

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GEOVANA RAIMUNDA SILVA SANTANA

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO
TERCEIRIZADA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**SALVADOR
2008**

GEOVANA RAIMUNDA SILVA SANTANA

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO
TERCEIRIZADA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Cristina Maria Meira de Melo

SALVADOR
2008

Maria Emilia Carvalho Ribeiro
Bibliotecária – CRB-5 1101

S232 Santana, Geovana Raimunda Silva

Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidade básica de saúde/ Geovana Raimunda Silva Santana. – Salvador: Escola de Enfermagem da UFBA, 2008.
127 f.

Orientadora: Cristina Maria Meira de Melo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados a Saúde.

1. Gestão terceirizada – Saúde – Avaliação 2. Gestão – Terceirização - Serviço público 3. Sistema Único de Saúde (Brasil)
I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem II. Título.

CDU: 614.2

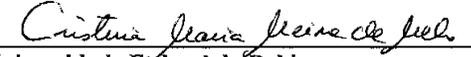
GEOVANA RAIMUNDA SILVA SANTANA

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO
TERCEIRIZADA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

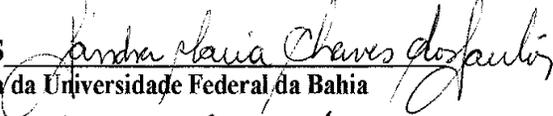
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

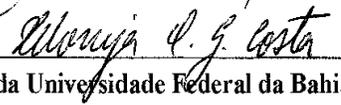
Aprovada em 25 de fevereiro de 2008

BANCA EXAMINADORA

CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO 
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

OSWALDO YOSHIMI TANAKA 
Doutor em Saúde Pública e Professor da Universidade de São Paulo

SANDRA MARIA CHAVES DOS SANTOS 
Doutora em Administração Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

HELONIZA OLIVEIRA GONÇALVES COSTA 
Doutora em Administração Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo investimento nos meus estudos e por me ensinarem a nunca desistir dos meus objetivos.

A meu noivo Ivã

Pelo companheirismo e apoio incondicional nas horas difíceis.

Aos meus irmãos Jurandir e Nildes, pelos momentos de prazer vivenciados ao lado da minha família.

Aos meus sobrinhos Aninha, Kaio e Taily, por me proporcionarem momentos de constantes alegrias.

À minha amiga Leila

Pelo companheirismo e presença constante na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À professora Cristina Melo, pela dedicação, disponibilidade e parceria na construção deste trabalho. Assim como, pela oportunidade de desenvolvermos uma relação orientadora/orientada baseada no respeito e na amizade.

Ao professor Oswaldo Tanaka, pela contribuição nas diversas etapas deste estudo.

À professora Sandra Chaves, pelas sugestões e disponibilidade de avaliar este trabalho.

Às professoras Heloniza Costa e Norma Fagundes, pelas contribuições ao longo dessa trajetória.

Ao grupo GERIR e em especial a Tatiane Santos, Elaine Soares e Handerson Santos, pela paciência e parceria.

À amiga Cláudia Pires, pelo apoio, compreensão e incentivo.

À colega Conceição Paiva e a professora Mirian Paiva, pelo incentivo para a realização do mestrado.

À colega Neuranides Santana, pelo incentivo em todo o processo do mestrado, desde a seleção até o momento atual.

Às colegas do mestrado Elieusa Sampaio e Gilmara Rodrigues, pela amizade.

À Secretaria Municipal de Saúde, pela parceria neste estudo.

Aos gestores, trabalhadores e usuários que participaram deste trabalho.

“Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado. Cada um me contou a narrativa de porque tinham se zangado. Ambos tinham razão. Não era que um via uma coisa e o outro, outra, ou via um lado das coisas e o outro, um lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao outro. Mas cada um via uma coisa diferente e, cada um portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade”

(Fernando Pessoa)

SANTANA, Geovana Raimunda Silva. **Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidade básica de saúde.** 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RESUMO

Este estudo avalia a capacidade de gestão terceirizada nas dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade em uma unidade básica com pronto-atendimento, no município de Salvador, Bahia. O arcabouço teórico está embasado na reforma do aparelho do Estado e no triângulo de governo de Matus. É um estudo de caso avaliativo, com abordagem qualitativa e quantitativa, no modelo de pesquisa interessada, cujo objetivo é apontar problemas e corrigir os rumos da gestão. A matriz dos indicadores foi construída com base nos princípios da integralidade, resolutividade e controle social instituídos pelo Sistema Único de Saúde, e os princípios da transparência, flexibilidade e autonomia de gestão que regem o novo gerencialismo público. Esses princípios sustentam a opção da adoção de modelos de gestão oriundos do privado em serviços públicos como os de saúde, considerados como não exclusivos do Estado e podendo ser executados para o setor público pelo setor privado. Os dados primários foram obtidos através de entrevistas estruturadas com informantes-chaves e os dados secundários através de análise documental e pesquisa em jornal. Os resultados demonstram fragilidade nas dimensões organizacional e de sustentabilidade e um desempenho razoável na dimensão operacional pela organização que terceiriza a gestão. Também apontam para o não cumprimento dos princípios orientadores dos indicadores selecionados. Nesse sentido, os resultados indicam que é necessária uma intervenção imediata para superar as fragilidades da gestão, sem a qual existirá comprometimento da Unidade Básica de Saúde (UBS) em assegurar a oferta de ações e serviços de saúde à população no longo prazo.

Palavras-chave: gestão; terceirização; avaliação.

SANTANA, Geovana Raimunda Silva. **Evaluation of the third party management capacity of a basic health unit.** 2008. 127 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ABSTRACT

The present study evaluates the capacity of third party management in the organizational, operational and sustainability aspects in a basic health emergency unit, in the municipality of Salvador, Bahia. The theoretical structure is based on the Public Management Reform and on Matus' Triangle of Government. It is an evaluative study of a case, with a qualitative and quantitative approach, with the objective of pointing out problems and correcting the course of management. The indicator matrix was built based on the principles of integrality, resolubility and social control established by the Sistema Único de Saúde (unified health system), and the principles of transparency, flexibility and management autonomy which govern the new public administration. These principles support the option of adopting management models originated from the private administration in public services such as health services, considered as non exclusive of Public management with the possibility of being performed by the private sector for the public sector. The basic information was obtained through structured interviews with key informants and secondary information obtained through documental analysis and research. The results demonstrate the fragility in the organizational and sustainability aspects and a reasonable performance in the operational aspects by the third party administration organization. The results also give indications of non-fulfillment of the selected guidance principles. In this respect, the results indicate that an immediate intervention is necessary in order to overcome the administrative weaknesses, without which the long-term offer of health services and actions to the population by the Basic Health Units (UBS) will be jeopardized.

Key words: management, third party management, evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organograma da Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa, 2007.	48
Figura 2	Escala de gradação de cores	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese do Contrato de Gestão entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa, Salvador, 2007.	52
----------	---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição percentual dos usuários da UBS, quanto ao sexo, Salvador, 2007.	47
Gráfico 2	Distribuição percentual dos usuários da UBS, quanto a profissão, Salvador, 2007	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Participação dos trabalhadores na decisão de alguma atividade implementada na Unidade de Saúde. (Salvador, Bahia, 2007).	71
Tabela 2	Usuários que informaram dificuldade de atendimento na Unidade de Saúde.(Salvador, Bahia, 2007).	82
Tabela 3	Trabalhadores que identificaram barreiras para o acesso dos usuários à Unidade de Saúde. (Salvador, Bahia,2007).	83
Tabela 4	Trabalhadores que referiram o recebimento de informações por parte da Unidade de Saúde. (Salvador, Bahia, 2007).	89

LISTA DE SIGLAS

CLS	Conselho Local de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DS	Distrito Sanitário
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
PA	Pronto Atendimento
Pdrae	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
Pibic	Programa de Bolsas de Iniciação Científica
PSF	Programa de Saúde da Família
Osid	Obras Sociais Irmã Dulce
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Sisreg	Sistema Informatizado de Regulação
UBS	Unidade Básica de Saúde
Ufba	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	A GESTÃO NA SAÚDE E NOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA	18
1.2	O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE	20
2	DISCUTINDO A AVALIAÇÃO EM SAÚDE	26
3	METODOLOGIA	32
3.1	TIPO DE ESTUDO	32
3.2	A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO TERCEIRIZADA NA SAÚDE	35
3.2.1	O estudo piloto: avaliando a capacidade de gestão terceirizada na saúde	36
3.2.2	Validação da matriz de indicadores	44
3.3	O LOCAL DO ESTUDO	45
3.3.1	Caracterização da Unidade Básica de Saúde Avaliada	45
3.3.2	A Organização Contratada para Terceirizar a Gestão na Atenção Básica a Saúde	50
3.3.2.1	Síntese do contrato de gestão da Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa	51
3.4	SUJEITOS DO ESTUDO	55
3.5	COLETA DE DADOS	56
3.6	DESENHO DA ANÁLISE	57
3.7	PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	60
4	ANÁLISE DO CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO DA GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	61
4.1	ÁRVORE CRONOLÓGICA DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO NO SUS MUNICIPAL.	61

4.2	CONTEXTO EXTERNO A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE AVALIADA	65
4.3	CONTEXTO INTERNO A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE AVALIADA	68
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	70
5.1	DIMENSÃO ORGANIZACIONAL	70
5.2	DIMENSÃO OPERACIONAL	77
5.3	DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE	87
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE A – Roteiro da entrevista estruturada para o gestor máximo da UBS	102
	APÊNDICE B – Roteiro da entrevista estruturada para os gestores intermediários da UBS	104
	APÊNDICE C – Roteiro da entrevista estruturada para os trabalhadores da UBS	106
	APÊNDICE D – Roteiro da entrevista estruturada para os usuários da UBS	109
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento livre e esclarecido	111
	APÊNDICE F – Lista de indicadores utilizados no estudo piloto da avaliação da capacidade de gestão terceirizada	112
	APÊNDICE G – Matriz de indicadores	115
	ANEXO A – Metas pactuadas entre a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador e a Unidade Básica de saúde	123
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética	124

1 INTRODUÇÃO

A economia globalizada se caracteriza por um processo no qual o comércio, a indústria, as finanças e os serviços se desenvolvem de modo interligado. A reestruturação produtiva decorrente desse processo causa profundas transformações nas formas de organização do processo de trabalho.

Segundo Bresser Pereira (2002), a globalização e a democracia foram os dois movimentos que marcaram a sociedade contemporânea do século XX e exigiram uma mudança comportamental, onde a premissa básica era formar empresas eficientes e capazes de competir no mercado internacional. Segundo o mesmo autor, o Estado deveria assumir um papel estratégico de apoio a estas empresas.

Nesse sentido, o Estado não seria chamado a agir apenas nas horas de guerra ou para garantir o Estado de direito. Advém daí a necessidade das burocracias dos Estados nacionais tornarem-se eficientes e capazes de competir internacionalmente. Logo, a máquina estatal precisa reduzir os gastos públicos com pessoal, bens e serviços.

A vigência de tais argumentos provoca mudanças na estrutura do Estado, que deixa de investir no desenvolvimento nacional para apoiar uma maior competitividade no mercado capitalista, ratificando os ideais neoliberais de redução da função do Estado. Na trilha do modelo neoliberal se processa a transição do Estado brasileiro de produtor de bens e serviços para o de regulador e fiscalizador nas áreas econômica e social.

Para Soares (2000) o reordenamento do Estado é consequência da política de ajuste fiscal imposta pelo Fundo Monetário Internacional aos países ditos em processo de desenvolvimento. Tal reordenamento tem por meta desmontar as políticas de garantia dos direitos sociais e tornar os Estados menos soberanos. Promove também a abertura do mercado para o capital internacional, incentivando os investimentos estrangeiros, as privatizações e as terceirizações.

Por conseguinte, as transformações econômicas, sociais e políticas decorrentes da reestruturação produtiva, do avanço tecnológico das informações, das reformas do Estado e das lutas sociais pela democracia modificaram a relação entre o Estado, a sociedade e as organizações empresariais (PAULA, 2001).

Estas transformações ocorreram também no cenário da gestão pública, visto que a administração pública burocrática era considerada um dos maiores problemas do Estado, dado que se baseava na centralização do poder e na rigidez dos seus procedimentos. Argumenta-se

que essas características dificultavam o atendimento das necessidades sociais da população. Assim, o modelo burocrático da estrutura do aparelho de Estado abre espaço para o modelo gerencial, considerado capaz de responder as demandas da sociedade, uma vez que esse modelo se pauta nos princípios da descentralização, da flexibilidade e da transparência.

Nesse sentido, Souza (2001) afirma que para justificar a introdução do modelo gerencial na Administração Pública utilizaram-se apenas de exemplos positivos para o novo modelo e de exemplos negativos para o velho. Assim, associam-se à reforma do Estado os aspectos positivos, como o fim dos constrangimentos fiscais, a retomada do crescimento econômico e a eficiência do setor público.

A reforma do Estado no Brasil foi apresentada como uma oportunidade para corrigir os rumos da administração pública, não só brasileira como latino-americana. Tais burocracias se caracterizam por extrema rigidez e ineficiência na sua organização; pela ausência de mecanismos de controle externo; pelo distanciamento e não compromisso com as demandas dos cidadãos; por excessos burocráticos e uso político da máquina estatal para realizar interesses de grupos particulares. Frente a este quadro, o reconhecimento e a valorização de um espaço público não-estatal como ator na provisão de serviços públicos ganhou relevância (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

O que orientou a transferência da gestão de serviços públicos para as organizações de natureza não-estatal é o argumento de que existe um espaço público não-estatal onde estas organizações são capazes de atuar como executoras de serviços públicos junto ao estado. Esta atuação seria considerada a priori como mais eficiente e efetiva devido à legitimidade que pode obter junto à população, uma vez que estabelece a participação popular em instâncias como o conselho administrativo e fiscal das organizações. Também se argumenta que o modelo gerencial é mais eficiente porque tem como objetivos o controle dos resultados e a qualidade técnica dos trabalhadores na prestação de serviços públicos de qualidade (CENTRO LATINO-AMERICANO DE ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO, 1998).

Portanto, a crise de governabilidade e credibilidade do Estado brasileiro, associada à crescente conscientização popular, possibilitou que o governo utilizasse de tais argumentos para implantar a Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995). Esta reforma propunha medidas para tornar a administração pública mais eficiente, eficaz e voltada para a cidadania, reforçando o papel regulador do Estado e exigindo uma maior flexibilidade e descentralização administrativa, capaz de assegurar a continuidade na execução das políticas públicas.

A reforma da administração pública tem por objetivo reconstruir o Estado, fortalecendo os serviços públicos, adaptando-os ao capitalismo mundial e à democracia, com

foco no aspecto gerencial. Define-se na proposta de Reforma do Aparelho do Estado no Brasil as atividades exclusivas e não exclusivas do Estado, com a transferência para o setor privado das atividades que, segundo seus formuladores, poderiam ser controladas pelo mercado.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado do Brasil (Pdrae) estabelece as novas funções do Estado divididas em:

- O primeiro setor, núcleo estratégico, onde são formuladas as políticas públicas.
- O segundo setor, representando as atividades exclusivas do Estado, como as atividades militares e de vigilância sanitária.
- O terceiro setor, onde a sociedade civil atua em conjunto com o Estado na prestação de serviços.
- O quarto setor, o de produção de bens para o mercado.

Com tal divisão criou-se a possibilidade da transferência para o terceiro setor da prestação de serviços, tais como os de saúde, educação, produção científica e tecnológica, proteção do meio ambiente e produção cultural. Esta transferência se daria através da criação de títulos jurídicos concedidos a entidades privadas sem fins lucrativos, passando essas organizações a gerir o patrimônio público através de um contrato de gestão. Para o controle da gestão, no interior destas organizações deve ser criado um conselho de administração, que é o órgão máximo de deliberação institucional, formado obrigatoriamente por membros do poder público e por representantes da sociedade civil.

O projeto de Reforma da Administração Pública no Brasil, como parte da Reforma do Aparelho do Estado, iniciada em 1995, na primeira gestão do governo Fernando Henrique Cardoso, trouxe como modalidade de gestão de serviços de natureza pública a criação de agências executivas e de organizações sociais, bem como a regulamentação da concessão de serviços públicos e de contratos de gestão. Este conjunto de inovações tem como base uma administração pública gerencial em que é possível desenvolver estratégias administrativas com ampla delegação de autoridade e posterior cobrança dos resultados.

Este processo de mudança se pauta num movimento teórico denominado de Novo Gerencialismo Público, que tem como objetivo tornar a administração pública mais eficiente e moderna, além de voltada para o atendimento das necessidades e satisfação plena dos cidadãos. Nessa perspectiva, Souza (2001) refere que se usa um objetivo ideologicamente neutro como tornar os serviços públicos eficientes para justificar e agregar apoio à Reforma da Administração Pública. Afirma ainda que um indivíduo que pertença a qualquer partido

político não será contra esse ideal, pois todos apoiarão mudanças que tornem os serviços públicos eficientes.

O Novo Gerencialismo Público propõe o fortalecimento do núcleo estratégico do Estado e a autonomia das agências executivas, das organizações sociais e de outras organizações privadas. O elo entre o sistema público e o sistema privado na execução de serviços considerados como não exclusivos do Estado faz-se pelo contrato de gestão, um instrumento que define competências, atribuições e responsabilidades das organizações, assim como as responsabilidades do Estado no controle de todo o processo (GUIMARÃES *et al*, 2004).

O modelo do Novo Gerencialismo Público é adotado na Reforma do Aparelho de Estado no Brasil, com a absorção de métodos gerenciais advindos das empresas privadas para o setor público. Assim, a administração pública gerencial propõe a substituição dos tradicionais administradores públicos por novos gerentes para executar a descentralização política e administrativa. Esta descentralização proporcionaria maior autonomia decisória aos gerentes, a redução dos níveis hierárquicos, o controle centrado nos resultados ao invés de nos processos administrativos, e a administração voltada para o atendimento do cidadão (JUNQUILHO, 2004).

Entretanto, Paula (2001) 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 do setor privado, pois enquanto este visa o lucro, o setor público visa transformar as condições de vida da população.

Por sua vez, esta nova modalidade de gestão pública traz à tona discussões relevantes, tais como a inserção de novos atores políticos da sociedade civil organizada; a participação social, a cidadania e o papel do Estado na construção da democracia (PAULA, 2001). Apesar destas características terem sido consideradas pela Reforma do Estado de Bresser Pereira, observa-se que essas não ultrapassaram o seu caráter formulador, uma vez que a democracia no interior dos serviços de saúde ainda é exercida de forma incipiente e desorganizada, e pouco é estimulada pelos gestores públicos, mesmo considerando que este é um dos princípios que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Ao mesmo tempo, Souza (1995) destaca que a reorganização de nossa sociedade não deveria se basear na dicotomia entre estatal e privado. Esse autor reconhecia a democracia

como elemento capaz de responder às necessidades e demandas da população, independentemente da forma de propriedade pública ou privada da organização executora de serviços. Portanto, o público envolve o exercício da democracia pela sociedade civil nas organizações (privadas ou estatais), não apenas controlando-as, mas também buscando defender o interesse da coletividade no interior dessas organizações.

Segundo Bresser Pereira (2002) a administração pública gerencial é mais transparente, eficiente e controlável por apresentar dispositivos de controle social. Percebe-se que essa nova modalidade de administração pública defende a utilização de dispositivos de auscultação de usuários na lógica do setor privado, ou seja, para investigar as queixas dos clientes e atuar de forma a evitá-las, promovendo a sua satisfação.

Entretanto, é importante confrontar o ideário da participação social com a realidade brasileira, visto que o Brasil é um país heterogêneo e com grandes disparidades sociais que dificultam o exercício da cidadania. Assim, a formulação de políticas públicas ainda acontece no âmbito do núcleo estratégico do governo. Às organizações sociais e entes privados que terceirizam a gestão de serviços públicos resta a autonomia decisória nas questões operacionais (PAULA, 2001). Portanto, as organizações são apenas prestadoras de serviços, não existindo mecanismos formais de comunicação entre estas e o núcleo estratégico sobre as demandas dos cidadãos.

Paula (2001) discute, ainda, as fragilidades dos argumentos desta nova administração pública, e sinaliza para a ênfase dada aos valores individualistas no interior dessas organizações públicas não-estatais, contradizendo assim a possibilidade de construção de um espaço público de diálogo, interlocução e controle social.

Nessa mesma direção, Falconer (1999) ressalta que a eficiência e a eficácia dos serviços públicos prestados por organizações privadas sem fins lucrativos não pode estar restrita ao campo da gestão. Afirma que a administração pública não poderá responder a todos os problemas sociais que deverão ser resolvidos através de políticas públicas formuladas e executadas pelo Estado.

Concordo com o autor quando afirma que é preciso resgatar a interdisciplinaridade na administração de serviços públicos, pois para manter a sustentabilidade do modelo de gestão proposto pelo Pdrae se faz necessário romper a dicotomia entre problemas públicos e políticas públicas, que só pode ser resolvida quando os formuladores das políticas públicas utilizarem de mecanismos de auscultação das demandas dos cidadãos através de unidades prestadoras de serviços.

Assim, a adoção do modelo gerencial proposto pela Reforma do Aparelho de Estado no Brasil implica num espaço público não-estatal de prestação de serviços de saúde, que pode ser desenvolvido através da modalidade de organização social ou de terceirização. Para tanto, a gestão pública foi adaptada para atender a esse modelo de prestação de serviços, inclusive os de saúde. Por conseguinte, percebe-se que as argumentações que justificaram o uso do modelo gerencialista defendem uma eficiência divergente da idealizada para o serviço público. Assim, a eficiência defendida pelo modelo gerencial é a utilizada nos serviços de saúde privados, onde a preocupação é prestar cuidado à saúde, focado no indivíduo, na assistência exclusivamente curativa, não havendo preocupação com o impacto social das suas medidas, o que não é condizente com a prestação de serviços públicos de saúde, uma vez que o modelo idealizado para este serviço é aquele que esteja alinhado com os princípios do Sistema Único de Saúde. Portanto, compreender o que é a gestão na saúde e mais especificamente como se processa a gestão nos serviços na atenção básica são alicerces imprescindíveis para averiguar se o modelo gerencialista é capaz de responder às demandas dos cidadãos, ratificando os princípios do SUS, como os da integralidade, resolutividade e controle social.

1.1 A GESTÃO NA SAÚDE E NOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA

A gestão na saúde, segundo Melo (2001) deve buscar a adoção de modelos gerenciais que possam responder aos problemas da realidade brasileira, produzindo serviços de saúde que estejam quantitativamente e qualitativamente satisfatórios à população. Entretanto, ressalta que estas inovações na gestão são originárias em geral dos serviços privados e posteriormente são transferidas para os serviços públicos, sendo um exemplo delas o modelo adotado na Reforma da Administração Pública, onde o Estado promove e garante a efetivação das atividades de saúde e a gestão e prestação dos serviços realizadas por um ente privado.

Essa autora agrupa algumas características de modelos de gestão pública da saúde que considera importante para a inovação nesta área. Entre estas cita a aproximação do planejamento com a gestão como forma de agir e compreender a gestão pública da saúde de forma descentralizada. Uma outra característica é a concepção da gestão em saúde como um trabalho concreto, entendida como desenvolvida pelos atores no ato do trabalho. O uso de modelos de gestão de caráter descentralizado e democrático também foi uma das peculiaridades citadas, pois propicia a autonomia das equipes de saúde no interior das unidades de produção de serviços, e desta maneira os trabalhadores e usuários gerenciariam as ações juntamente com o gestor formal. Para inovar os processos de gestão agregam-se também elementos racionais do modelo empresarial, de modo a combinar quantitativamente e qualitativamente os recursos disponíveis.

Nesse sentido, Ferreira (2004) sinaliza que para a efetivação do processo de descentralização, proposto pelo SUS, os gestores necessitam aprimorar sua capacidade gerencial para atender às necessidades de saúde da comunidade de forma universal, integral e equânime. Assim, para ofertar serviços de saúde que possam satisfazer as demandas da população os gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm convivido com algumas limitações, tais como a finitude dos recursos financeiros e a ausência de preparação técnica na área da atenção básica. Este autor afirma que uma das dificuldades para o acesso da população aos serviços de atenção primária seria a baixa capacidade gerencial dos gestores, visto que as capacitações na área de administração estão focadas para o setor hospitalar.

Por conseguinte, para que os gestores de saúde respondam às demandas da comunidade é necessário que o planejamento se aproxime cada vez mais dos atores que estão na ponta das unidades de saúde, ou seja, dos trabalhadores e usuários. Desta maneira se estará avançando na descentralização e na implementação do novo modelo de atenção à saúde, onde

a descentralização produz mudanças na forma de gestão dos serviços de saúde, sendo uma destas a autonomia decisória conferida aos gestores. Desta maneira os gestores, por estarem mais próximos dos usuários das UBS, detectam com mais facilidades as reais necessidades de saúde da sua comunidade, planejando e gerindo os serviços de acordo com essas informações, dispondo de uma autonomia para gerenciar pessoas, adquirir materiais, medicamentos e contratar serviços.

Costa *et. al.* (2000) refere que a reforma do Estado exigiu mudanças no setor saúde que demandam práticas administrativas diferentes das até então utilizadas. Nesse sentido, a gestão organizacional assume como foco satisfazer as necessidades dos cidadãos/clientes. Assim, as unidades de saúde começaram a dispor de serviços de ouvidoria para garantir os direitos dos usuários, a criação de centrais de marcação como forma de redução de barreira de acesso, a participação dos usuários no planejamento da unidade e uma maior autonomia dos gestores para administração de recursos humanos, de materiais e medicamentos.

