

Capítulo II

Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do sus municipal

Cristina Maria Meira de Melo
Geovana Raimunda de Santana
Heloniza Oliveira Gonçalves Costa
Handerson Silva Santos
Oswaldo Y. Tanaka
Tatiane Araújo dos Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MELO, CMM., *et al.* Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do sus municipal. In: MELO, CMM., FAGUNDES, NC., and SANTOS, TA., orgs. *Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação* [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 55-103. ISBN 978-85-232-1161-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo II

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO TERCEIRIZADA DE UNIDADES DE SAÚDE DO SUS MUNICIPAL¹

Cristina Maria Meira de Melo
Geovana Raimunda de Santana
Heloniza Oliveira Gonçalves Costa
Handerson Silva Santos
Oswaldo Y. Tanaka
Tatiane Araújo dos Santos

INTRODUÇÃO

A chamada crise fiscal da década de 1980 e o processo de globalização colocaram para o centro dos debates políticos questionamentos sobre o papel do Estado e a ineficiência da administração pública. Tais debates, nos anos de 1990, culminaram na Reforma do Aparelho do Estado brasileiro. (BRASIL, 1995) Esta Reforma propunha um modelo dito capaz de tornar a administração pública mais eficiente, eficaz e voltada para a cidadania. Declarava como objetivo central a reconstrução do Estado, fortalecendo os serviços públicos, adaptando-os ao

¹ Pesquisa financiada pelo CNPq.

capitalismo mundial e à democracia, com foco no aspecto gerencial, visando ao maior controle nos resultados.

Vale salientar que a Reforma do Estado foi apresentada como uma oportunidade para corrigir os rumos da administração pública, não só brasileira como latino-americana, quanto à sua rigidez, conjugada com a ineficiência; ausência de mecanismos de controle externo; distanciamento e não compromisso com as demandas dos cidadãos; excessos burocráticos e uso político da máquina estatal para realizar interesses particulares. Frente ao desafio, o reconhecimento e a valorização de um espaço público não-estatal na provisão de serviços públicos ganham relevância.

Assim, a Reforma do Estado brasileiro define as atividades exclusivas e não exclusivas do Estado, com a transferência para o setor privado das atividades que poderiam ser controladas pelo mercado. Ressalta, também, o papel regulador do Estado e exige uma maior flexibilidade e descentralização administrativa, capaz de assegurar a continuidade das políticas públicas, como está inscrito no Texto Constitucional de 1988. (BRASIL, 1988)

O pressuposto da Reforma do Estado, que orienta a transferência da gestão dos serviços públicos para as organizações de natureza não-estatal, é o de que existe um espaço público não-estatal que envolve a capacidade da sociedade atuar junto com o Estado na execução de serviços públicos, sempre visando ganhos em eficiência e efetividade. (CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO, 1998)

Com esses propósitos, os projetos de reforma do aparelho do Estado no Brasil foram elaborados incorporando os princípios que caracterizam a administração pública gerencial, isto é, privilegiando a utilização de ferramentas gerenciais, a exemplo dos programas de qualidade, do planejamento estratégico, da reengenharia organizacional e da terceirização, modalidades advindas do setor privado inspiradas no

movimento do novo gerencialismo público, surgido na Inglaterra na década de 1980. (SOUZA, 2001)

Souza (2001) chama atenção que a Reforma da Administração Pública, ao se inspirar nas ideias do movimento de Novo Gerencialismo Público, agrega apoio à Reforma, na medida em que usa um objetivo ideologicamente neutro: tornar a administração pública mais eficiente e moderna, além de voltada para o atendimento das necessidades e satisfação plena dos cidadãos. Este é um ideal a que nenhum indivíduo, independente do partido político ou da ideologia que assuma, será contra, pois todos apoiarão mudanças que tornem os serviços públicos eficientes.

Segundo Bresser Pereira (2001), a administração pública gerencial é mais transparente, eficiente e controlável, por apresentar dispositivos de controle social. Entretanto, é importante confrontar o ideário da participação social com a realidade brasileira. Nesta, a formulação de políticas públicas ainda acontece no âmbito do núcleo estratégico do governo, restringindo às organizações sociais e entes privados, que terceirizam a gestão de serviços públicos, a autonomia decisória nas questões operacionais.

Paula (2001) traz mais um fator importante para esta discussão quando sinaliza que a transferência de instrumentos gerenciais utilizados pelo setor privado para o setor público não garante respostas às demandas dos cidadãos, uma vez que as condutas administrativas das empresas privadas são desprovidas de preocupação com o impacto social dos seus resultados. Nesse sentido, o modelo da reforma parece desconhecer que a eficiência idealizada para o setor público difere da eficiência do setor privado, pois enquanto este visa ao lucro, o setor público visa transformar as condições de vida da população.

No setor saúde, a eficiência pretendida pela reforma acentua ainda mais essa incoerência. A própria ênfase na eficiência e eficácia da administração pública, visando essencialmente à racionalização de

recursos financeiros, pode ser compreendida como contrária à Reforma Sanitária, cujos princípios visam à proteção da saúde dos cidadãos, reconhecida como direito de todos e dever do Estado.

O que se constata é que a racionalização dos recursos financeiros é primazia em relação à proteção da saúde, a exemplo das estratégias das Normas Operacionais Básicas (NOB) que incorporam as concepções economicista e tecnocrata como solução para a crise do Estado. A gestão financeira e a gestão de serviços públicos são terceirizadas quase sempre como uma tática para a redução de custos, fundamentada no aumento da eficiência e da produtividade. Esta situação é paradoxal para a saúde, uma vez que a gestão de unidades de saúde deve buscar atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Bahia, o incentivo às Organizações Sociais deu-se a partir de 1997, com a edição de uma legislação estadual que mais tarde fora alterada pela Lei nº 8.647/03, que instituiu o Programa Estadual de Organizações Sociais. (BAHIA, 2003) Já no âmbito municipal, foi elaborado um projeto de lei com o mesmo teor, porém o mesmo não foi encaminhado para aprovação no Legislativo municipal. A opção da administração municipal, no âmbito da Secretaria da Saúde, a partir de 2003, foi a de assumir a modalidade da terceirização da gestão de unidades básicas de saúde. Assim, é terceirizada a gestão de cinco unidades básicas com pronto atendimento para entidades privadas, algumas de natureza filantrópica.

A terceirização da gestão ocasionou o estabelecimento de novas relações de trabalho, com a presença de diferentes contratos de trabalho entre os trabalhadores do SUS. Ainda que a VIII Conferência Municipal de Saúde de Salvador tenha aprovado a reversão deste processo, na prática, a terceirização é uma das estratégias do SUS municipal para manter o acesso a serviços de pronto atendimento nas 24 horas.

Neste contexto local, portanto, a modalidade da terceirização é o modelo de interação entre público-privado que ganha relevância.

Em se tratando da gestão de serviços públicos de saúde, através de organizações privadas, a necessidade de avaliar este processo se impõe pelo fato de, por definição, estas conformarem-se como entes jurídicos de direito privado, sem fins lucrativos, atuando no campo do interesse público com financiamento público. O ente concedente da gestão é o Estado, que permanece com a responsabilidade pela garantia dos direitos sociais básicos de acesso universal e equânime aos serviços e ações de saúde.

Diante dessa realidade, questionou-se: qual a capacidade de gestão de Organizações que assumem a condução de unidades básicas de saúde com pronto atendimento nas 24 horas?

Para responder a esta questão, foi preciso construir uma proposta metodológica para avaliar a capacidade de gestão das organizações privadas parceiras do SUS municipal. Tal proposta, ao mesmo tempo em que permitiu a avaliação da capacidade de gestão dessas unidades, criou ferramentas que poderão ser utilizadas pelos gestores municipais para avaliar a capacidade de gestão e, até, aferir juízo de valor ao próprio modelo de gestão.

A avaliação e o acompanhamento do desempenho da gestão pública, através destes novos parceiros instituídos pela concessão dos serviços públicos e dos contratos de gestão, devem ser vistos como importantes para subsidiar as correções necessárias na formulação das políticas governamentais e na sua implementação. E também subsidiam o aperfeiçoamento dos instrumentos jurídicos e administrativos que balizam as novas modalidades de gestão de serviços públicos, previstos pela Reforma Administrativa do Estado.

Além disso, a avaliação da capacidade de gestão municipal na saúde, âmbito no qual estão colocados os maiores desafios para a operacionalização do SUS, é imperativa para contribuir com a consolidação deste Sistema.

Assim, o objetivo deste estudo foi o de avaliar a capacidade de gestão terceirizada das unidades de saúde do SUS municipal em Salvador, Bahia.

Esta avaliação incluiu: a) a análise do contexto político local; b) a elaboração de protocolo de indicadores para avaliar a capacidade de gestão das unidades de saúde terceirizadas do SUS municipal; c) a definição de parâmetros para o protocolo de indicadores com base na análise do contexto local; d) a aplicação do protocolo de indicadores em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) com gestão terceirizada do SUS municipal; e) a análise dos resultados da avaliação da capacidade de gestão nas dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade.

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO

O conceito-guia de gestão adotado nesta avaliação assume que a capacidade de gestão de uma Organização pode ser aferida através da capacidade de formular projetos, políticas e normas legais, das suas condições técnicas e administrativas (pessoais, materiais e financeiras), que representam as condições logísticas para a execução, e da sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos através das políticas, dos planos e dos programas da Organização. (GUIMARÃES et al., 2004)

O conceito-guia parte do entendimento de que a decisão é o elemento central do processo de gestão e revela-se através de três dimensões: uma dimensão organizacional, que evidencia o formato do processo decisório (quem e como se decide); uma dimensão operacional (capacidade de executar as decisões tomadas), que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da Organização, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos; e a dimensão da sustentabilidade (capacidade de sustentar resultados),

que revela como os gestores contribuem para a construção e manutenção da capacidade de sustentar os resultados de gestão.

