

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

VANESSA SAYURI CHAER KISHIMA

**AVANÇOS E DESAFIOS NA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS:**  
um retrato das contratações de pessoas e serviços no Estado de São Paulo

**São Paulo**

**2012**

VANESSA SAYURI CHAER KISHIMA

**AVANÇOS E DESAFIOS NA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS:**

um retrato das contratações de pessoas e serviços no Estado de São Paulo

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas

Campo do conhecimento: Administração em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior

**São Paulo  
2012**

**AVANÇOS E DESAFIOS NA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS:**

um retrato das contratações de pessoas e serviços no Estado de São Paulo/ Vanessa  
Sayuri Chaer Kishima. - 2012.

f. 164

Orientador: Álvaro Escrivão Junior

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Política de Saúde - Brasil. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Burocracia - Brasil. 5. Servidores públicos. I. Escrivão Junior, Álvaro. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

VANESSA SAYURI CHAER KISHIMA

**AVANÇOS E DESAFIOS NA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS:**

um retrato das contratações de pessoas e serviços no Estado de São Paulo

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo do conhecimento: Administração em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior

**Data de aprovação:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca examinadora**

---

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Júnior  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. Clóvis Bueno de Azevedo  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. Francisco César Pinto da Fonseca  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. Nelson Ibanez  
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa  
de São Paulo

---

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha  
Universidade Federal de São Carlos

À memória de meu pai, Goro Kishima, que continua a crescer dentro de mim.

À minha mãe, Marli Chaer Kishima: trator de energia e amor que sempre irá me orientar pela vida, por saber mais sobre os meus caminhos do que eu mesma.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, mestre e amigo Álvaro Escrivão Jr, pela confiança e conselhos que vão muito além desse trabalho, e por ser quem ele é.

Ao meu marido, amor e melhor amigo, Marcio Policastro, por estar comigo em todos os segundos desse trabalho, por suas discussões no papel de sociólogo e por suas músicas no papel de compositor.

Aos meus irmãos Deborah, Karina e Nilson, por manterem a família unida e por serem a minha representação do “incondicional”.

Aos meus sobrinhos Maria Luiza, Maria Laura e José, por toda a alegria proporcionada pelas risadinhas mais gostosas do mundo.

À minha mais querida tia Eliana Simonetti, por todo apoio e carinho nessa reta final, por ser essa fortaleza de mulher.

À minha amiga Irene Abramovich por todo o carinho e amor (24 horas por dia).

À minha querida Leila Dall’ Acqua, pelo carinho, cuidado e proteção desde o primeiro dia em que entrei na Eaesp.

Às minhas queridas amigas Lis, Andrea, Carolina e Grazia, pelo apoio e por perdoar minhas ausências.

A meu amigo Dr. Harif Bakri, por cuidar do meu corpo e da minha mente.

Ao Observatório de Recursos Humanos de São Paulo e ao COSEMS SP, em especial ao Dr. Paulo Seixas, a Jucelia Barbosa e ao Dr. Jorge Harada, pelo apoio fundamental para a execução dessa pesquisa.

Ao Prof. Paulo Elias (*in memorian*) e ao Prof. Wilton Bussab (*in memorian*), pelas contribuições a esse trabalho e por serem responsáveis por grande parte da minha inspiração para a pesquisa. Espero que se encontrem no céu para discutir os erros que cometi nesse trabalho (e que meu pai esteja por perto para me defender).

À Prof<sup>a</sup>. Valeria Vernaschi Lima, pelas mudanças em minha compreensão a respeito da significação do aprendizado.

À Prof<sup>a</sup> Ana Maria Malik, por sua habilidade única de incentivar os alunos.

A meus amigos: Prof<sup>as</sup>. Luciana e Virginia (FDC); Profs. Grec, Valéria e José Lucio (Unicid); e Prof. Zanetta (Sírio Libanês); por todo apoio nesse ano que passou.

Aos meus amigos da repartição da CPS: Silvany, Dona Bete, Daniele, Silvia, Mônica, Donini, Suely, Jovana, Cecilia e Elisa; e em especial a Verinha e Zé Dínio.

Aos entrevistados das tantas repartições que participaram desse estudo.

A todos os meus alunos da pós e da graduação, por compartilhar o aprendizado constante.

A Capes, pela bolsa concedida.

Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

*Clifford Geertz*



## RESUMO

O papel dos municípios na garantia da provisão de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde é crescente, sendo cada vez mais necessário repensar novas formas de financiamento e apoio para fortalecer uma gestão mais eficiente e racional. Esse trabalho vem no sentido de identificar como os municípios estão garantindo essa provisão, dentro de um cenário de restrição orçamentária imposto pelos limites com despesas de pessoal. A metodologia conta com uma primeira abordagem exploratória dos gastos municipais, que revelaram impactos, sendo o principal o aumento das despesas com terceiros após a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal. A partir dessa análise foi elaborada uma amostra representativa dos municípios do Estado de São Paulo, para detectar como eles conduzem a execução da política de saúde, por meio de entrevistas e de levantamento de informações sobre as formas de contratação de pessoas e serviços no âmbito municipal, ambas recolhidas junto a gestores municipais. Os resultados reforçam a necessidade de investimentos que contemplem as desigualdades intermunicipais e o questionamento no estabelecimento de limites iguais em realidades totalmente desiguais.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde, servidores públicos, contratualização.

## **ABSTRACT**

The role of cities and municipalities on guaranteeing health care supply in the field of Sistema Único de Saúde is ever-growing, making it increasingly necessary to rethink new alternatives for funding and supporting a more rational and efficient administration. This project has the goal of helping identify how such supplies are being guaranteed by local authorities, considering the budget restrictions imposed by staff expenses. The methodology carries out an exploratory first approach of local expenses, which has come to indicate impacts, the main one being an increase of third party expenses following the approval of Lei de Responsabilidade Fiscal. Based on that study, a spot-check on cities and municipalities in the State of São Paulo was developed, through interviews and information mappings regarding staff hiring and local services, both collected from local authorities, aiming to detect how health policies are being managed by their districts. The results come to point out the importance of investments that focus on regional inequalities and the questioning of why equal restrictions are assessed to realities which are totally unequal.

Keywords: Sistema Único de Saúde, public office, new public management

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Número de leitos públicos e privados no Brasil (1990-2009) .....	52
Figura 2: Número de leitos públicos e privados no Brasil por habitante .....	53
Figura 3: Caracterização dos Grupos da Amostra .....	68
Figura 4: Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo 1991 e 2010.....	73
Figura 5: Perfil do Gestor quanto à Qualificação .....	100
Figura 6: Qualificação dos Dirigentes .....	122
Figura 7: Perfil dos gestores quanto à Experiência .....	129
Figura 8: Perfil dos gestores quanto à Qualificação .....	129
Figura 9: Perfil dos Dirigentes quanto à Qualificação .....	135

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Esperança de Vida ao Nascer no Brasil e no Estado de São Paulo (1991, 2000, 2009).....	73
Tabela 2: Tabela dos Tipos de Unidades de Saúde do SUS por Departamento Regional de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde, 2010.....	76
Tabela 3: Equipes de Saúde da Família Implantadas e Cobertura Estimada. Estado de São Paulo, 2001 e 2010 .....	78
Tabela 4: Internações no SUS/SP segundo especialidade e natureza do prestador – 2010.....	79
Tabela 5: Consultas Médicas Básicas e de Especialidades no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2001 - 2010 .....	80
Tabela 6: Consultas Médicas Básicas e de Especialidades por habitante no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2001 – 2010 .....	81
<b>Tabela 7:</b> Gastos com Pessoal: número de municípios que excederam o limite ao final do exercício – 2000 a 2006.....	82
Tabela 8: Média dos Indicadores de Despesas com Pessoal Total em relação a Receita Corrente Líquida por grupo de municípios (%) .....	83

Tabela 9: Média do Indicador Despesa com Pessoal em Saúde em relação à /Despesa Total em Saúde por grupos de município (%) .....	86
Tabela 10: Média dos Indicadores de Despesas com Terceiros em relação à Despesas Totais em Saúde por grupo de municípios (%) .....	87
Tabela 11: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios PP.....	103
<b>Tabela 12:</b> Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios P.....	114
Tabela 13: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios MM.....	123
Tabela 14: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios MG.....	130
Tabela 15: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios G .....	137
Tabela 16: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios GG .....	143

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AIS – Ações Integradas de Saúde**

**ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar**

**CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensões**

**CF – Conselho Federal**

**CGR – Colegiado de Gestão Regional**

**CLT – Consolidação das Leis do Trabalho**

**CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**

**CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária**

**COSEMS – SP – Conselho Secretário Municipais de Saúde de São Paulo**

**DAB/MS – Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde**

**DATASUS – Departamento de Informática do SUS**

**DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública**

**DNSP- Departamento Nacional de Saúde Pública**

**DREs – Departamento Regional de Especialidades**

**DRS – Departamentos Regionais de Saúde**

**ESF – Equipes de Saúde da Família**

**ETAC - Entrevista Telefônica Assistida por Computador**

**FINBRA – Finanças do Brasil da Secretaria do Tesouro Nacional**

**IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões**

**IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**

**IDH – Índice de Desenvolvimento Humano**

**INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social**

**MARE – Ministério de Administração de Reforma do Estado**

**NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde**

**NOB – Normas Operacionais Básicas**

**OMS – Organização Mundial da Saúde**

**OSCIPS – Organização Social Civil de Interesse Pública**

**OSS – Organizações Sociais de Saúde**

**PAB – Piso de Atenção Básica**

**PAS – Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo**

**PIB – Produto Interno Bruto**

**PNAD – Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios**

**PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**

**PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde**

**PSF – Programa de Saúde da Família**

**RH – Recursos Humanos**

**SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico**

**SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados**

**SICONV - Sistema de Gestão de Convênios**

**SIH – Sistema de Internações Hospitalares**

**SIOPS - Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**

**SUDs – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**TCESP - Tribunal de Contas do Estado de São Paulo**

**UAC – Unidade de Avaliação e Controle**

## SUMÁRIO

<b>1.1 APRESENTAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO TEMA.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 OBJETIVO .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 QUESTÕES DE PESQUISA .....</b>	<b>19</b>
<b>1.5 HIPÓTESE.....</b>	<b>20</b>
<b>2 A BUROCRACIA E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>21</b>
2.1 BUROCRACIA PATRIMONIAL.....	24
2.2 E A SAÚDE? SANITARISMO E INÍCIO DO MODELO PREVIDENCIÁRIO .....	27
2.3 A BUROCRACIA PÚBLICA: O ESTADO NACIONAL-DESENVOLVIMENTISTA .....	30
2.4 O MOVIMENTO NO SENTIDO DA ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL.....	36
2.5 PERFIL DOS SERVIDORES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA .....	43
2.6 DISFUNÇÕES NA GESTÃO PÚBLICA DE RECURSOS HUMANOS.....	46
2.7 E A SAÚDE? EFEITOS DO MODELO PREVIDENCIÁRIO .....	50
2.8 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	55
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>65</b>
3.1 DIMENSÃO ECONÔMICA.....	65
3.2 DIMENSÃO EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE .....	66
3.3 ELABORAÇÃO DA AMOSTRA .....	66
<b>4 UNIVERSO DA PESQUISA – ESTADO DE SÃO PAULO .....</b>	<b>71</b>
<b>5.0 ESTUDO DAS TENDÊNCIAS DAS DESPESAS COM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO .....</b>	<b>81</b>
<b>6 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE .....</b>	<b>88</b>
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>99</b>
<b>8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>151</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>157</b>
<b>10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>159</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 APRESENTAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO TEMA**

Este trabalho tem como tema o estudo da eficiência e da eficácia do gerenciamento público do fornecimento de serviços de saúde no Brasil. Considera que, como o direito de todos à saúde é determinado na Constituição de 1988, e como o Brasil é um país com imensas desigualdades, a questão do bom gerenciamento dos recursos – financeiros e humanos – é de vital importância. Mais que isso, que como nas últimas décadas a prestação de serviços de saúde passou a ser descentralizada, o campo de estudo ideal e concreto desta questão está nos municípios. É da análise do gerenciamento da saúde em municípios – especificamente em municipalidades paulistas – que cuida este estudo. Entretanto, antes de chegar ao que nos interessa mais diretamente, há pontos a esclarecer.

Ocorre que a descentralização municipal caracterizou-se por avanços relacionados ao aumento da capacidade instalada e à produção de procedimentos no âmbito municipal, com incentivos específicos oferecidos pelo governo federal. Mas mesmo sendo a política de saúde um destaque, como a mais exitosa experiência de descentralização de políticas públicas no Brasil, restam desafios a superar – dentre eles, especialmente, o financiamento inadequado e a gestão ineficiente e insuficiente.

Com relação ao financiamento insuficiente, as informações estatísticas não deixam margens para dúvidas: realmente o Brasil destina pouco, uma pequena parte do orçamento, à rubrica da saúde, o que se torna mais evidente se os valores forem comparados aos de outros sistemas de saúde (universais ou não). Segundo levantamento realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2000 o Estado brasileiro aplicou apenas 4,1% dos seus recursos no setor. Em 2008 foram 6%. Nesses mesmos anos, a Argentina investiu 14,7% e 13,7%, respectivamente. O financiamento público à saúde no Brasil, que representou 44% do total em 2008, está distante de países onde o acesso ao serviço é universal e integral, como recomenda a OMS. No Reino Unido, 82,6% dos recursos voltados à saúde são públicos e na Suécia o índice é de 78,1% (OMS, 2010).



É de notar que com tão pouco, bem ou mal, uma enorme população seja atendida pelo sistema público de saúde no Brasil. Estabelece-se assim um paradoxo: se fazemos muito com recursos insuficientes, como se justifica o segundo desafio a enfrentar: a gestão ineficiente?

Existe uma percepção geral, detectada em pesquisas realizadas no Brasil, de “gestão ineficiente” no setor da saúde. A consolidação de um senso comum sobre a gestão ineficiente explica-se pela percepção da morosidade, da ineficiência e da ineficácia da máquina pública para identificar e executar o que dela se espera – falhas que, por sua vez, são associadas a uma administração excessivamente burocrática (no sentido de inchada, lenta, acomodada e com regulamentação excessiva e desnecessária, que dificulta o acesso a serviços essenciais); e a práticas de corrupção que, comprovadas ou não, são parte importante desse constructo de gestão ineficiente.

Assim, a percepção negativa dos brasileiros a respeito dos serviços de saúde que lhes são prestados está intimamente ligada à estruturação e ao funcionamento da administração pública nos três níveis de governo; ou seja, às estruturas responsáveis pela formulação, pela implementação e pela execução das políticas sociais.

Ao longo do tempo, especialmente a partir de meados dos anos 1990, a constatação da ineficiência e da morosidade da máquina pública estimulou reformas administrativas por todo o mundo. As ações voltaram-se a reduzir o tamanho do funcionalismo (no sentido de ‘ganhar músculo’), com a transferência de alguns serviços para organizações privadas; transferência esta condicionada à introdução de instrumentos de controle de resultados de modo a garantir a execução dos serviços e a formação de um corpo de gerentes aptos a conduzir esse processo.

Em geral, esse movimento é denominado Nova Gestão Pública ou Gestão Pública por Resultados. No Brasil, este movimento é conhecido como “Reforma Gerencial”, denominação dada pelo então Ministro da Administração e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser-Pereira, em 1995.

O presente estudo pretende abordar os efeitos desse movimento na execução da política de saúde pelos governos municipais – especificamente de administrações municipais do Estado de São Paulo. E por que nos governos municipais? Por duas grandes razões: a primeira está

no fato de que é deles a responsabilidade da condução dos serviços de atenção básica (principal elo da organização e racionalização dos sistemas de saúde); e a segunda é a pouca informação disponível sobre as estruturas administrativas (ou burocracias) subnacionais. O pressuposto é de que há espaço para o aprimoramento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em benefício da qualidade do serviço prestado aos cidadãos brasileiros.

Acredito que seja importante apresentar o caminho que escolhi para a condução desse trabalho: quando procuro explicar aos meus alunos a estruturação dos sistemas de saúde pelo mundo, destaco a importância de olhar os contextos históricos nos quais eles foram criados e quais os fatores determinantes para as mudanças ocorridas, sob a lógica de que sistemas de saúde são construções sociais.

Por esse motivo, cuido de abordar os principais determinantes para o atual cenário das burocracias subnacionais na execução da política de saúde no Brasil. Para tanto, julguei importante traçar um paralelo entre a estruturação da burocracia no Brasil e o papel do Estado na condução das ações de saúde. Aqui são revelados os fundamentos sobre os quais se realizou, posteriormente, a análise propriamente dita.

Seguem os esclarecimentos que julgamos necessários, no correr de nossa pesquisa, para a compreensão da questão que nos interessa mais diretamente: a da possibilidade de aprimoramento da gestão pública do sistema de saúde no Brasil.

## **1.2 OBJETIVO**

O objetivo do presente estudo é conhecer o modo de execução da política de saúde nos municípios paulistas, com ênfase nas formas de contratação de recursos humanos. Ou seja, ao verificar as formas de contratação adotadas pelos municípios, e a percepção dos dirigentes e ou gestores a respeito de sua eficiência e eficácia, pretende-se investigar a maneira pela qual é executada a política de saúde nos municípios.