Deste modo, a gestão na saúde de acordo com os princípios do SUS só será possível quando os serviços de saúde estiverem voltados para o interesse da coletividade, reconhecendo as diversidades regionais do Brasil e tratando as situações desiguais de maneira desigual. Só assim o sistema de saúde poderá ser mais resolutivo e capaz de impactar na situação de saúde da população.

1.2 O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE

O processo de terceirização no Brasil tem início em 1981 no governo do general Figueiredo com a denominação de desestatização. A privatização das empresas estatais nesta época só era permitida para o capital nacional. Entretanto, essa medida foi revogada em 1985, no governo Sarney, quando se inicia a privatização das empresas estatais produtoras de bens para os organismos internacionais. Nesse sentido, a internacionalização dos setores vitais da economia brasileira tem resultado na transferência do poder de decisão para além das fronteiras do país, o que poderá ocasionar o esvaziamento da soberania nacional (SANTOS *et al.*, 2004).

Santos *et al.* (2004) sinaliza também que o processo de terceirização foi ocasionado pelo déficit fiscal da década de 80 e pela pressão dos credores internacionais. Por sua vez, no primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso mantém-se a necessidade do ajuste fiscal associado à globalização, o que pressiona por uma reestruturação produtiva do Estado.

Por outro lado, a crise econômica que atingiu os países periféricos nesta época foi compreendida como uma crise fiscal do Estado, e não como uma crise ocasionada pelo modelo de administração capitalista. Logo, as dificuldades vivenciadas pelo capitalismo eram interpretadas equivocadamente como conseqüências do gasto excessivo com a máquina pública. Portanto, a alternativa proposta pela elite econômica nacional e internacional foi reduzir o papel do Estado e abrir o mercado para todas as atividades que poderiam ser reguladas por ele e desenvolvidas de um modo melhor (SANTOS *et al.*, 2004).

Assim, concordo com Santos *et al.* (2004) quando comenta que o discurso supracitado foi utilizado para sustentar o processo de privatizações que assolou as empresas estatais, inicialmente nos governos de Figueiredo e Sarney e consolidando-se no de Fernando Henrique Cardoso, afirmando o ideário neoliberal imposto pelo Consenso de Washington em 1989.

Por conseguinte, as bases deste consenso estavam centradas nos seguintes aspectos: desregulamentação econômica, abertura comercial e financeira do país ao mercado internacional e reformas patrimoniais que promovessem a transferência do patrimônio estatal para o setor privado.

Nesse contexto, e após a reforma do aparelho de Estado, conduzida por Bresser Pereira no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, tem início a transferência das

atividades não exclusivas do Estado para as organizações não-estatais e sem fins lucrativos, reafirmando a opção política neoliberal do governo de que a iniciativa privada pode prestar serviços mais eficientes para atender as demandas da população.

Assim, para Di Pietro (2005) o termo terceirização tem sido utilizado de forma restrita, indicando apenas a transferência do controle acionário de empresas do Estado para a iniciativa privada. Para essa autora isto oculta a ampla abrangência do sentido do termo, que significa a desregulação do Estado; a desmonopolização de atividades econômicas; as contratações de terceiros, a privatização e a concessão de serviços públicos.

A terceirização da administração de serviços públicos pela iniciativa privada deve ser feita mediante a forma de contrato de direito público ou convênio. Portanto, as empresas terceirizavam as atividades-meio como prerrogativa para deter-se na atividade-fim, proporcionando redução dos custos e possivelmente uma melhor qualidade do serviço prestado. É utilizando-se desta lógica e da idéia da melhor capacidade gerencial da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, educação e outros que o Estado brasileiro amplia a terceirização para o âmbito da prestação de serviços, e em particular, dos serviços de saúde.

Para tanto, Di Pietro (2005) sinaliza que a iniciativa privada poderá participar de forma complementar na prestação de serviços públicos de saúde, como consta na Constituição no Art.199, § 1º e na Lei 8.080. Logo, a terceirização é permitida mediante o contrato de prestação de serviço, o qual tem por objetivo a execução de atividades que auxiliem na administração, a denominada atividade-meio. Assim, compreende-se que é vetada a terceirização de atividades fins, como a prestação direta dos serviços e ações de saúde através da transferência da gestão operacional destes para a iniciativa privada, como acontece atualmente.

Deste modo, a terceirização da gestão de serviços de saúde ocorre em desacordo com o exposto na Lei 8.666/93 e na Lei 8.883/94, que regulamentam a terceirização de serviços públicos. Uma argumentação que poderia sustentar esta atitude é a diferenciação na definição de gestão e gerência que consta na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 96). Nesta, a gerência é compreendida como a administração de serviços de saúde (ambulatorio, hospital e outros), enquanto a gestão é definida como a administração de um sistema de saúde, o que é competência do âmbito central das esferas de governo municipal, estadual e federal, através dos secretários e ministro da Saúde.

Apoiando os argumentos anteriores, Moreira Neto apud Miola ([199-]) define que as atividades essenciais são aquelas inerentes ao Estado e ao exercício da soberania, logo não podem ser exercidas por terceiros. Dentre elas estão as atividades relacionadas com a defesa

nacional, o controle sanitário, fiscal, militar e diplomático. Porém, as atividades não essenciais são aquelas que podem ser transferidas a terceiros, uma vez que não são de satisfação absolutamente necessária, apesar de serem de interesse coletivo. Nessa direção, concordo com o referido autor quando questiona a presença das atividades de saúde na classificação de atividades não essenciais do Estado. Para esse autor essas atividades são de satisfação absolutamente necessária e deve ser garantida pelo Estado como explicitado no artigo 196 da Constituição Federal.

Apesar do exposto, a tendência à terceirização da gestão de unidades de saúde, de serviços e de contratação de pessoas já é uma realidade no Sistema Único de Saúde, em decorrência da ordem econômica neoliberal. Este processo, sem regulação por parte do Estado, se baseia nos pressupostos da busca de eficiência e eficácia na administração pública, o que facilitaria o alcance de uma maior qualidade e produtividade na prestação de serviços, e com redução de custos.

Uma das repercussões negativas no processo de terceirização na saúde se dá nas relações de trabalho. A flexibilidade na contratação, a rotatividade, perda de direitos trabalhistas e autonomização dos trabalhadores no SUS, por exemplo, são descritos por autores como Girardi *et al.* (2004) como produzindo conseqüências desastrosas, mas ainda não estudadas, na organização do processo de trabalho. Algumas destas conseqüências são a falta de compromisso com a qualidade técnica, com a continuidade e integralidade dos cuidados de saúde, gerado pela rotatividade dos trabalhadores e pelas formas precárias de trabalho, ocasionando a insatisfação do usuário com a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde.

As organizações privadas que assumem a gestão dos serviços públicos de saúde são incentivadas por subsídios do setor público. Desta maneira, atividades tidas como essenciais, tais como 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 dos serviços.

No entanto, no caso da saúde, as organizações privadas que assumem a gestão de unidades de saúde devem cumprir suas finalidades, ao mesmo tempo em que estas devem ser articuladas aos princípios do SUS. Com isso, não podem apenas assegurar uma relação ótima de custo-benefício na produção de serviços, sem atentar para os princípios como os da universalidade e integralidade da atenção à saúde.

Na Bahia, a implantação de novos modelos de gestão pública foi iniciada com a criação de organizações sociais em 1997, com a Lei n. 7.027/97, que instituiu o Programa de

Incentivo às Organizações Sociais. No caso da saúde, apenas um hospital público regional, situado no município de Irecê, foi cedido para a gestão de uma organização social, situação esta revertida pelo governo do estado da Bahia em fevereiro de 2007. O governo estadual, até o ano de 2006, preferiu implementar diversos modos de terceirização no setor saúde, desde a contratação de trabalhadores até a terceirização de unidades de prestação de serviços em hospitais públicos.

Quanto ao município de Salvador, somente em 2002 é que esse âmbito de governo elabora um projeto-de-lei para a criação de organizações sociais, e que sequer foi encaminhado para aprovação pelo Legislativo. A opção da administração municipal foi a de assumir outra modalidade de relação entre o público e o privado na saúde, iniciada com a terceirização para a contratação dos trabalhadores do Programa de Saúde da Família (PSF) em 2002.

A partir do ano de 2003, a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMS) terceiriza a gestão de quatro unidades básicas de saúde para organizações privadas, algumas de natureza filantrópica. Estas unidades adotam um modelo assistencial tradicional, isto é, sem a implantação do PSF, ampliado com serviço de pronto-atendimento com funcionamento nas 24 horas.

A terceirização da gestão ocasionou também a ampliação de novas relações de trabalho, com a presença de diferentes contratos entre os trabalhadores do SUS. Ainda que a VIII Conferência Municipal de Saúde de Salvador, realizada em maio de 2006, tenha aprovado a reversão deste processo, na prática a terceirização é uma das estratégias do SUS municipal para manter o acesso da população aos serviços de pronto-atendimento e outros serviços básicos de saúde, dado que esta modalidade de gestão se expande para as unidades de saúde da família já implantadas.

Neste contexto local, a criação de modelos de interação entre público-privado para melhorar a gestão de serviços públicos 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 pessoas jurídicas de direito privado, ainda que a maioria sem fins lucrativos, atuando no campo do interesse público e com financiamento também público.

Por outro lado, ainda que o estado conceda a gestão das unidades básicas de saúde a terceiros, este permanece com a responsabilidade de garantir os direitos sociais básicos de acesso universal e equânime aos serviços e ações de saúde, como rege a constituição federal. Por tratar-se de entes privados gerindo serviços públicos, a avaliação da capacidade de gestão

torna-se imprescindível para a intervenção dos gestores, sempre procurando a garantia do acesso do usuário a serviços de qualidade, gratuitos e direcionados ao cumprimento dos princípios do SUS.

Diante do exposto, avaliar a capacidade de gestão terceirizada das unidades básicas de saúde do SUS municipal, com confiabilidade nos resultados, é uma opção cuja relevância está em justamente apontar fragilidades e ressaltar capacidades para subsidiar os gestores públicos para a tomada de decisão. Ainda que não seja o objetivo deste estudo avaliar o modelo de gestão terceirizada, o resultado da avaliação pode parcialmente revelar se a adoção deste modelo é procedente do ponto de vista político-administrativo.

Além disso, trata-se de uma proposta de avaliação inserida num modelo de gestão implantado no bojo da Reforma Administrativa do Estado brasileiro e que se constitui em uma alternativa para os gestores públicos, em todas as esferas de governo.

Esse estudo é relevante também por tomar como lócus de investigação a gestão municipal da saúde, âmbito onde estão colocados os maiores desafios para a operacionalização do SUS. Avaliar a gestão municipal da saúde é, portanto, imperativo para contribuir com a consolidação do SUS, como afirma Melo *et al.* (2007).

Para tanto se delimitou como objeto desta dissertação a capacidade de gestão terceirizada de uma unidade básica de saúde com pronto-atendimento do SUS em Salvador, estado da Bahia.

Cabe ressaltar que o tema é polêmico e pouco pesquisado, por ser uma iniciativa recente no campo da gestão. Logo, conhecer a capacidade de gestão terceirizada de unidades públicas de saúde é imprescindível, visto que esta contém uma proposta que contradiz os princípios do SUS e fortalece a teoria neoliberal, que impõe o enfraquecimento e diminuição do papel do Estado em garantir direitos sociais como os da saúde. Esses argumentos, associados à construção do contexto sócio-político da implantação da gestão terceirizada municipal, justificam e sustentam o objeto de estudo.

Com bases nestas considerações, pergunta-se: Qual é a capacidade de gestão, nas dimensões organizacional, operacional e de sustentabilidade em uma unidade básica de saúde terceirizada do SUS municipal?

Como pressuposto afirma-se 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 e,

portanto, apresenta uma boa capacidade na produção de serviços básicos de saúde articulados aos princípios do SUS.

Esta pesquisa faz parte de um projeto aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no Edital público n.23/06 e por ele é financiado. Foi iniciado em fevereiro de 2007, com término previsto para outubro de 2008. O macroprojeto é coordenado pela orientadora dessa dissertação. Por conseguinte, essa pesquisa avaliativa contou com a participação de uma equipe de pesquisadoras e de estudantes voluntários do Curso de Graduação em Enfermagem, além de dois bolsistas do Programa de Bolsas de Iniciação Científica/Pibic e um bolsista do Programa Permanecer Ufba.

Deste modo, constitui-se como objetivo geral desse estudo avaliar a capacidade de gestão terceirizada numa unidade básica de saúde com pronto-atendimento. Como objetivos específicos definem-se:

- Analisar o contexto sócio-político da implantação da gestão terceirizada no SUS municipal.
- Avaliar a capacidade de gestão da unidade básica de saúde com pronto-atendimento nas dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade.

2 DISCUTINDO A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Considerando a dimensão avaliativa proposta por este estudo, pretende-se nesta seção realizar uma abordagem conceitual sobre avaliação. Para Tanaka e Melo (2001), avaliação é um processo técnico-administrativo que possibilita a emissão de juízo de valor para a tomada de decisão. Para estes autores, a avaliação é uma área de aplicação ao invés de ciência, visto que a mesma utiliza-se de teorias, conceitos e instrumentos de outras áreas do conhecimento. Scriven *apud* Minayo (2005) reforça esta idéia ao considerar a avaliação não apenas uma técnica, mas uma transdisciplina que possui um campo próprio, e ao mesmo tempo oferece reflexões a outras áreas do conhecimento.

A prática avaliativa tornou-se freqüente nos países centrais após a 2ª Guerra Mundial, devido ao alto investimento em políticas públicas de bem-estar social na Europa e nos Estados Unidos. Portanto, o uso de um instrumento de avaliação fazia-se necessário para comprovar a eficiência na aplicação de recursos e na efetividade das ações.

No Brasil, as práticas de avaliação intensificam-se a partir dos anos 90 com a Reforma do Estado. Por conseguinte, ocorre a diminuição da atuação direta do Estado na área social, reforçando seu papel de formulador de políticas e financiador do terceiro setor. Advém daí a necessidade da avaliação para controlar os custos e demonstrar transparência na gestão pública para a sociedade civil organizada.

Para Cohen e Franco (1993) a avaliação de projetos sociais ganha relevância pela necessidade de comparar, escolher e descartar projetos que não atendam as necessidades e demandas sociais, visto que o contexto é de escassez de recursos públicos e de crescente demanda social. Logo, a racionalização do uso dos recursos torna-se imprescindível.

Nessa direção, Paim (2005) comenta que a avaliação em saúde nesta década tornou-se alvo de interesse não apenas dos pesquisadores acadêmicos, bem como do Ministério da Saúde. Isto se deve às exigências dos organismos internacionais em pesquisas neste campo, assim como na crescente conscientização dos técnicos e dirigentes de serviços públicos. Desta forma, a visão gerencial da Reforma do Estado traz a avaliação para o setor público sob uma nova ótica, uma vez que busca a eficiência da administração pública colocando os usuários dos serviços em primeiro plano.

Salienta-se que as avaliações na área social tiveram início de forma pontual, fragmentada e neutra, não considerando a análise do contexto local onde estava inserido o objeto de estudo. Nesse contexto, Cotta (1998) ressalta que a principal característica da

avaliação de um programa social é o seu caráter aplicativo. Portanto, o avaliador não deve perder esse foco, pois poderá incorrer no risco de produzir estudos desprovidos de utilidade. Logo, para avaliar a intervenção e o contexto no qual o evento analisado está inserido deve-se optar pela investigação avaliativa.

Para Contandriopoulos *et al.* (2002) a avaliação normativa é um julgamento sobre uma intervenção ou qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão. Este tipo de abordagem centra-se no aspecto técnico, desconsiderando o contexto no qual o evento analisado está inserido. É a chamada avaliação de caixa preta, a qual ignora o contexto e o processo do fenômeno avaliado para o alcance dos resultados.

Nessa perspectiva, torna-se relevante destacar as diferenças entre avaliação para a tomada de decisão e a pesquisa avaliativa. Do ponto de vista de Novaes (2000), a pesquisa avaliativa tem por objetivo a produção de um conhecimento reconhecido pela comunidade científica. Para tanto, Worthen e Sanders (2004) afirmam que a investigação avaliativa (ou avaliação) e a pesquisa avaliativa assumem papéis gerenciais diferentes e atuam para diferentes audiências. Enquanto a primeira tem por objetivo auxiliar o gestor na solução de problemas práticos, a segunda busca satisfazer a curiosidade do pesquisador através de avanços no campo do conhecimento científico.

Assim Worthen e Sanders (2004) discutem as principais diferenças entre investigação avaliativa e pesquisa avaliativa, que serão explicitadas a seguir:

- Quanto à motivação: A pesquisa busca satisfazer a curiosidade do pesquisador através de avanços no conhecimento científico; a avaliação visa auxiliar na solução de problemas diários.
- Quanto ao objetivo: A pesquisa está voltada para conclusões, enquanto a avaliação leva às decisões.
- Quanto à autonomia: A pesquisa é independente e autônoma; a avaliação é conduzida pela audiência/cliente que a encomendou.
- Quanto às propriedades do fenômeno avaliado: A pesquisa tenta gerar conhecimento científico e a avaliação busca analisar a utilidade social e o valor de uma intervenção ou proposta.
- Quanto aos critérios para julgar a atividade: A pesquisa é julgada pela sua validade interna e externa; a avaliação é julgada pela precisão, credibilidade, utilidade, viabilidade e propriedade.

- Quanto à audiência: A pesquisa é conduzida para ser utilizada por qualquer pessoa que considere os seus resultados úteis, enquanto a avaliação é endereçada a uma audiência predefinida.

- Quanto ao critério de tempo: A pesquisa estabelece seu próprio cronograma, baseado nas limitações orçamentárias. A avaliação está restrita a cronogramas definidos pela audiência/clientes.

- Quanto à base disciplinar: A pesquisa pode ser ou não interdisciplinar; a avaliação deve utilizar um amplo espectro de perspectivas e técnicas com o objetivo de encontrar suas respostas.

- Quanto à preparação: O pesquisador atua no domínio de sua disciplina, enquanto o avaliador deve utilizar uma variedade de métodos e técnicas buscando atender a diversidades de informações requeridas pelos clientes/audiência.

Já Vieira da Silva (2005) pontua que a existência de diversas abordagens sobre avaliação significa que o seu estágio é incipiente como disciplina científica, associado a sua capacidade de comportar diversos recortes da realidade.

Nessa perspectiva, o estudo em questão se reportará às seguintes idéias de avaliação:

- Utilizou-se a pesquisa avaliativa adotando a metodologia quantitativa e qualitativa, buscando responder a complexidade do objeto pesquisado. No entanto, os resultados dessa avaliação têm a pretensão de subsidiar os gestores do SUS municipal para a tomada de decisões não somente técnico-administrativas quanto políticas sobre os modelos de gestão assumidos na saúde. Para tanto, em diferentes momentos do desenvolvimento do macroprojeto de pesquisa, do qual essa dissertação é parte, a equipe de pesquisadoras tem discutido o estudo com técnicos da Secretaria Municipal da Saúde.

- A concepção de avaliação adotada foi a de processo, que se refere ao acompanhamento do que é feito e como está sendo feito na organização para atender a demanda da população. Isto porque se considera que o contexto político e social influencia diretamente no resultado dos serviços de saúde prestados e que todo julgamento numa avaliação deve ser pautado em referência a este contexto.

- A concepção de capacidade de gestão assumida nesta avaliação é baseada no conceito de gestão construído por Guimarães *et al.* (2004) e definido posteriormente.

O conceito de avaliação em saúde utilizado nesse trabalho é o mesmo adotado no macroprojeto do qual este estudo é parte, baseado na metodologia de avaliação da capacidade de gestão construído por Guimarães *et al.* (2004). Essa metodologia assume que a avaliação

deve ser incorporada ao cotidiano da gestão, portanto deve ser um instrumento que auxilie os gestores na tomada de decisão, superando o caráter punitivo associado à mesma. Assim, o foco da avaliação é a gestão como processo, admitindo que os seus resultados não são conclusivos, mas devem ser compreendidos como a sinalização de barreiras que devem ser ultrapassadas e de facilidades que devem ser fortalecidas, permitindo que a organização alcance seus objetivos específicos e na direção da imagem-objetivo construída. Nesse sentido, do ponto de vista de Ferreira (2004), a avaliação para a gestão tem por objetivo produzir informações que contribuam para o aperfeiçoamento do objeto avaliado, o que também é o caso desta pesquisa.

Em decorrência do objetivo desse estudo ser avaliar a capacidade de gestão terceirizada de uma unidade básica de saúde com pronto-atendimento do SUS em Salvador, Bahia, fez-se a opção pelo uso de alguns aspectos da abordagem multirreferencial na análise incorporada ao modelo de avaliação criado e testado por Guimarães *et al.* (2004).

Por sua vez, o objeto da avaliação é incipiente e envolve a perspectiva de diferentes sujeitos (coordenador do distrito sanitário, gestor máximo da unidade avaliada, gestores intermediários, trabalhadores e usuários), além de enfatizar os resultados da avaliação inseridos numa análise do contexto local. Portanto, apenas uma abordagem que considere diferentes saberes, não apenas os disciplinares, como importante para compreensão do objeto, poderia ser utilizada nesse estudo.

Desta maneira, a multirreferencialidade se torna adequada na avaliação da capacidade de gestão terceirizada porque valoriza os conhecimentos construídos em situações locais e por diferentes sujeitos interessados e envolvidos na gestão. Esta abordagem não se limita às situações idealizadas, mas sim a compreender a complexidade do mundo real, considerando que a análise de uma situação a partir desta perspectiva teórica afirma a incompletude de todo conhecimento. Esta compreensão se adequa ao campo da avaliação, que por ser compreendida como uma fotografia de um momento e por ser uma avaliação de processo, produz os seus resultados sobre um momento específico da situação avaliada, no caso a capacidade de gestão terceirizada, que é por sua natureza incompleta. Deste modo, a avaliação resultante desta pesquisa, ao mesmo tempo em que ilumina o objeto estudado, conseqüentemente produz uma sombra de tamanho semelhante à iluminação obtida, que por sua vez deve ser iluminada através de novas avaliações.

Então, compreender o objeto na sua complexidade (mundo real) significa apreendê-lo com a potencialidade de produzir um conhecimento sobre este, limitado as referências utilizadas e considerar que a multirreferencialidade, como pontua Coulon (1998), pode

produzir perspectivas contraditórias sobre o objeto analisado. Isto porque uma mesma realidade pode ser visualizada sobre ângulos diferentes, a depender também das referências pessoais do pesquisador. Isso pode ser observado nos diferentes resultados da avaliação a partir das dimensões assumidas no modelo adotado.

Nesse sentido, o estudo em questão utilizou alguns aspectos dessa abordagem, tais como, o uso de diferentes referenciais na abordagem do objeto, definindo uma posição a partir destes referenciais e a busca do conhecimento sobre a gestão terceirizada na visão de diferentes sujeitos envolvidos no processo.

Segundo Fagundes e Burnham (2001, p.48) “a multirreferencialidade pode ser entendida como uma pluralidade de olhares dirigidos a uma realidade”. Desse modo, a abordagem multirreferencial busca contextualizar o fenômeno, captar suas múltiplas relações e explicitá-las para mais amplamente apreendê-lo, relacionando-o com o contexto global.

Assim foram utilizados como referenciais para a análise, as concepções assumidas na Reforma do Aparelho do Estado Brasileiro (Bresser Pereira, 1995), o modelo teórico do Novo Gerencialismo Público e a concepção do triângulo de governo de Carlos Matus esboçado no seu método de Planejamento Estratégico Situacional (1992; 1993) conforme utilizado no modelo de avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais de Guimarães *et al.* (2004). A escolha justifica-se pelo fato destes referenciais permitirem o aprofundamento teórico-metodológico em relação ao conhecimento de um objeto ainda inédito no campo da avaliação, visto que o tema é inovador e polêmico, necessitando ser avaliado sob vários ângulos. Logo, não existirá a superposição de uma referência avaliativa sobre a outra, mas a interação das diferentes abordagens para melhor compreensão do objeto estudado.

Nessa perspectiva, utiliza-se também nesse estudo algumas características da avaliação por triangulação de métodos, visando dar conta da sua complexidade e contemplando a abordagem tradicional associada à sociologia compreensiva, denominada de avaliação por triangulação de métodos.

Segundo Minayo (2005), esta compreende várias conceituações, desde o uso concomitante da abordagem quantitativa e qualitativa na técnica de coleta de dados até a análise do contexto local, com ênfase nos atores do projeto que alternam a posição de objeto e de sujeito. Este tipo de avaliação permitirá, assim, a dissolução das dicotomias entre: quantitativo/qualitativo; macro/micro; interior/exterior; sujeito/objeto.

Segundo a mesma autora, o termo triangulação é derivado do interacionismo simbólico desenvolvido por Denzin e significa a combinação de um conjunto de técnicas de coleta de dados ou o cruzamento de diversos pontos de vista, com o objetivo de iluminar o

objeto estudado e aprofundar as discussões interdisciplinares, o que se adequa aos pressupostos de uma concepção multirreferencial em pesquisa.

Assim, a adoção da avaliação por triangulação de métodos permite ao avaliador mais que um monólogo, visto que a produção de várias disciplinas possibilita reflexões diversas sobre o objeto avaliado, que é complexo e polêmico, como dito anteriormente, o que ocasionará mais profundidade na análise dos resultados da avaliação proposta. Desta maneira utiliza-se nessa pesquisa algumas características da triangulação de métodos, dentre elas a triangulação de fontes e de técnicas de coleta de dados. Participaram do estudo diferentes atores, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários, o que possibilitou avaliar a gestão terceirizada na UBS a partir de três visões diferentes, além do uso de três técnicas de coleta que foram a entrevista, o questionário e a pesquisa documental.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O tipo de avaliação adotado para orientar este estudo é a pesquisa interessada, a qual segundo Draibe (2001), tem por objetivo detectar as dificuldades e obstáculos para a recomendação de correções ou difusão de lições aprendidas, visando melhorar a qualidade do processo de implementação e do desempenho da política, programa, serviço ou atividade.

