMPRESSÃO
4 x 4 cores

TIRAGEM | 2.000 exemplares



TCU
TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

CONTROLADORIA-GERAL
DA UNIÃO

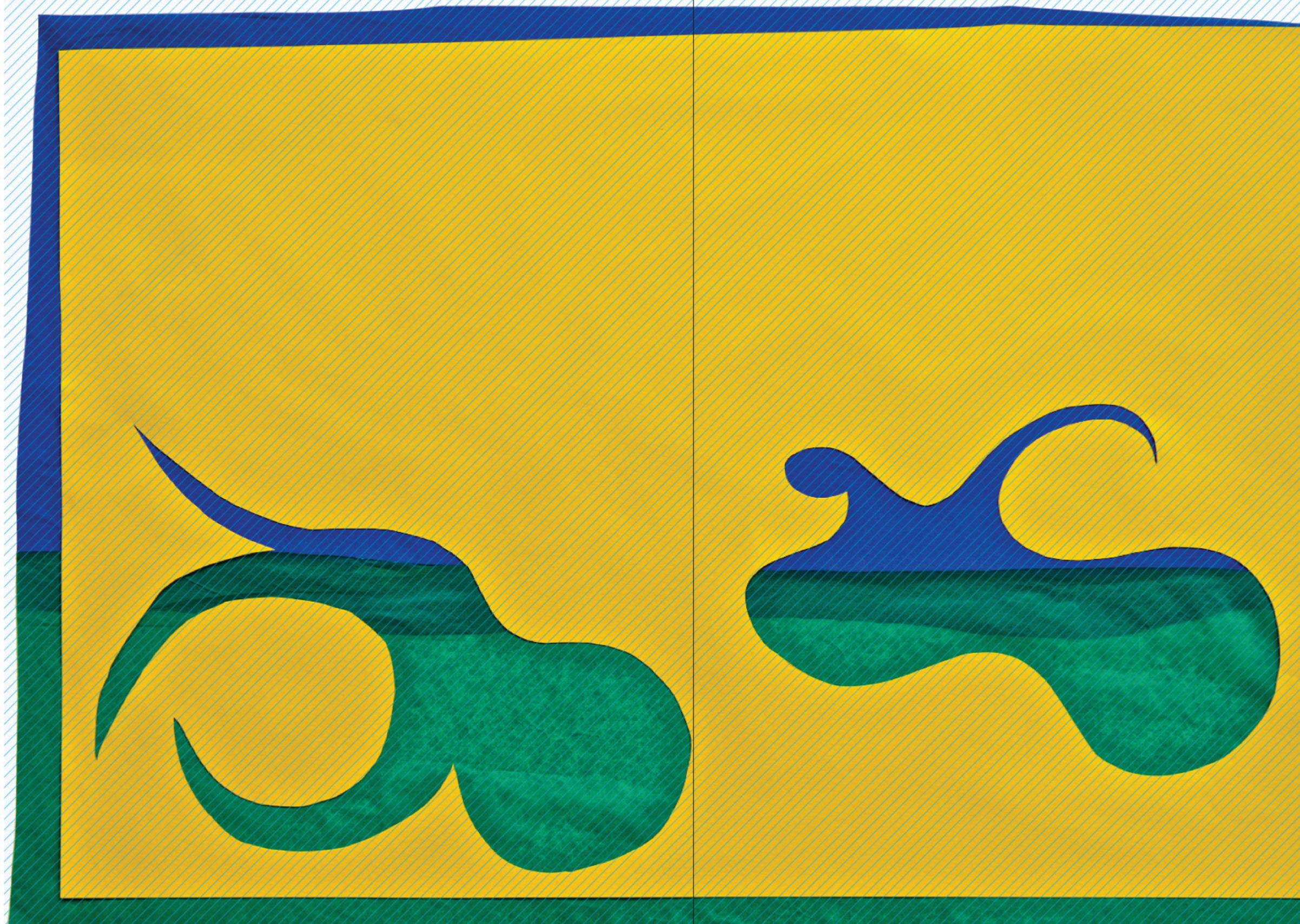


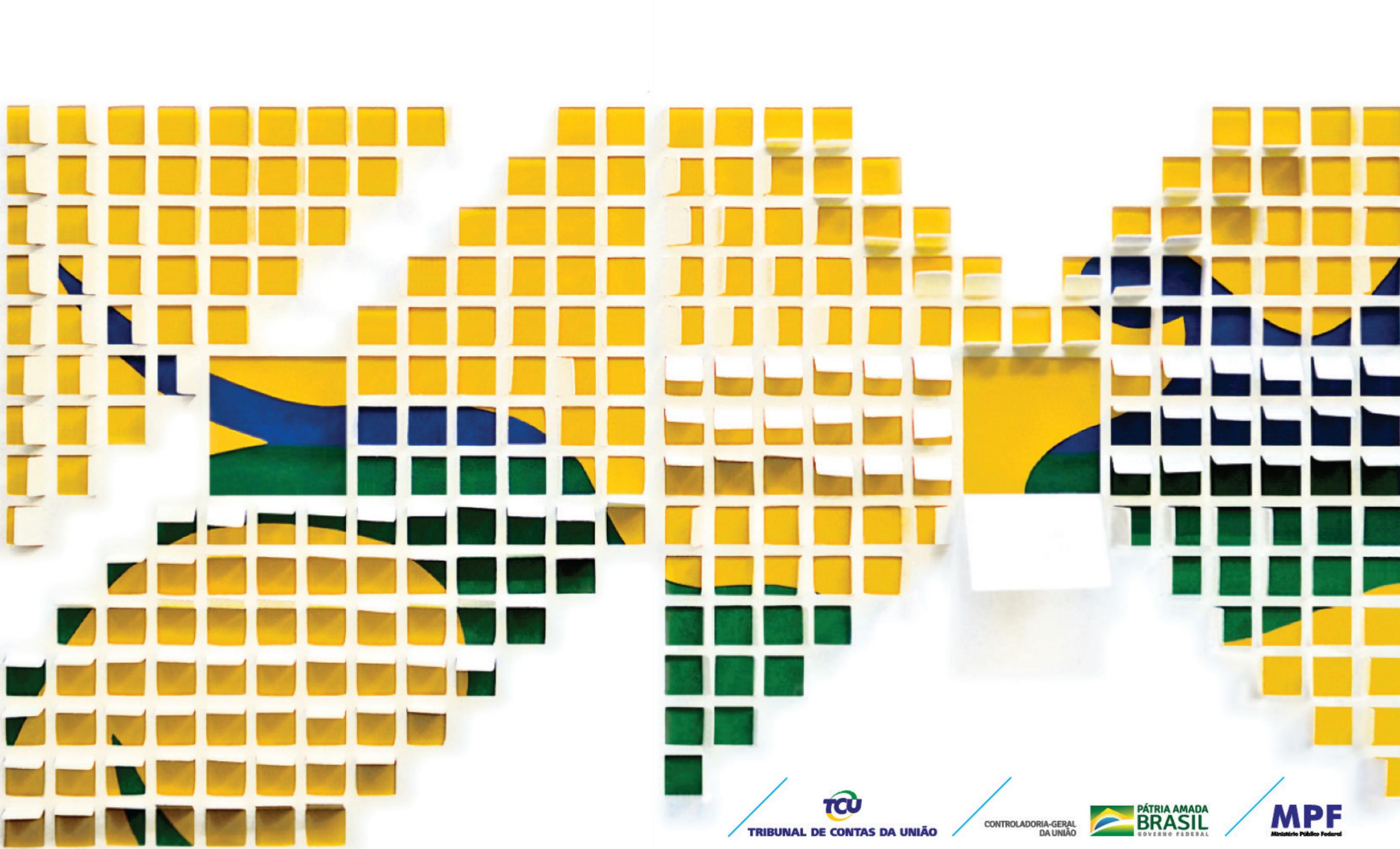
MPF
Ministério Público Federal

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS

IBROSS





TCU
TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

CONTROLADORIA-GERAL
DA UNIÃO **PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL

MPF
Ministério Público Federal

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS

IBROSS



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

CONTROLADORIA-GERAL
DA UNIÃO



MPF
Ministério Público Federal



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS

IBROSS