Dessa forma, a capacidade de gestão de uma Organização não-estatal foi concebida como a faculdade desta em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos seus resultados de gestão. Este conceito foi a ferramenta teórico-analítica do modelo metodológico desenhado para aferir a capacidade de gestão de unidades de saúde terceirizadas do SUS municipal.

Esta concepção de capacidade de gestão assumida por este estudo fornece também elementos para verificar, no empírico, se tem sustentação os argumentos utilizados pelo governo federal para permitir a gestão de serviços públicos por terceiros – maior autonomia decisória destas Organizações frente aos níveis hierárquicos da estrutura burocrática da administração pública brasileira; possibilidade de um processo decisório mais rápido e mais efetivo; maior flexibilidade para romper com a rigidez da estrutura organizacional, objetivando maior interdependência e compartilhamento na autoridade e na responsabilidade. (MOTTA, 1991) Além disso, possibilita verificar também o que a Organização Social anuncia em relação à maior transparência ao instituir, na sua estrutura organizacional – apesar de não ser este um requisito exigido da terceirização da gestão por contrato de gestão ou convênio – os conselhos administrativo e fiscal, com a participação de representantes do Estado e da sociedade civil, com vistas a gerar decisões mais consensuais. O que possibilita à instituição ter canais e mecanismos que possam divulgar e socializar estas decisões para trabalhadores e usuários, contribuindo para a construção de um processo decisório mais transparente e, por consequência, sujeito a um maior controle social.

O tipo de avaliação que orienta a proposta metodológica deste estudo é o denominado de pesquisa interessada a qual, segundo Draibe (2001), tem como objetivo detectar dificuldades e obstáculos e pro-

duzir recomendações para corrigir os rumos do programa ou disseminar lições aprendidas, visando a melhoria da qualidade do processo de implementação e do desempenho do que se avalia.

O foco da avaliação é a gestão, o que implica a adoção de um tipo de avaliação de processo focada nas condições, no desenho da Organização e no modo como são desenvolvidas as ações programadas. Com isso, detectam-se os fatores que facilitam ou impedem os melhores resultados. (DRAIBE, 2001)

Este estudo assume o conceito-guia de gestão testado e validado em pesquisa anterior (GUIMARÃES et al., 2003, 2004), levando em conta os seguintes pressupostos:

- No campo da administração clássica, o conceito de gestão se aproxima da ideia de gerência e, desta forma, toma um caráter mais operacional e instrumental, ao prevalecer o entendimento de que se trata de uma “função organizacional voltada para o comando, a coordenação, o planejamento, o controle, a orientação e a integração das ações levadas a efeito nos diversos níveis e setores incumbidos da execução dos serviços.” (MATTOS, 2001, p. 45)
- No campo da administração pública, ao incorporar elementos da ciência política, o conceito contempla uma dimensão política que se traduz em aspectos menos pragmáticos e operacionais. Neste caso, privilegia-se a discussão sobre o poder e sua legitimidade, politizando assim os conflitos presentes no processo de decisão no âmbito das Organizações, sobretudo nas Organizações públicas.

Desta forma, a construção de um conceito-guia sobre gestão partiu, inicialmente, da discussão levantada por Matus (1993) sobre a capacidade de governar. Para este autor, esta capacidade é aferida a partir de três dimensões, interdependentes entre si, e que o autor ilustra através de uma linguagem esquemática que passou a ser conhecida como o “Triângulo de Governo” de Carlos Matus. Estas dimensões contemplam a ideia de que a capacidade de governo revela a articulação dinâmica

entre a existência de projetos de governo², de determinado grau de governabilidade do sistema³ e da capacidade de governo⁴, de forma a conduzi-lo aos objetivos contemplados nos projetos. Com este entendimento, Matus (1993) agrega conceitos que se situam em campos teóricos que tradicionalmente se polarizam na discussão sobre gestão: o da administração pública e o da ciência política. O modelo teórico triangular de governo privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos) quanto categorias administrativas (capacidade técnica), bem como categorias políticas (governabilidade do sistema).

Tais reflexões sobre o tipo de gestão com base em Matus (1993) e no conceito-guia de gestão assumido pautam-se em três eixos estruturantes: da capacidade de decidir, da capacidade de executar o decidido e da sustentabilidade. Considerou-se que os ganhos que possam ser alcançados com a gestão devem ser sustentáveis no tempo, como forma de assegurar a continuidade dos resultados positivos obtidos e o constante aperfeiçoamento do sistema, contemplando aspectos relacionados com a institucionalização de mecanismos e estratégias que ampliam e/ou consolidam apoios e alianças capazes de favorecer a sustentabilidade das decisões e dos resultados pretendidos pela gestão municipal da saúde.

Assim, a dimensão relativa à capacidade de decidir deve refletir a formulação de projetos pelos gestores das unidades básicas de saúde terceirizadas, agenda e planejamento coerentes com o arcabouço normativo do SUS. A dimensão da gestão relativa à capacidade de execução aponta a capacidade da Organização em mobilizar recursos para executar as decisões tomadas. A dimensão relativa à capacidade de sus-

² Conteúdo dos projetos de ação propostos de forma a levar o sistema ao alcance de seus objetivos.

³ A governabilidade do sistema refere-se ao conjunto de variáveis que, sendo essenciais para a efetivação do projeto de governo, estão ou não sob controle do ator responsável pela condução do projeto de governo.

⁴ A capacidade de governo refere-se ao acervo de técnicas, métodos, conhecimentos, destrezas, experiências etc. do ator e equipe responsável pela condução do projeto de governo.

tentar os resultados de gestão deve revelar a existência de parcerias e alianças para manter as decisões tomadas.

Além do conceito-guia de gestão, assume-se a definição de uma imagem-objetivo que deverá ser perseguida no processo da avaliação, conforme o modelo de Guimarães e outros (2002). Esta imagem-objetivo, baseada no conceito-guia de gestão, orienta-se na seguinte direção:

A gestão das unidades de saúde avaliadas deve assumir decisões mais partilhadas, contando com trabalhadores comprometidos e com usuários envolvidos com o atendimento de suas necessidades.

Devem ter maior autonomia decisória, pois isto confere aos gestores legitimidade e confiabilidade para conduzir a Organização.

Tais elementos do processo de gestão são coerentes com o referencial do Novo Gerencialismo Público, que defende uma gestão pública eficiente, flexível e voltada para a cidadania. (GUIMARÃES et al., 2004) Ao mesmo tempo, estes elementos em nada são conflituosos com os próprios princípios do SUS.

Dessa forma, a capacidade de gestão de uma Organização pública não-estatal foi concebida como a faculdade dos seus dirigentes de decidirem com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão. Este conceito, como referido anteriormente, foi a ferramenta teórico-analítica do modelo metodológico desenhado para aferir a capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde do SUS municipal.

CONSTRUÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO TERCEIRIZADA NA SAÚDE

Para a avaliação da gestão terceirizada em saúde, optou-se por operar estudos de casos múltiplos, de natureza quantitativa e qualitativa, em quatro unidades de saúde do sistema municipal de saúde em Salvador, Bahia. A opção por estudos múltiplos deve-se ao fato de estes permitirem a emergência de aspectos diferenciados da gestão avaliada,

sem necessariamente contemplar comparações, considerando que as unidades de saúde terceirizadas são gerenciadas por diferentes organizações privadas.

O modelo de análise está pautado nos eixos estruturais do conceito de gestão adotado pelo estudo, que orientou a definição e seleção de indicadores. Para a definição dos parâmetros para a avaliação e do modelo de análise, consideraram-se o contexto local e os princípios e diretrizes operacionais do SUS de integralidade, de controle social e de resolutividade incorporados nas dimensões da gestão. A resolutividade pode ser compreendida como a capacidade de os serviços solucionarem os problemas de saúde dos usuários de forma adequada e no local mais próximo da sua residência, assegurando o seu encaminhamento para serviços de maior complexidade quando necessário.

Ao avaliar sistemas municipais de saúde na perspectiva da integralidade, distinguem-se como componentes deste conceito a garantia da atenção em três âmbitos: o da articulação de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; o da abordagem integral do indivíduo ou da sua família; e o da garantia de acesso às ações e serviços de saúde. Neste estudo, a integralidade é esperada pelo menos na garantia de acesso ao usuário que demanda os serviços e ações produzidas interna e externamente à UBS, e pelo menos na esfera do distrito sanitário.

Quanto ao controle social, este é compreendido como a possibilidade de intervenção de usuários dos serviços de saúde em distintos espaços, não se limitando aos conselhos de saúde. No caso de serviços terceirizados, além do controle que o conselho de saúde pode fazer sobre os mesmos, inclusive sobre os aspectos financeiros, estes devem organizar espaços formais que permitam a transparência nos processos de decisão e intervenção por parte dos usuários, a exemplo dos serviços de ouvidoria.

A MATRIZ DE INDICADORES

A matriz de indicadores construída consta de variáveis, indicadores, parâmetros, premissas, fontes de informação e atribuição de resultados (quantitativos ou qualitativos), buscando superar a noção de avaliação binária que permeia os modelos tradicionais de avaliação.

Os indicadores selecionados são categorizados nos seguintes tipos: de existência de uma situação, de participação, de disponibilidade de informações ou de recursos, de enunciação avaliativa, de custo, de utilização, de tipo, de informação, de conhecimento.

A partir da categorização dos indicadores, estes receberam um maior ou menor peso, sendo valorizados os que respondessem com maior sensibilidade aos princípios do SUS de resolutividade da atenção, integralidade e controle social. O valor atribuído aos indicadores foi produto de discussões entre a equipe de pesquisadores e da busca de informações na literatura balizadas pelas informações do contexto interno da UBS obtidas no estudo-piloto. Por sua vez, a opção por estas variáveis e indicadores ocorreu devido ao fato de retratarem os três eixos do conceito-guia de gestão construído no estudo de Guimarães e outros (2004).

Na matriz, os indicadores foram distribuídos entre as três dimensões do modelo lógico de avaliação adotado: a dimensão organizacional com cinco indicadores, a dimensão operacional com onze indicadores e a dimensão da sustentabilidade com nove indicadores, num total de vinte e cinco.