Por sua vez, o foco dessa avaliação é a capacidade de gestão, uma avaliação de processo, que segundo Minayo (2005) se refere às atividades desenvolvidas por todos os provedores da intervenção, incluindo os técnicos, e as relações interpessoais estabelecidas neste processo. Assim, busca-se detectar os fatores que ao longo da implementação facilitam ou dificultam os resultados da gestão (DRAIBE, 2001). Esse tipo de avaliação exige o levantamento de premissas que são formuladas à luz de uma imagem-objetivo formulada pelos avaliadores e demais atores envolvidos no processo de gestão, construindo uma direção futura desejada (GUIMARÃES *et al.*, 2002).

Portanto, para avaliar a capacidade de gestão de uma unidade básica de saúde com gestão terceirizada, num SUS municipal, fez-se necessário a adoção de um conceito-guia de gestão que contemplasse a dimensão operacional e instrumental da gestão, como também a sua dimensão política, uma vez que o processo decisório no âmbito das organizações envolve aspectos técnicos, de poder e de legitimidade. No macroprojeto do qual faz parte essa dissertação, o conceito-guia de gestão adotado foi construído, testado e validado em pesquisa anterior (GUIMARÃES; SANTOS; MELO; SANCHES FILHO, 2004; 2002); (GUIMARÃES; SANCHES FILHO; SANTOS; MELO, 2003).

A avaliação formatada por Guimarães *et al.* (2002) inspira-se nas idéias de Carlos Matus para a construção do seu modelo lógico. Este economista chileno foi o criador do método do planejamento estratégico situacional (MATUS, 1993), a partir da sua preocupação com a crise de governabilidade que atingia os países latino-americanos. Afirmava que um governo, para aumentar a governabilidade do sistema necessitava aumentar também a sua capacidade de governar, através do planejamento, de modo a não ser conduzido e sim conduzir o processo de governo. Enfatizava, assim, a responsabilidade que cada indivíduo tinha com a direção do governo do sistema onde vivia, pois tanto a ação como a omissão eram

escolhas que podiam aumentar ou diminuir a liberdade do governo frente às circunstâncias que deveriam ser enfrentadas.

Por conseguinte, utiliza-se nessa avaliação um conceito de gestão baseado no triângulo de governo de Carlos Matus (1993), que afere a capacidade de governo a partir de três dimensões interdependentes entre si. Essas dimensões articulam as seguintes idéias: a existência de projetos de governo, que permita o alcance dos objetivos do sistema; o grau de governabilidade do sistema, observado através da capacidade do mesmo de desenvolver alianças e parcerias para atingir os objetivos definidos; e a capacidade de governo, que se baseia na capacidade técnica do gestor e da equipe de conduzir o sistema. Assim, essas dimensões são definidas como normativa (existência de projetos), administrativa (capacidade técnica) e política (governabilidade do sistema).

Tais reflexões sobre o governo, com base em Matus (1993), foram adaptadas no conceito-guia de gestão (GUIMARÃES *et al.* 2002) adotado nessa dissertação, e que se pautam em três eixos, da capacidade de decidir, da capacidade de executar o decidido e da sustentabilidade das capacidades anteriores. Considerou-se que os resultados que possam ser alcançados pela gestão devem ser sustentáveis no tempo, como forma de assegurar a continuidade dos resultados positivos obtidos e o constante aperfeiçoamento do sistema. Assim, se contemplam os aspectos relacionados com a institucionalização de mecanismos e estratégias que ampliem e/ou consolidem apoios e alianças capazes de favorecer a sustentabilidade das decisões e dos resultados pretendidos pelos gestores. Desse modo explicitam-se as dimensões da gestão definidas por Guimarães *et al.* (2002), reelaboradas para responder as características específicas do objeto dessa investigação:

1) A dimensão relativa à capacidade de decidir deve refletir a formulação de projetos pelos gestores da unidade básica de saúde terceirizada, aspectos da sua agenda e planejamento coerentes com o arcabouço normativo do SUS. Assim, as variáveis selecionadas para a elaboração dos indicadores da avaliação dizem respeito à experiência da organização gestora na área da atenção básica; a qualificação profissional dos gestores; a estrutura do processo decisório; a autonomia decisória dos gestores da UBS; a existência de instância para o controle social e a existência de articulação com a coordenação do Distrito Sanitário (DS), estrutura local do Sistema Único de Saúde.

2) A dimensão da gestão relativa à capacidade de execução aponta a capacidade da organização em mobilizar recursos para executar as decisões tomadas. Nesse sentido, as variáveis selecionadas concentram-se nos recursos operacionais; nas condições da infraestrutura física, de equipamentos e de materiais da UBS; na existência de mecanismos de

capacitação dos trabalhadores; no custo dos procedimentos; no acesso e na adoção de estratégias de humanização na atenção aos usuários dos serviços de saúde; e no estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência dos usuários.

3) A dimensão relativa à capacidade de sustentar os resultados de gestão deve revelar a existência de parcerias e alianças para manter as decisões tomadas. Para tanto, as variáveis selecionadas buscam captar informações sobre o acompanhamento e avaliação dos resultados da gestão; a difusão de informações; as parcerias e alianças estabelecidas; e a existência de canais de ausculta dirigidos aos trabalhadores e usuários dos serviços.

Nesse sentido, optou-se pelo uso do conceito de gestão de Guimarães *et al* (2002) para avaliar uma unidade básica de saúde, uma vez que o entendimento de gestão para este estudo é embasado na idéia de gestão desenvolvida em qualquer audiência, seja no âmbito central ou na unidade básica de saúde.

Assim, o conceito guia de gestão adotado nesse estudo define que a capacidade de gestão de uma organização deve ser aferida pela sua capacidade em formular projetos, políticas e normas legais, de suas condições técnicas e administrativas, que representam o apoio logístico para a execução das decisões, e da sua capacidade de formar alianças e parcerias, assim como conquistar recursos políticos e estratégicos para assegurar os objetivos propostos.

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 *et al.* (2002). Esta imagem-objetivo, baseada no conceito-guia de gestão, se orienta na seguinte direção:

- A gestão da organização de saúde avaliada deve assumir decisões mais partilhadas, contando com trabalhadores comprometidos e com usuários envolvidos com o atendimento de suas necessidades.
- Deve ter maior autonomia decisória, pois isto confere ao gestor legitimidade e confiabilidade para conduzir a organização.

Tais elementos do processo de gestão são defendidos pelo Novo Gerencialismo Público, modelo teórico 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 será a ferramenta teórico-analítica do modelo metodológico desenhado para aferir a capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde do SUS municipal.

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

A avaliação da capacidade de gestão terceirizada adota uma abordagem qualitativa e quantitativa. A metodologia utilizada para avaliar a capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde do SUS municipal seguiu as seguintes etapas:

1) Definição e construção do plano de indicadores, a partir do conceito de gestão adotado, com parâmetros e modelo de análise que levam em consideração o contexto local e os princípios e diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde selecionados para esta avaliação, que são o da integralidade, do controle social e da resolutividade, incorporados nas dimensões da gestão.

Nesse 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 no âmbito do DS. O cumprimento deste princípio revela aspectos da capacidade de gestão na dimensão organizacional e operacional.

Por conseguinte, o princípio da resolutividade diz respeito à capacidade da organização de estabelecer parcerias e de mobilizar recursos para manter seus resultados positivos ao longo do tempo. Neste caso, a dimensão da sustentabilidade da gestão será contemplada se o serviço conseguir sustentar as decisões tomadas para manter os resultados de gestão.

Quanto ao princípio do controle social, este tem relação com as três dimensões da gestão adotadas no modelo de avaliação, visto que a participação popular na gestão dos serviços de saúde permeia todos os aspectos da produção de ações e serviços de saúde, contribuindo para a implementação do SUS.

2) A validação dos indicadores com a Coordenação de Assistência e Promoção à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. Neste processo foram acrescentados alguns indicadores a partir de aspectos considerados importantes para os gestores do âmbito central. Assim, foram agregadas as seguintes variáveis: perfil da organização contratada, articulação da organização com a instância gestora do DS e recursos operacionais. Neste sentido, as

alterações sugeridas pela SMS ocorreram nas variáveis da dimensão organizacional e operacional.

3) Revisão dos indicadores após a validação com a SMS.

4) Criação dos parâmetros e das fórmulas para os indicadores, orientados pelas premissas assumidas por Guimarães *et al.* (2002) e adaptadas a partir dos indicadores selecionados. Posteriormente foram definidas as fontes de informação para cada indicador.

5) Produção dos instrumentos de coleta de dados.

6) Teste e ajuste dos instrumentos.

7) Operacionalização do estudo-piloto, que será tratado no subcapítulo específico a seguir.

3.2.1 O estudo-piloto: avaliando a capacidade de gestão terceirizada na saúde

O estudo-piloto da avaliação da gestão terceirizada de unidades básicas de saúde foi desenvolvido numa UBS sob gestão da mesma organização da unidade de saúde desse estudo, as Obras Sociais Irmã Dulce (Osid). A escolha da unidade-piloto foi por ser esta a mais antiga das quatro UBS com pronto-atendimento e com gestão terceirizada no SUS municipal. O estudo-piloto seguiu as mesmas bases teóricas e o desenho lógico desta dissertação.

3.2.1.1 Os procedimentos metodológicos

A metodologia utilizada é a mesma descrita nessa dissertação. O que difere é o lócus e a matriz de indicadores, que após o estudo-piloto foi discutida, modificada e validada com especialistas da área de avaliação.

Os sujeitos do estudo-piloto são: o gestor máximo da Osid, o gestor máximo da UBS, o gerente municipal da UBS, preposto indicado pela SMS, gestores intermediários, trabalhadores da saúde e usuários. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturada e estruturada, com um total de setenta e nove (79) entrevistados durante uma semana típica no mês de maio de 2007. Também foram consultados dados secundários, como relatórios e contrato de gestão, elaborados entre janeiro e junho de 2007.

Para a análise dos indicadores qualitativos foi construída uma matriz de descrição, onde são caracterizados os indicadores selecionados a partir de unidades de análise extraídas das entrevistas. Posteriormente o resultado obtido foi correlacionado com cada indicador e com a sua respectiva premissa e parâmetro. A cada resultado foi atribuída uma cor.

Para a análise dos indicadores quantitativos utilizou-se do *software Sphinx 5*. No plano de análise foi arbitrada uma escala de proporção, estabelecendo-se que para a atribuição de pontos no indicador é preciso que este alcance no mínimo 25% de respostas positivas. A pontuação final foi relacionada à escala de cores. Os resultados finais foram apresentados por dimensão, considerando a cor predominante relacionada aos resultados obtidos pelos indicadores. Dado que a diferença mais significativa entre o caso piloto e o estudo aqui descrito se dá na matriz de indicadores, explicita-se a seguir como se deu a construção e as mudanças processadas após o estudo-piloto.

3.2.1.2 A construção da matriz de indicadores do estudo-piloto

Para a construção dos indicadores partiu-se da premissa de que a gestão terceirizada, além de manter as suas características de flexibilidade, autonomia e transparência, deve estar também pautada nos princípios e diretrizes do SUS. Para tanto foram selecionados os princípios da integralidade, resolutividade e controle social que serviram de guia para a seleção das variáveis e dos indicadores.

A matriz de indicadores do piloto é composta das mesmas três dimensões adotadas na avaliação. A partir dos princípios selecionados e das dimensões foram identificadas as variáveis que melhor as expressassem, e selecionados os indicadores. Na dimensão organizacional são treze (13) indicadores; dezesseis (16) na dimensão operacional e oito (8) na dimensão da sustentabilidade, totalizando 37 indicadores (APÊNDICE F).

Em oficina de trabalho com especialistas da área da avaliação, feita em julho de 2007, os indicadores foram revisados. Foram eliminados indicadores que não responderam com especificidade ou sensibilidade (como indicadores de satisfação) às variáveis. A revisão da matriz de indicadores também considerou o contexto da gestão terceirizada, com a eliminação de indicadores que demandariam processos consolidados e que são sabidamente inexistentes ou incipientes no SUS municipal, como a existência de sistema de referência e contra-referência, fundamental para o alcance do princípio da integralidade. Procurou-se, assim,

selecionar indicadores pouco ambiciosos, mas cuja sensibilidade pudesse revelar os fatores que facilitam ou constroem a capacidade de gestão terceirizada. Este aspecto da avaliação é importante, pois seu desenho pretende revelar os constrangimentos e avanços na gestão e não atribuir um juízo de valor de reprovação ou aprovação do processo de gestão terceirizada.

3.2.1.3 Os resultados do estudo-piloto

Na análise dos resultados adotou-se uma escala de cores em cada dimensão. Cada cor foi atribuída a partir do percentual de valor alcançado em cada dimensão avaliada, indicando quais os aspectos da gestão que precisam ser aperfeiçoados (constrangimentos) e quais os que devem ser mantidos (oportunidades). O percentual foi calculado considerando a proporção entre a pontuação alcançada em cada dimensão e a pontuação total possível de ser obtida com a aplicação de todos os indicadores.

A escala adotada é composta de cinco cores. A vermelha indica uma situação de fragilidade da capacidade de gestão e corresponde ao alcance de no mínimo 25% do total de respostas obtidas; laranja indica uma situação de constrangimento à capacidade de gestão e corresponde ao alcance de no mínimo 50% do total de respostas obtidas; amarela indica uma situação de viabilidade da capacidade de gestão e corresponde ao alcance de no mínimo 75% do total de respostas obtidas; verde indica uma situação ótima da capacidade de gestão, e corresponde ao alcance de mais de 76% até 100% do total de respostas obtidas.

Os resultados dos indicadores quantitativos e qualitativos foram analisados considerando-se os aspectos do contexto interno e externo à UBS e são apresentados a partir das dimensões da gestão avaliada. Os resultados são descritos de modo sintético a seguir.

3.2.1.3.1 Dimensão Organizacional

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. Nesse processo não são envolvidos os trabalhadores nem os usuários. Este resultado indica

pouca 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 aponta para a possibilidade da sustentabilidade, credibilidade e legitimidade da capacidade de gestão da organização, o que é parcialmente identificado na UBS. No entanto, este processo é muito incipiente, dado que só envolve os gestores da UBS.

No que diz respeito ao perfil dos gestores da UBS, nenhum possui especialização ou experiência anterior na gestão de unidades básicas de saúde ou experiência de trabalho no campo da saúde coletiva, demonstrando que este não é um requisito considerado na seleção de pessoas para a função gerencial, o que se contrapõe aos argumentos que levam a terceirização da gestão, como possível de ser exercida por profissionais com qualificação específica para a função.

Quanto ao controle e a participação social, que são princípios do SUS garantidos através da Lei 8.142, inexistente o conselho local organizado e atuante, o que diminui a capacidade de decidir de forma compartilhada e com isso o gestor máximo da UBS perde legitimidade política nas suas decisões. Isto se torna um aspecto de constrangimento para a capacidade de gestão, dado que também na participação no processo decisório os indicadores apontam apenas para a participação dos gestores locais. No entanto, o Conselho Local de Saúde (CLS) encontra-se em fase de implantação, segundo os informantes. Um fator que justifica esta situação foi o afastamento do gerente municipal (preposto da SMS), pois era deste a responsabilidade pela implantação do conselho local de saúde, o que foi interrompido quando da coleta de informações para a avaliação. Este fato indica que a responsabilidade pelo cumprimento de um importante princípio do SUS não é assumido pela gestão da UBS, e sim por alguém que individualmente se interessa por esta tarefa e, pode-se agregar também que não é alvo de atenção do âmbito central ou distrital da própria SMS.

Assim, de acordo com os critérios adotados na matriz de indicadores, a pontuação obtida nesta dimensão localiza-se na faixa entre o percentual de 25% a 50% da pontuação total, sendo atribuída a cor vermelha, que indica fragilidade na capacidade de gestão nesta dimensão.

3.2.1.3.2 Dimensão Operacional

Os serviços oferecidos na UBS piloto são orientados por protocolos operacionais que norteiam a ação dos profissionais. Foram exemplificados protocolos de procedimentos no

laboratório e para a manutenção de equipamentos. Os mesmos estão disponíveis aos trabalhadores, e estes são treinados para o seu uso. Contudo, para a prática médica só foram identificados protocolos administrativos, dado que “[...] cada médico tem o seu método, então às vezes pra gente padronizar [...]. Cada médico tem as suas condutas, mas que não escapam do padrão da assistência [...]” como declara um dos gestores intermediários, demonstrando que tal fato dificulta, entre outros aspectos, o monitoramento da qualidade da atenção. Apesar da dificuldade de padronização da conduta médica para a assistência, a utilização de protocolos operacionais na UBS amplia as possibilidades de controle da execução de ações e serviços.

Quanto ao investimento periódico e permanente na capacitação dos trabalhadores, o que amplia as condições favoráveis para a execução das ações e serviços de qualidade e agrega valor à capacidade de gestão, a situação na UBS revela a existência de cursos, capacitações, discussões de casos clínicos, entre outras formas. O conteúdo destas atividades é definido a partir das demandas da organização e da detecção de necessidades pelos trabalhadores. Algumas capacitações formais são realizadas a partir de ofertas da SMS e da organização responsável pelo contrato de gestão.

Um aspecto destacado refere-se à educação permanente da categoria médica. Segundo informantes, este profissional não frequenta, como os outros, as atividades de educação permanente promovidas pela organização e pela SMS, alegando falta de tempo. No entanto, as atividades de capacitação não se revelam como um projeto de educação permanente da gestão da UBS, pois não existe uma periodicidade na oferta destas atividades para as diferentes categorias profissionais e com isso não se direciona a transformação do processo de trabalho. Tal fato compromete a capacidade da organização em prestar serviços e ações com qualidade, até porque esta não possui experiência prévia na prestação de serviços de atenção básica à saúde.

Quanto ao indicador sobre a existência e o uso sistemático da classificação de risco no atendimento dos usuários, esta é adotada no serviço de Pronto-Atendimento (PA) da UBS desde outubro de 2006. A classificação de risco mantém as condições para a execução dos serviços e ações, assegurando algum grau de equidade na atenção. Este procedimento foi implantado por iniciativa do gerente preposto da SMS, a partir do aumento da demanda no PA e da implantação do programa Humaniza SUS.

De acordo com a classificação adotada para avaliação da capacidade de gestão, a cor resultante para esta dimensão é a verde, que indica como ótima a capacidade de gestão. Contudo, ressaltamos que o indicador sobre a periodicidade e finalidade dos processos de

educação permanente indica que este precisa receber investimentos, dado que esta condição afeta diretamente a capacidade de prestação dos serviços e ações, principalmente as assistenciais. Também nesta dimensão há uma dicotomia entre as iniciativas tomadas pela direção para operar o PA e o ambulatório. Identificam-se poucas iniciativas relacionadas à operação das atividades e ações ambulatoriais, o que indica um distanciamento para o alcance do princípio da integralidade da atenção, assumido no modelo de avaliação proposto nessa investigação. Há também uma não responsabilidade quanto a contrapartida do contrato de gestão da própria SMS, como a manutenção de equipamentos, o que dificulta no curto prazo a manutenção da capacidade operacional da gestão.

3.2.1.3.3 Dimensão da Sustentabilidade

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 mesma.

A UBS avaliada mantém parceria com a própria organização gestora do contrato, o que facilita a sustentação da atenção prestada aos usuários, mas não responde aos problemas de saúde da população local.

Esta parceria possibilita a realização de exames laboratoriais dos usuários do PA; o fornecimento da dieta dos usuários em observação; a compra de insumos; a capacitação dos trabalhadores na área hospitalar e os encaminhamentos de pacientes, entre outros. Contudo, não foram identificadas parcerias com outras organizações, ainda que referidas parcerias com a SMS e com o próprio Distrito Sanitário, que são parceiros institucionais, dado que mesmo terceirizada, a responsabilidade final pela gestão da UBS, e pelo cumprimento do contrato de gestão, continua sendo da SMS.

Outro indicador considerado foi quanto à divulgação de informações pela organização entre os trabalhadores. Isto indica uma gestão com ações transparentes e participativas, o que favorece a sustentabilidade das decisões. Dentre os mecanismos de divulgação para todos os trabalhadores, os mais utilizados pela gestão são os tradicionais como: jornal mensal; mural na própria UBS e a comunicação interna escrita. Entre os gestores utiliza-se o correio eletrônico. Isto revela que há circulação de informações entre os trabalhadores, ainda que os meios de divulgação devam ser aperfeiçoados ou ampliados.

Quanto à existência de estratégias de acompanhamento e avaliação dos resultados, verifica-se que na UBS a avaliação de resultados é feita com os gestores intermediários, em reuniões de periodicidade mensal, onde são apresentados os resultados e metas alcançados por cada setor; e identificadas as dificuldades e elaborados os planos operacionais. Este processo não é sistematizado e seus resultados não são registrados e disseminados para todos os trabalhadores, caracterizando-se como um mecanismo não transparente de controle do contrato de gestão.

Estes resultados são posteriormente repassados para o gestor operacional da organização que terceiriza a gestão, em reunião da qual participa o gestor máximo da UBS. Não existem mecanismos de avaliação e de retorno aos trabalhadores quanto ao seu desempenho, o que interfere não só na qualidade da atenção, bem como na adesão dos trabalhadores ao projeto de gestão, o que ao longo do tempo também interfere na capacidade de operar os serviços e de sustentar os aspectos positivos da gestão.

Em relação aos usuários, a maioria dos entrevistados (77%) revelou não receber informações sobre os serviços prestados por parte da UBS. Dentre os 23% que obtiveram informações, estas foram obtidas via mural, via balcão de informações, na recepção ou com os profissionais. Isto indica que existem restrições para a adequada utilização dos serviços de saúde.

De acordo com a classificação adotada neste estudo, a cor resultante da avaliação na dimensão da sustentabilidade foi vermelha, o que indica fragilidade da capacidade de gestão e compromete os resultados positivos obtidos na dimensão operacional. Tal resultado indica que o foco da gestão é manter a prestação dos serviços, sem atentar para aspectos fundamentais que no médio e longo prazos comprometerão os resultados de gestão da UBS.

3.2.1.4 Considerações finais sobre o estudo-piloto

Estudos avaliativos retratam uma dada situação em um momento específico. Isto significa que os resultados obtidos não são imutáveis e irão variar de acordo com o instante em que se realiza a avaliação. Ao avaliar a capacidade de gestão, a pesquisa identificou os fatores que facilitam ou impedem o alcance dos resultados da gestão. Assim, o resultado final sinaliza para um momento do processo de desenvolvimento da capacidade de gestão

terceirizada de uma unidade básica de saúde do SUS municipal em Salvador que pode ser definido como muito frágil.

Vale salientar que a capacidade de gestão realiza-se dentro de um contexto político, social e financeiro, e desta forma reflete as variações deste meio. Por isso, deve ser levado em conta no período deste estudo que o cenário político-administrativo da Prefeitura Municipal de Salvador se mostrava instável, em decorrência das mudanças dos gestores intermediários do âmbito central da SMS e da crise que se instalou e culminou com a troca do gestor máximo da saúde. Portanto, esta descontinuidade da gestão da SMS afeta a gestão da rede de serviços, o que inclui as UBS com gestão terceirizada.

Além disso, é preciso considerar que em relação ao financiamento das ações e serviços de saúde, o repasse de recursos financeiros da SMS para a organização responsável pela gestão da unidade básica avaliada é irregular, conforme as informações obtidas nas entrevistas.

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 se revela numa situação ótima apenas na dimensão operacional. No entanto, esta situação foi obtida devido 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 a manutenção da dimensão operacional no longo prazo, pois indicam que princípios do SUS, como a integralidade e a transparência não são asseguradas plenamente, ou totalmente, como é o caso do 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.

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 contra-referência para outros âmbitos de atenção, a não ser dos usuários do pronto-atendimento, e mesmo assim parcialmente.

3.2.2 Validação da matriz de indicadores

Após o estudo-piloto foi feita a validação da matriz de indicadores com especialistas na área de avaliação e a equipe de pesquisadores envolvida com o macroprojeto da pesquisa. Optou-se pela permanência dos indicadores que se mostraram sensíveis para revelar o fenômeno avaliado. Nesse sentido, realizou-se a revisão dos instrumentos, tornando-os possíveis de responder aos indicadores escolhidos. Também foi ajustado o plano de análise buscando ultrapassar nos resultados da avaliação a dicotomia entre o que se considera bom ou mau na gestão, e sim os aspectos que devem ser mantidos ou modificados.

Assim, a construção dos instrumentos de coleta e a análise dos dados se processam a partir da matriz de indicadores construída para o macroprojeto, e com a identificação das variáveis sobre os aspectos da capacidade de gestão que se quer avaliar. Estas variáveis foram selecionadas guardando relação com os três princípios do SUS que norteiam o modelo de avaliação adotado.

A matriz de indicadores construída para o macroprojeto (MELO *et al.*, 2007) 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:

- Indicador de existência de uma situação.
- Indicador de participação.
- Indicador de disponibilidade de informações ou de recursos.
- Indicador de enunciação avaliativa.
- Indicador de custo.
- Indicador de utilização.
- Indicador de tipo.
- Indicador de informação.
- Indicador 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 *et al.* (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 (25) indicadores, reduzindo assim o número de indicadores utilizados no estudo-piloto (APÊNDICE G).

3.3 O LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso em uma unidade básica de saúde com pronto-atendimento, que pertence à rede de serviços do SUS municipal de Salvador, Bahia, e que tem a sua gestão terceirizada pelas Obras Sociais Irmã Dulce.