### **1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

A saúde é uma das áreas mais sensíveis da administração pública em todo o mundo. No Brasil, o setor tem passado por reformas ao longo do tempo, é um exemplo de sucesso no que diz respeito à descentralização, mas carece de informações e estudos mais detalhados para o estabelecimento de políticas públicas voltadas ao atendimento de maior qualidade aos cidadãos.

A execução da política de saúde nos governos subnacionais é marcada pelo financiamento insuficiente e pela dificuldade na contratação de profissionais. Nesse sentido, esse estudo busca evidenciar o atual cenário administrativo e identificar questões de modo a fortalecer e garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

O estudo restringe-se aos municípios do Estado de São Paulo, o mais populoso, o maior produtor de riquezas e, ao mesmo tempo, mais desigual estado brasileiro. A amostra contempla os municípios grandes e prósperos e minúsculos e dependentes de dinheiros federais; além de administrações das mais variadas colorações políticas.

### **1.4 QUESTÕES DE PESQUISA**

- Quem são os dirigentes públicos responsáveis pela política de saúde em âmbito municipal?
- Como são contratados os profissionais que executam a política de saúde?
- Quais são os regimes de contratação praticados pelos municípios e como estes afetam o desempenho dos servidores?
- Como são contratados os serviços privados complementares?
- Como são supervisionados e controlados os serviços contratados?

## **1.5 HIPÓTESE**

A imposição de limites para a despesa com pessoal e a baixa capacidade de gestão dos municípios paulistas geram uma tendência à contratação de serviços privados não apenas de forma complementar, mas como principal fonte de força de trabalho na execução de políticas de saúde.

## 2 A BUROCRACIA E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O termo burocracia nasceu sob uma forte conotação negativa, sendo empregado pela primeira vez por um economista fisiocrático no século XVIII para designar o poder do corpo de funcionários e empregados da administração estatal, incumbido de funções especializadas sob a monarquia absoluta e dependente do soberano. O termo se institucionalizou na linguagem comum com tom crítico à proliferação de normas e regulamentos, ao ritualismo, ao formalismo, à falta de iniciativa, ao desperdício de recursos – ou seja, à ineficiência das organizações (BOBBIO, 1994).

O cunho pejorativo da palavra, entretanto, é resultante da experiência histórica dos povos – a burocracia é aquele aparato e aquele grupo de pessoas cuja operação garante o funcionamento de um sistema – o bom funcionamento se as pessoas forem bem formadas e o aparato for bem gerido; e o mau funcionamento em caso contrário.

Para o sociólogo e economista político alemão Max Weber, que escreveu seus trabalhos na primeira metade do século XX, burocracia é a específica variante moderna das soluções para os problemas gerais da administração. O conceito da burocracia weberiana parte de tipologia de domínio (legítimo e não legítimo), e do aparelho administrativo. Ele considera que todo o poder “procura suscitar e cultivar a fé na própria legitimidade” e “se manifesta e funciona como administração” (BOBBIO, 1994, p. 125).

O domínio legítimo, de acordo com Weber, é assim classificado:

- Carismático: legitimado pelo reconhecimento dos poderes e das qualidades excepcionais do chefe; e o seu aparelho consiste no seu grupo de discípulos.
- Tradicional: legitimado pela crença nas regras e nos poderes antigos, tradicionais e imutáveis, sendo que seu aparelho pode assumir formas patrimoniais ou feudais.
- Legal: legitimado pela existência de normas formais legais e abstratas, sendo seu aparelho um *staff* burocrático.

Desta forma, Weber define burocracia como a estrutura administrativa que serve ao tipo mais puro de domínio legal. Ou seja, o pré-requisito de uma organização burocrática é a existência de regras abstratas vinculadas aos detentores do poder, ao aparelho administrativo e aos dominados; ou ainda, em outras palavras, as ordens são legítimas na medida em que quem as emite não ultrapasse a ordem jurídica impessoal e, da mesma maneira, a obediência é devida somente nos limites fixados por essa ordem jurídica.

Resumidamente, a burocracia moderna funciona segundo as seguintes características:

- As áreas de jurisdição fixas e oficiais são delimitadas e ordenadas segundo regulamentos, ou seja, por meio de leis e normas administrativas.
- As atividades são previamente elaboradas, sendo sempre orientadas para o alcance dos objetivos das organizações.
- As autoridades que determinam a execução das atividades têm seu poder e sua discricionariedade delimitados por regras estabelecidas.
- Somente pessoas qualificadas devem ser selecionadas para a execução das atividades, conforme processos estabelecidos.
- A seleção e as qualificações técnicas dos profissionais são previstas por um regulamento geral.
- Os princípios de hierarquia dos níveis de autoridade estão relacionados a um forte sistema de mando e subordinação.
- A administração se baseia em registro de documentos, preservados na forma original ou em esboço.
- Na burocracia, a atividade oficial é totalmente separada da vida privada do funcionário.
- A administração burocrática pressupõe habitualmente um treinamento especializado completo, tanto para os diretores como para os funcionários em geral.
- Os cargos devem estar plenamente desenvolvidos, ou seja, as atividades devem exigir a plena capacidade do funcionário.
- As atribuições e o desempenho do funcionário devem seguir regras gerais ‘mais ou menos estáveis’ e ‘mais ou menos exaustivas’, e que podem ser aprendidas.

- O conhecimento adquirido pelo desempenho das atividades representa um aprendizado técnico especial.
- A redução do cargo moderno a regras estabelecidas por decretos não dá o direito à repartição de regular medidas a cada caso, mas tão somente de regulamentar a matéria abstratamente, o que inibe a concessão de privilégios individuais e a concessão de favores, ações características do patrimonialismo (WEBER, 2010).

Para Azevedo e Loureiro (2003) o modelo burocrático de administração contém os princípios fundamentais do Estado de Direito, indispensáveis ao ordenamento democrático dos aparatos administrativos.

Os autores argumentam que a “administração burocrática é o modelo mais compatível com uma ordem política republicana e democrática, na qual o primado do interesse público sobre o particular, e a igualdade de todos os cidadãos, constituem ideias centrais” (AZEVEDO; LOUREIRO, 2003, p. 48). Para eles, os princípios da legalidade, da impessoalidade, das regras formais e universais, devem orientar a ação dos funcionários que executam as funções do Estado e a estruturação das carreiras públicas, ou seja, os processos de recrutamento, promoção, avaliação e controle dos atos e omissões dos membros do aparato estatal.

Por outro lado, os mesmos reconhecem que a consolidação do tipo ideal de burocracia não foi bem sucedida, especialmente em países como o Brasil, em que o patrimonialismo, o clientelismo e outras formas de dominação tradicional não foram completamente superados.

Os principais determinantes para estruturação da burocracia no Brasil e para o atual cenário da política de saúde são apresentados a seguir, em ordem cronológica.

## 2.1 BUROCRACIA PATRIMONIAL

Embora a administração pública genuinamente brasileira nasça com a independência do país, os efeitos de 300 anos de colonização não devem ser ignorados (ABRUCIO *et al.*, 2010). Abrucio destaca a existência de duas formas de comando durante o Período Colonial:

- Centralizado: tinha como figura principal o governador-geral (instituído após o fracasso da administração privada das capitanias hereditárias), com um modelo administrativo caracterizado pelo excesso de regras e regulamentos oriundos da administração da metrópole.
- Descentralizado: resultante da estruturação local de governança (o Estado português não alcançava a maior parte do território brasileiro) e caracterizado pelo patrimonialismo, onde prevalecia o personalismo identificado pelo historiador Sérgio Buarque de Holanda, e entendido como a privatização do espaço público ou a subversão das regras em nome de interesses individuais imediatos.

Esse quadro administrativo começou a mudar em 1808, quando o Brasil foi guindado à posição de Centro do Império Português. A partir da instalação da corte no Rio de Janeiro, passaram a ser criadas instituições que serviriam de base para o Estado Nacional proclamado em 1822.

Nesse momento, estruturou-se uma ‘burocracia patrimonialista’ formada por lideranças político-administrativas oriundas de Coimbra, em Portugal. O grupo ocupou altos cargos governamentais e teve papel central no processo de independência e na elaboração de um Projeto de Nação. Essa ‘alta burocracia imperialista’, selecionada por mérito, atuava na definição das principais diretrizes do país e na assessoria do imperador, que concentrava em si os quatro poderes, conforme ficou legitimado pela Constituição de 1824.