Visando articular as dimensões da capacidade de gestão com os princípios do SUS priorizados, define-se no Quadro 1 as variáveis e os indicadores utilizados na avaliação.

Quadro 1 - Variáveis e indicadores da matriz utilizada na avaliação da capacidade de gestão terceirizada em saúde. Salvador, 2007

DIMENSÃO DA GESTÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Organizacional	A.1 Perfil da terceirizada	A.1.1 Experiência da Organização gestora na prestação de serviços de saúde na atenção básica.
	A.2 Qualificação profissional do gestor	A.2.1 % de atendimento pelos gestores dos dois requisitos para exercício da função gerencial: 1) Existência de capacitação na área de administração e ou gestão em saúde. 2) Experiência prévia em gestão de serviço de saúde.
	A.3 Controle social	A.3.1 Existência de conselho local organizado e atuante.
	A.4 Composição e posição dos atores participantes do processo decisório	A.4.1 Participação de diferentes atores no processo decisório e sua posição nessa estrutura.
	A.5 Articulação da terceirizada com a instância gestora Distrito Sanitário (DS)	A.5.1 Existência de novo projeto/ atividade proposto e implementado pela UBS com base em problemas locais e aprovado pelo DS nos últimos 12 meses.
Operacional	B.1 Recursos operacionais	B.1.1. Disponibilidade de recurso financeiro para pronto pagamento.
	B.2 Capacidade de manutenção e reposição da infraestrutura física, de equipamentos e materiais	B.2.1 Enunciação avaliativa sobre a manutenção da infraestrutura física, de equipamentos e materiais. B.2.2 A UBS mantém um inventário atualizado com base em um perfil predeterminado dos postos de trabalho necessários.

DIMENSÃO DA GESTÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Operacional	B.3 Mecanismos e forma de capacitação dos trabalhadores	B.3.1 Existência de incentivos/ mecanismos de educação permanente para os trabalhadores. B.3.2 Existência de fonte de incentivo e participação de educação permanente.
	B.4: Custo de procedimentos	B.4.1 Custo médio por procedimentos explicitados nas metas do contrato de gestão. B.4.2 Existência de planilha de controle de custo.
	B.5 Mecanismos de referência e contrarreferência de usuários	B.5.1 Utilização de mecanismos de referência e contrarreferência. B.5.2 Agendamento assegurado intraunidade para usuário do PA.
	B.6 Acolhimento aos usuários	B.6.1 Identificação de barreiras de acesso e adoção de medidas para assegurar o acesso universal e integral.
	B.7 Gestão de pessoas	B.7.1 Tipo de contrato de trabalho.
Sustentabilidade	C.1 Canais de auscultação dos usuários	C.1.1.a Existência de canais de auscultação. C.1.1.b Existência de procura de canais pelos usuários. C.1.1.c Existência de resposta à crítica dos usuários.
	C.2 Parcerias e alianças	C.2.1 Formação de parcerias e alianças entre setores da Organização e/ou de outras organizações para garantia da atenção integral à saúde.

DIMENSÃO DA GESTÃO	VARIÁVEIS	INDICADORES
Sustentabilidade	C.3 Difusão de informações sobre direitos e deveres dos trabalhadores e usuários da Organização	C.3.1 % de trabalhadores que referem receber informações por parte da Organização. C.3.2 % de usuários que referem receber informações por parte da Organização.
	C.4 Acompanhamento e avaliação dos resultados	C.4.1 Disponibilidade de informação para monitorar e avaliar os serviços produzidos. C.4.2 Existência e implementação de estratégias de acompanhamento e avaliação de resultados dos serviços produzidos. C.4.3 % de trabalhadores que informam receber retorno sobre a avaliação do seu desempenho.

DESENHO DA ANÁLISE

No plano de análise, foi arbitrada uma escala de proporção, estabelecendo-se que para atribuição de pontos no indicador, seria preciso um alcance de, no mínimo, 25% de respostas positivas. Utilizou-se uma escala numérica com quatro pontos de corte para indicar a frequência de determinada resposta entre um conjunto de sujeitos. Esta escala considerava os seguintes percentuais de respostas esperadas: 25%, 50%, 75% e 100%. Nesse sentido, para cada percentual foi atribuída uma escala de valores. Assim, a pontuação final foi relacionada com uma escala de cores previamente estabelecida pelos pesquisadores.

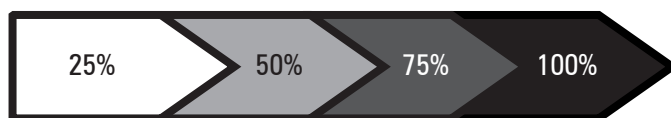
Nesse aspecto, esta escala de cores baseava-se em quatro tons:

- Branca: corresponde ao alcance de, no mínimo, 25% do total de respostas obtidas e indica situação de perigo, de fragilidade da capacidade de gestão, sinalizando que esses indicadores precisam ser priorizados.

- Cinza: corresponde ao alcance de, no mínimo, 50% do total de respostas e indica situação de cuidado, de constrangimento da capacidade de gestão, demonstrando os indicadores que precisam melhorar.
- Grafite: corresponde ao alcance de, no mínimo, 75% do total de respostas e indica situação intermediária entre o preto e o cinza, significando uma situação de alerta, de viabilidade da capacidade de gestão, demonstrando os indicadores que obtiveram avanços, entretanto precisam ser aperfeiçoados.
- Preta: corresponde ao alcance de 76% até 100% do total de respostas e indica uma situação ótima da capacidade de gestão, representando os indicadores que estão de acordo com a imagem objetivo construída.

Nesse aspecto, para os indicadores que expressavam fenômenos relevantes para a gestão terceirizada, foi considerado que, para alcançar a pontuação máxima, o total de respostas deveria ser positivo; foi o caso dos indicadores dicotômicos (sim e não). Entretanto, para outros indicadores, considerou-se a divisão dos pontos em 25%, 50% e 75% de respostas positivas; logo, um percentual de respostas abaixo de 100% era também relevante. Nesse sentido, para cada percentual foi arbitrada uma escala de pontos. Assim, a situação ideal seria representada pelo alcance do máximo de pontuação possível para cada um dos indicadores. E o inverso desta situação seria representado pela inexistência de pontuação em qualquer dos indicadores considerados. Posteriormente, a pontuação alcançada por cada indicador foi comparada com uma escala de graduação de cores para verificar a coloração que representava cada um dos indicadores (Figura 1).

Figura 1- Escala de graduação de cores



Já a análise dos indicadores qualitativos foi realizada através da correlação do resultado obtido por cada indicador com a sua respectiva premissa e parâmetro. A cada resultado, também foi atribuída uma cor. Os resultados finais são apresentados por dimensão, considerando a cor predominante obtida relacionada aos resultados dos indicadores. A atribuição de cores aos resultados tenta romper com os resultados binários das avaliações tradicionais, reforçado pela atribuição de valor numérico ao indicador, interpretado como nota e conseqüentemente como uma avaliação boa ou ruim.

Destaca-se que o uso da escala de gradação de cores traz um viés que precisa ser considerado, ou seja, o indicador que atinge de 76% a 100% de respostas positivas é representado pela cor preta. Entretanto, existe uma diferença nesse intervalo que não é visualizada quando o representamos apenas por uma cor. Talvez fosse o caso de utilizarmos nuances de uma mesma cor para representar os intervalos da escala numérica, como constatado por Barreto (2007). Deste modo, este estudo indica a necessidade de aperfeiçoamento do plano de análise desse modelo de avaliação.

Vale salientar que o modelo metodológico adotado tem por finalidade avaliar os fatores que facilitam e/ou dificultam a gestão terceirizada, para a sugestão de correções dos possíveis constrangimentos ou de fortalecimento dos possíveis acertos. Visto que o foco da avaliação assumida neste estudo é a gestão como processo, não se adota um resultado conclusivo, mas sim um momento específico do processo de gestão terceirizada das unidades básicas de saúde. Desta maneira, os gestores poderão utilizar o resultado da avaliação como ferramenta para o planejamento de ações e não como um julgamento do que foi ou não feito.

O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA TERCEIRIZAÇÃO NO SUS MUNICIPAL EM SALVADOR

Para compreender o contexto da implantação da terceirização no SUS municipal em Salvador, entre os anos de 2000 a 2004, além dos dados obtidos através das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, foram consultadas as matérias dos jornais de grande circulação local, bem como os trabalhos de autores como Fernandes (2004, 2005), Silva e Alcântara (2005) e Milani (2006). A análise desses dados realizou-se por um critério intencional de abordagem temática com base nos aspectos econômico, técnico e político que induziram à terceirização.

Os dados encontrados permitem asseverar que o alinhamento da esfera de poder municipal e estadual contribuiu para a aproximação do município ao sistema político-econômico neoliberal, dado que a modernização administrativa no âmbito da administração pública municipal, com ênfase na terceirização da saúde, tem início no final da primeira gestão do governo Imbassahy (1997-2000), paralela à adoção da mesma política no âmbito estadual.

Isto fica evidente com a justificativa dada pelo prefeito e pela Secretaria da Saúde para implementação das mudanças estruturais no aparelho executivo municipal – necessidade de corte de gastos e a opção pela terceirização era uma busca de aumento da eficiência em decorrência da falência do setor público. Tais posicionamentos e discursos são comuns aos adeptos da política neoliberal.

Nesse período, a política de saúde do governo estadual caracterizava-se pela adoção de formas terceirizadas de gestão e da contratação de trabalhadores. Em 2000, mais de doze unidades hospitalares estaduais já estavam sob o controle de empresas privadas e 57% dos internamentos do SUS, no estado, eram realizados na rede privada.

O que se constata é que a terceirização é uma modalidade de gestão dos serviços públicos aderente ao sistema político-econômico neoliberal e para a saúde, como vêm debatendo vários autores – dentre

eles Rizzotto (2000), Gouveia e Palma (1999) e Suarez (2005) – significa um modelo de gestão que se contrapõe ao modelo da vigilância à saúde, na medida em que a primazia é a adoção das leis de mercado em detrimento, principalmente, da integralidade da atenção, pela fragmentação do sistema e uma política de pessoal não compatível com a demandada pelo SUS.