3.3.1 Caracterização da Unidade Básica de Saúde Avaliada

A Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa localiza-se no Distrito Sanitário do Cabula/Beiru, na Avenida Hilda, n. 2, no bairro de Pernambués. O terreno da referida unidade de saúde foi doado por um dos membros do Centro Comunitário do bairro, e reformado a unidade de saúde já existente e ampliado com a construção do ambulatório de pronto atendimento e mais dois pavimentos, pela prefeitura em março de 2003.

Em 15 de julho de 2005 a gestão da prestação de serviços da UBS foi terceirizada para as Obras Sociais Irmã Dulce, na administração do prefeito João Henrique.

A infra-estrutura física consta de:

- Um arquivo inativo no subsolo.
- Recepção geral, salas de atendimento de odontologia, ginecologia, enfermagem, pediatria, clínica médica, nutrição e serviço social; salas para rouparia,

almoxarifado, serviço de manutenção, serviço de higienização, arquivo, farmácia de atenção básica e farmácia do pronto-atendimento.

- No primeiro andar encontra-se o pronto-atendimento com uma recepção; sala de avaliação e classificação de risco; duas salas para atendimento de parada cardíaca; uma sala de pequena cirurgia; uma sala para curativo infectado; uma sala para nebulização e administração de medicações; três enfermarias de observação, constituídas de quatro leitos cada (masculina, feminina e pediátrica), posto de enfermagem e três consultórios para atendimento clínico, pediátrico e odontológico.

- O segundo andar é composto de uma recepção para marcação e entrega dos laudos radiológicos e resultados dos exames laboratoriais e eletrocardiográficos; refeitório; do centro de esterilização de materiais; sala de RX; laboratório e da ala administrativa, onde existe uma sala da gerência administrativa, médica, de enfermagem e do gerente preposto da SMS.

No que concerne aos recursos humanos a UBS é composta de cento e setenta e dois trabalhadores envolvidos na prestação direta e indireta dos serviços de saúde. Estes profissionais são contratados no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Observa-se que o quantitativo de profissionais por categoria obedece às definições das metas estabelecidas no contrato de gestão.

No que diz respeito ao perfil da UBS, evidencia-se uma predominância nos atendimentos de urgências/emergências clínicas relacionados às patologias que acometem principalmente o sistema respiratório e cardiovascular, nos casos dos usuários adultos. Já no atendimento pediátrico as maiores queixas estão ligadas às afecções do sistema respiratório. Com relação aos serviços na área da atenção básica, a UBS desenvolve os seguintes programas: controle da tuberculose, de hipertensão e diabetes; planejamento familiar; pré-natal; puericultura e de prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) dirigido aos usuários nas faixas etárias adulta e adolescente. Entretanto, evidencia-se que as atividades educativas desenvolvidas na UBS e extramuros ainda são incipientes, demonstrando que os atendimentos no ambulatório têm foco na assistência curativa e individual e utilizando-se do modelo médico-assistencial curativo tradicional.

Por conseguinte no que diz respeito ao perfil dos usuários, observou-se que os mesmos são na sua maioria mulheres, contabilizando 79% dos entrevistados. Deste percentual as profissões mais representativas foram donas-de-casa, doméstica e estudante totalizando 18%, 14% e 14%, respectivamente. Assim, aproximadamente 70% dos entrevistados residem na área de cobertura da unidade avaliada e ao serem questionados se era a primeira vez que

freqüentavam a UBS, 87,6% referiram que não, destes 77,1% informaram terem sido atendidos todas as vezes que tinham procurado a unidade.

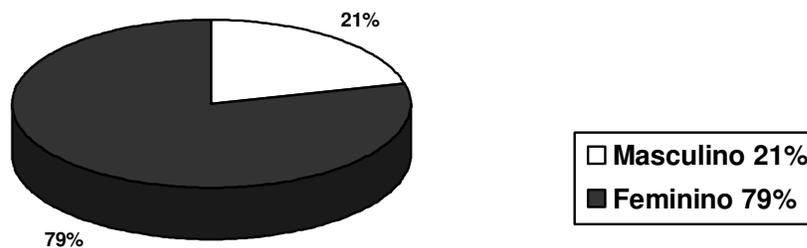


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos usuários da UBS, quanto ao sexo, Salvador, 2007.

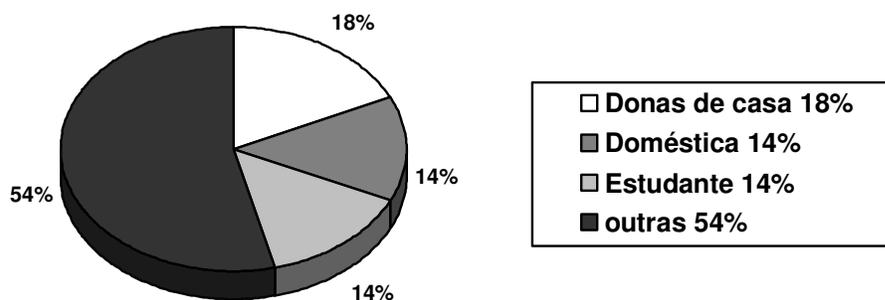


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos usuários da UBS, quanto a profissão, Salvador, 2007.

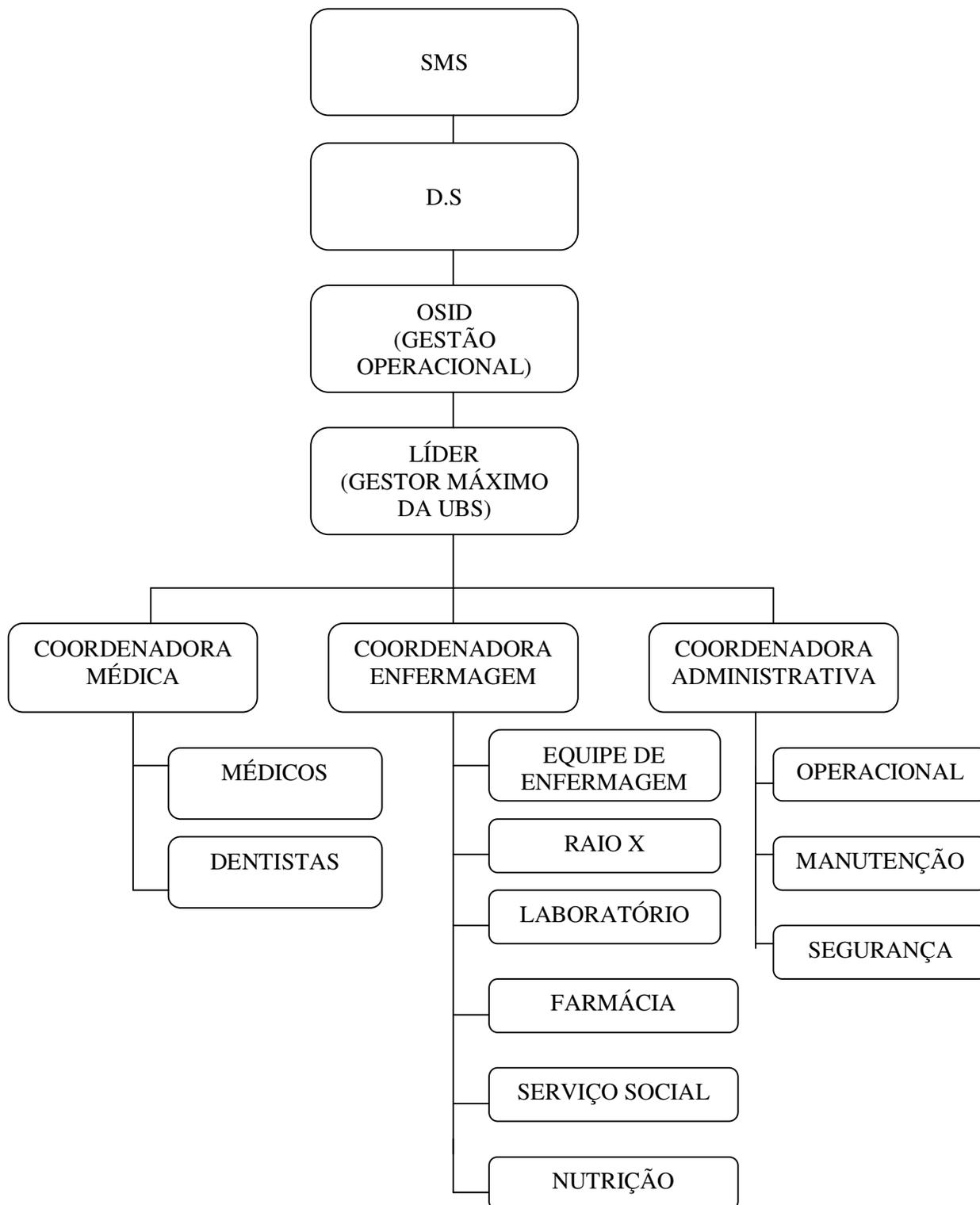


Figura 1 – Organograma da Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa, 2007.

O organograma da Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa assemelha-se ao da Osid.

O gestor máximo da UBS é denominado líder, assessorado pelas coordenações do serviço médico, de enfermagem e administrativo. Um fato que chama atenção é que a coordenação de enfermagem é responsável administrativamente também pelos serviços de radiologia, laboratório, farmácia, serviço social e nutrição. No entanto, cada um desses serviços tem um profissional técnico responsável.

Este fato leva a uma indagação: Por que a coordenação de enfermagem foi escolhida para ser a responsável administrativa de outros serviços fora da sua área técnica?

Considero que esse fato acontece devido a algumas características das profissionais enfermeiras, tais como a aceitação de sobrecarga de trabalho e conhecimentos básicos de administração no currículo profissional, e outras relacionadas com o processo de trabalho em enfermagem, que exige uma maior permanência de tempo de trabalho na unidade de saúde, Vale destacar que o gestor máximo da UBS se articula com o gerente preposto da SMS, que tem como atribuições, segundo o contrato de gestão, fiscalizar o cumprimento do mesmo. Este é quem se articula com o âmbito central da SMS via a coordenação do DS, enquanto o gestor máximo se comunica diretamente com o responsável técnico da Osid. O Distrito Sanitário Cabula/Beiru acompanha o desempenho da unidade através das reuniões e dos relatórios de gestão recebidos mensalmente. No entanto, as informações prestadas no relatório mensal não são suficientes para monitorar a prestação de serviços e ações de atenção básica, dado que se limita a registros dos quantitativos de procedimentos.

O gestor máximo da UBS tem autonomia, ainda que limitada, para decidir sobre aspectos administrativos e técnicos. Porém, quando as decisões são de cunho financeiro, devem ser comunicadas ao gestor operacional da Osid. Segundo os entrevistados, todas as coordenações da unidade devem reportar-se ao gestor máximo da UBS, apesar da ausência de normas que explicitem o fluxo do processo decisório. Há referências nas entrevistas de que as decisões são compartilhadas entre o líder e as coordenações de serviços. Entretanto, essas decisões se limitam a aspectos da área técnica específica de cada coordenação.

3.3.2 A organização contratada para terceirizar a gestão na atenção básica à saúde

As Obras Sociais Irmã Dulce é uma instituição filantrópica, de fins não econômicos, prestando diversos serviços à comunidade baiana. Todos os serviços de saúde prestados pela organização são financiados pelo Sistema Único de Saúde. Foi fundada em 1949 pela freira Irmã Dulce, tendo como missão “Amar e servir aos mais pobres, oferecendo atendimentos gratuitos na saúde, educação e assistência social” (Osid).

A Osid é constituída operacionalmente por quinze núcleos que prestam assistência à população de baixa renda nas áreas de saúde, assistência social e educação. Dedicase a desenvolver a pesquisa científica, o ensino da medicina e a preservação e difusão da história de Irmã Dulce. Estes núcleos são: o Ambulatório José Sarney; o Hospital Santo Antônio; o Hospital da Criança; o Centro Médico Social Augusto Lopes Pontes; o Centro de Acolhimento e Tratamento de Alcoolistas; o Centro de Reabilitação de Anomalias Crânio Faciais; o Centro Geriátrico Júlia Magalhães; o Centro de Reabilitação e Prevenção de Deficiências; o Laboratório de Análise Taciano Campos; o Centro de Bio-imagem; a Clínica da Mulher Dona Dulcinha; o Centro de Ensino e Pesquisa Professor Adib Jatene; o Centro de Pesquisa Clínica; o Centro Educacional Santo Antônio e o Memorial Irmã Dulce.

A partir de 2000 esta organização, preocupada com sua auto-sustentabilidade devido a crescente demanda de pacientes, resolve investir nas áreas de informática, pesquisa, qualidade, comunicação e memória. Assim, em 2002 obtém o certificado ISO 9001/2000 para o centro cirúrgico do Hospital Santo Antônio e outros serviços de apoio.

Destaca-se que a Osid possui experiência na gestão e prestação de serviços de saúde no âmbito ambulatorial e hospitalar. Portanto, em 2005 assume o desafio de administrar duas unidades básicas de saúde no município de Salvador, respondendo a um dos seus objetivos de descentralizar a assistência e ficar mais próxima da comunidade, ainda que não acumulasse experiência prévia na prestação de serviços de atenção básica no campo da saúde coletiva.

O modelo organizacional da Osid é composto de um conselho administrativo, superintendência, assessoria, gerência operacional e financeira, aos quais são subordinados os serviços e setores. A gerência operacional é diretamente responsável pela gestão das unidades externas (Unidades de Saúde da Família, Hospital do Oeste, Centro de Saúde Alfredo Bureau, Centro de Saúde Edson Teixeira Barbosa e a Residência Terapêutica), através de um sistema de gestão descentralizado. O desempenho destas unidades é acompanhado através dos relatórios de metas.

Nesse sentido, quando a Osid assumiu a gestão terceirizada das UBS do SUS municipal programou uma série de mudanças com o objetivo de humanizar o atendimento na área da atenção básica e de pronto-atendimento, visto que desejava balizar o serviço de saúde com as necessidades da comunidade. Assim, reduziu o tempo de marcação de consulta de trinta para sete dias; estendeu as consultas para sábado, implantou demanda aberta para os serviços de eletrocardiografia, laboratório e Raio X.

A Osid é reconhecida como Organização Social pelo governo do Estado, o que lhe permitiu gerir o Hospital do Oeste, no município de Barreiras, pertencente ao SUS estadual. Entretanto, como o município de Salvador não criou a lei específica para o reconhecimento de organizações sociais no seu âmbito de governo, a gestão das UBS se dá através da terceirização de serviços públicos por uma instituição filantrópica, mediante um contrato de gestão.

3.3.2.1 Síntese do contrato de gestão da Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa

A gestão de serviços públicos de saúde através de organizações privadas financiadas com recursos públicos exige o uso de instrumentos para o controle social. Como refere Ferreira Junior (2003) o controle social é inseparável da administração pública, visto que previne que ela se desvie dos interesses públicos em favor do privado. Portanto, o contrato de gestão é um instrumento que possibilita a avaliação por resultados e com transparência na administração pública, uma vez que define o objeto da terceirização, as metas pactuadas, os resultados desejados e os recursos públicos empregados.

Nesse sentido, a SMS estabelece no contrato de gestão a composição dos serviços ambulatoriais, de urgência e emergência que devem ser oferecidos pela UBS e a planilha de custos com as especificações das despesas com recursos humanos, material de consumo, serviços de terceiros, demais despesas assistenciais, tributos e obrigações fiscais e despesas administrativas.

A seguir apresenta-se a síntese do contrato de gestão da Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa firmado com a SMS para prestação de serviços de saúde na área da atenção básica e de urgência e emergência.

Objeto	Prestação de serviços técnicos e especializados na área da atenção básica e de urgência e emergência, respeitando os princípios do SUS.
Vigência	De 22/06/2007 à 19/09/2007, podendo ser prorrogável nos termos do art.57, da Lei 8.666/93.
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> • R\$ 1.519.372,50, a ser pago em três parcelas iguais e sucessivas de R\$ 506.457,50. • Neste valor está incluído todo e qualquer custo ou despesas necessários à prestação dos serviços objeto do contrato de gestão. • A transferência do valor contratado só é efetivada no caso de cumprimento de 90% das metas previstas. • Os serviços prestados serão pagos no prazo de cinco dias úteis, contados da aprovação da nota fiscal/fatura, acompanhado do relatório de serviços e do relatório de metas atingidas.
Das obrigações da contratada	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar o cumprimento integral das normas e diretrizes do SUS e das normas complementares do estado e do município. • Garantir quadro de recursos humanos qualificado e compatível aos serviços contratados. • Designar preposto para receber e devolver os bens pertencentes à UBS devidamente inventariados, quando da assinatura e do encerramento do contrato, respectivamente. • Articular com unidades hospitalares e unidade de apoio diagnóstico e terapêutico a transferência de pacientes em serviço de transporte devidamente regulamentado. • Apresentar trimestralmente prestação de contas ao Conselho Diretor Local dos serviços e despesas realizados em cumprimento ao objeto de contrato. • Atender às recomendações e determinações do Conselho Diretor Local acerca da execução dos serviços contratados.

Quadro 1 – Síntese do Contrato de Gestão entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa, Salvador, 2007.

Das obrigações do contratante	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir e supervisionar os serviços de saúde desempenhados na unidade, com vistas ao cumprimento das metas previstas. • Disponibilizar à contratada adequada estrutura física, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da unidade de saúde. • Arcar com os custos da água, energia elétrica e vigilância do Posto de Saúde. • Viabilizar junto com a contratada, a criação de Conselhos Diretor e Local de Saúde, visando o controle social das ações, nos termos da Lei Federal 8.142/90. • O Conselho Diretor será composto por dois representantes da SMS, sendo um deles o coordenador do Distrito Sanitário, dois representantes da contratada, sendo um deles o gestor máximo da UBS e dois representantes do Conselho Local de Saúde. • O Conselho Local de Saúde deverá obedecer à paridade de 50% de representantes usuários, 25% dos profissionais e 25% dos prestadores de serviços.
Da fiscalização dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> • A fiscalização dos serviços prestados pela contratada será realizada por preposto designado pela SMS.
Das penalidades	<ul style="list-style-type: none"> • O descumprimento parcial ou total das cláusulas contidas no contrato sujeitará à contratada as sanções previstas na Lei 8.666/93 e na Lei 4.484/92 (advertência, multas, suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração pública; declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública).
Conteúdo do anexo I	<ul style="list-style-type: none"> • Metas pactuadas entre a SMS e a contratada.
Conteúdo do anexo II	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do quantitativo de profissionais por setor e carga horária de trabalho.

Quadro 1 – Síntese do Contrato de Gestão entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa, Salvador, 2007. Continuação.

Conteúdo do anexo III	<ul style="list-style-type: none"> Relatório de serviços (planilha de custos).
Conteúdo do anexo IV	<ul style="list-style-type: none"> Relatório de metas a ser enviado mensalmente pela contratada à SMS.

Quadro 1 – Síntese do Contrato de Gestão entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa, Salvador, 2007. Continuação.

O contrato de gestão tem um caráter normativo, definindo o mínimo de elementos para o estabelecimento da relação jurídica entre as partes. Evidencia-se que a autonomia administrativa concedida à organização gestora da UBS pela SMS termina por ultrapassar os limites definidos nas normas de direito público. Assim, a organização gestora é dispensada de licitar para adquirir materiais e medicamentos indo de encontro a Lei 8.666/93 que discorre sobre licitações e contratos. Agrega-se a essa característica a concessão do uso do patrimônio público e a contratação de pessoal sem concurso público.

Segundo Di Pietro (2005), o contrato de gestão deve conter no mínimo as metas a serem cumpridas pela contratada no prazo preestabelecido, as formas de incentivos e de controle de resultados. Nesse sentido, controle de resultados aqui explicitado significa a busca da eficiência argumentada pela Reforma do Aparelho do Estado. Portanto indaga-se: Será que a SMS pode acompanhar o desempenho da UBS exclusivamente pelo cumprimento das metas pactuadas?

Considero a resposta à questão acima negativa, visto que o contrato não permite acompanhamento da qualidade das ações e serviços de saúde prestados pela Unidade. Por sua vez, o que existe é apenas a verificação da quantidade de serviços de saúde prestados.

Para tanto, as metas são quantitativas, direcionadas para os serviços médicos prestados aos indivíduos e com foco na urgência e emergência, ratificando o modelo assistencial hegemônico, centrado no saber clínico e na prática médica.

Portanto, apenas o registro de informações quantitativas é insuficiente para o acompanhamento das atividades e do cumprimento das finalidades da UBS, o que não agrega valor na avaliação do impacto dessas atividades na situação de saúde da população. Na estrutura do contrato de gestão não se estabelece nenhuma relação de monitoramento com atividades de promoção e prevenção da saúde, finalidades precípuas da atenção básica.

Por outro lado, percebe-se uma preocupação da organização gestora com o acompanhamento das metas pactuadas, visto que o repasse do recurso público está condicionado ao cumprimento destas.

Do ponto de vista das alterações do contrato de gestão, evidencia-se que o contrato foi revisto na atual administração municipal, sob a direção do primeiro secretário da Saúde (o atual secretário é o de número três da atual administração, sendo que um deles ocupou o posto interinamente), quando se adicionou uma cláusula inovadora, a que indica a nomeação de um preposto da SMS na UBS para acompanhar a execução dos serviços prestados.

O preposto da SMS, chamado de gerente municipal, além de acompanhar o desenvolvimento do atendimento deverá viabilizar junto à UBS a criação de conselhos diretor e local de saúde. Estes conselhos constituem-se nas instâncias de controle social como referido na Lei 8142/90. O conselho diretor deve ser composto de dois representantes da SMS, sendo um deles o coordenador do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, dois representantes da contratada, sendo um deles o gestor máximo da UBS e dois representantes do conselho local de saúde que deverá obedecer à paridade de 50% de representantes dos usuários, 25% dos profissionais e 25% dos prestadores de serviço. A UBS avaliada tem um conselho local de saúde funcionando desde junho de 2007.

Ressalta-se que na descrição do objeto da prestação de serviço consta que o atendimento a comunidade deverá ser feito respeitando os princípios do SUS, visto que a UBS está prestando serviços públicos de saúde sob a direção de uma organização privada. Logo, está sujeita às normas constitucionais e legais que regem esse tipo de serviço.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo são: o gestor da Osid responsável pela UBS terceirizada; o gestor máximo da unidade básica de saúde avaliada; o gerente preposto da SMS na unidade básica de saúde; os gestores intermediários (coordenadores de atividades administrativas; do trabalho da equipe de enfermagem e médica etc.); trabalhadores e usuários da unidade que consentiram em participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento pós-informado. Foi assegurado aos mesmos o sigilo e o anonimato das respostas, com base nas normas e diretrizes de pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados primários foi realizada no mês de julho de 2007, após ter sido testado o protocolo inicial de indicadores. Como técnica de coleta foi utilizada a entrevista estruturada com os gestores máximos, os gestores intermediários, trabalhadores e usuários, buscando obter respostas para os indicadores (APÊNDICE A, B, C e D). Assim a entrevista estruturada tem como vantagens evitar a omissão de dados importantes e a melhor sistematização destes e como desvantagens a omissão acidental de temas importantes e a perda da flexibilidade do entrevistador com relação à seqüência das perguntas (PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO OFICINA DE EVALUACION, 2002). No entanto, foram anotados alguns comentários e observações durante a entrevista, para permitir contrapontos no processo de análise.

Foram entrevistados oito gestores da unidade básica, trinta e dois trabalhadores e cento e cinco usuários, num total de cento e quarenta e cinco (145) entrevistas. A coleta de dados com os trabalhadores e usuários se processou durante uma semana típica, sem feriados ou outros dias especiais, durante os três turnos de funcionamento da unidade básica e também durante o final de semana, incluindo assim os usuários presentes na UBS durante o trabalho de campo e dos trabalhadores do pronto-atendimento que trabalham nestes turnos.

Com o gestor máximo e o preposto da SMS foi feita uma entrevista estruturada, buscando também obter informações para caracterizar a gestão desta unidade de saúde, bem como identificar a trajetória profissional de ambos e definir as funções de cada um no compartilhamento da gestão da UBS.

Entretanto, aconteceu um fato nas entrevistas com três gestores intermediários que chamou a atenção. Estes entrevistados se negaram a gravar as entrevistas, justificando não se sentirem confortáveis com o fato. Esta negativa pode guardar relação com fatos ocorridos no período da coleta, com a divulgação na mídia de suspeitas de irregularidades nos contratos da Osid com a SMS, o que pode ter gerado o desconforto dos entrevistados.

Os dados secundários foram obtidos através da análise de documentos, como o contrato de gestão entre a Osid e a SMS, do organograma da UBS e dos relatórios gerenciais mensais da UBS correspondentes ao período de fevereiro a outubro de 2007. Foram também analisadas informações sobre o processo de terceirização no município de Salvador divulgadas no jornal A Tarde no período de 2005 a 2007. Não foi possível o acesso às atas do

Conselho Local de Saúde, pela incipiência no seu processo de implantação e ao menos à planilha de custos dos procedimentos prestados na UBS, apenas referida pelos entrevistados.

3.6 DESENHO DA ANÁLISE

Para a análise dos indicadores quantitativos foi utilizado como ferramenta o *software Sphinx 5*, um banco de dados que permite a análise das informações e a possibilidade de alimentação periódica dos dados para acompanhamento de um certo programa ou serviço. 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 cortes para indicar a freqüência 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 (APÊNDICE G). Assim, a pontuação final foi relacionada com uma escala de cores previamente estabelecida pelos pesquisadores do macroprojeto de pesquisa.

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

- Vermelha: 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.
- Amarela: 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.
- Lilás: corresponde ao alcance de no mínimo 75% do total de respostas e indica situação intermediária entre o verde e o amarelo significando uma situação de alerta, de viabilidade da capacidade de gestão, demonstrando os indicadores que obtiveram avanços, entretanto precisam ser aperfeiçoados.
- Verde: 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 gradação de cores para verificar a coloração que representava cada um dos indicadores. (Figura 2).