As lideranças de então eram selecionadas por meio de um ‘certo tipo de mérito’ baseado em um saber generalista; ou seja, o profissional não era detentor de um conhecimento especializado. Além disso, a burocracia patrimonialista praticava a distribuição de empregos públicos para garantir apoio político e social (o denominado mecanismo de patronagem), o que favorecia principalmente os cabos eleitorais eficazes na conquista de votos no interior.



Assim, prevaleciam na administração pública brasileira dois ambientes ‘burocráticos’: um deles era composto pelos órgãos formados por pessoas selecionadas por algum tipo de mérito e o outro abrigava pessoas selecionadas pelo mecanismo de patronagem.

Com relação ao tamanho da estrutura administrativa estatal, Abrucio *et al.* (2010) destaca que grande parte das funções ditas estatais era realizada por entes privados, sendo o maior exemplo a Guarda Nacional. Em 1870 ela contava com mais de 600 mil homens, enquanto todo o funcionalismo público não somava mais de 80 mil pessoas.

O autor ainda chama a atenção para o fato de que, naquela época, a estruturação dos Estados Burocráticos por todo o mundo possuía traços patrimonialistas, sendo que as primeiras reformas no sentido burocrático-weberiano tiveram início na metade e no final do século XIX. Sob esse prisma, portanto, o Brasil ainda teria condições de ampliar seu grau de burocratização. Começou a ‘perder o bonde da História’ com o advento da Primeira República.

A Primeira República (1889 a 1930) foi marcada pelo enfraquecimento do Estado, principalmente no nível central. Nesse cenário, prevaleceu o Sistema Estadualista oligárquico, que pouco modernizou o aparelho estatal, apesar de sua alta autonomia político administrativa.

Embora se verifique algumas exceções, como a estruturação de sistemas de ensino do Rio Grande do Sul e de São Paulo (que também se destacará nas práticas de saúde pública, como veremos a seguir); é nesse momento que se fortalece o modelo de patronagem subnacional pela via da política do coronelismo.

Segundo Weber (2010), vários caminhos podem levar à burocratização, mas em geral, essa é potencializada pela necessidade de criação de exércitos permanentes determinada pela política de poder. No Brasil não foi diferente, dado que as duas primeiras organizações nacionais com características burocráticas weberianas estavam ligadas à manutenção do poder: as Forças Armadas (com a dissolução da Guarda Nacional) e o Itamaraty (Ministério das Relações Exteriores).

A modernização do Exército (meritocrático e profissional) estava vinculada à construção de um projeto de Nação, idealizado pelas lideranças militares desejosas de montar uma estrutura institucional que lhes permitisse interferir na ordem política do país, o que lhe conferiu um papel de destaque ao longo do Estado Nacional Desenvolvimentista. Já o Itamaraty foi estruturado a partir da necessidade de um corpo diplomático que lidasse com as complexas questões fronteiriças da época, e, graças principalmente às intervenções do Barão de Rio Branco, os diplomatas alcançaram um status diferenciado, com uma estrutura permanente consolidada, segundo as características da burocracia weberiana, por Mauricio Nabuco (ABRUCIO *et al.*, 2010).

A estruturação do Exército e do Itamaraty proporcionou a consolidação de um corpo de funcionários dotados de uma ‘estima social específica’, sendo sua posição social assegurada pelas normas e pela hierarquia estabelecidas (WEBER, 2010). Até os dias atuais, ambas diferem das demais organizações e instituições estatais brasileiras. No caso dos diplomatas, a posição social privilegiada do funcionário foi, e segue sendo, reiterada por uma forte diferenciação socioeconômica, dadas as condições necessárias para arcar com os custos da formação acadêmica e do treinamento requeridos, sem falar no tempo dedicado exclusivamente aos estudos.

Cabe ressaltar que naquele período da Primeira República eram pouco claras nos textos constitucionais a descrição e as regulamentações sobre os demais empregados vinculados aos órgãos estatais. Azevedo (1998) aventava algumas hipóteses para o fato: o incipiente desenvolvimento do Estado e a falta de clareza na discriminação das esferas do público e do privado.

Segundo o autor, a separação conceitual entre o público e o privado é muito distante das organizações patrimoniais, sendo concebida e realizada primeiramente em comunidades urbanas, com o estabelecimento de governantes definidos por eleições periódicas – pessoas que gozam de um tipo especial de autoridade: a delegada e não aquela ‘por sua própria conta’. Não obstante, essa separação só foi consolidada a partir da total despersonalização da direção administrativa característica da burocracia, e da sistematização racional do direito (AZEVEDO, 1998).

## 2.2 E A SAÚDE? SANITARISMO E INÍCIO DO MODELO PREVIDENCIÁRIO

Para Weber (2010), as ações voltadas para a política de bem estar social seguem pelo caminho da burocratização, a partir do momento em que essas tarefas são atribuídas ao Estado pelos grupos de interesse, ou seja, essas ações são ‘usurpadas’ pelo Estado, com vistas à manutenção do poder ou por motivos ideológicos, embora o autor declare que os reais motivos que levam o Estado a assumir essas ações são, em sua maior parte, de natureza econômica.

No Brasil, as primeiras ações estatais na área de saúde tiveram motivação de natureza claramente econômica. Data da chegada da Corte Portuguesa, sendo vinculadas à emergência de projetos voltados para a higiene pública e para a medicalização do espaço urbano, com ações voltadas ao combate à lepra, à peste e ao controle sanitário dos portos. A nobreza europeia e os comerciantes que passaram a utilizar o porto do Rio de Janeiro não podiam conviver com a insalubridade que reinava na cidade até 1808.

Dáí terem se estabelecido, justamente nesta fase, as primeiras Escolas de Medicina no Brasil. É importante destacar, ainda, a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (1829), que exerceu importante papel sobre as decisões governamentais no campo da saúde pública, com a apresentação de um amplo programa voltado principalmente ao saneamento.

Após a proclamação da República, a Constituição de 1891 determinou que os estados se responsabilizassem pela saúde pública em seus territórios, o que levou à criação de Departamentos Sanitários estaduais bem organizados do ponto de vista administrativo.

Em dezembro de 1919 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que daria maior amplitude aos serviços sanitários federais. A partir de então, os projetos estatais de saúde voltaram-se ao combate de epidemias e endemias, com a institucionalização de processos e rotinas sanitárias. Essas medidas foram distribuídas e adotadas pelos departamentos sanitários do país.

Em revisão bibliográfica sobre as práticas de saúde pública desse período, Nunes (2000), destaca a experiência do estado de São Paulo. Seu sucesso foi atribuído ao encaminhamento

de medidas sanitárias desde a época do Império, um acúmulo de conhecimento que serviu de base para os progressos subsequentes, além de influenciar diretamente as ações e medidas sanitárias adotadas em âmbito nacional.

O mesmo autor destaca a importância da pesquisa de Blount, publicada na forma de artigo na Revista de Administração de Empresas em 1972 e citada em praticamente todos os trabalhos voltados para a análise desse período. Blount analisa o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo entre 1892 e 1918. Assinala o quanto foi incomum o movimento sanitário paulista no âmbito da história da saúde mundial, pela rapidez com que foi implementado; e constata que a campanha paulista foi parecida, em alguns aspectos, com a política de saúde desenvolvida por Bismarck na Alemanha.

Para Nunes (2000), a maior importância do estudo de Blount é a constatação da aceitação e aplicação rápida das descobertas da revolução bacteriológica por parte dos políticos paulistas e dos diretores de serviços públicos de saúde, o que se confirma pelo estabelecimento de um vasto complexo estadual voltado para a pesquisa e para a produção de vacinas.

Com relação aos avanços da intervenção estatal nas medidas de saneamento e higiene, o autor estabelece uma ligação direta com os interesses dos fazendeiros e empresários paulistas em atrair imigrantes para o Brasil. Ou seja, as medidas de saúde eram necessárias, pois a imigração aumenta a possibilidade de doenças que reduzem a produtividade dos trabalhadores; e de outro lado, os imigrantes que tivessem condições de escolha certamente escapariam de localidades reconhecidamente insalubres.

Em resumo, o alto grau de intervenção estatal nas ações de saúde pública estava vinculado a motivos econômicos, na forma dos interesses dos proprietários, apoiados por políticos paulistas. E este sistema foi bem sucedido se comparado a outras experiências nacionais e internacionais. Nesse sentido, Telarolli Junior (apud Nunes, 2000) destaca que o sucesso da experiência paulista deve considerar a alta qualificação individual dos dirigentes dos serviços sanitários do Estado de São Paulo.

Ou seja, o sucesso da experiência paulista está relacionado aos pressupostos determinantes para a eficiência das organizações burocráticas: a existência de processos estruturados e bem

definidos, com a atuação de um corpo técnico qualificado e reconhecido, em um cenário de economia crescente.