A terceirização da gestão ocasionou também o estabelecimento de novas relações de trabalho, com a presença de diferentes vínculos e formas de contrato de trabalho no SUS. Além disso, a flexibilidade nas relações de trabalho, introduzidas com o processo de terceirização, induzem formas precárias de contratação através de cooperativas, via contratos temporários ou de prestação de serviços, o que fez surgir empresas interpostas para contratação de mão de obra.

Do ponto de vista jurídico, a terceirização da saúde em Salvador implanta-se de modo ilegal em relação à contratação de pessoal, uma vez que lançou mão de empresas privadas para a contratação de pessoal. Tal artifício vai de encontro ao que está posto no enunciado nº 331 do Tribunal Superior do Trabalho: “a contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, devendo o vínculo ser formado diretamente com o tomador do serviço.” (BRASIL, 2003, p. 2)

O caráter de contratação dessas empresas também extrapola o que reza a legislação das licitações (Lei nº 8.666/93) e seu complemento (Lei nº 8.883/94), uma vez que tais legislações admitem a terceirização apenas das chamadas atividades-meio. (BRASIL, 1993, 1994) Reforça-se esta interpretação com o que diz a Constituição Federal em seu artigo 199, quando permite a participação de terceiros na prestação de serviços de saúde de forma complementar, porém afastando a possibilidade de execução de contratos em que o cerne seja o próprio serviço de saúde, incluída a terceirização de sua gestão. (BRASIL, 1988)

Mais grave ainda foi a forma, considerada abusiva, usada pela SMS para a contratação das empresas ou mesmo dos profissionais e

trabalhadores, dado que a prática corriqueira para a contratação das empresas era por meio da dispensa de licitação, concedida pela procuradoria municipal diante do uso de artifícios de decretos emergenciais.

Os impactos da terceirização e das relações precárias de trabalho foram sentidos no SUS municipal. Durante a coleta de dados da pesquisa, constatou-se que havia um sentimento de insegurança e de ausência de vínculo dos trabalhadores em relação ao seu trabalho. Mais grave ainda é a desorganização dos serviços de saúde gerada pela alta rotatividade dos profissionais nas unidades básicas de saúde, acarretando em uma descontinuidade da assistência e evasão dos usuários dos programas.

No entanto, a única dificuldade encontrada pela gestão da SMS para implantar a terceirização na saúde municipal foi o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Os registros das atas das reuniões do Conselho revelam a oposição que esta instância fazia à terceirização. Isso resultou na cassação de seus membros e na substituição por conselheiros que fossem favoráveis ao novo modelo de gestão de saúde adotado pela SMS.

Assim, o fato político que facilitou a implantação da terceirização no SUS municipal foi a aprovação na Câmara Municipal de Vereadores do Projeto de Lei nº 180/00 que reformula o regimento do CMS (SALVADOR, 2000a), regulamentado pela Lei nº 5.845/2000 do executivo municipal. (SALVADOR, 2000b) Tal reformulação contou com o apoio da bancada de vereadores ligados ao Prefeito.

A relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria da Saúde, durante o período analisado, permite afirmar que as gestões municipais da saúde preocupavam-se em seguir as ordens do executivo municipal, mesmo que estas fossem à revelia da Constituição, desobedecendo a Lei nº 8.142/90. (BRASIL, 1990) Além disso, mostrou-se uma relação excludente por parte da SMS quanto ao acesso por parte dos conselheiros às informações, além de dar pouco apoio ao mecanismo de controle social.

Portanto, no âmbito político, a estratégia do governo municipal para assegurar a adoção da nova modalidade de gestão foi a de excluir o Conselho Municipal de Saúde de debates em relação à terceirização.

Algo que deve ser levado em consideração, após a reestruturação do Conselho, é a ausência de proposições por parte dos conselheiros. Há apenas indicações no plano da ausência de medicações e ou procedimentos em determinadas unidades de saúde, além das recorrentes lembranças à Secretária da Saúde de que o município precisava ser habilitado na gestão plena.

Assim, a práxis do CMS era a de referendar as ações da SMS, o que indica o quão restrita foi a atuação do CMS em relação ao processo de descentralização e de terceirização da saúde em Salvador. Em nenhum momento, durante a leitura das atas das reuniões do Conselho, observa-se algum tipo de discussão ou deliberação daquela instância sobre o tema da terceirização. Uma única vez em que a SMS foi questionada por um representante dos usuários, se os convênios que a Secretaria estabelecia com as empresas privadas não se constituiriam em gestão terceirizada da saúde, a secretária responde “não ser terceirização e sim uma co-gestão, muito diferente do que era feito pela SESAB.” (Ata da 195ª reunião do CMS, em 19 de dezembro de 2001)

O ESTUDO DE CASO 1: O CASO PILOTO

Para a seleção do estudo de caso-piloto, estabeleceu-se como critério ser esta a primeira UBS com pronto atendimento que teve a sua gestão terceirizada, ainda na administração Antonio Imbassahy (2001-2004). Esta UBS é gerida por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), uma instituição filantrópica fundada no ano de 1949. Os serviços prestados por esta Organização são exclusivamente financiados pelo SUS.

Com os indicadores elaborados, foi possível apreender as características e o processo de gestão da unidade para avaliar a capacidade de gestão da terceirizada, como apresentado a seguir:

Dimensão Organizacional

A referida OSCIP possui experiência na gestão e prestação de serviços de saúde no âmbito ambulatorial e hospitalar. Em junho de 2005, assume o desafio de administrar duas UBS no município de Salvador, respondendo a um dos seus objetivos de descentralizar a assistência e estar mais próxima da comunidade, ainda que não acumulasse experiência prévia na prestação de serviços de atenção básica no campo da saúde coletiva.

A gestão do Caso 1 segue a mesma linha de comando da Organização. Há um líder principal (gerente administrativo) e outras lideranças para cada setor/serviço. O líder principal relaciona-se diretamente com a gestão operacional da Organização e também reporta-se à SMS. A instância da SMS que formalmente mantém contato com a liderança da UBS é o Distrito Sanitário.

O Contrato de Gestão com a OSCIP (SALVADOR, 2005a), cujo padrão do conteúdo é mantido para todos os casos avaliados, especifica o objeto do contrato, vigência, remuneração, obrigações da contratada e da contratante, penalidades, listagem dos equipamentos, metas de serviços, quantitativo de pessoal, planilha de atividades e planilha de preços.

De início, o contrato em si traz algumas contradições. Dentre elas, a obrigação da contratada de assegurar o cumprimento integral das normas e diretrizes do SUS e das normas complementares do estado e do município, mas o compromisso assumido nas metas é o de produção de serviços apenas – consultas médicas, consultas médicas com observação 24 horas, procedimentos de ortopedia, consultas de urgência e emergência, consulta e atendimento de enfermeiro, exames laboratoriais de patologia clínica entre outros. A integralidade da atenção parece reduzir-se à obrigação da contratada em articular, com unidades hospitalares e

unidade de apoio diagnóstico e terapêutico, a transferência de pacientes em serviço de transporte devidamente regulamentado.

Em síntese, na avaliação do Caso 1, o modelo de gestão adotado pela Organização na UBS revela que, mesmo sem regras ou normas estabelecidas formalmente, o processo decisório é parcialmente participativo, pois envolve, além do gestor máximo, os gestores intermediários no compartilhamento das decisões, mas não os trabalhadores e usuários. Este resultado indica alguma flexibilidade da gestão, que se constitui como uma das características do conceito de gestão terceirizada adotado neste estudo. A existência de linhas de comando que revelam um processo decisório horizontal indica a sustentabilidade, credibilidade e legitimidade da capacidade de gestão da Organização, o que é parcialmente identificado na UBS.

Dimensão Operacional

Na dimensão operacional, a UBS obtém resultados na cor preta para os indicadores relacionados com a existência de ampliação dos recursos operacionais para além do estabelecido no contrato de gestão e por existir reserva de contingência para pequenas despesas, que pode ser gerido com autonomia pelo gestor máximo. Tal resultado fortalece a capacidade de gestão para operar as condições logísticas e técnicas na UBS. Mas é apenas nesses dois indicadores que a UBS obtém resultados positivos.

Dimensão da Sustentabilidade

Na dimensão da sustentabilidade, a maior parte dos resultados indica situação de fragilidade da capacidade de gestão. No entanto, o único indicador que obtém avaliação positiva é a existência de canais que ausculte, procure e responda a crítica dos trabalhadores. O mesmo não acontece em relação aos usuários, quando 85,2% afirmam não conhecer a ouvidoria ou qualquer outro mecanismo desta natureza.

Um dos indicadores avaliados nessa dimensão é a existência de parcerias e alianças, dado que isto amplia a legitimidade da gestão na execução dos serviços, o que favorece a sustentabilidade da gestão. A UBS avaliada mantém parceria com a própria Organização gestora do contrato de gestão, o que facilita a sustentação da atenção prestada aos usuários, mas não responde aos problemas de saúde da população local.

A Capacidade de Gestão da UBS e os Princípios do SUS

O resultado final da avaliação da capacidade de gestão terceirizada da UBS demonstra um cenário que compromete a continuidade da oferta das ações e serviços de saúde.

Nesta avaliação preliminar, a capacidade de gestão da UBS revela-se numa situação ótima apenas em poucos indicadores, a maioria na dimensão operacional. No entanto, esta situação foi identificada devido, em grande parte, à parceria nata com a Organização gestora do contrato, que, ao ser proprietária de outros serviços de saúde, incluindo um hospital de grande porte, permite a manutenção da prestação dos serviços e ações. Por conta disto, a UBS obtém uma capacidade de manejo de recursos operacionais não previstos no contrato de gestão, mas disponíveis mesmo quando a SMS não assegura tempestivamente o repasse dos recursos, inclusive financeiros.