Figura 2 – Escala de gradação 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 permite uma interpretação qualitativa. Com isso mais uma vez se 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 verde, 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.

Os dados obtidos com a aplicação da matriz de indicadores foram interpretados, considerando-se os dados coletados na construção do contexto interno e externo à UBS, visto que os fatores dos contextos interferem na capacidade de gestão avaliada.

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, logo não se adota um resultado conclusivo, mas sim um momento específico do processo de gestão terceirizada da UBS. 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.

3.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

Segundo protocolo estabelecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) observando os seus princípios éticos, foi encaminhado um ofício pela coordenação do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Ufba) à Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, solicitando permissão para o estudo. O macroprojeto, do qual essa dissertação faz parte foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Escola Estadual de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (ANEXO B).

Assim, em fevereiro de 2007, o macroprojeto intitulado Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal foi apresentado em uma reunião mensal da SMS com coordenadores do âmbito central e os coordenadores dos DS.

Posteriormente foi contatado o gestor máximo da Osid para o qual foram fornecidas informações sobre a pesquisa e o seu objetivo, obtendo assim autorização para a realização das entrevistas na UBS. Então conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E) foi solicitado ao entrevistado sua autorização para realização da entrevista, fornecendo informações prévias sobre a pesquisa e o seu objetivo. Após concordância do entrevistado, foi solicitada assinatura do termo de consentimento.

Portanto foi respeitado o direito do indivíduo em aceitar participar ou não da pesquisa e de poder desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da pesquisa. Para tanto, foi assegurado o anonimato dos entrevistados, buscando respeitar sua integridade intelectual, social e cultural (BRASIL, 1996). Saliento que o material da gravação será arquivado pela pesquisadora por um período de cinco anos e após esse período será destruído.

Os resultados da pesquisa serão publicados na dissertação, artigos científicos e apresentados em eventos técnicos científicos. A pesquisadora e os entrevistados não foram remunerados pela participação neste estudo. A pesquisa recebe apoio financeiro do CNPq. Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão aos gestores do SUS municipal implementar a atenção básica da saúde na busca da consolidação do Sistema Único de Saúde. Os profissionais de saúde e gestores terão como benefício a oportunidade de compreender e modificar o processo de gestão da unidade básica de saúde onde trabalham.

4 ANÁLISE DO CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO DA GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

O tipo de avaliação adotado nesse estudo leva em consideração o aspecto técnico associado à análise do contexto. Nesta seção serão abordados os fatos expressivos do contexto interno e externo que podem estar interferindo na capacidade de gestão da UBS avaliada.

Neste sentido, a árvore cronológica do processo de terceirização da gestão no SUS municipal e a descrição do contexto interno e externo da gestão na UBS estudada foram construídas a partir de entrevistas com o gestor máximo da Osid, o gestor máximo da UBS, gestores intermediários e os informantes-chaves que participaram do processo de terceirização, entre eles dois conselheiros municipais de saúde (um representante dos usuários e um dos trabalhadores), um representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Estado da Bahia e um gestor intermediário da SMS. Foram coletadas informações nos relatórios de serviços da UBS e sobre a gestão da saúde noticiada no jornal A Tarde, durante os anos de 2005 a 2007.

4.1 ÁRVORE CRONOLÓGICA DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO NO SUS MUNICIPAL

Nesta subseção são abordados alguns fatos expressivos do processo de terceirização no município de Salvador que podem estar interferindo na capacidade de gestão da UBS avaliada. Para tanto, foram utilizadas as fontes supracitadas e ordenadas cronologicamente as informações sócio-políticas relacionadas ao processo de terceirização no município de Salvador.

1997 _ O prefeito Antônio Imbassahy (PFL) assume a prefeitura municipal de Salvador para o seu primeiro mandato.

2001 _ Tem início o segundo mandato do prefeito Antônio Imbassahy.

Janeiro de 2001 _ Destituição do Conselho Municipal de Saúde, devido à sua oposição ao processo de terceirização das unidades de saúde. Assim, em fevereiro do mesmo ano é instituído um novo conselho, formado apenas por dezesseis membros, escolhidos entre entidades ou pessoas consideradas confiáveis da administração municipal. Implanta-se a terceirização das UBS. Os conselheiros cassados fundam o Fórum de Entidades de Trabalhadores e Usuários em Saúde para monitorar o processo de terceirização.

2002 _ O município de Salvador obtém habilitação na gestão plena da atenção básica do sistema municipal. Eleva-se a pressão do governo do estado sob o município para que este assumira a gestão das unidades básicas de saúde com pronto-atendimento, até então sob a responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde.

Data não informada: É terceirizada a gestão de pessoas para o Programa de Saúde da Família e a gestão do Centro de Controle de Zoonoses.

2003 _ Início do processo de terceirização da gestão de unidades básicas de saúde com o Centro de Referência em Cardiologia Dr. Adriano Pondé. É aberta a licitação pública que não é concluída, por impetração de mandatos por parte dos concorrentes. A comunidade e os profissionais de saúde pressionam a SMS para abertura do centro de saúde. A SMS realiza dispensa pública de licitação. Vence a Real Sociedade Portuguesa de Beneficência, que passa a gerir o referido Centro.

Final de 2003 _ Assinado contrato de gestão terceirizada do Centro de Referência em Cardiologia Dr. Adriano Pondé. As unidades básicas de saúde com pronto-atendimento são reformadas.

2004 _ Ano eleitoral. Renova-se o contrato de gestão do Centro de Referência em Cardiologia Dr. Adriano Pondé. A SMS realiza dispensa de licitação para a terceirização da gestão do 5º, 12º e 16º Centros de Saúde.

Fevereiro de 2004 _ Divulgadas notícias de que a secretária da Saúde responde a ação civil movida pela promotoria de justiça, por ato de improbidade administrativa, devido a irregularidades na contratação de empresas para desenvolver ações preventivas e curativas em festas populares, em Salvador.

Agosto de 2004 _ Divulgadas notícias de que a Secretaria da Saúde é acusada de investir recursos do governo federal, destinados ao programa de combate à desnutrição, no mercado financeiro.

Janeiro de 2005 _ João Henrique Carneiro (PDT) assume a prefeitura de Salvador, eleito por uma ampla coligação partidária de centro-esquerda. O secretário da Saúde é indicado pelo Partido dos Trabalhadores.

Março de 2005 _ Trabalhadores e usuários da unidade de pronto-atendimento no bairro de São Marcos são ameaçados por marginais. A unidade dispõe apenas de vigilantes patrimoniais, não havendo policiais para garantir a segurança física dos trabalhadores e usuários.

2005 _ O secretário da Saúde solicita auditoria do SUS federal nos contratos de gestão. Estes são posteriormente renovados com entidades filantrópicas. Os contratos são alterados, incluindo a descrição minuciosa das atribuições da contratada e do contratante e as metas pactuadas a serem alcançadas. Agrega-se a designação pela contratante de um preposto da SMS na UBS fiscalizando a execução do serviço.

15 de julho 2005 _ A Osid firma parceria com a SMS e passa a gerir a prestação de serviços de saúde na área da atenção básica e de urgência e emergência no Centro de Saúde Edson Teixeira.

Janeiro de 2006 _ Os trabalhadores do PSF iniciam paralisações reivindicando os atrasos constantes nos pagamentos, que segundo um dos informantes-chaves tem início na administração do prefeito João Henrique. O presidente do sindicato dos médicos do estado, Alfredo Boa Sorte declara que o sindicato é contra o processo de terceirização de serviços, sobretudo o de saúde.

Mai de 2006 _ Realiza-se a VIII Conferência Municipal de Saúde que delibera pelo fim dos contratos de gestão terceirizados.

Janeiro de 2007 _ A subsecretária municipal da Saúde e uma assessora técnica da SMS são afastadas do cargo por indiciamento em inquérito policial sobre o assassinato de funcionário que trabalhava no setor de pagamento de contratos e convênios com o setor privado. Atraso da SMS no repasse do recurso financeiro para a gestão do Programa de Saúde da Família, pela Real Sociedade Espanhola de Beneficência. Inicia-se a greve dos trabalhadores das unidades do PSF.

Janeiro de 2007 _ Toma posse o novo governador do estado da Bahia, Jaques Wagner, do Partido dos Trabalhadores.

Março de 2007 _ Mudança de gestores intermediários no âmbito central da SMS A mídia escrita começa a publicar a insatisfação do secretário da Saúde com as limitações na sua gestão, principalmente no que diz respeito aos aspectos financeiros. Registram-se atrasos freqüentes no repasse do financiamento de ações e serviços de saúde prestados pelas UBS. O ministério público federal e estadual instaura inquérito civil para averiguar possíveis irregularidades nos contratos da SMS com as organizações terceirizadas. Crise no SUS, com atendimento precário nos serviços públicos de saúde na área da atenção básica e hospitalar.

Abril de 2007 _ A auditoria realizada pelo ministério público federal e estadual nos contratos da SMS com as organizações terceirizadas não detecta fraudes.

Junho de 2007 _ Divulgada na imprensa notícias sobre irregularidades, não confirmadas, no contrato da SMS com a Osid.

18 de junho de 2007 _ O então secretário da Saúde desliga-se do governo municipal alegando desgaste pessoal. É nomeado um secretário interino que permanece por dois meses no cargo. Durante seu mandato há uma intensa mudança de ocupantes das funções gerenciais no SUS municipal, no âmbito central, distrital e local.

Agosto de 2007_ Toma posse novo secretário da Saúde, também indicado pelo Partido dos Trabalhadores.

Junho a outubro de 2007 _ Não existem indícios de reversão do processo de terceirização da gestão das UBS. Os contratos de gestão vigoram por noventa dias. A SMS justifica ausência

de quadro de pessoal especializado para a manutenção do funcionamento das unidades de saúde terceirizadas. Não há previsão para concurso público. Os trabalhadores do PSF periodicamente entram em greve devido aos constantes atrasos no pagamento dos salários. Acaba o contrato da Real Sociedade Espanhola de Beneficência com a SMS, para a gestão de equipes para o PSF, entretanto nenhuma outra organização assumiu até dezembro a gestão do PSF de Salvador.

4.2 CONTEXTO EXTERNO À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE AVALIADA

O desligamento do secretário da Saúde ocasionou intensas mudanças dos ocupantes das funções gerenciais no SUS municipal, no âmbito central, distrital e local. Neste sentido, essas transformações ocorridas no âmbito da SMS causaram instabilidades na administração da UBS, visto que a ocorrência de mudança na lógica da administração poderá gerar modificações no contrato de gestão, que tem vigência de noventa dias em decorrência da não conclusão do processo licitatório, sendo este o prazo para dispensa de licitação em casos emergenciais.

Portanto, as mudanças supracitadas refletiram na administração da UBS, o que pode ser exemplificado através da descrição dos problemas enfrentados pela Unidade Básica de Saúde Edson Teixeira Barbosa, devido ao cumprimento parcial de cláusulas do contrato de gestão pela SMS.

Identifica-se que o gestor máximo da UBS lida com dificuldades administrativas relacionadas a fatores externos e internos à UBS. Dentre os externos cita-se:

- Intempestividade no repasse financeiro pela SMS: A oferta de serviços de saúde pela unidade avaliada não é interrompida porque a unidade dispõe de recursos financeiros fornecidos pela organização gestora para situação emergencial, chamado fundo fixo, segundo informação obtida em entrevista com gestores.
- Abastecimento irregular da farmácia básica: A irregularidade no abastecimento da farmácia básica pela SMS prejudica a manutenção dos programas de controle da tuberculose, hipertensão arterial, diabetes e do serviço de planejamento familiar. Entretanto, vale destacar que o programa mais prejudicado com a irregularidade do abastecimento da farmácia básica é o do planejamento familiar, visto que neste a demanda é maior que a oferta de medicamentos. Tal fato não só compromete a capacidade operacional da gestão, como a

credibilidade dos gestores da UBS perante os usuários. Por outro lado, tais dificuldades operacionais interferem no cumprimento do princípio da integralidade, assumido como norteador da avaliação desenvolvida nesse estudo.

- Dificuldade com a segurança da UBS, principalmente no pronto-atendimento, nas vinte e quatro horas, como descrito no depoimento de um dos gestores:

[...] A segurança da gente fica um pouco exposta. [...] trabalho diretamente com o público e isso fica mais fácil, mas isso não quer dizer que estou livre de uma agressão. E a gente não tem condições de colocar tanto segurança, a gente tem que pôr mais no PA, porque é o foco de maior agressão por parte do usuário (Gestor).

Diante desta dificuldade o gestor máximo da unidade avaliada, juntamente com a organização gestora, mantém a contratação de uma empresa de segurança privada para assegurar a segurança física dos trabalhadores e usuários da UBS.

- Sobrecarga da rede telefônica, apesar da SMS fornecer duas linhas telefônicas e a Osid quatro. Problemas estruturais da rede não permitem a comunicação necessária para o funcionamento da UBS. Como exemplo, este fato prejudica o contato da unidade avaliada com outras unidades hospitalares para a transferência de pacientes. Frequentemente, pacientes permanecem mais de vinte quatro horas na emergência, uma vez que a unidade não conta com o Sistema Informatizado de Regulação (Sisreg) implantado, dificultando o mecanismo de referência para outras unidades. Diante disto, os gestores da UBS têm desenvolvido estratégias para atender as demandas dos usuários que permanecem em observação no PA. Assim, o fornecimento de alimentação é uma destas estratégias devido à longa permanência, não condizente com o perfil do serviço. Por outro lado verifica-se que o PA apresenta um elevado percentual de altas, em média 90% dos casos. No entanto, pode-se questionar se as altas estão condizentes com as necessidades dos usuários. O que se evidencia é que a maioria das altas dos pacientes, que têm longa permanência no PA, acontece após no mínimo quatro dias, com a melhora do quadro clínico, principalmente pela dificuldade da UBS de referenciar os usuários para unidades de saúde que possam resolver o seu problema.

- Precariedade no fornecimento de impressos pela SMS. A irregularidade no fornecimento de impressos pela SMS tem elevado os gastos da unidade, que é obrigada a contratar serviços de gráfica para suprir tal necessidade.

[...] O impresso, o Distrito tem que fornecer. No início até que cumpria bem, um ou outro impresso é que faltava e a gente mandava fazer em gráfica.

Agora, a gente está passando por uma fase, já tem um tempo que não tem chegado quase nada, então aí toda hora está se mandando para a gráfica para fazer (Gestor).

Eu tenho dificuldade de ter os impressos, mas a gente sempre está mandando a gráfica fazer (Gestor).

- Leitos de observação da pediatria subutilizados, aguardando a SMS substituí-los. Existem dois leitos para recém-nascidos na observação pediátrica que ficam subutilizados, pois não atendem a demanda de usuários da pediatra que procuram atendimento na UBS.

- Dificuldade com a manutenção da estrutura física e de alguns equipamentos que são de responsabilidade da SMS. Assim, quando solicitada a manutenção o processo ocorre de forma lenta, o que prejudica a imagem da organização gestora que é responsável pela UBS. Como exemplo desta situação cita-se a ausência de manutenção das cadeiras da sala de espera do ambulatório. Neste sentido, para melhor atender os usuários que procuram a UBS, o gestor tem utilizado o empréstimo de cadeiras pela organização gestora, como uma estratégia imediata para a resolução deste problema até a substituição desses equipamentos pela SMS.

Com base nas informações supracitadas evidencia-se que a SMS cumpre parcialmente uma das cláusulas que se refere à obrigação da contratante de disponibilizar a UBS adequada estrutura física e equipamentos.

4.3 CONTEXTO INTERNO À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE AVALIADA

O cenário para a gestão da UBS exige da organização gestora adoção de soluções factíveis para contornar os obstáculos de cunho administrativo/operacional relacionados a fatores externos, como explicitados previamente e a fatores inerentes à própria gestão da unidade.

Logo, quanto aos fatores internos podem-se exemplificar os seguintes:

- Ausência de Conselho Diretor na unidade: Foi constatada a existência do Conselho local de saúde, que foi implantado a menos de seis meses por exigência contratual e funciona de forma pouco atuante, apesar de se reunir mensalmente. Poucos são os gestores intermediários e os trabalhadores que relataram a importância do Conselho como forma de controle social. Dois dos gestores da UBS destacaram o caráter incipiente do Conselho e seu entendimento apenas como uma formalidade contratual, como evidenciado nos discursos a seguir.

[...] A gente tem aqui reuniões junto com a representação da comunidade. A gente tem aqui o conselho local de saúde que era uma exigência contratual e nunca tinha acontecido de fato (Gestor).

[...] Desde que a gente chegou aqui elegemos os elementos, só está mesmo para sair no diário oficial, mas funciona todo mês, a gente tem reunião junto com o pessoal da comunidade (Gestor).

Vale destacar que o caráter incipiente do Conselho Local de Saúde lhe confere um baixo grau de atuação no planejamento das ações e serviços de saúde oferecidos pela UBS, o que define uma oferta de serviços de saúde ainda pouco articulada com as necessidades dos usuários.

- Rotatividade de médicos, causada pela elevada demanda no PA, pelos baixos salários e o alto índice de violência na área de abrangência da UBS e algumas vezes no interior da própria UBS. Contudo, o gestor máximo tem se utilizado de mecanismos para reverter esta situação, tais como a adição da produtividade ao salário do médico, e desenvolvimento de sensibilização da comunidade quanto à importância de atitudes não violentas na unidade, realizada em parceria com o Conselho Local de Saúde. A elevada demanda no PA é reconhecida como fator que compromete a qualidade do atendimento, o que

é percebido pelos gestores pelo alto índice de queixas dos pacientes. Entretanto, essa situação tem se agravado ainda mais pelo funcionamento precário das demais unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Cabula/Beirú, evidenciado por diversos entrevistados, inclusive usuários.

- Barreira de acesso aos serviços de saúde na área da atenção básica. Destaca-se que a demanda não controlada para os programas de saúde tem ocasionado uma maior distância entre a marcação e o atendimento do usuário no ambulatório. Desta maneira, para atender a determinação da SMS de realizar marcação diária e de manter uma lista de espera para o ambulatório, o gestor máximo desenvolve mecanismos de controle através da observação do tempo entre a marcação e a data de atendimento dos usuários. Agrega-se também um mecanismo de otimizar o uso da lista de espera, pois segundo o mesmo a lista não funciona devido a dificuldade de acessar os usuários, visto que a maioria não dispõe de telefone. Assim, convencionou-se que os usuários têm um horário para chegar à unidade e confirmar a sua presença, e nos casos de desistências iniciam-se os atendimentos extras. Por outro lado, o gestor máximo da unidade criou o terceiro turno de atendimento no ambulatório, que compreende o horário das 17 às 21 horas, possibilitando reduzir as barreiras de acesso.

Assim, é num contexto de inexistência de um sistema local de saúde e de cumprimento parcial ou insuficiente do contrato de gestão pela SMS que a UBS vem prestando serviços de saúde e desenvolvendo mecanismos para solucionar os problemas identificados.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

Os resultados desta dissertação serão apresentados, respeitando-se as dimensões da gestão utilizada no estudo. Assim, será realizada a análise de cada dimensão, demonstrando os resultados encontrados com a leitura dos indicadores que compõem a matriz e posteriormente, identificando os constrangimentos à gestão que podem estar relacionados com fatores do contexto interno e/ou externo à UBS. Assim, serão apontados os indicadores que obtiveram os melhores e os piores resultados, definindo quais destes precisam ser priorizados, mantidos ou aperfeiçoados pelo gestor em busca da imagem-objetivo construída para a gestão.

5.1 Dimensão Organizacional

De acordo com a escala de gradação de cores utilizada, foi observada uma prevalência da cor vermelha nesta dimensão, visto que dos cinco indicadores um não obteve pontuação, três obtiveram a cor vermelha e um a verde, o que indica a necessidade da UBS em intervir nas situações apontadas pelos indicadores que obtiveram a cor vermelha e naquele que não obteve pontuação, buscando elucidar quais os fatores internos e externos à Unidade que possam estar interferindo na capacidade de gestão.

Assim, o modelo de gestão adotado na UBS indica que o processo decisório não é participativo, pois envolve apenas o gestor máximo e os gestores intermediários que são atores que já têm uma posição reconhecida na estrutura decisória, como pode ser observado no organograma da Unidade, que acompanha a mesma estrutura da organização gestora. Neste sentido, os gestores intermediários apontaram em entrevistas a sua participação ou autonomia para decidir sobre aspectos exclusivamente técnicos. No entanto, o depoimento do gestor máximo da UBS indica que há descentralização das decisões para os responsáveis pelas coordenações, o que em tese assegura um grau mais amplo de autonomia para além dos aspectos técnicos. Assim, ao ser questionado ao gestor máximo da UBS sobre a autonomia dos gestores intermediários no processo decisório e sobre a percepção destes últimos, sobre a sua capacidade de decidir na unidade os depoimentos foram os seguintes:

[...] Eu busco fazer de uma maneira que o posto realmente não precise de mim presente e não poderia ser diferente. Então esse momento acaba sendo um certo termômetro no que diz respeito a autonomia dos diversos setores (Gestor).

Em cima de meu setor eu tenho. [...] Eu só passo o problema se é de grande dimensão, que eu não possa resolver e se depender, digamos assim, de outra atitude mais forte, mais drástica, que eu aí eu não posso tomar sem consultar. Neste caso, eu devo comunicar ao administrador para ele me dar uma posição a tomar (Gestor).

A implementação dos projetos da feira de hipertensão, diabetes e tuberculose passaram pela minha decisão. Eu implantei o programa de tuberculose em 2005 (Gestor).

Particpei da decisão de todos os protocolos médicos (Gestor).

Nesse sentido, o discurso acima também demonstra que o processo decisório é centralizado nos níveis hierárquicos mais elevados, portanto não é garantido a todos os atores a participação no planejamento das ações e serviços prestados pela Unidade. Assim, pode-se interpretar que a responsabilidade dos trabalhadores se resume em executar o que outro planejou, sem que esteja assegurada a reflexão sobre as conseqüências e resultados da sua prática. Este fato pode ser ratificado pelo baixo percentual de trabalhadores que nas entrevistas referiram participar da decisão de alguma atividade implementada na UBS, como está evidenciado na tabela abaixo.

TABELA 1 – Participação dos trabalhadores na decisão de alguma atividade implementada na Unidade de Saúde. (Salvador, Bahia, 2007).

(n=32)

Participação	Porcentagem
Sim	34,4%
Não	62,5%
Não respondeu	3,1%
Total	100,0%

Então, pode-se inferir que na UBS não existe o compartilhamento de poder, 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.

É importante pontuar que este tipo de atitude distancia a UBS da possibilidade de responder as reais demandas da população, uma vez que os usuários têm uma participação passiva no processo de tomada de decisão, ratificando a gestão e a prestação de serviços num modelo de atenção curativa.

Assim sendo, no que se refere à participação dos trabalhadores no processo decisório, a pontuação atingida pelo indicador foi de 34,4% remetendo a cor vermelha. Entretanto, apesar dos gestores intermediários participarem do processo decisório, indicando que pelo menos uma categoria decide, o que remeteria a obtenção da cor amarela, a escolha final para o indicador foi a cor vermelha, pois a categoria que participa do processo decisório é a dos gestores, que já têm uma posição formalmente estabelecida na estrutura decisória.

Nesta direção, os trabalhadores e usuários não participam do processo decisório, o que denota pouca flexibilidade da gestão, contradizendo uma das características do conceito de gestão terceirizada adotado nesta pesquisa. É importante salientar que a ausência de um processo decisório horizontal revela também uma menor capacidade da UBS de sustentar os resultados de gestão.

No que diz respeito à experiência da organização gestora da UBS na área de saúde coletiva foi constatado que a mesma não tem experiência prévia na prestação de ações e serviços de saúde no âmbito da atenção básica, o que compromete a qualidade da atenção neste campo, bem como uma atenção integral ao usuário. Por outro lado, também esta constatação aponta que os serviços prestados atendem apenas a 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 Osid no campo da saúde é na atenção curativa, o que se revela também na UBS, onde 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 (Gestor).

Corroborando com o discurso acima, o gestor preposto da SMS pontua a importância da formação de quadro de pessoal com experiência na área da saúde coletiva, visto que a prestação de serviço na atenção básica necessita de profissionais com olhares diferenciados, que desenvolvam ações que tenham impacto na situação de saúde do indivíduo e no perfil epidemiológico da população da área de abrangência da UBS, o que é exemplificado no depoimento a seguir.

[...] Seria necessário à equipe médica ter uma visão voltada para a saúde pública, até para ter uma assistência melhor (Gestor).

Assim, Di Pietro (2005) sinaliza que para celebrar o contrato de fornecimento de serviços públicos por terceiros deveria ser exigido das prestadoras demonstrações de idoneidade financeira, competência técnica e habilitação prévia na área objeto da transferência. Logo, destaca-se que a UBS avaliada não dispõe de habilitação prévia na área objeto da terceirização. Desta forma, este indicador obteve a cor vermelha, indicando situação de perigo, o que demanda uma atitude prioritária do gestor da UBS na adequação deste indicador. Ressalta-se que a inclusão deste indicador foi uma solicitação da SMS que desejava saber qual era o perfil das organizações gestoras das UBS.