Com a ascensão da assistência médica individual nos anos 1920, o Estado de São Paulo novamente inovou, com a denominada Reforma médico-sanitária. Geraldo Paulo Souza, designado diretor do Serviço Sanitário Estadual, liderou um projeto de saúde orientado para as ações de Educação Sanitária realizadas em Centros de Saúde.

Nesse mesmo período, em resposta às reivindicações trabalhistas, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), por iniciativa do poder central, preocupado em conter as greves progressivas que prejudicavam a produção. O Decreto nº 4.682 (Lei Eloy Chaves) instituiu a criação das CAPs nas empresas de estradas de ferro, sendo estas instituições posteriormente estendidas para as demais empresas com mais de 50 empregados.

Cohn (2003) ressalta que esse momento definiu os grandes traços do sistema previdenciário brasileiro: implementação de um seguro social com caráter altamente controlador dos segmentos de trabalhadores essenciais à economia (no sentido de disciplinar e assegurar formas mínimas de sobrevivência ante os acidentes e o esgotamento de sua capacidade de trabalho); forma tripartite de financiamento (empregadores, trabalhadores e Estado); e estabelecimento do acesso do trabalhador e de seus dependentes a assistência médica na condição de filiados ao seguro social.

As CAPs eram organizadas pelas empresas que não contavam com volume suficiente de recursos financeiros para a construção de uma infraestrutura de serviços médicos para o atendimento dos trabalhadores e de seus filiados. Estas empresas passam então a comprar serviços privados na forma de credenciamento médico. Segundo Cohn (2003, p. 15), “... datam, portanto dessa época as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos”.

Apesar da resistência de alguns setores e da falta de controle do Estado, as CAPs se multiplicaram rapidamente, principalmente no sudeste do país, onde se localizavam os grandes polos de desenvolvimento econômico.

### **2.3 A BUROCRACIA PÚBLICA: O ESTADO NACIONAL-DESENVOLVIMENTISTA**

A substituição de um sistema de apadrinhamento por uma burocracia pública profissional é condição necessária para o desenvolvimento dos países. No Brasil, este fenômeno verificou-se nos anos 1930, no governo Getúlio Vargas, que completou o processo de construção nacional com a criação de um novo tipo estatal voltado para a industrialização, a urbanização e o desenvolvimento do país (ABRUCIO, 2010; BRESSER, 2003).

Como a máquina do Estado tinha forte intervenção na esfera econômica, e promovia investimentos em empresas (principalmente as de base, como siderúrgicas e petroquímicas), foi necessária a constituição de uma administração pública qualificada e competente para conduzir as diretrizes de modernização e desenvolvimento. Iniciou-se então a primeira Reforma Administrativa no Brasil, caracterizada pela valorização da instituição e dos objetivos do Estado, com a criação (principalmente no nível federal) de uma estrutura institucional profissional e universalista baseada na meritocracia.

Como já mencionado, até então o modelo das organizações burocráticas com características weberianas era restrito às Forças Armadas e ao Itamaraty. A reforma varguista foi muito além, por ter uma amplitude maior e principalmente por criar uma burocracia com características weberianas destinada a produzir políticas públicas em larga escala. (ABRUCIO, 2010).

Durante o primeiro governo Vargas, denominado Estado Novo, foram implantadas medidas de racionalização e adoção de princípios de meritocracia no aparelho estatal por meio da criação de comissões e leis. O auge dessa Reforma se deu com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP).

O modelo ‘daspiano’ foi resultado de várias fontes de inspiração: a experiência do Itamaraty; o estudo da burocracia em outros países; e a experiência político administrativa de Vargas, influenciada pela reforma na área educacional do Rio Grande do Sul (com uma visão mais meritocrática do funcionalismo); além de sua experiência como Ministro da Fazenda na década de 1920, quando percebeu que o Estado só poderia mudar com o estabelecimento de uma burocracia profissional forte (BRESSER, 2007).

Com relação às principais ações voltadas para a modernização da administração pública destacam-se os seguintes:

- A criação da Comissão Permanente de Compras (1931), com o objetivo de centralizar os processos de aquisição de materiais (primeiro passo no sentido de controle e padronização dos procedimentos na administração pública).
- Instituição do concurso público como regra geral de acesso aos cargos públicos (Constituição de 1934, art. 169), reafirmada na Constituição de 1937.
- Padronização dos vencimentos, com o estabelecimento de igualdade de remuneração para os cargos com responsabilidades e funções semelhantes, e estabelecimento de um sistema de cargos (Lei do Reajustamento, 1936).
- Criação da Comissão de Orçamento do Ministério da Fazenda, com a função de introduzir maior controle dos gastos, sendo o primeiro órgão central orçamentário e responsável por estabelecer as normas orçamentárias (1940).
- Expansão da administração pública, por meio da criação de unidades descentralizadas: autarquias, empresas públicas, fundações, sociedades de economia mista, além dos departamentos administrativos estaduais ('daspinhos'), que garantiam a centralização autoritária durante o Estado Novo.

O DASP centralizava a condução das ações acima mencionadas, sendo estratégico para a modernização da administração pública, além de ser um importante instrumento político na consolidação de um modelo autoritário e conservador, principalmente durante o Estado Novo. A proposta modernizadora, nas palavras de Abrucio:

[...] não alterou profundamente o *status quo* representado pelos interesses agrários, nem tampouco com a necessidade de ter uma parcela do estado voltada à patronagem, com o propósito de manter o apoio de uma parcela da elite ao varguismo. (ABRUCIO, 2010 p. 37).

Nesse sentido, Abrucio (2010) compara a experiência da reforma centralizadora brasileira com a da reforma norte-americana do mesmo período, que também possuía um viés centralista, mas que obteve resultados muito diferentes, para concluir que a reforma administrativa brasileira ampliou a diferença entre a excelência da burocracia federal e a precariedade da administração pública na maioria dos estados e municípios:

A reforma de Roosevelt foi baseada na nacionalização do princípio do mérito contra as oligarquias locais, o paradigma varguista era o controle das elites locais e não o da transformação política e gerencial dos governos subnacionais. (ABRUCIO, 2010, p. 42).

Ainda segundo o autor, esse quadro consolidou a prática da modernização administrativa por meio de uma administração paralela, com uma parte da administração regida pelos princípios da meritocracia e do profissionalismo (livres da influência do clientelismo), e outra mantida sob a égide do patrimonialismo. Replicava-se, assim, o modelo que existia no Brasil desde os tempos coloniais.

Segundo os princípios e pressupostos do modelo burocrático, a reforma daspiana não obteve êxito na expansão dos princípios de profissionalismo no âmbito da administração pública brasileira em geral. Por outro lado, observou-se uma proliferação de normas e regulamentos por toda a administração pública, com a valorização dos meios em si em detrimento dos resultados. Ou seja, instituiu-se um formalismo excessivo que atrapalhou a eficiência na administração pública, além de fornecer um disfarce de burocracia impessoal (por meio da utilização de normas e procedimentos) às formas patrimoniais. (ABRUCIO, 2010)

A partir da queda do Estado Novo, em 1945, o poder do DASP foi enfraquecido: os concursos públicos foram suspensos e houve uma enorme contratação de funcionários interinos, sem concurso público e, portanto, sem comprovação de competência e mérito, para a ocupação das vagas. Uma nova tentativa de restabelecer os princípios da meritocracia se deu em 1952, com a aprovação do Estatuto dos Funcionários Públicos civis, mas ele foi sistematicamente burlado em leis posteriores.

A segunda Reforma Administrativa Brasileira ocorreu sob o regime militar, nos anos 1960 e 1970. Caracterizou-se por seu caráter autoritário e por seguir um forte modelo de desconcentração administrativa (Decreto Lei nº 200).



O Estado continuou sua expansão por meio do fortalecimento da administração indireta, ou seja, por meio dos órgãos descentralizados (autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista), que possuíam alto grau de autonomia decisória. Nesses órgãos prevalecia a contratação pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por ser mais flexível (frente ao ‘engessado’ regime estatutário dos concursados), o que favorecia o recrutamento de profissionais qualificados com remunerações elevadas, além de facilitar os trâmites de contratação e desligamento.

Esse período foi marcado pelo favorecimento de determinados setores econômicos, pelo tráfico de interesses e pela corrupção, característicos do Estado Patrimonialista. Apesar de seu caráter autoritário, no entanto, foi nessa fase que se deram os primeiros passos para a massificação da educação, bem como para a expansão e a institucionalização de políticas públicas em áreas relacionadas ao desenvolvimento socioeconômico, como saneamento e habitação.