Contudo, as fragilidades reveladas nas dimensões organizacional e principalmente na dimensão da sustentabilidade comprometem os resultados positivos obtidos na dimensão operacional em longo prazo, pois indicam que princípios do SUS não são assegurados ou que não é assegurado suficientemente, como o controle social. Além disso, para que a capacidade de gestão seja plena, é necessário um equilíbrio entre as dimensões, dado que estas são interligadas e sua separação é apenas um recurso metodológico.

Quanto ao financiamento das ações e serviços de saúde, o repasse de recursos financeiros da SMS para com a Organização responsável pela gestão da unidade básica avaliada é irregular, conforme as informações obtidas nas entrevistas, o que interfere na capacidade de gestão.

Ao relacionarmos os resultados obtidos nas dimensões com os princípios do SUS assumidos nesta pesquisa, constatamos que o único princípio que é parcialmente observado é o da resolutividade. O atendimento oferecido aos usuários da UBS consegue ser resolutivo para uma demanda aberta e quase sempre espontânea, mas não é integral, pois não é assegurado, por exemplo, a referência e contrarreferência para outros âmbitos de atenção, a não ser dos usuários do pronto-atendimento, e, mesmo assim, parcialmente.

O atendimento do princípio do SUS em relação ao controle social da gestão é incipiente, dado que o conselho local ainda não está implantado. No entanto, destaca-se o perfil flexível do gestor máximo da UBS, que, segundo suas próprias palavras, “adota um processo decisório compartilhado por que este [...] é o meu perfil profissional. [...] Esse já é o perfil que eu trago, independente da Organização”.

Assim, o resultado desta avaliação tem o propósito de apontar os elementos fortes e frágeis da capacidade de gestão, para que os gestores possam redirecionar suas decisões em busca de um processo de gestão que apóie a implementação do SUS.

A expressão na escala de cores dos resultados da avaliação do caso 1 está apresentada a seguir:

Figura 2 - Escala de cores do caso 1

DIMENSÃO	RESULTADO
ORGANIZACIONAL	Entre 75 e 100%
OPERACIONAL	Mínimo de 75%
SUSTENTABILIDADE	Mínimo de 25%

ESTUDO DE CASO 2

A Organização responsável pelo contrato de gestão com a UBS avaliada é a mesma do caso 1. Em julho de 2005, a Organização firma parceria com a SMS, na primeira administração do prefeito João Henrique Carneiro (2005/2008) e passa a gerir a prestação de serviços de saúde na área da atenção básica e de urgência e emergência na UBS. (SALVADOR, 2005b)

A unidade de saúde foi reformada e ampliada com a construção do ambulatório de pronto atendimento e mais dois pavimentos, em março de 2003.

Dimensão Organizacional

Por se tratar da mesma OSCIP do Caso 1, fez-se o mesmo registro a respeito da experiência da Organização gestora da UBS na área de saúde coletiva, isto é, a contratada não tem esta experiência, o que compromete a qualidade da atenção neste campo, bem como o cumprimento dos princípios do SUS, sobretudo a atenção integral ao usuário.

Outro ponto, também apontado no Caso 1, é que o próprio contrato de gestão induz a prestação de serviços que atendem apenas à demanda espontânea, não sendo capaz de organizar uma atenção que possa intervir sobre problemas e necessidades de saúde da população, como formulado no modelo assistencial do SUS. Assim, o foco da atuação da Organização no campo da saúde é na atenção curativa, em que tanto o contrato de gestão quanto os relatórios revelam uma condução e organização voltadas para os atendimentos de urgência e emergência. Agrega-se a isso o fato de que a maioria dos trabalhadores da unidade tem experiência anterior na área hospitalar. Isso pode ser evidenciado no depoimento a seguir, quando um dos gestores revela que a seleção de trabalhadores para a UBS é feita através de banco de dados existente no hospital de propriedade da Organização.

Eu tenho um banco de dados do hospital, certo? Tem um banco de dados já acumulado de currículos que chegam até a gente, né, e eu gosto muito de mesclar as coisas em relação. Então, a depender da função, por exemplo, eu sei que S. tem algumas referências na área de enfermagem, conhece o pessoal da faculdade. Então, a opinião dela, uma indicação dela também tem um peso. É claro que é feita a entrevista. Todos os candidatos são submetidos aos protocolos do RH do hospital, aí a gente faz a contratação. (Gestor máximo da UBS)

Já a condução do processo de gestão adotado na UBS indica que o processo decisório é pouco participativo, pois envolve apenas o gestor máximo e os gestores intermediários que são os atores que já têm uma posição reconhecida na estrutura decisória, como definido no organograma da UBS que acompanha a mesma estrutura da Organização gestora.

Constata-se também que na UBS o compartilhamento de poder é restrito, uma vez que os trabalhadores não participam do processo decisório, limitando-se a serem executores das metas pactuadas no contrato de gestão entre a Organização gestora e a SMS.

De acordo com a escala de gradação de cores utilizada, observa-se a prevalência da cor branca na dimensão organizacional, o que indica fragilidade da capacidade de gestão. Dentre os cinco indicadores utilizados, um não obteve pontuação, três obtiveram a cor branca e um a preta, o que indica a necessidade da UBS de intervir nas situações apontadas pelos indicadores que obtiveram a cor branca e naquele que não obteve pontuação, buscando elucidar quais os fatores internos e externos à Unidade que podem estar interferindo na capacidade de gestão.

Dimensão Operacional

A dimensão operacional foi a que registrou um maior número de indicadores representados pela cor preta na matriz de resultados, o que sinaliza uma situação ótima da capacidade de gestão, indicando que a UBS encontra-se mais estruturada nesta dimensão.

Um aspecto favorável aos resultados obtidos nesta dimensão é o fato de a contratação dos trabalhadores da Unidade ser regida pela CLT, o que evita parcialmente a rotatividade dos trabalhadores e também facilita a substituição imediata de profissionais, principalmente médicos. No entanto, apesar da autonomia da Unidade para a seleção e contratação de trabalhadores, observa-se que não se considera na seleção dos profissionais um perfil com qualificação e experiência para atuar no âmbito da atenção básica, fator que pode estar relacionado à ausência de habilitação prévia da Organização gestora do contrato na prestação de serviços de atenção básica. Este fato aponta para a possibilidade de que os serviços prestados se limitem a uma lógica de pronto-atendimento, sem continuidade e sem foco nos problemas prioritários da população local, o que pode ser observado durante a avaliação.

Em relação ao financiamento das ações e serviços de saúde, o repasse de recursos financeiros definidos no contrato de gestão pela SMS para a Organização gestora da UBS aconteceu de forma intempestiva no período avaliado, segundo informações obtidas nas entrevistas. Entretanto, apesar da intempestividade do financiamento, a continuidade da oferta de serviços na UBS avaliada não é totalmente comprometida, porque a mesma dispõe do suporte de um fundo fixo assegurado pela Organização gestora do contrato para as situações contingenciais.

Entretanto, observa-se que alguns dos indicadores, que respondem especificamente aos princípios do SUS priorizados nesta avaliação, não obtiveram pontuação. Isto demonstra que, apesar da autonomia da UBS para contratar trabalhadores e para dispor de recurso financeiro para pronto-pagamento, esta não assegura aos usuários o acesso integral às ações e serviços de saúde, visto que o mecanismo de referência e contrarreferência não é formal.

Dimensão da Sustentabilidade

A dimensão da sustentabilidade, de acordo com a classificação adotada, foi a que alternou entre indicadores representados pela cor branca, representando situação de fragilidade, e indicadores que não pontuaram, demonstrando que os gestores da UBS precisam direcionar sua atenção prioritariamente para os resultados revelados nesta dimensão, antes mesmo dos indicadores da dimensão organizacional. Os indicadores revelam que não há investimento nos trabalhadores e nem articulação mínima na manutenção dos aspectos positivos obtidos nas outras dimensões avaliadas. Por ser a dimensão da sustentabilidade a que aponta para os resultados com forte caráter político da capacidade de gestão, estes indicam que, em curto prazo, todos os demais aspectos favoráveis obtidos podem ser comprometidos, afetando drasticamente a capacidade de gestão da UBS.

No que diz respeito à existência de parcerias e alianças, constatou-se a inexistência de parceria entre a UBS e outras unidades de saúde, o que revela um comprometimento em garantir a atenção integral à saúde. A parceria desenvolvida entre a unidade avaliada e a Organização gestora lhe confere apenas a sustentação da assistência aos usuários, não assegurando o acesso integral às ações e serviços de saúde.

Nesta direção, os discursos dos gestores apontam para a existência de parceria da UBS com a própria unidade gestora. Esta parceria visa à solução de problemas na assistência aos usuários, como a capacitação de trabalhadores na área hospitalar, no fornecimento de dietas aos usuários do PA que permanecem em observação, o que não foi previsto no contrato de gestão, empréstimos emergenciais de materiais e equipamentos, bem como da compra de insumos, além do encaminhamento de pacientes, entre outros. Mais que uma parceria, estes mecanismos revelam que a Organização gestora suporta a gestão da UBS através de estratégias institucionais, o que não pode ser considerado como a construção de parcerias e alianças para a manutenção dos resultados da gestão.

Considera-se que esta articulação intra-organizacional tem facilitado a sustentação da atenção prestada aos usuários, mas não responde aos problemas da manutenção do próprio contrato de gestão. É importante salientar que não foram identificadas parcerias com outras Organizações, ainda que muitos depoimentos façam referências de parcerias com a SMS e com o próprio Distrito Sanitário, que são parceiras institucionais, dado que mesmo terceirizada, a responsabilidade final pela gestão da UBS e pelo cumprimento do contrato de gestão continua sendo da SMS.

A Capacidade de Gestão da UBS e os Princípios do SUS

A capacidade de gestão se expressa em um contexto político, social e econômico, e, desta forma, reflete as variações deste meio. Por isso, na leitura dos resultados encontrados deve ser levado em consideração o período do estudo, quando o cenário político-administrativo da Prefeitura Municipal de Salvador se mostrava instável, em decorrência de vários fatores na condução da administração, em particular da saúde, com mudanças de gestores intermediários do âmbito central da SMS e do próprio gestor máximo. A descontinuidade no processo de gestão da SMS afeta a gestão da rede de serviços, o que inclui a UBS terceirizada.