Vale destacar que, somado ao fato anterior, os gestores da unidade avaliada não possuem especialização ou experiência anterior na gestão de unidades básicas de saúde ou experiência de trabalho no campo da saúde coletiva, demonstrando que este não é um requisito considerado na seleção de pessoas para a função gerencial. Tal fato se contrapõe aos argumentos utilizados pelos que defendem a terceirização da gestão, como desenvolvida por profissionais com maior competência e qualidade técnico-administrativa para o desempenho da atividade gerencial. Salienta-se que este indicador não obteve pontuação, o que demonstra um descompasso com que é teoricamente estabelecido para o exercício da função gerencial, que é a competência técnica ou experiência prévia na área de atuação. Quanto a isso, Ferreira (2004) afirma que uma das barreiras ao acesso da comunidade ao serviço de saúde é a baixa capacidade gerencial dos gestores, sendo que este problema é ainda mais intenso na área da atenção básica, uma vez que os profissionais que administram as UBS não dispõem, no mercado, de cursos de administração focados para a área da saúde coletiva. Portanto, há de considerar que os gestores da Unidade avaliada não atendem aos requisitos considerados pelos avaliadores como indispensáveis para a gestão de uma UBS. Por conseguinte, percebe-

se que a competência técnica e a habilitação prévia na área objeto da transferência não são pré-requisitos definidos para o estabelecimento do contrato de gestão.

Destaca-se que com o perfil dos gestores identificado na avaliação, a capacidade da UBS em responder por serviços na direção do proposto pela imagem-objetivo do SUS, onde o foco da atenção deixa de ser curativo e passar a ser preventivo é cada vez mais distante, o que compromete também o atendimento do princípio da resolutividade e da integralidade, uma vez que os gestores não têm experiência na área da atenção básica.

Por sua vez, a existência do CLS com certo grau de atuação revela o controle e a participação social na Unidade, como previsto na Lei 8142 (BRASIL, 1990), o que legitima politicamente a gestão da UBS, visto que começa a existir uma escuta das demandas dos usuários, o que pode influenciar no planejamento das ações e dos serviços de saúde prestados a comunidade. Salienta-se que um dos fatores que proporcionou a implantação do CLS foi a exigência contratual entre a SMS e a organização gestora, portanto essa instância de atuação da comunidade não surgiu de uma necessidade dos usuários de terem serviços que respondessem as suas reais necessidades, nem tampouco de um exercício de cidadania dessa população local, como pode ser observado nos depoimentos a seguir.

[...] A gente tem aqui reuniões junto com a representação da comunidade. A gente tem aqui o conselho local de saúde que era uma exigência contratual e nunca tinha acontecido de fato (Gestor).

A gente discute como é o atendimento do posto, como é o tratamento das pessoas e sobre a ampliação das atividades (membro do Conselho Local de Saúde/Usuário).

[...] O conselho é de pouco tempo, nunca ninguém conseguiu formar este conselho. Agora não está oficial, está quase oficial. Já tem tudo eleito, tudo conforme a direção pede, então já está formado, só falta mesmo sair no diário oficial para a gente ter isso, mas a gente continua fazendo as reuniões, tudo conforme a lei manda, conforme o estatuto (Gestor).

Neste sentido, os discursos dos gestores confirmam a característica incipiente do CLS, entretanto esse indicador obteve a pontuação máxima, pois o parâmetro considerado era a existência do Conselho com qualquer grau de atuação, dado o conhecimento prévio da situação incipiente do controle social no SUS municipal. Diante disso, este indicador obteve a cor verde, o que agrega valor para a capacidade de gestão na dimensão organizacional.

Por fim, com relação à articulação da UBS com o DS percebe-se que não existe um compartilhamento de informações e decisões entre estas duas instâncias, havendo apenas uma

relação formal para o cumprimento contratual, com a UBS enviando relatórios gerenciais e participando de reuniões no DS, e este último, ao que tudo indica, apenas através destes instrumentos de gestão, acompanha os serviços prestados na Unidade. Portanto, ao se questionar os gestores sobre algum projeto em encaminhamento entre a UBS e o DS, estes, na sua maioria, referiram não existir nenhum, entretanto um dos gestores referenciou a implantação do Programa Humaniza SUS, formulado pelo Ministério da Saúde e com incentivos específicos para sua implantação. Por conseguinte, o indicador obteve a coloração vermelha.

Destaca-se que diante do descrito, o gestor máximo da UBS deverá atuar priorizando esses indicadores, procurando interpretá-los juntamente com os gestores intermediários e trabalhadores. Avaliando como o contexto interno e externo estão contribuindo para a situação acima referida e a partir daí reestruturar esses indicadores, visando atingir a imagem objetivo idealizada, visto que esses indicadores retratam o perfil da organização gestora e dos gestores da UBS, como também caracteriza o tipo de gestão adotado na Unidade. A partir do resultado acima, percebe-se que a gestão na UBS apesar de cumprir um dos princípios do SUS que é o de controle social, através do estímulo à formação do conselho local de saúde, em contrapartida atua de forma pouco democrática, ao compartilhar o processo decisório apenas com os gestores intermediários.

MATRIZ DE RESULTADOS DA DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

INDICADOR	PARÂMETRO	RESULTADOS
Experiência da organização gestora na prestação de serviços de saúde na atenção básica.	Experiência da organização de no mínimo dois anos na prestação de serviços de saúde no campo da atenção básica e saúde coletiva.	VERMELHA
Percentual 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.	Certificação de curso de capacitação em gestão em saúde. Experiência mínima do gestor de dois anos em atividades de gestão em atenção básica.	NÃO OBTEVE PONTUAÇÃO
Existência de conselho local organizado e atuante.	Conselho Local de Saúde implantado, organizado e com qualquer grau de atuação.	VERDE
Participação de diferentes atores no processo decisório e sua posição nessa estrutura.	Estrutura do processo decisório que inclua gestores intermediários, trabalhadores e usuários	VERMELHA
Existência de novo projeto/atividade proposto e implementado pela UBS com bases em problemas locais, e aprovado pelo DS nos últimos 12 meses	Existência de pelo menos um projeto/atividade nos últimos 12 meses.	VERMELHA

5.2 Dimensão Operacional

Esta dimensão foi a que obteve maior número de indicadores representados pela cor verde na matriz de resultados, indicando que a UBS encontra-se mais estruturada nesta dimensão, apesar de ter tido indicadores que não obtiveram pontuação.

Assim, no que diz respeito à disponibilidade de recurso financeiro para pronto-pagamento, a UBS dispõe de um fundo fixo para situações emergenciais. Esta característica confere ao gestor da unidade autonomia para resolução de problemas triviais, como pequenos consertos de manutenção da infra-estrutura e dos equipamentos. Percebe-se que o gestor da UBS dispõe de maior autonomia orçamentária e administrativa que os gestores públicos das outras UBS administradas diretamente pela SMS, uma vez que estes últimos não têm autonomia financeira, no caso do SUS municipal, nem para pequenas despesas. Isto em parte justifica a argumentação da ineficiência da máquina pública de dar respostas rápidas as necessidades da população.

Por conseguinte este indicador obteve a cor verde, uma vez que os serviços prestados pela Unidade avaliada não são totalmente comprometidos pela irregularidade do repasse financeiro da SMS para a unidade gestora.

Quanto às condições de infra-estrutura física, de equipamentos e de materiais, assim como de contratação de trabalhadores constatou-se que a UBS dispõe de maior agilidade para a contratação de pessoal e aquisição de materiais e equipamentos, uma vez que se utiliza de fluxos e processos vigentes no serviço privado como permitido no contrato de gestão. Por conseguinte, todos os informantes avaliaram positivamente a UBS quanto às condições de infra-estrutura física, equipamentos e materiais. Entretanto, alguns dos gestores pontuaram que, apesar das reformas na estrutura física realizadas pela organização gestora, no ato da terceirização da Unidade, esta ainda possui uma área física que necessita de melhorias. Os depoimentos a seguir retratam o exposto anteriormente.

Da parte médica não tem nenhum problema (Gestor)

[...] A gente tem uma manutenção boa, temos suporte dos equipamentos, tanto equipamento de urgência e emergência, como ambulatórios, elevadores, tudo (Gestor).

O posto é pequeno para atender a demanda, por isso essa estrutura física está inadequada. A manutenção está sendo realizada. Numa escala de qualidade considero bom (Gestor).

A estrutura física é boa. Não é ótimo devido à dificuldade de espaço. Têm elevadores com duas aberturas, porém temos dificuldades de circulação, por que é pequeno. Os equipamentos são ótimos para um posto. [...] Não faltam materiais e medicamentos (Gestor).

A gente tem uma situação diferenciada, por força de termos essa autonomia em estar comprando. Então o que acontece, quebrou lá um cano, está tendo um vazamento, na mesma hora eu mando comprar [...] Existem equipamentos que na realidade são de responsabilidade da secretaria e que a gente acaba tendo uma dificuldade (Gestor).

Salienta-se que a responsabilidade pela manutenção das instalações físicas é da SMS. Logo, todas as modificações realizadas pela organização gestora devem ser comunicadas a SMS, visto que é um patrimônio público que é cedido para o uso de terceiros no ato da assinatura do contrato de gestão.

Desse modo, os gestores e trabalhadores consideraram que a capacidade de manutenção de equipamentos e de reposição de materiais da UBS é satisfatória, devido à autonomia da unidade para solicitar prestações de serviços e adquirir materiais sem passar por processos licitatórios, o que lhe confere maior funcionalidade e desempenho nos serviços prestados à comunidade, e assegura legitimidade ao gestor. Di Pietro (2005) defende que o contrato de gestão entre o Estado e a terceirizada deve conferir-lhes mais autonomia, entretanto sem desrespeitar as normas de direito público.

Entretanto, vale destacar que é competência contratual da SMS a adequada estrutura física, a manutenção de materiais permanentes, de equipamentos e de instrumentos para a prestação de serviços. Deste modo, a intervenção da gestão é sempre para minimizar situações como o caso do não fornecimento de impressos de uso regular no atendimento.

Nesse sentido, o indicador obteve a cor verde, uma vez que os informantes consideraram como positiva as condições de infra-estrutura física, equipamentos e materiais da UBS.

Já no que diz respeito à manutenção de um inventário atualizado com base em um perfil predeterminado dos postos de trabalho, verificou-se que a UBS não estabelece uma definição prévia do perfil dos trabalhadores para ocupar os postos de trabalho disponíveis, utilizando-se do banco de dados do recurso humano da organização gestora, sendo que esses dados são voltados para o perfil de trabalhadores com experiência na área hospitalar. Este fato

compromete a escolha de trabalhadores com perfil ajustado às necessidades de uma UBS. Por conseguinte, este fato é mais grave ainda na seleção dos profissionais médicos, pois os salários pouco atrativos para o mercado e a elevada demanda espontânea de usuários na Unidade reduzem o interesse desses profissionais em trabalhar em serviços desta natureza. Como relatado por um dos gestores “[...] Dificuldade que a gente tem aqui é em relação a rotatividade muito grande, principalmente de médico. [...] Aqui nossa movimentação em emergência é maior do que o 12º, isso afugenta o profissional. [...] No 12º a escala é muito mais estável, aqui eu tenho uma variação muito grande, principalmente por força desse volume que é muito intenso. Aqui é conhecida como uma unidade pesada e cheia.” Isto tem condicionado uma contratação menos criteriosa destes profissionais, no que diz respeito ao perfil assistencial da unidade. Além disso, não há um monitoramento do quadro de pessoal pelo gestor máximo, para saber quais os postos da unidade que estão vagos ou ocupados.

Portanto, apesar da UBS dispor de maior autonomia para gerenciar os recursos humanos que a administração pública direta, percebe-se que os gestores não têm utilizado critérios de qualidade e adequação na seleção dos trabalhadores, comprometendo assim a sua capacidade de responder as necessidades da população, com rapidez e qualidade técnica, como é defendido, inclusive, pelos pressupostos assumidos na Reforma do Aparelho do Estado no Brasil. Assim, de acordo com as informações obtidas, esse indicador obteve a cor vermelha.

Quanto ao investimento periódico e permanente na capacitação dos trabalhadores, o que amplia as condições favoráveis para a execução das ações e serviços de qualidade e agrega valor à capacidade de gestão, a situação na UBS revela que o processo de educação permanente é incipiente, pois o percentual de trabalhadores que referiram ter realizado capacitação promovida pela organização gestora foi baixo, demonstrando situação de fragilidade da capacidade de gestão.

O processo de educação permanente na UBS é novo e em desenvolvimento, pois apenas 47% dos trabalhadores referiram participar de atividades de qualificação nos últimos seis meses. Desta maneira, a pontuação atingida foi de 1,25 pontos, que na escala de cor se refere ao vermelho. Contudo, destes 47% de trabalhadores apenas 28% referiram ter realizado alguma capacitação promovida pela organização gestora no período avaliado. Assim, quanto à fonte promotora da capacitação, a UBS não atingiu o parâmetro de 50% determinado na matriz de indicadores. Logo esse indicador não obteve pontuação, revelando também que ainda que existam ações esporádicas de capacitação, a educação permanente dos trabalhadores não é um propósito da organização ou mesmo da SMS, responsável, em última

instância, pela prestação dos serviços. Deste modo, a terceirização da gestão na UBS não indica um maior investimento nos trabalhadores e na sua qualificação permanente.

Para tanto, Costa *et al* (2000) refere que a reforma do setor saúde impulsionou o uso de inovações na administração pública, buscando reduzir custos e responder às novas demandas por qualidade dos serviços. Nesse sentido, a autonomia dos gestores públicos na contratação de pessoal assim como, na capacitação destes trabalhadores é fator imprescindível para a prestação de serviços públicos de qualidade.

Nessa direção é importante salientar que o processo de capacitação dos trabalhadores deverá ser periódico, permanente e desenvolvido pela UBS. Assim, deve ser focado nas necessidades dos trabalhadores, para que isto se reflita positivamente na prestação de serviços à comunidade, o que agrega valor à capacidade de gestão.

No aspecto, da utilização de mecanismos de referência e contra-referência interno e externo a Unidade, percebeu-se que a UBS não assegura a referência e contra-referência para outros âmbitos de atenção, a não ser dos usuários do pronto atendimento, e mesmo assim parcialmente. Deste modo, esses indicadores não obtiveram pontuação. Vale destacar que esta atribuição é assumida pela organização quando da assinatura do contrato de gestão.

Os gestores informaram que existem mecanismos de referência e contra-referência na unidade. Entretanto, ao solicitar a descrição de como eram realizados esses encaminhamentos dos usuários para serviços de referência externos à UBS percebe-se que estes são inexistentes. Uma vez que, estes encaminhamentos são informais e não asseguram que os usuários sejam atendidos nas unidades referenciadas. Também não existe nenhuma documentação que informe à unidade de origem o atendimento dos usuários encaminhados para outros serviços. Como pode ser evidenciado nos depoimentos dos gestores a seguir.

[...] Encaminha-se o paciente via central de regulação para realizar exames, porém não se tem a contra-referência (Gestor).

[...] Ela faz contato, intermedia, ela conhece alguém que já facilita o atendimento (Gestor).

[...] Quando “A” é o contato em 60% dos casos, o paciente já sai marcado, pois “A” tem vários contatos lá fora (Gestor).

Nesse aspecto, a avaliação é similar quando o critério avaliado é o uso de mecanismo de referência e contra-referência intra-unidade. Existem divergências nos discursos dos gestores quando se referem a existência de agendamento assegurado nos programas da UBS aos usuários do PA. Porém, o percentual de trabalhadores que referem a existência de algum

agendamento é baixo, totalizando 33% dos entrevistados. Neste aspecto, nenhum dos dois indicadores obteve pontuação. O resultado destes indicadores indica uma fragilidade na gestão que compromete os princípios do SUS assumidos na avaliação, apontando que a gestão terceirizada não tem sido capaz de superar os obstáculos já reconhecidos na garantia de uma atenção mais integral e resolutiva na atenção básica.

Desta maneira, no que diz respeito a barreiras de acesso dos usuários aos serviços, os achados revelam que os gestores identificam a existência de barreiras de acesso aos serviços de saúde ofertados pela UBS. Nesse sentido, apesar da maioria dos gestores inicialmente negar a existência de barreiras no atendimento na unidade, é importante destacar que seus depoimentos contradizem o afirmado, como pode ser evidenciado a seguir:

[...] Aqui a demanda é muito grande, a gente tem que ter um espaço maior com muitos consultórios, a gente atende até de outros municípios (Gestor).

A demanda é muito grande para a oferta. Tanto é que abrimos um terceiro turno que só não funciona a assistente social (Gestor).

[...] Não percebo dificuldades. Existe no ambulatório lista de espera de pacientes, que vêm de outros municípios (Gestor).

O que dificulta é o fluxo de pessoas que procuram o posto (Gestor).

[...] O acesso não tem nenhuma dificuldade, eu acho que eles têm acesso fácil. Agora no ambulatório a questão é diferente, porque você tem uma questão específica em termos de marcação (Gestor).

Assim, as informações indicam que apesar de existir barreiras ao acesso aos serviços de saúde na UBS, percebe-se que essas barreiras estão relacionadas a uma demanda maior que a oferta de serviços pelo sistema de saúde, visto que muitos usuários de outros DS ao não serem atendidos em outras unidades de saúde procuram a Unidade, que além de tudo tem um serviço de PA, o que gera uma sobrecarga dos trabalhadores e um comprometimento na qualidade no atendimento, como destacado no discurso de um dos gestores que referencia o aumento de queixas dos usuários por não obter o acesso em curto prazo. Foi observado também que não existe demanda controlada nem para os programas de saúde do ambulatório, o que impõe no mínimo um maior tempo de espera para o atendimento.

Os depoimentos enunciados acima suscitam alguns questionamentos: Será que os gestores não percebem as barreiras de acesso aos serviços prestados na UBS, por que não

consideram a unidade como integrante do SUS? Será que idealizam a unidade apenas como prestadora deste sistema?

Entretanto, de acordo com as considerações de Costa *et al* (2000) as organizações diante da reforma no setor saúde proposta pela agenda da Reforma do Estado têm orientado seu foco para o usuário/paciente e uma das inovações adotadas é a redução de barreiras ao acesso através de centrais de marcação de consultas e exames.

Neste aspecto, os depoimentos dos gestores revelam a adoção de medidas para superar essas barreiras, tais como a abertura de um terceiro turno no ambulatório para atender aos usuários que trabalham no período diurno; a existência de uma lista de espera para o primeiro atendimento no ambulatório, uma vez que a demanda no ambulatório é maior do que no PA; a garantia do atendimento dos pacientes dos programas, não sendo necessário entrarem na lista de marcação do ambulatório, pois desta maneira reduziu-se a evasão; a implementação da classificação de risco no PA antes da determinação da SMS, com o objetivo de direcionar os casos relativos ao ambulatório, atender os casos de emergência e referenciar os casos que a unidade não seja capaz de resolver.

Assim, este indicador obteve a cor amarela, pois o gestor máximo e os gestores intermediários identificaram barreiras ao acesso, contrapondo a opinião dos usuários e trabalhadores que referiram não observar nenhuma barreira ao atendimento na unidade de saúde, totalizando um percentual de 77% e 56%, respectivamente, como demonstrado nas Tabelas 2 e 3.

TABELA 2 – Usuários que informaram dificuldade de atendimento na Unidade de Saúde.(Salvador, Bahia, 2007).

(n=105)

Dificuldade de atendimento	Porcentagem
Sim	23%
Não	77%
Total	100,0%

TABELA 3 – Trabalhadores que identificaram barreiras para o acesso dos usuários à Unidade de Saúde. (Salvador, Bahia,2007).

(n=32)

Barreiras de acesso	Porcentagem
Sim	39%
Não	56%
Não respondeu	5%
Total	100,0%

Por conseguinte, em relação à contratação de trabalhadores constatou-se que a UBS contrata os seus trabalhadores via contratos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que lhe confere ampliação na sua capacidade de executar ações e serviços de saúde, ainda que com o limite apontado a seguir.

Neste sentido, garantindo os direitos trabalhistas e de proteção social, os trabalhadores sentem-se seguros e acolhidos, o que repercute positivamente na prestação dos serviços de saúde. No entanto, mesmo nesta condição, o gestor máximo da unidade reconhece que há rotatividade dos trabalhadores, o que traz repercussão negativa para a prestação do serviço, e faz com que se utilize de mecanismos para reverter este problema, como já discutido no caso dos profissionais médicos. Mesmo assim, esse indicador obteve a cor verde, devido ao fato de todos os trabalhadores terem sido contratados via CLT.

Entretanto, no que diz respeito aos indicadores custo médio por procedimentos e existência de planilha de controle de custo não houve avaliação, devido à indisponibilidade de dados necessários. Segundo informação do gestor, este não conta com planilhas de controle de custos ou de custo médio dos procedimentos desenvolvidos na unidade. Existe uma planilha geral, mostrada durante a entrevista que estabelece os gastos por itens de despesa, para demonstração para a organização gestora. Este instrumento foi considerado como suficiente para que o gestor local acompanhasse o desempenho financeiro da UBS. Tais fatos podem indicar que não há um maior avanço no controle financeiro da UBS pelo fato desta ter a sua gestão terceirizada.

Assim, diante do exposto, percebe-se que a UBS encontra-se melhor estruturada na capacidade de prover condições para executar o que foi decidido, entretanto observa-se que alguns indicadores que respondem mais especificamente os princípios do SUS utilizados

nesta avaliação não obtiveram pontuação, o que demonstra que apesar da autonomia da UBS para contratar trabalhadores e para dispor de recurso financeiro para pronto-pagamento, não assegura aos usuários o acesso integral às ações e serviços de saúde, visto que o mecanismo de referência e contra-referência não é formal.

MATRIZ DE RESULTADOS DA DIMENSÃO OPERACIONAL

INDICADOR	PARÂMETRO	RESULTADOS
Disponibilidade de recurso financeiro para pronto pagamento	Disponibilidade de recurso financeiro para pronto pagamento	VERDE
Enunciação avaliativa sobre a manutenção da infra-estrutura física, de equipamentos e materiais.	Avaliação positiva dos informantes sobre as condições de infra-estrutura física, equipamentos e materiais	VERDE
A UBS mantém um inventário atualizado com base em um perfil predeterminado dos postos de trabalho necessários.	Espera-se que a UBS tenha: a) definição prévia do perfil dos postos de trabalho; b) definição de prioridades para preencher as vagas; c) análise atualizada dos postos vagos e dos ocupados.	VERMELHA
Existência de incentivos/mecanismos de educação permanente para os trabalhadores	A existência de iniciativas/mecanismos sistemáticos de atividades de educação permanente direcionadas a todas as categorias de trabalhadores	VERMELHA

MATRIZ DE RESULTADOS DA DIMENSÃO OPERACIONAL

INDICADOR	PARÂMETRO	RESULTADOS
Existência de fonte de incentivo e participação de educação permanente.	Pelo menos 50% dos incentivos devem ser promovidos pela organização contratante	NÃO OBTEVE PONTUAÇÃO
Utilização de mecanismos de referência e contra-referência	É esperado a utilização de qualquer instrumento de encaminhamento dos usuários para serviços de referência	NÃO OBTEVE PONTUAÇÃO
Agendamento assegurado intra-unidade para usuário do PA	É esperada a existência de agendamento pelo menos para os usuários do PA encaminhados ao Programa de controle da hipertensão e diabetes	NÃO OBTEVE PONTUAÇÃO
Identificação de barreiras de acesso e adoção de medidas para assegurar o acesso universal e integral.	É esperado que: a) A UBS identifica e comunica para outras instâncias de gestão (DS; SMS e CLS) a existência de barreiras para o acesso; b) A UBS sugere/adota medidas para superação das barreiras.	AMARELA
Tipo de contrato de trabalho	É esperado no mínimo a existência de contrato de trabalho regido pela CLT	VERDE

5.3 Dimensão da Sustentabilidade

Esta dimensão, de acordo com a classificação adotada, foi a que alternou entre indicadores representados pela cor vermelha 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 no curto prazo todos os demais aspectos favoráveis obtidos podem ser comprometidos, afetando drasticamente a capacidade de gestão da UBS.

Assim, 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. Portanto, a parceria desenvolvida entre a Unidade avaliada e a organização gestora apenas lhe confere 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 parceira 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 à 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.

Quanto à existência de canais de ausculta, evidenciou-se que a capacidade da unidade avaliada em responder as demandas da população é mínima, pois não existe o uso efetivo dos dispositivos de ausculta dos usuários para o planejamento das ações e serviços de saúde prestados pela UBS. Assim, os indicadores existência de canais de ausculta, existência de procura de canais pelos usuários e existência de resposta à crítica dos usuários não obtiveram pontuação. Vale destacar que os depoimentos dos entrevistados apontam para a inexistência de mecanismos de ausculta, visto que um percentual baixo de usuários da UBS conhece a existência de serviços onde possam fazer críticas, reclamações ou sugestões, totalizando assim 7 % dos entrevistados. Deste percentual, apenas um usuário informou ter utilizado a caixa de sugestões e após ter utilizado esse dispositivo de ausculta não obteve resposta.

Nesta direção, compreende-se que a incipiência na implantação do Conselho Local de Saúde e a existência de uma gestão centralizada do processo decisório podem estar reforçando a exclusão dos usuários do planejamento dos serviços de saúde ofertados na Unidade.

No entanto, apesar da fonte definida para estes indicadores terem sido os usuários, durante as entrevistas com gestores foi expresso, pelos mesmos, que a UBS dá retorno às queixas e sugestões dos usuários através de um mural, o que indica que o mecanismo de ausculta utilizado pela unidade funciona como instrumento para a percepção da satisfação do usuário/cliente com o serviço prestado, sendo aplicado na mesma lógica do setor privado que tem objetivos diferentes do setor público. Ressalta-se que este mecanismo de ausculta não é o mais aceitável, dado ao perfil sócio-econômico dos usuários das unidades básicas de saúde e por esta forma de resposta não ser específica e direcionada ao usuário que se manifestou.

Quanto à divulgação de informações entre os trabalhadores, observou-se a inexistência de mecanismos de difusão de informações. Assim, quando os trabalhadores da Unidade avaliada foram questionados se recebiam informações dos gerentes sobre os seus direitos e deveres apenas 47% referiram ter obtido estas informações (Tabela 4), o que revela que os trabalhadores não têm acesso as informações, o que impede a sua participação no processo decisório e nas ações de planejamento e monitoramento dos resultados da atenção prestada, interferindo no cumprimento do princípio da transparência utilizado como norteador da avaliação desenvolvida nesta pesquisa.