O corpo de funcionários executivos da administração federal estruturado no período anterior foi posto de escanteio, com exceção de algumas carreiras vinculadas às áreas econômica (Receita Federal e Banco Central) e diplomática. O restante do serviço civil passou a ser regido por um plano de cargos desarticulado, sem incentivos à profissionalização e com uma parcela de funcionários contratados sob o regime da CLT.

O modelo de desconcentração administrativa se revelou ineficiente, pelos falhos mecanismos de controle e coordenação das unidades descentralizadas. Nesse sentido, Abrucio (2010) reforça um ponto importante a ser considerado nas reformas administrativas: só se pode conferir maior autonomia e flexibilização às agências públicas se houver estipulação de mecanismos claros e eficazes de controle de desempenho.

O discurso de modernizar a administração ‘de cima para baixo’, estimulou os governos subnacionais a reproduzirem uma estrutura institucional nos moldes do nível federal – mas isto somente na forma, pois as diretrizes para o recrutamento de funcionários e a criação de carreiras foram desconsideradas e, assim, prevalecia na maioria dos governos locais uma fraca estrutura burocrática, formalista e ineficiente, o que favorecia a patronagem.

Os anos 1980 foram de crise e de transição. O Brasil atravessou a pior fase econômica de sua história (com a crise da dívida externa e inflação inercial elevadíssima), o que facilitou a transição política do governo militar para um regime democrático (BRESSER, 2007).

No campo da administração pública, esse período foi marcado pelo enfraquecimento político do governo federal. Um considerável contingente de servidores públicos recebia baixos salários e não tinha perspectiva de progresso na carreira. Houve também o fortalecimento da reorganização sindical. Nesse cenário, floresceu uma perspectiva corporativista que teria importante papel nas reformas seguintes (ABRUCIO, 2010).

As propostas de mudanças mais significativas vieram com a Constituição de 1988: a democratização do Estado (que assegurou os instrumentos e mecanismos de participação popular), o estabelecimento de direitos e garantias fundamentais, a ênfase na descentralização (no sentido de aproximar democraticamente o governo dos cidadãos e tornar mais eficiente a provisão de serviços), a instauração do princípio do concurso público universalizado com a previsão de planos de cargos e carreiras, e o estabelecimento de mecanismos de controle democráticos da administração pública.

Uma análise mais ampla do movimento descentralizador revela problemas, como a multiplicação exagerada de municípios e a falta de incentivos para o fortalecimento da cooperação intergovernamental, ou seja, um ‘federalismo compartimentalizado’, com o predomínio de uma atuação individualizada e não integrada. (ABRUCIO, 2005).

A execução de políticas públicas de forma descentralizada dentro de um contexto marcado por desigualdades intermunicipais só alcança os resultados esperados se considerar a necessidade de integração e estreitamento das relações intergovernamentais e a prática de incentivos voltados para a redução das desigualdades. Todavia, o cenário dos anos 1990 não era favorável a mudanças desse teor, dado que as relações intergovernamentais conviviam com incessantes conflitos e disputas sobre recursos, fragmentação institucional, capacidade reguladora incipiente e pouca tradição participativa da sociedade (VIANA *et al.*, 2002).

Os efeitos das medidas relacionadas com a formação de um corpo técnico profissional (influenciadas pelo aumento do corporativismo estatal) geraram resultados no sentido contrário ao desejado: concessão de estabilidade a vários funcionários selecionados sem

concurso público, criação de ‘falsas isonomias’ (incorporação de gratificações e benefícios sem critérios), e estabelecimento de um modelo previdenciário inviável sob o ponto de vista atuarial.

Com a crise fiscal do Estado da década de 1990, as vantagens de ser funcionário público se concentravam nos benefícios da aposentadoria integral, dado que para os trabalhadores em geral houve redução dos níveis salariais e dos benefícios de aposentadoria. Até as gratificações dependiam mais da força política de cada setor do que do mérito medido por avaliações de desempenho (ABRUCIO *et al.*, 2010).

Nesse momento, cabe destacar a instituição do Regime Jurídico Único (Lei nº 8.112, de 11/12/90), que regulamenta a situação dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

Azevedo (1998) destaca que o texto constitucional, nos trechos referentes ao servidor público, dá margem a uma série de interpretações e dúvidas relacionadas com a falta de definição desse servidor (na administração direta e indireta) e com o regime jurídico exigido. Nesse sentido: todos os empregados vinculados ao Estado devem seguir o Regime Jurídico Único? Ou somente os estatutários? O autor ressalta que algumas Constituições estaduais tentaram esclarecer essas questões, mas que mesmo assim não conseguiram alcançar uma definição clara dos servidores públicos e de suas espécies.

No âmbito do controle da administração pública, é importante destacar a aprovação da Lei nº 8666 de 21 de junho de 1993, que regulamenta e institui normas para licitações e contratos na administração pública a partir das diretrizes traçadas pela Constituição; de modo a exigir sua prática na administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

## 2.4 O MOVIMENTO NO SENTIDO DA ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL

Um importante passo no sentido das reformas administrativas foi a criação do Ministério da Administração e Reforma de Estado (Mare), liderado pelo então ministro Bresser-Pereira, com propostas elaboradas a partir de um diagnóstico da administração pública brasileira e em recentes experiências internacionais (Nova Gestão Pública ).

Essas propostas foram apresentadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (1995), que explicita a necessidade urgente de reforma administrativa do Estado, em crise decorrente do modelo desenvolvimentista adotado pelos governos anteriores. Constatava-se, então, que havia um desvio nas funções básicas do Estado brasileiro, por demais envolvido no setor produtivo; e que por consequência ocorria crescente e gradual deterioração dos serviços públicos, além de agravamento da crise fiscal e da inflação.

O Plano propôs a reconstrução da administração pública em ‘bases modernas e racionais’, no sentido de alterar o sistema limitado a padrões hierárquicos rígidos, e concentrado no controle de processos e não de resultados. Demonstrou que o sistema em vigor era insuficiente para enfrentar os desafios do país no contexto da globalização econômica.

Nesse momento foi propagada a necessidade de uma ‘administração pública gerencial’ para superar a ineficiência da ‘administração pública burocrática’: baseada em conceitos de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados e descentralizada (ou seja, próxima do cidadão, ator que confere legitimidade às instituições nas sociedades democráticas).

Para alcançar mais eficiência e maior amplitude na provisão de serviços essenciais ao desenvolvimento, o Estado deveria reduzir seu papel de executor ou prestador direto de serviços e assumir o papel de controlador e promotor, subsidiando-os. Nesse sentido, o Plano propôs um programa de ‘publicização’, ou seja, um processo de descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços não envolvidos com o exercício do poder de Estado – caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Para o controle do desempenho das organizações descentralizadas foi proposto um instrumento denominado Contrato de Gestão, com o estabelecimento de metas a serem atingidas.

É importante destacar que as propostas apresentadas no Plano Diretor reforçam a necessidade de fortalecimento das funções de regulação e de coordenação, principalmente para o nível federal, com progressiva descentralização vertical das funções executivas para os níveis estadual e municipal. Ou seja, a reforma foca a administração federal, mas ressalta que muitas das suas diretrizes podem ser aplicadas nos demais níveis de governo.

São então estabelecidos objetivos para o núcleo estratégico, para as atividades exclusivas de Estado, para os serviços não exclusivos e para a produção para o mercado, sendo:

- Núcleo estratégico: Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios e Ministério Público.
- Atividades exclusivas: Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica.
- Serviços Não-exclusivos: Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus.
- Produção para o Mercado: Empresas Estatais.

A seguir, apresentam-se de forma sinótica os principais pontos da proposta de reconstrução da administração pública de 1995.

a) Objetivos Globais:

- Aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos.
- Limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada.
- Transferir da União para os estados e municípios as ações de caráter local: só em casos de emergência cabe a ação direta da União.
- Transferir parcialmente da União para os estados as ações de caráter regional, de forma a permitir uma maior parceria entre os estados e a União.

b) Objetivos para o Núcleo Estratégico:

- Aumentar a efetividade do núcleo estratégico, de forma que os objetivos democraticamente acordados sejam adequada e efetivamente alcançados.
- Modernizar a administração burocrática, que no núcleo estratégico ainda se justifica pela sua segurança e efetividade, por meio da introdução de uma política de profissionalização do serviço público, ou seja, de uma política de carreiras, de concursos públicos anuais, de programas de educação continuada permanentes, de uma efetiva administração salarial; ao mesmo tempo em que se introduz no sistema burocrático uma cultura gerencial baseada na avaliação do desempenho.
- Dotar o núcleo estratégico de capacidade gerencial para definir e supervisionar os contratos de gestão com as agências autônomas, responsáveis pelas atividades exclusivas de Estado, e com as organizações sociais, responsáveis pelos serviços não-exclusivos do Estado realizados em parceria com a sociedade.

c) Objetivos para as Atividades Exclusivas:

- Transformar as autarquias e fundações que possuem poder de Estado em agências autônomas, administradas segundo um contrato de gestão; o dirigente escolhido pelo Ministro segundo critérios rigorosamente profissionais, mas não necessariamente de dentro do Estado, terá ampla liberdade para administrar os recursos humanos, materiais e financeiros colocados à sua disposição, desde que atinja os objetivos qualitativos e quantitativos (indicadores de desempenho) previamente acordados.
- Substituir a administração pública burocrática, rígida, voltada para o controle *a priori* dos processos, pela administração pública gerencial, baseada no controle *a posteriori* dos resultados e na competição administrada.
- Fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação popular tanto na formulação quanto na avaliação de políticas públicas, viabilizando o controle social das mesmas.

d) Objetivos para os Serviços Não-Exclusivos:

- Transferir para o setor público não-estatal os serviços não-exclusivos, através de um programa de 'publicização', transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito a dotação orçamentária.