Nesse contexto, o resultado da avaliação da capacidade de gestão terceirizada da UBS não aponta em direção ao pressuposto assumido no estudo, que se fundamenta na assertiva de que a gestão terceirizada da unidade básica de saúde do SUS municipal, por ter autonomia decisória e ser orientada pela flexibilidade gerencial, por poder usar de mecanismos de divulgação e difusão de informações para a ausculta de trabalhadores e usuários, é capaz de responder às necessidades e demandas do cidadão. Ao contrário, os resultados indicam uma capacidade frágil de gestão, que não atende nem aos princípios do SUS selecionados para este estudo – integridade, controle social e resoluti-

vidade – nem tampouco aos princípios do novo gerencialismo público, que norteiam a opção política pela terceirização da gestão de serviços públicos pelo setor privado.

O que se constatou foi a inexistência de mecanismos de referência e contrarreferência internos e externos à UBS, bem como o baixo grau de atuação do Conselho Local de Saúde no planejamento das ações e serviços de saúde ofertados, fato esse associado ao caráter incipiente do mesmo, dado que durante a avaliação o Conselho estava em processo de implantação. Portanto, o não cumprimento destes princípios compromete a capacidade de gestão da UBS em dar solução aos problemas de saúde dos seus usuários.

Assim, dentre os resultados da avaliação, destaca-se que a autonomia decisória conferida pelo gestor do SUS municipal à UBS avaliada, através do contrato de gestão, não a torna capaz de responder às necessidades da comunidade local, principalmente na prestação de serviços na área da atenção básica. Isto é demonstrado através da subutilização dos mecanismos de ausculta dos usuários, da barreira de acesso aos serviços na atenção básica – o que é exemplificado através da distância entre a marcação da primeira consulta e a data de atendimento, também influenciado pela demanda elevada por atendimento na UBS – e devido à ausência de uma rede de serviço atuante no distrito sanitário onde esta se encontra.

A avaliação da capacidade de gestão da UBS revela-se numa situação boa na dimensão operacional, visto que foi a dimensão que obteve os melhores resultados no conjunto de indicadores utilizados, com uma classificação final como ótima. No entanto, esta situação foi obtida devido à parceria com a Organização gestora do contrato, que, ao ser proprietária de outros serviços de saúde, incluindo um hospital de grande porte, permite a manutenção da prestação dos serviços e ações, mesmo quando as condições do contrato de gestão não são mantidas. Por conta disto, a UBS obtém uma capacidade de manejo de

recursos operacionais não previstos no contrato de gestão, mas disponíveis mesmo quando a SMS não assegura tempestivamente o repasse dos recursos, inclusive financeiros, e o cumprimento de outros encargos estabelecidos no contrato, como a manutenção de equipamentos.

Contudo, as fragilidades reveladas nas dimensões organizacional e da sustentabilidade comprometem a manutenção da dimensão operacional em longo prazo, pois indicam que os princípios da integridade e da transparência não são assegurados plenamente. Os mecanismos de controle social são incipientes e com um caráter limitado de escuta das necessidades da comunidade local, uma vez que não foram identificadas intervenções planejadas para o enfrentamento das necessidades de saúde da população local.

Quanto aos resultados obtidos na dimensão da sustentabilidade, chama atenção que esta foi a dimensão na qual a maioria (nove) dos indicadores não obtiveram pontuação ou estão em condição de fragilidade, o que demonstra o comprometimento da gestão da UBS em assegurar a oferta de ações e serviços de saúde em longo prazo ou assegurá-los com o mínimo de qualidade.

Vale salientar que os resultados positivos da gestão são artificialmente assegurados pelas condições operacionais da Organização gestora do contrato, e não pelas condições de gestão da UBS ou pelas condições estabelecidas no contrato de gestão. Nessa perspectiva, ressalta-se que o contrato de gestão firmado entre a SMS e a Organização gestora da UBS não permite o acompanhamento da qualidade das ações e serviços de saúde prestados. O contrato de gestão permite apenas a verificação de indicadores numéricos, que não são direcionados para o monitoramento das atividades no campo da promoção e prevenção da saúde, mas predominantemente para o campo dos serviços de urgência do pronto-atendimento, fortalecendo assim a fragmentação da prestação de serviços na UBS avaliada. Notadamente, este fato é reforçado pela fragilidade do papel do preposto da SMS na UBS, que não

desenvolve a sua função como regulado no contrato de gestão, ou seja, como fiscal da SMS na execução dos serviços na unidade avaliada, reportando-se aos gestores da Secretaria e ao gestor máximo da UBS para notificar as irregularidades ou falhas observadas. Então, desta maneira, o contratante estaria desenvolvendo uma avaliação de desempenho da unidade contratada e posicionando-se como cogestor destes serviços.

Ao relacionarmos os resultados obtidos nas dimensões da gestão com os princípios do SUS assumidos nesta pesquisa, constatamos que o único princípio que é parcialmente observado é o da resolutividade. O atendimento oferecido aos usuários da UBS consegue ser resolutivo para uma demanda aberta, mas não é integral, pois não é assegurado, por exemplo, a referência e contrarreferência para outros âmbitos de atenção, a não ser dos usuários do pronto-atendimento para serviços ambulatoriais da Unidade e, mesmo assim, pontualmente.

Nesse contexto, ainda que a dimensão operacional seja composta por um maior número (três) de indicadores que estejam numa situação ótima da capacidade de gestão, percebe-se que estes não são capazes de, isoladamente das outras dimensões, sustentar os resultados positivos de gestão obtidos pela UBS.

Assim, a avaliação na UBS indica que, mesmo com a autonomia do gestor máximo para gerenciar os equipamentos e materiais, além da contratação de trabalhadores, e da tentativa de incorporar práticas mais democráticas que possibilitem a participação dos trabalhadores e usuários no planejamento das ações e serviços prestados, a gestão ainda não revela uma capacidade que possa contribuir para o impacto na situação de saúde da população. Nesse sentido, observa-se que sua capacidade resolutiva é maior para a demanda aberta no âmbito da atenção curativa, com foco para os atendimentos de urgência. Assim, a gestão na unidade avaliada demonstra a existência da fragmentação da prestação de serviços, dificultando a construção de uma prática de gestão direcionada para o cumprimento dos princípios do SUS.

Em síntese, os resultados da avaliação do caso 2 revelam-se, graficamente, abaixo:

Figura 3 - Escala de cores do caso 2

DIMENSÃO	RESULTADO
ORGANIZACIONAL	Mínimo de 25%
OPERACIONAL	Entre 75 e 100%
SUSTENTABILIDADE	Mínimo de 25%

ESTUDO DE CASO 3

A Organização responsável pelo contrato de gestão do estudo de caso 3 foi criada em 1988. É uma fundação filantrópica, sem fins lucrativos, de natureza científico-cultural, composta por seis unidades, um deles um hospital. Emprega cerca de 3.000 colaboradores e as suas atividades filantrópicas estão direcionadas principalmente para o combate à tuberculose.

A UBS é um antigo centro de saúde da rede pública estadual repassado para a gestão municipal. Com localização privilegiada, encontra-se em um ponto de confluência de transporte coletivo que articula toda a cidade.

Organizada como um ambulatório de centro de saúde tradicional e com um pronto atendimento funcionando 24 horas, a UBS conta com cerca de 300 trabalhadores, cujo maior quantitativo é entre o pessoal auxiliar ou técnico de enfermagem. Todos os trabalhadores são contratados com base na CLT, com exceção do profissional médico, que geralmente é contratado como autônomo e pago mediante recibo de pagamento de autônomo.

Dimensão Organizacional

O balanço da avaliação na dimensão organizacional indica que a cor que predomina nos resultados dos indicadores é a branca, sinalizando fragilidade da capacidade de gestão. Nesta dimensão, a semelhança dos casos anteriores, o processo decisório conta efetivamente com o gestor máximo e gestores intermediários. Nesta dimensão, chama atenção a inexistência de participação social no processo decisório e na compreensão do conselho diretor que se reúne ocasionalmente para responder problemas imediatos.

Dimensão Operacional

Quanto à avaliação na dimensão operacional, também indica uma situação complexa para a condução da gestão da UBS. Nesta dimensão, a Organização obtém os melhores resultados em relação ao tipo de contrato de trabalho mantido, bem como alguma autonomia financeira para gerir os serviços. No entanto, a capacidade operacional é fragilizada pelo pouco investimento em incentivos para a educação permanente dos trabalhadores e quanto a mecanismos para assegurar o agendamento de usuários no ambulatório da UBS ou referência, ainda que tais fatos também dependam da existência de um sistema municipal de referência e contrarreferência. Outro indicador não avaliado positivamente também depende de recursos da própria SMS, como os relacionados com a manutenção da infraestrutura física e de medicamentos, como os da farmácia básica e impressos. No balanço final, a cor atribuída a essa dimensão é a cinza, indicando constrangimento da capacidade de gestão.

Dimensão da Sustentabilidade

Na dimensão da sustentabilidade, a avaliação indica maior fragilidade da capacidade de gestão, o que se repetiu em todos os casos es-

tudados, considerando que os indicadores selecionados revelam, ainda que parcialmente, aspectos de fragilidade na capacidade de sustentar os resultados da gestão. A cor atribuída a esta dimensão é a branca, dado que este foi o resultado de dois dos indicadores, e, num terceiro, a UBS nem sequer obteve pontuação. Tal resultado indica o comprometimento da sustentabilidade da gestão, porque, mesmo desenvolvendo serviços necessários para a população, a Organização, num curto prazo, pode ter ainda mais fragilizada a sua capacidade de continuar conduzindo a gestão sem, como lembrou um dos gestores, “ferir a imagem da Organização”.

A Capacidade de Gestão da USB e os Princípios do SUS

A avaliação deste caso aponta que há fragilidades em duas das dimensões, ainda que, na dimensão operacional, a situação da gestão é considerada como boa.