Portanto, este indicador obteve a cor vermelha. Este resultado reforça a fragilidade da gestão quanto aos investimentos nos trabalhadores, o que compromete a capacidade de gestão em todas as dimensões avaliadas.

TABELA 4 - Trabalhadores que referiram o recebimento de informações por parte da Unidade de Saúde. (Salvador, Bahia, 2007).

(n=32)

Recebimento de informações	Porcentagem
Sim	47%
Não	50%
Não respondeu	3%
Total	100,0%

Assim, no que diz respeito à divulgação de informações aos usuários por parte da UBS, verificou-se que apenas 8,6% dos usuários responderam que obtiveram informações sobre seus direitos e deveres pelo responsável da unidade avaliada. Desta maneira, este indicador não obteve pontuação. Neste aspecto, se os usuários da UBS não dispõem de informações a respeito dos seus direitos e deveres, compreende-se que não participam do planejamento nem do controle das ações e serviços prestados pela unidade à comunidade local. Portanto, os gestores se preocupam em reproduzir uma prática de saúde que ratifica o modelo de assistência vigente, ou seja, pontual e voltada para a atenção curativa, não se preocupando em orientar os usuários no uso adequado dos serviços de saúde prestados pela UBS, nem tampouco em atender aos usuários nas suas demandas.

Quanto à disponibilidade de informações para monitorar e avaliar os serviços produzidos, os depoimentos dos informantes revelaram que não existem mecanismos institucionalizados para o monitoramento e avaliação dos serviços produzidos pela UBS. Por conseguinte, os gestores informaram que utilizam o opinário, a pesquisa de satisfação do usuário e o cotidiano para obter essas informações, o que denota a ausência de informações úteis para o planejamento das ações e serviços de saúde oferecidos à comunidade local, como pode observado nos depoimentos a seguir.

O opinário e a pesquisa de satisfação do cliente é feita pela assistente social do pronto-atendimento (Gestor).

Através da caixa de sugestões temos a satisfação dos usuários (Gestor).

Tomando por base esses depoimentos, interpreta-se que a gestão terceirizada é conduzida em direção contrária ao princípio do SUS no que diz respeito à integralidade do atendimento, visto que não utiliza informações como as demandas da comunidade pontuadas pelo CLS, o perfil epidemiológico do município e a percepção dos trabalhadores para traçar ações e serviços de saúde que estejam de acordo com as necessidades da população. Assim, as informações obtidas para monitorar e avaliar os serviços produzidos indicam que estes não estão respondendo as necessidades da comunidade, dado que as informações pesquisadas junto aos usuários se resumem ao aspecto da satisfação quanto ao atendimento. Conseqüentemente, o indicador obteve a cor vermelha.

Já quanto à existência de estratégias de acompanhamento e avaliação dos resultados, verifica-se que na UBS não existem estratégias implementadas para tal, o que reduz a capacidade dos gestores em decidir e executar os serviços na direção dos princípios do SUS. Portanto, a capacidade de sustentar os resultados e a legitimidade dos gestores da unidade avaliada encontra-se prejudicada.

Vale destacar que os entrevistados pontuavam o uso do opinário e de reuniões entre gestores como mecanismos para o acompanhamento dos serviços produzidos, reproduzindo a lógica de atendimento do serviço privado, cuja preocupação essencial é atender a demanda estimulada pelos mecanismos do mercado. Neste aspecto, o indicador obteve a cor vermelha.

Nessa direção, observou-se que não existem mecanismos de retorno aos trabalhadores quanto ao seu desempenho, o que reduz a legitimidade dos gestores da UBS e interfere não só na qualidade da atenção, bem como na adesão dos trabalhadores ao projeto de gestão, o que ao longo do tempo interfere na capacidade de operar os serviços e de sustentar os aspectos positivos da gestão. Assim, os achados demonstraram que apenas 12,5% dos trabalhadores referiram ter informações sobre a avaliação de desempenho. Este fato pode estar associado ao caráter incipiente da avaliação de desempenho na Unidade avaliada, uma vez que o gestor máximo informou existir apenas um formulário de avaliação preenchido pelos gestores intermediários e que, segundo ele, não contempla os indicadores que acredita serem necessários para a avaliação dos trabalhadores. Assim, a avaliação do desempenho realizada é do tipo caixa preta, onde o ator principal não participa ativamente do processo, não cabendo aos trabalhadores ter acesso aos resultados da avaliação realizada pelos gestores. Portanto, este indicador não obteve pontuação.

MATRIZ DE RESULTADOS DA DIMENSÃO DE SUSTENTABILIDADE

INDICADOR	PARÂMETRO	RESULTADOS
Existência de canais de ausculta	Existência de pelo menos um canal que ausculte e responda a crítica/sugestão dos usuários	NÃO OBTEVE PONTUAÇÃO
Existência de procura de canais pelos usuários	Existência de pelo menos um canal que ausculte e responda a crítica/sugestão dos usuários	NÃO OBTEVE PONTUAÇÃO
Existência de resposta à crítica dos usuários.	Existência de pelo menos um canal que ausculte e responda a crítica/sugestão dos usuários	NÃO OBTEVE PONTUAÇÃO
Formação de parcerias e alianças entre setores da organização e/ou de outras organizações para garantia da atenção integral à saúde.	Estabelecimento de parceria/aliança entre setores do DS/SMS e outras organizações (de saúde; comunitárias) para garantia da atenção integral à saúde.	VERMELHA
Percentual de trabalhadores que referem receber informações por parte da organização. FÓRMULA: N. de usuários que referem receber orientações/N. total de informantes x 100	Mínimo de 50% de trabalhadores que referem receber informações por parte da organização	VERMELHA

MATRIZ DE RESULTADOS DA DIMENSÃO DE SUSTENTABILIDADE

INDICADOR	PARÂMETRO	RESULTADOS
Percentual de usuários que referem receber informações por parte da organização.	Mínimo de 50% de usuários que referem receber informações por parte da organização	NÃO OBTEVE PONTUAÇÃO
Disponibilidade de informação para monitorar e avaliar os serviços produzidos	Disponibilidade de informação atualizada pelo menos sobre a cobertura vacinal de crianças e do Programa de Controle da Tuberculose.	VERMELHA
Existência e implementação de estratégias de acompanhamento e avaliação de resultados dos serviços produzidos.	Existência na organização de estratégias implementadas de acompanhamento e avaliação de resultados dos programas de Controle da Tuberculose, Hipertensão e Diabetes e da cobertura vacinal em crianças.	VERMELHA
Percentual de trabalhadores que informam receber retorno sobre a avaliação do seu desempenho	Mínimo de 50% de trabalhadores que referem receber informações por parte da organização.	NÃO OBTEVE PONTUAÇÃO

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da capacidade de gestão terceirizada de uma unidade básica de saúde do SUS municipal em Salvador aponta para um momento no seu processo, como uma fotografia que retrata uma dada situação em um momento específico. Isto significa que os resultados obtidos não são imutáveis e irão variar de acordo com o instante em que se realiza a avaliação.

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.

Portanto, deve-se considerar que 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.

Neste sentido, o resultado da avaliação da capacidade de gestão terceirizada da UBS não aponta em direção ao pressuposto assumido no estudo. Este 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. No entanto, os resultados indicam uma capacidade frágil de gestão, que não atende aos princípios do SUS e do novo gerencialismo público, que norteia a opção política pela terceirização da gestão de serviços públicos pelo setor privado.

Deste modo, os achados revelam que o processo de gestão na UBS avaliada não está articulado com os princípios e diretrizes operacionais do SUS selecionados para este estudo,

que são o da integralidade, do controle social e da resolutividade. Assim, evidencia-se que a inexistência de mecanismos de referência e contra-referência internos e externos à UBS, no âmbito da atenção básica compromete o cumprimento do princípio da integralidade. Adicionalmente a isso 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 resolutividade 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 pode ser demonstrado através da subutilização dos mecanismos de ausculta dos usuários e 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, fato influenciado pela demanda elevada que procura 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 se revela numa situação ótima 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. Um aspecto favorável aos resultados obtidos nesta dimensão é o fato da 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. 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.

Contudo, as fragilidades reveladas nas dimensões organizacional e, principalmente, na da sustentabilidade comprometem a manutenção da dimensão operacional no longo prazo, pois indicam que os princípios da integralidade e da transparência não são assegurados plenamente, como é o caso do controle social, que ainda é incipiente e com um caráter limitado de escuta das necessidades da comunidade local sem que se tenha identificado intervenções planejadas para o enfrentamento de tais necessidades. Além disso, para que a capacidade de gestão seja plena, é necessário um equilíbrio dos resultados nas três dimensões, dado que estas são interligadas e sua separação é apenas um recurso metodológico da avaliação.

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 UBS em assegurar a oferta de ações e serviços de saúde no longo prazo ou assegurá-los com o mínimo de qualidade. 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 se posicionando como co-gestor 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 contra-referência 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 de 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 unidade ainda não revela uma capacidade de gestão 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 adotados nesta avaliação.

Portanto, apesar do propósito do estudo não ser a avaliação do modelo de gestão terceirizada percebe-se que no caso avaliado, o foco da gestão está em assegurar o atendimento da demanda espontânea, com prioridade para as ações de pronto-atendimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. **Reforma do Aparelho de Estado no Brasil**. Brasília: MARE (Cadernos MARE da Reforma do estado), 1995.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002.

_____. **Resolução 196/96**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Conselho Nacional de Saúde, 10 out. 1996.

BARRETO, Joslene Lacerda Barreto. **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.

BÉLEM, Letícia. Insegurança no posto de São Marcos. **Jornal A Tarde**, Salvador, 14 mar 2005, p.5.

BLANCO, Felipe. Greve no PFS entra na segunda semana. **Jornal A Tarde**, Salvador, 17 jan. 2007, p.8.

BÔAS, Rodrigo Vilas. Postos do saúde da família sem atendimento. **Jornal A Tarde**, Salvador, 19 set. 2006.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos, 2002. **Do Estado Patrimonial ao Gerencial**. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.ecn.br>> Acesso em: 01 de junho 2006.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos, 2002. **Uma Resposta Estratégica aos Desafios do Capitalismo Global e da Democracia**. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br>> Acesso em: 01 junho 2006.

CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO, 1998. **Una Nueva Gestión Publica para America Latina**. Disponível em: <<http://www.clad.org>> Acesso em: 14 junho 2006.

CIRINO, Helga. Procuradoria investiga contas. **Jornal A Tarde**, Salvador, 16 jan. 2007, p.10.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CONTANDRIOPOULUS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean Louis; PINEAULT, Raynald. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 49-88.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros Silva. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.

COTTA, Tereza Cristina. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. **Revista do Serviço Público**. Belo Horizonte, ano 49, n. 2, p. 105-125, abr / jun. 1998.

COULON, Alain. Etnometodologia e multirreferencialidade. Trad. Maria Amália Ramos. In: BARBOSA, Joaquim (coord.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos, São Paulo: EdUFSCar, 1998, p. 149-158.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

DRAIBE, Sonia. Avaliação de Programas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; BRANT de CARVALHO, Maria do Carmo (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas sociais**. São Paulo: IEE/PUC, p. 165-181, 2001.

FAGUNDES, Norma Carapiá. **Em busca de uma universidade outra**: a instituição de "novos" espaços de aprendizagem na formação de profissionais de saúde. 2003. 229f. (tese de doutorado), Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Terezinha Fróes. Transdisciplinaridade, multireferencialidade e currículo. **Revista da FACED**. Salvador, n 5, p. 39-54, 2001.

FALCONER, Andrés Pablo. A promessa do terceiro setor: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão. **ISTR**, Chile, p 1-24, 1999.

FERREIRA, Avilmar Santos. Competências gerenciais para unidades básicas do sistema único de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.69-76, 2004.

FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.37, n. 2, p. 243-264, mar./abr.2003.

FUNKE, Katherine. Crise no SUS em Salvador expõe problemas que têm origem na atenção básica e vão até a UTI. **Jornal A Tarde**, Salvador, 26 mar 2007, p.4.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI JÚNIOR, João Batista. **Terceirização de Serviços em Hospitais**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2004. Disponível em: <<http://www.nescon.ufmg.br>> Acesso em: 14 junho 2006.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos; MELO, Cristina Maria Meira de; SANCHES FILHO, Alvino. **Proposta metodológica para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais**. Relatório Técnico Final. Bahia, 2002.

_____;SANTOS, Sandra Maria Chaves dos; MELO, Cristina Maria Meira de; SANCHES FILHO, Alvino. Indicadores para avaliar a capacidade de gestão de organizações sociais: resultados de um estudo piloto. **Anais do XXVII ENANPAD**, Campinas, 2003.

_____; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos; MELO, Cristina Maria Meira de; SANCHES FILHO, Alvino. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 06, nov./dez. 2004.

JUNQUILHO, Gelson Silva. Nem “burocrata” nem “novo gerente”: O “caboclo” e os desafios do Plano Diretor de Reforma do Estado no Brasil do real. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.38, n. 1, p. 137- 156, jan./ fev. 2004.

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

MELO, Cristina Maria Meira de. **Inovação e gestão pública em saúde**: uma análise da perspectiva local. 2001. 244 f. (tese de doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____ ; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; SANTOS, Tatiane Araújo dos; SANTANA, Geovana Raimunda Silva Santana. **Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal.** Grupo de pesquisa GERIR. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de Souza (org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19-51, 2005.

MIOLA, Cezar, [199-]. **A terceirização no serviço público.** Disponível em: <<http://www.tce.rs.gov.br/artigos/pdf/terceirização.pdf>> Acesso em: 10 maio 2007.

NOVAES, Hillegonda Maria de. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA DA SILVA, Lígia Maria (org.). **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 9-10.

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração pública gerencial e construção democrática no Brasil: uma abordagem crítica. In: ENANPAD, 25, 2001, Campinas. **Anais eletrônicos.** Rio de Janeiro: ANPAD, 2001.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO OFICINA DE EVALUACIÓN. **Manual de Seguimiento Y Evaluación de Resultados.** New York: PNUD, 2002.

SANTOS, Reginaldo Souza; RIBEIRO, Elisabeth Matos; RIBEIRO, Mônica Matos; SANTOS, Thiago Chagas Silva; COSTA, Vinicius Mendes da Costa. Reestruturação produtiva do Estado brasileiro na perspectiva do projeto neoliberal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 7-32, jan./fev. 2004.

SAÚDE MUNICIPAL SOB AUDITORIA. **Jornal A Tarde**, Salvador, 04 jan 2005, p. 10

SOARES, Laura Tavares. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. In: **Coleção questões da nossa época.** v.78, São Paulo: Cortez, 2000.

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

SOUZA, Herbert de. Em nome do bem público. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 28 jun 1995. Nacional, p.A-3.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina Maria Meira de. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

VIEIRA DA SILVA, Lúgia Maria Vieira da Silva. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA DA SILVA, Lúgia Maria (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz., 2005. p.15-39

WORTHEN, Blaine; SANDERS, James. Avaliação versus pesquisa. In: **Introdução à avaliação de programas sociais**. São Paulo: Instituto Fontes, 2004.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista estruturada para o gestor máximo da UBS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/ESCOLA DE ENFERMAGEM/GRUPO DE
PESQUISA GERIR/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SALVADOR
PROJETO AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO TERCEIRIZADA DE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

INFORMANTE: GESTOR MÁXIMO DA OSID E DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

MÓDULO DE IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: 1 Masculino () 2 Feminino ()	2. Data de Nascimento: ____/____/____
3. Cargo: _____ 3.1 Profissão: _____	4. Há quanto tempo está no cargo ____ anos ____ meses
5. Tempo de trabalho na organização: 5.1 () menor de 2 anos 5.2 () igual ou maior de 2 anos	6. Ocupou cargo ou função de gestão anteriormente: 6.1 () sim 6.2 () não
7. (A.2.1) Qual o cargo/função de gestão anterior? _____	8. (A.2.1) Pós-graduação: 1 () PG em administração e/ou gestão 2 () PG em outras áreas 3 () outros, especificar: _____

ENTREVISTA

Conte um pouco do seu dia-a-dia de trabalho.

A. DIMENSÃO ORGANIZACIONAL (quem decide e como decide)

A.3.1 Existe conselho local de saúde implantado?

() SIM NÃO ()

A.3.1.a) Se SIM, que assuntos são discutidos nas reuniões do CLS?

A.4.1 a) Sobre o que a unidade de saúde tem autonomia para decidir?

A.4.1.b) Quem decide sobre as atividades que devem ser desenvolvidas nesta unidade de saúde?

A.4.1.c) Exemplificar quais as categorias profissionais/funções que participam de alguma tomada de decisão na unidade de saúde.

A.5.1.a) Existe alguma intervenção/projeto/atividade formulado por esta unidade de saúde nos últimos 12 meses?

A.5.1.b) Ele foi aprovado pelo Distrito Sanitário?

A.5.1.c) Quem participou da elaboração da proposta?

A.5.1.d) Quais as informações que foram utilizadas para elaborar esta proposta?

A.5.1.e) Este projeto está funcionando?

B. DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter condições técnicas e logísticas)

B.1.1. a) Você dispõe de algum recurso financeiro para despesas emergenciais, sem autorização da OSID?

B.1.1. b) Quanto dispõe por mês?

B.2.1. Qual é a situação da manutenção da infra-estrutura física, de equipamentos e materiais de consumo desta unidade de saúde? (buscar a avaliação do gestor)

B.2.2. Quais os critérios utilizados para a seleção, contratação e reposição de pessoal para a unidade de saúde?

B.2.2. a) Existe definição prévia do perfil dos postos de trabalho para esta unidade de saúde?

B.2.2. b) O senhor mantém um registro atualizado dos postos de trabalho ocupados e vagos desta unidade de saúde? (Solicitar verificação documental)

B.4.1. a) O senhor sabe informar o custo médio dos procedimentos explicitados como metas no contrato de gestão?

B.4.1. b) O senhor utiliza uma planilha para o controle de custos desta unidade de saúde?

B.6.1. a) O senhor identifica as barreiras para o acesso universal e integral dos usuários desta unidade de saúde?

B.6.1. b) O senhor comunica ao DS/CLS/SMS a existência de tais barreiras?

B.6.1. c) O senhor adota alguma medida para eliminar estas barreiras? Quais?

C. DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças)

C.2.1.a) Quais as parcerias e alianças existentes entre esta unidade e outros órgãos e/ou organizações (saúde; da comunidade)? Dê exemplos.

C.2.1.b) Se existir parcerias, qual o objetivo (verificar se tem relação com a atenção integral)

C.4.1. O senhor dispõe de quais informações para acompanhar e avaliar os serviços desta unidade de saúde?

C.4.2. Como o senhor acompanha e avalia os serviços desta unidade de saúde? Dê exemplo.

Perguntar ao final se quer comentar algo que considere importante e que não foi perguntado

Agradecer

Data: _____ Pesquisador: _____

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista estruturada para os gestores intermediários da UBS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/ESCOLA DE ENFERMAGEM/GRUPO DE PESQUISA GERIR/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SALVADOR
 PROJETO AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO TERCEIRIZADA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

INFORMANTE: GESTOR INTERMEDIÁRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1. MÓDULO DE IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: 1 Masculino () 2 Feminino ()	2. Data de Nascimento: ____/____/____
3. Cargo: _____ 3.1 Profissão: _____	4. Há quanto tempo está no cargo _____ anos _____ meses
5. Tempo de trabalho na organização: 5.1 () menor de 2 anos 5.2 () igual ou maior de 2 anos	6. Ocupou cargo ou função de gestão anteriormente: 6.1 () sim 6.2 () não
7. (A.2.1) Qual o cargo/função de gestão anterior? _____	8. (A.2.1) Pós-graduação: 1 () PG em administração e/ou gestão 2 () PG em outras áreas 3 () outros, especificar: _____

ENTREVISTA

Conte um pouco do seu dia-a-dia de trabalho.

A. DIMENSÃO ORGANIZACIONAL (quem decide e como decide)

A.4.1 a) Sobre o que a unidade de saúde tem autonomia para decidir?

A.4.1.b) O senhor participou da decisão de alguma atividade implementada por esta unidade de saúde?

A.5.1.a) Existe alguma intervenção/projeto/atividade formulado por esta unidade de saúde nos últimos 12 meses?

A.5.1.b) Ele foi aprovado pelo Distrito Sanitário?

A.5.1.c) Quem participou da elaboração da proposta?

A.5.1.d) Quais as informações que foram utilizadas para elaborar esta proposta?

A.5.1.e) Este projeto está funcionando?

B. DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter condições técnicas e logísticas)

B.2.1. Qual é a situação da manutenção da infra-estrutura física, de equipamentos e materiais de consumo desta unidade de saúde? (buscar a avaliação do gestor)

B.5.1. a) Existe encaminhamento dos usuários desta unidade para outros serviços dentro ou fora da área do Distrito Sanitário?

B.5.1. b) Como é feito este encaminhamento? (para enfermeira; médico e assistente social se tiver)

B.5.2. Existe agendamento assegurado dos usuários do PA no ambulatório desta unidade de saúde?

B.6.1. a) O senhor identifica as barreiras para o acesso universal e integral dos usuários desta unidade de saúde?

B.6.1. b) O senhor comunica ao gestor da unidade/DS/CLS/SMS a existência de tais barreiras?

B.6.1. c) O senhor adota alguma medida para eliminar estas barreiras? Quais?

C. DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças)

C.2.1.a) Quais as parcerias e alianças existentes entre esta unidade e outros órgãos e/ou organizações (saúde; da comunidade)? Dê exemplos.

C.2.1.b) Se existir parcerias, qual o objetivo delas? (verificar se tem relação com a atenção integral)

C.4.1. O senhor dispõe de quais informações para acompanhar e avaliar os serviços desta unidade de saúde?

C.4.2. Como o senhor acompanha e avalia os serviços desta unidade de saúde? Dê exemplo.

Perguntar ao final se quer comentar algo que considere importante e que não foi perguntado

Agradecer

Data: _____ Pesquisador: _____

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista estruturada para os trabalhadores da UBS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/ESCOLA DE ENFERMAGEM/GRUPO DE PESQUISA GERIR/SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SALVADOR/PROJETO AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO TERCEIRIZADA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

INFORMANTE: TRABALHADOR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

MÓDULO DE IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: a) Masculino (<input type="checkbox"/>) b) Feminino (<input type="checkbox"/>)	2. Data de Nascimento: ____/____/____
3. Profissão: _____ 3.1. Tempo de formado: _____anos _____ meses	4. Escolaridade 1 (<input type="checkbox"/>) PG em _____ 2 (<input type="checkbox"/>) superior completo 3 (<input type="checkbox"/>) superior incompleto 4 (<input type="checkbox"/>) outros, especificar: _____
5. Função: _____ 5.1. Há quanto tempo está nesta função? _____anos _____ meses	6. Curso de qualificação para a função atual: _____ 6.1. Tempo de experiência anterior nesta função: _____anos _____ meses

A. DIMENSÃO ORGANIZACIONAL (quem e como decide)

A.4.1. Você já participou da decisão sobre alguma atividade implementada por esta unidade de saúde?

() SIM () NÃO

A.4.1.a) Se SIM, dê exemplo:

B. DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter condições técnicas e logísticas)

B.2.1. Qual é a situação da manutenção da infra-estrutura física, de equipamentos e materiais de consumo desta unidade de saúde? (buscar a avaliação do trabalhador e anotar comentários)

() ÓTIMO
 () BOM
 () REGULAR
 () RUIM
 () PÉSSIMO

B.3.1.a) De quais atividades de qualificação permanente você participou nos últimos 6 meses, nesta unidade de saúde?

B.3.1.b) Quem promoveu?

SMS/DS

A organização que o contratou

O próprio trabalhador

(...) OUTRO: _____

B.5.1. a) Existe encaminhamento dos usuários desta unidade para outros serviços dentro ou fora da área do Distrito Sanitário?

SIM

NÃO

B.5.1. b) Como é feito este encaminhamento? (para enfermeira e médico do PA e ambulatório e assistente social se tiver)

B.5.2.a) Existe agendamento assegurado dos usuários do PA no ambulatório desta unidade de saúde?

SIM

NÃO

Se SIM, para quem? (verificar ao menos para pacientes Hiperdia)

B.6.1. a) O senhor identifica as barreiras para o acesso universal e integral dos usuários desta unidade de saúde? (para médico e enfermeiro)

() SIM () NÃO

B.6.1.1.b) Se SIM, dê exemplo? _____

B.6.1. c) O senhor comunica ao gestor da unidade/DS/CLS/SMS a existência de tais barreiras?

() SIM () NÃO

B.6.1. d) O senhor adota alguma medida para eliminar estas barreiras?

() SIM () NÃO

B.6.1.1d Se SIM, quais?

C. DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças)

C.3.1. Você recebe informações dos gerentes sobre os seus direitos e deveres como trabalhador desta unidade de saúde?

() SIM () NÃO

Se SIM, dê exemplo:

C.4.3. Você recebe informações dos gerentes sobre a avaliação do seu desempenho no trabalho, nesta unidade de saúde?

() SIM () NÃO

Tem algo que v. considere importante e que queira comentar? _____

Agradecer

Data: _____ Pesquisador: _____

B. DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter condições técnicas e logísticas)

B.6.1. O senhor encontrou dificuldade para ser atendido aqui na unidade de saúde?

SIM () () NÃO

B.6.1.1.a) Se SIM, em qual serviço? _____

B.6.1.1.b) Se SIM, o senhor identifica se alguma coisa foi feita para facilitar o seu acesso nesta unidade de saúde?

SIM () () NÃO

B.6.1.1.c) Se SIM, o quê foi feito?

C. DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE

C.1.a) Existe algum serviço aqui nesta unidade de saúde onde o senhor (a) possa fazer críticas, reclamações, sugestões ou elogios?