- Conferir maior autonomia e conseqüente maior responsabilidade aos dirigentes desses serviços.
  - Assegurar um controle direto desses serviços por parte da sociedade através de conselhos de administração. Mais amplamente, fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação do desempenho da organização, viabilizando o controle social.
  - Fomentar maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que ela serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações.
  - Aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor.
- e) Objetivos para a Produção para o Mercado:
- Dar continuidade ao processo de privatização através do Conselho de Desestatização.
  - Reorganizar e fortalecer os órgãos de regulação dos monopólios naturais privatizados.
  - Implantar contratos de gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas.

Para atingir os objetivos acima mencionados, o Plano propôs uma estratégia dividida em três dimensões:

- Institucional-legal: atua no sentido de viabilizar as mudanças necessárias para a modernização do aparelho do Estado, voltada ao aperfeiçoamento do sistema jurídico-legal, principalmente de ordem constitucional, de maneira a remover os constrangimentos à adoção de uma administração ágil e com maior grau de autonomia. Ou seja, contempla a proposição de emendas constitucionais.
- Cultural: centrada na transição de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial.
- Gestão: dimensão na qual ocorre a forma concreta da Reforma, com o desenvolvimento de práticas gerenciais e o estabelecimento de indicadores de desempenho no sentido de treinar e motivar os funcionários.

Além disso, o Plano propôs uma série de ações voltadas para o aperfeiçoamento contínuo das capacidades técnicas e gerenciais do setor público: seleção anual de profissionais para o núcleo estratégico e desenvolvimento de programas de treinamento e desenvolvimento relacionados aos objetivos da reforma. Essas ações objetivam a valorização o servidor público

eficiente e a mudança de sua imagem perante a sociedade. Com relação à dimensão institucional legal, destacam-se as Emendas nº19 e nº 20, que proporcionaram uma base fundamental para melhorias na administração pública e para um maior controle do Estado pela sociedade. No âmbito do funcionalismo público, as Emendas visam a conferir maior flexibilidade na contratação e desligamento dos servidores públicos e a reformar o sistema previdenciário, ou seja, a eliminar os efeitos negativos da estabilidade e dos privilégios do sistema previdenciário público.

É importante destacar a importância da inserção da eficiência entre os princípios da administração pública; além da aprovação da Lei Complementar nº 101 de 2000 (*Lei de Responsabilidade Fiscal*) e da regulamentação do Plano Plurianual pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998, com o estabelecimento do planejamento por áreas e projetos (com metas e ações e destinação de recursos) a serem seguidos pelos governos Federal, estaduais e municipais.

A Lei de Responsabilidade Fiscal trouxe inegáveis avanços de natureza econômica, principalmente no que tange à transparência das informações fiscais. Uma análise do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo mostra que entre 2001 e 2008, o resultado orçamentário global dos 644 municípios paulistas saiu de um déficit global de 1,51% da receita em 2001; para um superávit global de 5,15% da receita em 2008. Com relação aos limites de despesa com pessoal, 27 municípios do Estado superavam o limite em 2001, e somente dois em 2008 (TCESP, 2010).

Os indicadores apontam para maiores responsabilidade, probidade e eficiência na gerência dos recursos públicos. Entretanto, o estabelecimento linear de limites de despesa com pessoal pode prejudicar o andamento da execução de políticas públicas em municípios.

Azevedo (2001) destaca que é necessário estabelecer limites, contudo isso não pode ocorrer de maneira ‘artificial’. Segundo ele, o percentual estabelecido (60% da Receita Corrente) foi calculado a partir da média de séries históricas do nível federal, e não há como afirmar se esse valor seja adequado se considerarmos as diversas realidades dos governos subnacionais. Para contemplar essas diferenças, o autor propõe a estipulação de limites de acordo com cada realidade, com o estabelecimento de revisão periódica dos mesmos. Em suas palavras:



[...] pretender que todos os municípios e estados brasileiros, independentemente de seu porte, de seu perfil e do tipo de serviço que prestem à população, devam subordinar-se ao mesmo limite de despesas com pessoal não faz o menor sentido.

Com relação às mudanças na formação de um corpo profissional, Pacheco (2010) assinala que, em 1995, dois terços dos cargos na administração pública federal eram de nível médio, um perfil de força de trabalho inadequado para desempenhar as atividades de formulação e avaliação de políticas públicas, regulação e fomento.

Como resultado das medidas para reverter esse quadro verifica-se que, em 2001, os servidores de nível superior passaram a constituir mais da metade da força de trabalho. No âmbito da profissionalização do serviço público federal observou-se um aumento considerável no recrutamento de profissionais de nível superior, com o fortalecimento de carreiras e a revitalização das capacitações oferecidas pela Escola Nacional de Administração Pública.

Até o início dos anos 2000, as diretrizes se voltavam à priorização do recrutamento de servidores de nível superior com ênfase nas carreiras relacionadas a atividades essenciais de Estado. Para os cargos de nível médio, a orientação era a terceirização.

Ainda segundo a autora, em 2003, com a mudança de governo, num primeiro momento as diretrizes anteriores foram refutadas: metade dos novos ingressos foi destinada a profissionais de nível médio (no sentido de reverter as terceirizações realizadas no período anterior). Em 2006, no entanto, observa-se novamente uma tendência de mudança na política de recursos humanos, com a priorização da seleção de cargos de nível superior.

A prestação direta de serviços, assim, restou terceirizada e controlada pelo Estado. Modelos de Organizações Sociais e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) foram adotados principalmente por governos estaduais e municipais, sem grande impacto no governo federal. Em 2007, existiam 4.380 entidades qualificadas pelo Ministério da Justiça como Oscips no país (sendo 1.692 relacionadas com a área da saúde – questão que será abordada com maior detalhe adiante).

O quadro a seguir mostra a evolução do número de Oscips qualificadas pelo Ministério da Justiça (1999-2007).

Ano	Nº de entidades qualificadas pelo Ministério da Justiça
1999	5
2000	62
2001	192
2002	402
2003	565
2004	778
2005	986
2006	730
2007	660
<b>Total</b>	4380

**Quadro 1:** Evolução do Número de Oscips (1999-2007)

Fonte: Ministério da Justiça, 2007

Somente no Estado de São Paulo existem 1.340 Oscips distribuídas em 182 municípios, sendo também nesse estado que se concentra o maior número de Organizações Sociais (OSs). Em 2010, o Tribunal de Contas de São Paulo declarou fiscalizar 40 OSs vinculadas ao governo estadual e 90 vinculadas aos governos municipais (TCESP, 2010).

A predominância no serviço público, entretanto, como visto anteriormente, permanece sendo de funcionários diretamente contratados pelas administrações federal, estaduais e municipais. É importante conhecer esse corpo de pessoas.

## 2.5 PERFIL DOS SERVIDORES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

São poucos os estudos que abordam o tema do perfil dos servidores públicos das esferas estadual e municipal, dada a insuficiência de informações consolidadas. Cabe destacar o trabalho de Marconi (2010), realizado a partir da análise da base de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1993; 1999; 2002; 2007).

O estudo de Marconi revela uma evolução crescente da força de trabalho no setor público durante todo o período analisado (variação de 28% entre 1993 e 2007). Observa-se uma maior variação nos governos federal e estadual após 2002 (de 19% entre 2002 e 2007). O aumento mais expressivo se dá na esfera municipal, principalmente entre 1993 e 2001 (variação de 81%). Dentre os motivos para esse crescimento estão: a descentralização da execução de alguns serviços públicos (educação e saúde), a multiplicação no número de municípios, e o aumento das receitas (próprias ou oriundas de transferências).