Na dimensão organizacional (quem decide e como decide), por exemplo, chama atenção a inexistência de participação social no processo decisório e na compreensão do conselho diretor que se reúne ocasionalmente para responder problemas imediatos.

Quanto à dimensão operacional (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas), em que a avaliação obtém melhores resultados, destaca-se a inexistência de agendamento intra-unidade, registrando-se alguns encaminhamentos informais por interesse dos próprios profissionais durante o atendimento do usuário. Este indicador sequer obteve pontuação na avaliação, o que indica o comprometimento de qualquer possibilidade de uma atenção integral.

A dimensão de sustentabilidade (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças) obtém como resultado a cor branca, indicando, como geralmente encontrado em todos os casos, uma fragilidade na capacidade de gestão em manter os bons resultados existentes. Esta é a dimensão mais frágil, em que a maioria dos indicadores sequer

obtem pontuação, indicando que, sem canais de ausculta aos usuários, sem a disseminação formal das informações e sem a construção de parcerias e alianças, mesmo que com a SMS, a legitimidade da gestão na execução dos serviços está definitivamente comprometida.

Em síntese, os resultados da avaliação do caso 3 revelam-se, graficamente, abaixo:

Figura 4 - Escala de cores do caso 3

DIMENSÃO	RESULTADO
ORGANIZACIONAL	Mínimo de 25%
OPERACIONAL	Mínimo de 50%
SUSTENTABILIDADE	Mínimo de 25%

O ESTUDO DE CASO 4

Criada em 1967, com sede na cidade de São Paulo, a Organização responsável pela gestão da unidade de saúde do estudo de caso 4 se diz, em seu sítio na Internet, ser a maior instituição de gestão de serviços de saúde e administração hospitalar do País. Foi considerada a quinta maior entidade de filantropia brasileira segundo a pesquisa da Kanitz & Associados, que avaliou as quatrocentas maiores entidades filantrópicas do Brasil. Sua missão é “promover soluções na área de saúde e de assistência social, orientando-se pelas necessidades dos clientes e qualidade de vida do ser humano e do meio ambiente”. Desenvolve atividades no campo da administração e consultoria a serviços de saúde; na educação, através da operacionalização de cursos e eventos nas áreas de administração hospitalar (especialização), saúde e social e na manutenção de creches, abrigos, casas de gestantes e outros projetos e programas sociais em parceria com governos estaduais e municipais, entidades religiosas e organizações civis. A Organização não tem

finalidade lucrativa e tem o título de Organização Social. No estado da Bahia, gere quatro serviços de saúde. (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SAÚDE E HOSPITALAR, 2008)

Segundo informação do dirigente da Organização, o contato de gestão entre a SMS e a Organização foi assinado em julho de 2006, seguindo a mesma rotina dos demais contratos de gestão das unidades básicas.

A organização administrativa da UBS conta com um gestor máximo e duas coordenações: uma de enfermagem e a coordenação médica. Existem funcionários que respondem respectivamente pelo serviço de higienização e limpeza, bem como pelos setores de pessoal, nutrição, farmácia, almoxarifado e laboratório. Mas a estas atividades não corresponde um cargo e sua respectiva remuneração.

O número de trabalhadores, durante o trabalho de campo (maio de 2008), constava de um total de 208, todos contratados pelo regime da CLT, incluindo médicos. No entanto, havia uma exceção a esse regime de contrato para os profissionais da categoria médica que apenas prestavam serviços para cobrir plantões de outros profissionais afastados.

Dimensão Organizacional

Na dimensão organizacional (quem decide e como decide), chama atenção a inexistência de participação social no processo decisório, acrescido da também inexistência de projeto/atividade proposto e implementado pela UBS com base em problemas locais. Esta evidência pode indicar a não preocupação da gestão da unidade com o impacto social dos resultados das ações e serviços de saúde prestados.

Dimensão Operacional

Na dimensão operacional (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas), as maiores fragilidades aparecem na qualificação dos profissionais, no controle dos custos da uni-

dade, nos mecanismos de referência e contra referência dos pacientes e na identificação de barreiras no acesso aos serviços. Tais achados reforçam a suposição do não compromisso da terceirizada com o resultado/ impacto das ações e serviços prestados.

Dimensão da Sustentabilidade

A dimensão de sustentabilidade (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças), por sua vez, foi a mais crítica. A maioria dos indicadores não alcança a pontuação mínima, e os três únicos pontuados (parcerias e alianças; disponibilidade de informações para monitorar e avaliar os serviços produzidos; estratégias para acompanhamento e avaliação dos resultados dos serviços produzidos) alcançaram a pontuação mínima; o que significa que a sustentabilidade da gestão está comprometida.

A Capacidade de Gestão da UBS e os Princípios do SUS

A avaliação deste caso aponta que há fragilidades na estrutura e no processo da gestão terceirizada da UBS. Mais uma vez tais achados se contrapõem aos esperados ganhos de eficiência e efetividade e o compromisso com as demandas dos cidadãos, advindos das ferramentas gerenciais do setor privado, colocados como justificativa para a terceirização da gestão de serviços públicos.

Foram detectadas, nesta avaliação, fragilidades em todas as dimensões consideradas fundamentais para o processo de gestão, dimensões que permitem medir a capacidade gerencial da unidade de saúde.

Além disso, constatou-se a inadequação do perfil dos gestores e, o que é mais comprometedor para o fortalecimento do SUS, a total dissociação da gestão terceirizada das demais instâncias de gestão do SUS, o que compromete a operacionalização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Para concluir, vale salientar que os achados da pesquisa evidenciam que a preocupação da terceirizada é fazer funcionar os serviços, sobretudo o PA, principalmente no que diz respeito à produção de serviços para cumprir as metas do contrato. A atenção básica é colocada em segundo plano. O enunciado do próprio gestor da Organização responsável pelo contrato de gestão indica que a UBS é mesmo vista como apenas um PA pelos próprios usuários. O foco da gestão é para que a UBS funcione como tal, o que parece não ser uma preocupação da própria gestão do âmbito central da SMS. Com isso, a UBS não funciona na direção dos princípios e objetivos de uma unidade produtora de serviços de atenção básica. Isto é inferido pelo gestor máximo da UBS quando diz:

[...] Os programas [...] está havendo muita evasão, a gente não sabe o que está gerando isso daí, se são [...]. A gente consegue especular, mas não consegue saber de fato o que acontece. [...]. O que nós temos muito aqui é uma evasão enorme. O pessoal vem e marca, aí não tem mais ninguém, o pessoal não vem; o pessoal vem mesmo aqui para ultrassonografia. (Gestor máximo da UBS)

Em síntese, os resultados da avaliação do caso 4 revelam-se, graficamente, abaixo:

Figura 5 - Escala de cores do caso 4

DIMENSÃO	RESULTADO
ORGANIZACIONAL	Mínimo de 50%
OPERACIONAL	Mínimo de 25%
SUSTENTABILIDADE	Mínimo de 25%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde do SUS municipal em Salvador aponta para um mo-

mento no seu processo, como uma fotografia que retrata uma dada situação. Isto significa que os resultados obtidos não são imutáveis e irão variar de acordo com o instante em que se realiza a avaliação.

Os resultados desta avaliação, norteadas pelas premissas e pelos princípios do SUS, apontam para acentuada fragilidade na capacidade de gestão terceirizada das unidades básicas. Ainda que duas das três Organizações responsáveis pelos contratos de gestão já mantivessem parcerias com o SUS municipal, elas não tinham experiência na prestação de serviços neste âmbito de atenção, perdendo, assim, parte da sua legitimidade para gerir serviços que devem assegurar o acesso universal e equânime da população. Os dados revelam claramente que o foco da gestão nas unidades está direcionado para o serviço de pronto atendimento. A complexidade dos serviços de atenção básica não é considerada pelos gestores. Ao contrário, consideram “fácil” a gestão da atenção básica.

Além disso, a legitimidade dos gestores também é comprometida, dado que a maioria deles não possuía capacitação específica e experiência prévia de gestão, que são requisitos desejáveis para a obtenção da legitimidade técnica do gestor.

Outro aspecto relevante, pela inexistência, diz respeito ao controle social e a participação no processo de tomada de decisão de diferentes atores na UBS. Apenas uma das UBS avaliadas tinha organizado o conselho local de saúde, mas sua atuação era incipiente. Mesmo com a existência de um conselho diretor, definido no contrato de gestão, sua atuação era pontual e restrita ao grupo de dirigentes da unidade de saúde.

Por sua vez, a estrutura decisória das UBS e a inexistência de instâncias sistemáticas de processos decisórios não possibilitavam a participação de atores fundamentais, como alguns técnicos colaboradores dos gestores no processo decisório, comprometendo a capacidade de decidir da Organização e, por conseguinte, a capacidade de sustentar os resultados da gestão.

Já em relação ao financiamento das ações e serviços de saúde, apesar do repasse dos recursos financeiros definidos no contrato de gestão pela SMS ter acontecido de forma intempestiva por vários momentos durante a realização da avaliação, a continuidade da oferta de serviços não é totalmente comprometida porque as Organizações responsáveis pelos contratos de gestão dispõem do suporte de um fundo fixo para as situações contingenciais.

Esta disponibilidade de recursos financeiros para pronto pagamento legitima e diferencia a gestão terceirizada, sendo um dos poucos indicadores que recebeu valor positivo na avaliação em todas as UBS. Contudo, não há controle dos custos pela gestão local, dado que este papel é assumido pelos escritórios centrais das Organizações gestoras do contrato. Os gestores locais são responsáveis pelo controle dos gastos com despesas com pequeno valor, o que assegura maior capacidade da gestão na dimensão operacional.