() SIM () NÃO (SE NÃO, IR PARA QUESTÃO C.3.2)

C.1.b) Já utilizou? () SIM () NÃO

C.1.c) De que tipo? _____

C.1.d) Recebeu retorno da sua reclamação? () SIM () NÃO

C.1.e) Você conhece o serviço de ouvidoria da unidade? () SIM () NÃO

C.3.2. Você é informado pela gerência (ou responsável pela unidade) dos seus direitos e deveres como usuário desta unidade de saúde?

() SIM () NÃO

Quer fazer algum comentário?

Agradecer

Data: _____ Pesquisador: _____

APÊNDICE E – Termo de Consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.
 ESCOLA DE ENFERMAGEM.
 TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO
 TERCEIRIZADA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Cristina Maria Meira Melo, (pesquisadora-responsável) e Geovana Raimunda Silva Santana (pesquisadora-colaboradora) estamos convidando você a participar como entrevistado de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a capacidade de gestão terceirizada de uma unidade básica de saúde com pronto atendimento do SUS no município de Salvador, BA. Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão aos gestores do SUS municipal implementar a atenção básica da saúde na busca da consolidação do Sistema Único de Saúde. Os profissionais de saúde e gestores terão como benefício a oportunidade de repensar o processo de gestão da unidade básica de saúde onde trabalham.

Se você consentir, sua entrevista será gravada. Após a entrevista você pode solicitar para ouvi-lá e retirar e/ou acrescentar quaisquer informação. O material da gravação será arquivado pelas pesquisadoras por um período de cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. As pesquisadoras e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. A pesquisa recebe apoio financeiro do CNPq.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (71)3283-7623, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Salvador, ____ de _____ de 2007.

Entrevistado (a)

Pesquisadora

APÊNDICE F – Lista de indicadores utilizados no estudo piloto da avaliação da capacidade de gestão terceirizada

A) DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

INDICADORES
A.1.1 Missão/finalidade A.1.2 Experiência com a saúde coletiva
A.1.3 Existência de mecanismos/regras institucionalizadas sobre a conduta dos trabalhadores
A.2 % 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.3.1 Existência de linhas de comando horizontais e democráticas.
A.3.2 Existência de conselhos locais organizados e atuantes
A.4.1 Participação de diferentes atores no processo decisório e sua posição nessa estrutura.
A.5.1 Existência de características específicas na descrição das regras assumidas no processo decisório.
A.6.1 Existência de planos de intervenção formulados pela UBS.
A.7.1. Existência de mecanismos/espços de articulação. A.7.1A Terceirizada/ SMS/ASTE/COAPS A.7.1B Terceirizada/DS
A.7.2. Existência de mecanismos de sanção.
A.7.3. Utilização de mecanismos de sanção pela SMS.

B) DIMENSÃO OPERACIONAL

INDICADORES
B.1.1. Existência de ampliação dos recursos operacionais (estrutura física, equipamentos, insumos) para além do contrato de gestão nos últimos 12 meses.
B.1.2. Existência de reserva de contingência.
B.2.1 Adequação da infra-estrutura física e de equipamentos
B.3.1 Custo médio por procedimento explicitado nas metas do contrato de gestão
B.4.1 % de preenchimento das vagas previstas no quadro de trabalhadores (médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem).
B.4.2 % de trabalhadores selecionados segundo critérios de seleção: 1) Qualificação 2) Tempo de experiência prévia na função.
B.4.3 Utilização de protocolos operacionais de acolhimento.
B.4.4 Existência de reserva de contingência da força de trabalho.
B.5.1 Uso de mecanismos de referência e contra-referência .
B.5.2 Referência assegurada intra-unidade.
B.6.1 Existência de incentivos/mecanismos de Educação Permanente para os trabalhadores.
B.6.2 Periodicidade dos processos de educação permanente
B.7.1 Utilização de protocolo operacional e clínico de classificação de riscos e atendimento imediato.
B.8.1 Existência de PCCS implantado
B.8.2 Tipo de contrato de trabalho
B.8.3 Média mensal dos dias faltosos dos trabalhadores nos últimos 12 meses

C) DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE

INDICADORES
C.1.1 Existência de canais de ausculta, procura e resposta de critica dos trabalhadores.
C.1.2 Existência de canais de ausculta, procura e resposta de critica dos usuários.
C.2.1 Existência de parcerias e alianças entre setores da organização e/ou de outras organizações
C.3.1 Tipo de mecanismo de divulgação de informações pela organização entre os trabalhadores
C.3.2 Tipo de mecanismo de divulgação de informações pela organização para seus parceiros
C.3.3 % de usuários que referem receber informações por parte da organização sobre seus serviços
C.4.1 Existência na organização de estratégias implementadas de acompanhamento e avaliação de resultados.
C.4.2 Existência de mecanismo de retorno aos trabalhadores da avaliação de desempenho

APÊNDICE G – Matriz de indicadores

A) DIMENSÃO ORGANIZACIONAL (quem decide e como decide)

INDICADOR/ FÓRMULA	PARÂMETRO	FONTE	PONTO/COR	PREMISSA
<p>Variável: A.1 Perfil da terceirizada</p> <p>A.1.1 Experiência da organização gestora na prestação de serviços de saúde na atenção básica</p>	<p>A.1.1 Experiência da organização de no mínimo dois anos na prestação de serviços de saúde no campo da atenção básica e saúde coletiva.</p>	<p>A.1.1. Gestor máximo da OSID</p>	<p>SIM = VERDE NÃO = VERMELHA</p>	<p>A organização que assume a gestão terceirizada de unidades básicas de saúde deve ter experiência na prestação de serviços neste âmbito de atenção e de parceria com o Sistema Único de Saúde, o que legitima sua capacidade de gestão de serviços com acesso universal e equânime.</p>
<p>Variável A.2: Qualificação profissional do gestor</p> <p>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.</p> <p>FÓRMULA: N. de gestores que preenchem os dois requisitos para o exercício da função gerencial/total de gestores na organização x 100</p>	<p>Certificação de curso de capacitação em gestão em saúde.</p> <p>Experiência mínima do gestor de dois anos em atividades de gestão em atenção básica.</p>	<p>A.2.1 Gestor máximo e Gestor intermediário</p>	<p>25%= 1,25 pontos 50% = 2,5 pontos 75% = 3,75 pontos 100% = 5 pontos</p>	<p>A existência de capacitação específica e experiência prévia de gestão pelo gestor são requisitos desejáveis para a obtenção da legitimidade técnica do gestor, o que amplia a capacidade de decidir da UBSⁿ.</p>

A) DIMENSÃO ORGANIZACIONAL (quem decide e como decide)

INDICADOR/ FÓRMULA	PARÂMETRO	FONTE	PONTOS	PREMISSA
<p>Variável A.3: Controle social</p> <p>A.3.1 Existência de conselho local organizado e atuante.</p>	Conselho Local de Saúde implantado, organizado e com qualquer grau de atuação.	Gestor máximo da UBS Documento (Atas do conselho local de saúde)	Sim = 5 pontos para o preenchimento dos requisitos Não ou parcialmente = 0	A existência e atuação de conselho local de saúde na forma prevista da Lei n. 8142 confere maior legitimidade política à organização e indica a ampliação da capacidade de decidir e de construção de alianças e parcerias.
<p>Variável A.4: Composição e posição dos atores participantes do processo decisório</p> <p>A.4.1 Participação de diferentes atores no processo decisório e sua posição nessa estrutura.</p>	Estrutura do processo decisório que inclua gestores intermediários, trabalhadores e usuários.	Gestor máximo da UBS Gestor intermediário Trabalhador Usuário (membro do conselho local) Documento (Atas do conselho local de saúde)	Se as 3 categorias participam = VERDE Se 2 = LILÁS Se 1 = AMARELA Se nenhuma = VERMELHA Trabalhador 25% = 1,25 pontos 50% = 2,5 pontos 75% = 3,75 pontos 100% = 5 pontos	Uma estrutura decisória que garanta a participação de todos os atores envolvidos no processo decisório indica uma maior capacidade de decidir da organização e maior capacidade de sustentar os resultados da gestão.
<p>Variável A.5: Articulação da terceirizada com a instância gestora Distrito Sanitário</p> <p>A.5.1 Existência de novo projeto/atividade proposto e implementado pela UBS com bases em problemas locais, e aprovado pelo DS nos últimos 12 meses.</p>	A.5.1 Existência de pelo menos um projeto/atividade nos últimos 12 meses.	A.5.1 Gestor máximo	Sim = VERDE Não = VERMELHA	A existência de articulação entre a UBS e Distrito Sanitário potencializa a disponibilidade de recursos; facilita o cumprimento dos princípios dos SUS e legitima a capacidade de decidir do gestor local.

B) DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas)

INDICADOR/ FÓRMULA	PARÂMETROS	FONTE	PONTOS	PREMISSA
<p>Variável B.1: Recursos operacionais</p> <p>B.1.1. Disponibilidade de recurso financeiro para pronto-pagamento.</p>	Existência de disponibilidade financeira para pronto-pagamento de qualquer valor/mês.	Gestor máximo	<p>Sim = VERDE</p> <p>Não = VERMELHA</p>	A existência de disponibilidade de recurso financeiro para pronto-pagamento amplia a capacidade de executar com eficácia os serviços, o que soma para a capacidade de gestão da organização.
<p>Variável B.2: Capacidade de manutenção e reposição da infra-estrutura física, de equipamentos e materiais</p> <p>B.2.1 Enunciação avaliativa sobre a manutenção da infra-estrutura física, de equipamentos e materiais.</p> <p>B.2.2 A UBS mantém um inventário atualizado com base em um perfil predeterminado dos postos de trabalho necessários.</p>	<p>B.2.1 Avaliação positiva dos informantes sobre as condições de infra-estrutura física, equipamentos e materiais.</p> <p>B.2.2 Espera-se que a UBS tenha:</p> <p>a) Definição prévia do perfil dos postos de trabalho;</p> <p>b) Definição de prioridades para preencher as vagas;</p> <p>c) Análise atualizada dos postos vagos e dos ocupados.</p>	<p>B.2.1 Gestor máximo da UBS; Trabalhador</p> <p>B.2.2 Gestor máximo da UBS</p>	<p>B.2.1 Se positiva por todos os informantes = VERDE</p> <p>Se positiva por todos os informantes, mas com problemas = LILÁS</p> <p>Se positiva para apenas um dos informantes = AMARELA</p> <p>Se negativa para qualquer dos informantes = VERMELHA</p> <p>B.2.2 SIM para todos = VERDE</p> <p>Parcialmente = AMARELA</p> <p>Nenhum = VERMELHA</p>	A manutenção da infra-estrutura física, dos equipamentos e dos recursos materiais determina parcialmente as condições de trabalho na UBS, amplia a capacidade da organização em executar com eficácia os serviços ofertados e assegura legitimidade ao gestor, somando para a capacidade de gestão.

B) DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas)

INDICADOR/ FÓRMULA	PARÂMETROS	FONTE	PONTOS	PREMISSA
<p>Variável B.3: Mecanismos e forma de capacitação dos trabalhadores</p> <p>B.3.1 Existência de incentivos/mecanismos de educação permanente para os trabalhadores</p> <p>B.3.2 Existência de fonte de incentivo e participação de educação permanente.</p>	<p>A existência de iniciativas/mecanismos sistemáticos de atividades de educação permanente direcionadas a todas as categorias de trabalhadores</p> <p>Pelo menos 50% dos incentivos devem ser promovidos pela organização contratante.</p>	<p>Trabalhadores de todas as categorias e dos três turnos de trabalho</p>	<p>25%= 1,25 pontos 50% = 2,5 pontos 75% = 3,75 pontos 100% = 5 pontos</p> <p>< 50% = 0 50% até 69% =2,5 70% até 100%=5,0</p>	<p>O investimento periódico e permanente na capacitação dos trabalhadores soma para um melhor desempenho dos trabalhadores e amplia as condições favoráveis para a execução das ações e serviços, o que agrega valor à capacidade de gestão e legitimidade do gestor.</p>
<p>Variável B.4: Custo de procedimentos</p> <p>B.4.1 Custo médio por procedimentos explicitados nas metas do contrato de gestão</p> <p>Fórmula:</p> <p>N. total do procedimento considerado: custo total atribuído ao procedimento considerado</p> <p>B.4.2 Existência de planilha de controle de custo</p>	<p>B.4.1 Custo do mesmo procedimento adotado na tabela do SUS.</p> <p>B.4.2 Existência de planilha de controle de custos.</p>	<p>B.4.1 Gestor máximo da UBS e análise documento</p> <p>B.4.2 Gestor máximo e documento (planilha de custo) Análise de documentos</p>	<p>B.4.1 Atribuir 1 ponto quando o procedimento considerado tem um custo médio menor ou = custo praticado pelo SUS.</p> <p>Atribuir 0 ponto para cada procedimento cujo custo médio for maior ao custo praticado pelo SUS.</p> <p>B.4.2 SIM = 5 NÃO = 0</p>	<p>A aproximação ou igualdade dos valores do custo médio de procedimentos com os praticados pelo SUS indicam uma gestão eficiente.</p>

B) DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas)

INDICADOR/ FÓRMULA	PARÂMETROS	FONTE	PONTOS	PREMISSA
<p>Variável B.5: Mecanismo de referência e contra-referência de usuários</p> <p>B.5.1 Utilização de mecanismos de referência e contra-referência</p> <p>B.5.2 Agendamento assegurado intra-unidade para usuário do PA</p>	<p>B.5.1 É esperado a utilização de qualquer instrumento de encaminhamento dos usuários para serviços de referência.</p> <p>B.5.2 É esperada a existência de agendamento pelo menos para os usuários do PA encaminhados ao Programa de controle da hipertensão e diabetes.</p>	<p>B.5.1 Gestor intermediário</p> <p>B.5.2 Gestor intermediário e trabalhador (enfermeiro e médico do P.A e ambulatório; assistente social)</p>	<p>B.5.1</p> <p>25%= 1,25 pontos 50% = 2,5 pontos 75% = 3,75 pontos 100% = 5 pontos</p> <p>B.5.2</p> <p>25%= 1,25 pontos 50% = 2,5 pontos 75% = 3,75 pontos 100% = 5 pontos</p>	<p>A existência de mecanismo de referência e contra-referência intra ou externa à unidade de saúde amplia a integralidade da atenção no atendimento dos usuários e legitima o gestor, o que amplia a capacidade de gestão em operar os serviços.</p>
<p>Variável B.6: Acolhimento aos usuários</p> <p>B.6.1 Identificação de barreiras de acesso e adoção de medidas para assegurar o acesso universal e integral.</p>	<p>É esperado que:</p> <p>a) A UBS identifica e comunica para outras instâncias de gestão (DS; SMS e CLS) a existência de barreiras para o acesso;</p> <p>b) A UBS sugere/adota medidas para superação das barreiras.</p>	<p>Gestor máximo Gestor intermediário Trabalhador (médico e enfermeiro) Usuário</p>	<p>Sim para todos os requisitos = 5 Para 50% dos requisitos = 2,5 p Não = 0</p>	<p>A identificação de barreiras de acesso pela UBS e a adoção de medidas para sua superação amplia as condições favoráveis para a execução de ações e serviços, o que agrega valor à capacidade de gestão e atribui legitimidade ao gestor.</p>
<p>Variável B.7: Gestão de pessoas</p> <p>B.7.1 Tipo de contrato de trabalho</p>	<p>É esperado no mínimo a existência de contrato de trabalho regido pela CLT</p>	<p>Gestor máximo</p>	<p>Sim = VERDE Não = VERMELHA</p>	<p>A existência de vínculo empregatício estável e que assegure 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.</p>

C) DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças)

INDICADOR/ FÓRMULA	PARÂMETROS	FONTE	PONTOS	PREMISSA
<p>Variável C.1: Canais de auscultação dos usuários</p> <p>C.1.1.a Existência de canais de auscultação.</p> <p>C.1.1.b Existência de procura de canais pelos usuários.</p> <p>C.1.1.c Existência de resposta à crítica dos usuários.</p>	Existência de pelo menos um canal que ausculte e responda a crítica/sugestão dos usuários.	Usuário (lembrar no instrumento desdobrar para qual tipo para verificar)	<p>C.1.1.a 25%= 1,25 pontos 50% = 2,5 pontos 75% = 3,75 pontos 100% = 5 pontos</p> <p>C.1.1.b 25%= 1,25 pontos 50% = 2,5 pontos 75% = 3,75 pontos 100% = 5 pontos</p> <p>C.1.1.c 25%= 2,5 pontos 50% = 5 pontos 75% = 7,5 pontos 100% = 10 pontos</p>	A existência de canais de auscultação indica o reconhecimento dos interesses dos usuários, o que amplia a legitimidade e a sustentabilidade do processo de gestão.
<p>Variável C.2: Parcerias e alianças</p> <p>C.2.1 Formação de parcerias e alianças entre setores da organização e/ou de outras organizações para garantia da atenção integral à saúde.</p>	Estabelecimento de parceria/aliança entre setores do DS/SMS e outras organizações (de saúde; comunitárias) para garantia da atenção integral à saúde.	Gestor máximo Gestor Intermediário	<p>Sim = VERDE</p> <p>Não = VERMELHA</p>	A existência de diversos tipos de parcerias e alianças amplia a legitimidade da gestão na execução dos serviços, o que agrega valor à capacidade de gestão
<p>Variável C.3: Difusão de informações sobre direitos e deveres dos trabalhadores e usuários da organização</p> <p>C.3.1 % de trabalhadores que referem receber informações por parte da organização.</p> <p>FÓRMULA: $N. \text{ de usuários que}$</p>	<p>C.3.1 Mínimo de 50% de trabalhadores que referem receber informações por parte da organização.</p> <p>C.3.2 Mínimo de 50% de usuários que referem receber informações por parte</p>	<p>C.3.1 Trabalhador</p> <p>C.3.2 Usuário</p>	<p>C.3.1 25%= 2,5 pontos 50% = 5 pontos 75% = 7,5 pontos 100% = 10 pontos</p> <p>C.3.2 25%= 2,5 pontos</p>	A difusão da informação sobre direitos e deveres aos usuários e trabalhadores por parte da UBS amplia a capacidade de operar ações e serviços, estabelecer

<p>referem receber orientações/N. total de informantes x 100</p> <p>C.3.2 % de usuários que referem receber informações por parte da organização.</p> <p>FÓRMULA: N. de usuários que referem receber orientações/N. total de informantes x 100</p>	<p>da organização.</p>		<p>50% = 5 pontos 75% = 7,5 pontos 100% = 10 pontos</p>	<p>parcerias, atribui legitimidade ao gestor, o que amplia a capacidade de sustentar resultados de gestão.</p>
--	------------------------	--	---	--

C) DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças)

INDICADOR/ FÓRMULA	PARÂMETROS	FONTE	PONTOS	PREMISSA
<p>Variável C.4: Acompanhamento e avaliação dos resultados</p> <p>C.4.1 Disponibilidade de informação para monitorar e avaliar os serviços produzidos.</p> <p>C.4.2 Existência e implementação de estratégias de acompanhamento e avaliação de resultados dos serviços produzidos.</p> <p>C.4.3 % de trabalhadores que informam receber retorno sobre a avaliação do seu desempenho.</p>	<p>C.4.1 Disponibilidade de informação atualizada pelo menos sobre a cobertura vacinal de crianças e do Programa de Controle da Tuberculose.</p> <p>C.4.2 Existência na organização de estratégias implementadas de acompanhamento e avaliação de resultados dos programas de Controle da Tuberculose, Hipertensão e Diabetes e da cobertura vacinal em crianças.</p> <p>C.4.3 Mínimo de 50% de trabalhadores que referem receber informações por parte da organização.</p>	<p>C.4.1 Gestor Máximo e Gestor Intermediário</p> <p>C.4.2 Gestor Máximo e Gestor Intermediário</p> <p>C.4.3 Trabalhador</p>	<p>C.4.1 Sim = VERDE Não = VERMELHA</p> <p>C.4.2 Sim = VERDE Não = VERMELHA</p> <p>C.4.3 Menos de 50% = 0 50% = 2,5p Mais de 50% até 70% = 3,75p Mais de 70% até 100% = 5p</p>	<p>A existência de estratégias de acompanhamento e avaliação dos resultados e do retorno aos trabalhadores da avaliação de desempenho amplia a capacidade de decidir e executar os serviços na direção dos princípios do SUS, o que agrega valor à capacidade de sustentar os resultados de gestão e amplia a legitimidade do gestor.</p>

Escala de pontuação para os indicadores quantitativos

Serão atribuídos valores com base na escala iniciando com valoração de pelo menos 25% de resposta para o indicador:

1,25	2,5	3,75	5,0
25%	50%	75%	100%
Vermelha	amarela	lilás	verde

**ANEXO A – Metas pactuadas entre a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador e a
Unidade Básica de saúde**

SERVIÇOS	QUANTIDADE MÉDIA MENSAL
Consultas Médicas (clínica médica, pediatria e ginecologia).	3.168
Consultas médicas com observação 24 horas	896
Consultas de urgência /emergência	8.960
Consulta/atendimento de enfermeiro	4.455
Consulta/atendimento de outros profissionais de nível superior (assistente social, nutricionistas e farmacêutico).	3.168
Ações/ procedimentos de profissionais de nível médio	16.500
Ações básicas em odontologia	3.207
Ações especializadas em odontologia	360
Cirurgias ambulatoriais especializadas	742
Exames laboratoriais: patologia clínica	10.560
Exames: radiodiagnóstico	2.100
Diagnose em cardiologia (ECG)	704
Diagnose em ginecologia (colposcopia/USG)	70

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº100/2006
Ref.: Devolução de Projeto

Salvador, 20 de dezembro de 2006.

ESTIMADA
Cristina Maria Meira de Melo
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Projeto de Pesquisa: "Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal".

Pesquisador (a) Responsável: Cristina Maria Meira de Melo

Situação do Projeto: APROVADO.

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB, reunido em 20 de dezembro de 2006.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando ao pesquisador (a) a necessidade de informar esse Comitê do relatório parcial e ou final no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº 196/96, IX – 2 c.

Estamos anexando ainda cópia do Parecer elaborado pelo relator e comitê, para o seu conhecimento.

Atenciosamente,


ANA MARIA FERNANDES PITTA
Coordenadora do CEP-SESAB

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia
Rua Pedro Conselheiro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 3116-5333 Fax: (71) 3116- 5324
E-mail: cepsesab@saude.ba.gov.br



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

PARECER N° 98/2006
Registro CEP: CAAE – 0092.0.053.000-06

I. Identificação:

Projeto de Pesquisa: "Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal"

Pesquisador (a) Responsável: Cristina Maria Meira de Melo

Instituição onde se realizará: COAPS – Secretaria Municipal da Saúde de Salvador.

Área de Conhecimento: 4.00 e 4.06

II. Justificativas e Objetivos:

OBJETIVO GERAL:

Avaliar a capacidade de gestão terceirizada das unidades de saúde do SUS Municipal em Salvador – Bahia.

ESPECÍFICOS:

- Analisar o contexto político local.
- Elaborar protocolo de indicadores para avaliar a capacidade de gestão das unidades de saúde terceirizadas do SUS municipal.
- Definir parâmetros para o protocolo de indicadores com base na análise do contexto local.
- Aplicar o protocolo de indicadores em cinco unidades de saúde terceirizadas do SUS municipal.
- Analisar os resultados da avaliação da capacidade de gestão nas dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade.
- Capacitar gestores e técnicos da secretaria municipal da Saúde, no uso da metodologia de avaliação construída.



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

III. Desenho e Metodologias:

Para avaliação da gestão terceirizada em saúde propõe-se um estudo multicase, de natureza quantitativa e qualitativa em cinco unidades de saúde do sistema municipal de saúde em Salvador, Bahia.

A opção por estudo multicase se deve ao fato de permitir a emergência de aspectos diferenciados da gestão avaliativa, sem necessariamente contemplar comparações, considerando que as unidades de saúde terceirizadas são gerenciadas por diferentes organizações.

A metodologia contemplará a definição e seleção de indicadores, a partir do conceito de gestão adotado e de seus eixos, com parâmetros e modelo de análise que levem em consideração o contexto local e os princípios e diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade, controle social e resolutividade incorporados nas dimensões da gestão.

A estratégia de ação envolverá quatro momentos:

Momento 1: Construção do plano de indicadores e sua parametrização para a avaliação da gestão terceirizada da saúde no SUS municipal.

Momento 2: Operacionalização: estudo empírico em cinco unidades de saúde.

Momento 3: Validação da metodologia de avaliação através da realização de Grupo Delphi com técnicos da SMS e das unidades estudadas.

Momento 4: Capacitação em avaliação da gestão terceirizada em saúde.

IV. Critérios de Participação (recrutamento, critérios de inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa):

A seleção dos informantes-chave da pesquisa será feita no Momento 2 da pesquisa.

V. Comentários e Parecer do (a) relator (a):

O tema em questão é de suma importância para avaliar a qualidade da gestão terceirizada das unidades de saúde do SUS municipal em Salvador - Bahia.

Após análise do projeto, considerando os itens acima listados, avalia-se que cumpre com os critérios estipulados para uma pesquisa desta natureza.

De modo geral, sendo um projeto bem estruturado que fornecerá dados para compreensão da temática proposta e subsídios para possíveis intervenções, cumpre com o caráter ético inerente à natureza da atividade.

Sendo assim, considera-se que a pesquisa pode ser efetivada, seguindo os passos propostos.



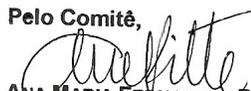
Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

VI. Situação do projeto:

APROVADO

Salvador, 20 de dezembro de 2006.

Pelo Comitê,


ANA MARIA FERNANDES PITTA
Coordenadora do CEP-SESAB