No entanto, apesar da positividade no que diz respeito à existência de um fundo fixo de recursos financeiros para as contingências, a articulação entre a UBS e o Distrito Sanitário o que potencializa a disponibilidade de outros recursos, facilita o cumprimento dos princípios dos SUS e legitima a capacidade de decidir do gestor local é inexistente. Enunciações identificam uma boa relação entre a UBS e o Distrito Sanitário(DS), mas este papel de elo é designado ao gerente preposto da SMS. Registram-se indícios de que a responsabilidade por esta situação é da própria SMS, dado que o papel exercido pelas coordenações dos DS é cartorial.

Quanto à gestão dos trabalhadores, destaca-se positivamente que todos são contratados pelo regime da CLT, existindo exceções para médicos e para contratos temporários para cobrir férias e profissionais faltosos no PA. A existência de vínculo empregatício estável e que assegura os direitos mínimos dos trabalhadores amplia a capacidade de execução das ações e serviços, o que agrega valor à capacidade de

gestão e legitimidade ao gestor. No entanto, apesar da autonomia da Unidade para a seleção e contratação de trabalhadores, observa-se que não se considera, na seleção dos profissionais, um perfil com qualificação e experiência para atuar no âmbito da atenção básica, fator que pode estar relacionado à ausência de habilitação prévia da Organização gestora do contrato na prestação de serviços de atenção básica, ou mesmo por fatores relacionados com o padrão dos salários pagos pelas Organizações gestoras, que, segundo os próprios gestores, não são compatíveis com o que o mercado local pode oferecer, em particular ao profissional médico. Este fato reforça o argumento de que os serviços prestados se limitem a uma lógica de pronto atendimento, sem continuidade e sem foco nos problemas prioritários da população local.

Também não existem mecanismos permanentes de educação para os trabalhadores, nem estratégias de acompanhamento e avaliação dos resultados e do retorno aos trabalhadores da avaliação do seu desempenho. Tais mecanismos e estratégias, se existentes, poderiam ampliar a capacidade de decidir e executar os serviços na direção dos princípios do SUS.

Quanto à relação com usuários, não houve respostas positivas significativas de existência de canais de ausculta dos mesmos. Isto indica que a gestão produz normativamente os serviços demandados pela SMS e busca atingir as metas pactuadas nos contratos de gestão. Ao não reconhecer os interesses dos usuários, o gestor local perde a capacidade de não só legitimar sua gestão, como também de sustentar seus resultados na direção dos princípios do SUS.

O que chama atenção nos resultados obtidos na dimensão da sustentabilidade é que a maioria dos indicadores não obteve pontuação ou, quando pontuavam, aos resultados obtidos foi atribuída, frequentemente, a cor branca. Isto demonstra o comprometimento da capacidade de gestão das UBS em assegurar a oferta de ações e serviços de saúde no longo prazo ou assegurá-los com o mínimo de qualidade.

Vale ressaltar que o contrato de gestão firmado entre a SMS e as Organizações gestoras dos contratos não permite o acompanhamento da qualidade das ações e serviços de saúde prestados. O contrato de gestão permite apenas a verificação de indicadores numéricos, que não são direcionados para o monitoramento das atividades no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças, mas predominantemente para o campo dos serviços de urgência do pronto-atendimento, fortalecendo, assim, a fragmentação da prestação de serviços. Este fato é reforçado pela fragilidade do papel do gerente preposto da SMS nas unidades básicas de saúde, os quais não desenvolvem a sua função como regulado no contrato de gestão, ou seja, como fiscal da SMS na execução dos serviços na unidade avaliada. Esses prepostos reportam-se frequentemente aos gestores da secretaria e ao gestor máximo da UBS para notificar as irregularidades ou falhas observadas, assumindo não o papel de contratante, mas posicionando-se como cogestor destes serviços, num papel dúbio na condução da gestão local.

Os dados, ao revelarem a inexistência de mecanismos de referência e contrarreferência de usuários, mesmo internamente à unidade, apontam para a existência de barreiras ao acesso de serviços, problema não identificado pelos gestores. Este achado evidencia que, no âmbito da atenção básica, o cumprimento do princípio da integralidade está comprometido. No entanto, esta situação é também responsabilidade da SMS, que, ao elaborar os contratos de gestão, explicitou interesses em relação à produção de serviços de pronto atendimento.

Vale salientar que, ao relacionarmos os resultados obtidos nas dimensões da gestão com os princípios do SUS, constatamos que o único princípio parcialmente observado é o da resolutividade para uma demanda aberta. Portanto, os dois outros princípios considerados neste estudo, o da integralidade da atenção à saúde e o do controle social, não são assegurados.

Assim, dentre os resultados da avaliação, destaca-se que a autonomia decisória conferida pelo gestor do SUS municipal às UBS avaliadas, através do contrato de gestão, não as torna capazes de responder às necessidades das comunidades locais, principalmente na prestação de serviços na área da atenção básica.

Como já referido nas análises de cada caso, a capacidade de gestão, para ser plena, exige como premissa um equilíbrio entre os resultados nas três dimensões avaliadas, dado que estas são interligadas. Em todos os casos estudados, os resultados positivos obtidos por alguns indicadores indicam que estes não são capazes de, isoladamente, sustentar a capacidade de gestão terceirizada nas UBS. Por fim, a junção num mesmo espaço físico de serviços de pronto atendimento nas 24 horas e ações tradicionais de atenção básica indica que há uma predominância do PA em detrimento de qualquer outro modelo de atenção que aponte para os princípios que dirigem o SUS.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SAÚDE E HOSPITALAR, 2008. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

BAHIA. Lei nº 8.647, de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Poder Executivo, Salvador, n. 18.327, p. 1, 30 jul. 2003.

BARRETO, J.L. *Análise da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos*. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez.1990.

_____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 1993.

_____. Lei nº 8.883, de 8 de junho de 1994. Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 jun. 1994.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. Reforma do Aparelho de Estado no Brasil. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, Brasília, p. 4-68, 1995.

_____. Tribunal Superior do Trabalho. Enunciado nº 331. Revisão da Súmula nº 256 - Res. 121/2003, DJ 19, 20 e 21.11.2003. In: DJI - Índice Fundamental do Direito. *Enunciados ou Súmulas do Tribunal Superior do Trabalho – TST*.

Disponível em: < http://www.dji.com.br/normas_inferiores/enunciado_tst/tst_0331a0360.htm >. Acesso em: 15 nov. 2008.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Do Estado Patrimonial ao Gerencial. In: PINHEIRO, WILHEIM, SACHS (Org.). Brasil: um Século de transformações. S.Paulo: Cia. das Letras, 2001. p. 222-259.

CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO, 1998. *Una Nueva Gestión Pública para America Latina*. Disponível em: <<http://www.clad.org/documentos/declaraciones/una-nueva-gestion-publica-para-america-latina/view> >. Acesso em: 14 jun. 2006.

DRAIBE, S. Avaliação de Programas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; BRANT de CARVALHO, M. C (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas sociais*. São Paulo: IEE; PUC, 2001. p. 165-181.

FERNANDES, A. S. A. A agenda de gestão das capitais na década de 1990: os casos de Recife e Salvador. *Perspectivas*, São Paulo, n. 27, p. 83-107, 2005.

FERNANDES, A. S. A. A agenda internacional de gestão urbana e o caso do Programa Ribeira Azul. *Cadernos de Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo: FGV, n. 39, vol.9, p. 1-38, 2004.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 109-118, nov. / dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/23.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

_____. et al. Indicadores para avaliar a capacidade de gestão de organizações sociais: resultados de um estudo piloto. In: ENAMPAD, 27., 2003, Campinas, *Anais...* Campinas: ENAMPAD, 2003.

_____. et al. *Proposta metodológica para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais*. Salvador, BA, 2002. Relatório Técnico Final.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A

(Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: IPEA, 1993.

MILANI, C. R. S. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 16, p. 180-214, 2006.

MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1991.

PAULA, A. P. P. Administração pública gerencial e construção democrática no Brasil: uma abordagem crítica. In: ENANPAD, 25, 2001, Campinas. *Anais eletrônicos*. Rio de Janeiro: ANPAD, 2001. Disponível em: <www.anpad.org.br/eventos>. Acesso em: 20 jul. 2011.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SALVADOR. Ata da 63ª sessão ordinária do 4º período legislativo da 13ª legislatura da Câmara Municipal de Salvador, realizada em 13 de dezembro de 2000. *Diário Oficial do Legislativo*, Poder Legislativo, Salvador, BA, 21 dez. 2000a.

_____. Ata da 195ª Reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada em 19 de dezembro de 2001. Secretaria Municipal da Saúde, Salvador, BA, 19 de dezembro de 2001.

SALVADOR. Resumo do contrato nº 046/05. Prestação de serviços técnicos e especializados para atendimento no 12º Centro de Saúde Alfredo Bureal. *Diário Oficial do Município*, Poder Executivo, Salvador, BA, 06 jun. 2005a.

_____. Resumo do contrato nº 096/05. Contrato Emergencial para serviços de técnicos especializados de urgência e emergência do Centro de Saúde Edson Teixeira – Bairro de Pernambués. *Diário Oficial do Município*, Poder Executivo, Salvador, BA, 18 jul. 2005b.

SALVADOR. Lei nº 5.845, de 15 de dezembro de 2000. Altera disposições da Lei nº 5.245, de 1997, que modifica a estrutura organizacional da Prefeitura Municipal do Salvador, com suas alterações posteriores, cria a

Secretaria Municipal da Habitação e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*, Poder Executivo, Salvador, BA, 29 dez. 2000b.

SILVA, A. P. C.; ALCÂNTARA, D. M. *As políticas culturais no município de Salvador na gestão Lídice da Matta (1993 a 1996)*. Salvador: CULT-UFBA, 2005. Versão preliminar Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/arquivos/cult_polcult_93_96.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2009.

SOUZA, C. A nova gestão pública. *Cadernos da Fundação Luís Eduardo Magalhães*. Salvador, n. 1, p. 39-62, 2001.

SUAREZ, J. As funções essenciais de saúde pública: um panorama das Américas. In: ENCONTRO DE GESTORES ESTADUAIS, PROVINCIAIS E DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS SUL-AMERICANOS DE SAÚDE. 1., 2005, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: CONASS; OPAS, 2005.