É importante destacar que a maior parcela desse crescimento no número de servidores municipais se dá no período anterior à instituição do limite com despesas de pessoal, dado que durante o período 2002-2007 a variação foi de 27%, ou seja, os limites impostos podem ter contribuído para restringir esse crescimento.

Marconi analisa diversos pontos: regime trabalhista, salário e qualificação nas três esferas de governo. Dado o objeto do presente estudo, interessam-nos os resultados referentes ao perfil da força de trabalho do setor público municipal.

Quanto ao regime trabalhista, o autor classifica os dados em três categorias: estatutário (regido pelo estatuto dos servidores), celetista (regido pela CLT) e não estatutário sem carteira assinada (onde se incluem os ocupantes de cargos de comissão e funcionários com vínculo empregatício ocasional e informal). Este último constitui-se num grupo de situação indefinida, sem garantias, sendo em geral desvinculado de direitos trabalhistas.

No âmbito da esfera municipal, observa-se que em 2007 prevalece a contratação de estatutários (53%), seguida do grupo de estatutários sem carteira (26%) e de celetistas (21%). O crescimento do número de servidores observado durante o período se deu por contratações

de estatutários (variação de 165% durante o período 1993-2007) e de estatutários sem carteira (variação de 108% durante o período 1993-2007).

Com relação à qualificação dos servidores municipais, o autor utiliza como medidas a média de anos de estudo e o número médio de anos de experiência no trabalho atual por tipo de contratação, como revela o quadro a seguir:

**Tabela 1:** Número Médio de Anos de Experiência

Tipo de contratação	Número médio de anos de estudo	Número médio de anos de experiência no trabalho atual
Estatutário	10,8	10,8
Celetista	9,7	8,4
Não Estatutários sem carteira	9,4	3,8
Geral	10,2	3,8

Fonte: adaptado de Marconi, 2010.

Os dados revelam que as contratações de estatutários sem carteira realmente estão sendo utilizadas para ocupações de caráter temporário e que, em geral, os funcionários estatutários possuem em média um número maior de anos de estudo, provavelmente pelas exigências técnicas ao ingresso via concurso.

A análise de contratações no setor público municipal por área revela que grande parte dos revisores é formada por técnicos e auxiliares relacionados ao suporte administrativo (35,3%). Seguem os funcionários da área da educação (25,1%). As contratações do setor da saúde, que nos importam diretamente, representavam 8,1% em 2002 e 8,9% em 2007.

No que tange aos tipos de contratação da área da saúde: 53% são estatutários, 25% celetistas e 19% não estatutários sem carteira, sendo que o último tipo apresentou variação de 60,3% durante o período 2002-2007. Esse quadro nos revela que os governos municipais podem estar adotando a contratação temporária como forma de atender as demandas imediatas.

Considerando que, no quadro geral, os funcionários não estatutários sem carteira são aqueles funcionários com menor número de anos de estudo e com menor experiência no trabalho, esta é uma prática pouco recomendável, ou até de risco, num setor sensível como o da saúde.

Em geral, os salários praticados no setor público são superiores aos do setor privado, com destaque para os salários do nível federal (MARCONI, 1999; 2007; 2010); embora se verifiquem diferenças significativas entre os níveis de governo e os estados da federação.

Há outros dados interessantes e reveladores do perfil do funcionalismo público no Brasil. Com relação aos salários dos servidores municipais, observa-se que os maiores valores médios são de estatutários. Este, por outro lado, é o tipo de contratação com menor variação, possivelmente pelos altos gastos com aposentadoria. O quadro a seguir revela como evoluíram os salários médios das diferentes categorias de contrato.

**Tabela 2: Evolução do salário médio real por tipo de vínculo na esfera municipal  
(em reais de setembro de 2007)**

Tipo de contratação	1993	1999	2002	2007	Varição 2007-2002 (%)
Estatutário	752	1012	1040	1142	51,8
Celetista	523	792	789	886	69,5
Não Estatutários sem carteira	393	717	721	815	107,4
Geral	582	886	898	1006	72,7

Fonte: adaptado de Marconi, 2010.

Segundo Marconi, é necessária a adoção de uma política estratégica de recursos humanos que possibilite o alcance de perfil e número de servidores adequados, orientados para o alcance dos objetivos da administração pública.

Para isso, são necessárias ações voltadas para o planejamento da força de trabalho, o aprimoramento nos mecanismos de recrutamento e seleção, a estruturação de carreiras, a avaliação de desempenho, capacitações contínuas e políticas de remuneração relacionadas ao desempenho (individual e institucional).

É importante destacar que a execução dessas ações pelo setor público depende de outros aspectos determinantes para a construção de um modelo bem-sucedido de recursos humanos.

Entre elas estão os seguintes:

- Redefinição das atividades que o Estado vai exercer diretamente e daquelas que pretende contratar, fator determinante para a elaboração do planejamento da força de trabalho.
- Criação de carreiras de gestores públicos para suprir a necessidade de quadros permanentes qualificados para a gestão de políticas públicas e organizações.
- Regulamentação adequada do estágio probatório e a prática de demissão por insuficiência de desempenho.
- Equacionamento do problema do financiamento da previdência do servidor público.

## **2.6 DISFUNÇÕES NA GESTÃO PÚBLICA DE RECURSOS HUMANOS**

A partir da análise dos vários modelos de função pública, Longo (2007) sintetiza as atuais disfunções de gestão pública dos recursos humanos, dentre as quais merecem destaque:

- Os sistemas de recrutamento e seleção são longos, complexos e demasiadamente formalizados, com atribuição de peso excessivo aos conhecimentos e méritos formais.
- A gestão de recursos humanos é excessivamente centralizada e os dirigentes possuem pouca autonomia para o exercício de suas responsabilidades na gestão de recursos humanos.
- Há excesso de segurança (percepção de estabilidade garantida pelos funcionários) no trabalho.
- A ascensão na carreira é dificultada pela existência de barreiras de graduação, que dificultam as promoções, sendo com frequência atribuído peso excessivo à antiguidade (tempo de serviço).
- Existe uma separação quase absoluta entre o desempenho no cargo e o funcionamento dos sistemas de promoção, sendo que as experiências de retribuição de desempenho colidem com a inexistência de mecanismos eficazes de avaliação.

- Os sistemas se ressentem da baixa capacidade de produção de competências e perfis diretivos.
- Os dirigentes tendem ao paternalismo, ou seja, frequentemente adotam condutas de mais apoio do que de exigência.
- Impera o coletivismo nas relações laborais, o que conflita com as necessidades crescentes de segmentação e personalização das práticas de pessoal, sendo que às vezes detecta-se um alto grau de conflito.

Em geral, as tendências de mudança na gestão de recursos humanos públicos são disparadas pela busca de maior eficiência (dada a proporção que o gasto de pessoal assume no contexto do gasto total das organizações) e pelo reconhecimento da necessidade de práticas inovadoras na gestão de pessoas.

As reformas ocorridas no mundo no final do século XX foram influenciadas principalmente pela reconsideração da própria função diretiva (ou gerencial) do setor público, o que Longo (2007) denomina de irrupção do *management*. Sua lógica descentralizada produziu uma tendência de generalização, de transferência de autonomia e de ampliação da discricionariedade dos gestores de recursos humanos.

Essas mudanças tiveram maior ou menor amplitude de acordo com a cultura política de cada país, seus sistemas legais, diferentes percepções sobre o papel dos servidores públicos e equilíbrios de poder existentes no campo das relações trabalhistas (como, por exemplo, o peso dos sindicatos na França).

Em linhas gerais, as mudanças ocorridas seguiram pelo caminho da descentralização dos sistemas de função pública e da flexibilização das políticas de gestão de pessoas. Longo (2007) classifica essas ações voltadas para a flexibilidade em:

- Flexibilidade numérica: ações voltadas para a redução do volume do emprego público ou para ao menos conter seu crescimento.
- Flexibilidade contatual: ações no sentido de minimizar a hiperproteção do emprego público e sua conseqüente garantia de estabilidade (considerada como um elemento de rigidez que dificulta o funcionamento das organizações).

- Flexibilidade funcional: ações para introduzir novos instrumentos de organização do trabalho (como por exemplo, a gestão por competências).
- Flexibilidade salarial: ações voltadas para a mudança dos sistemas de compensação e incentivo.
- Flexibilidade no tempo de trabalho: ações voltadas para a revisão das jornadas de trabalho.

O mesmo autor destaca que a maioria dos países buscou reduzir seu contingente de servidores, mas que em geral esse processo não se revelou como um propósito planejado de forma consistente. Ou seja, em muitos casos essas reduções foram orientadas por um esforço coletivo e generalizado, baseado numa mudança de valores e incentivos, cujo eixo era a melhora da eficiência do sistema mediante a redução de custos. Longo destaca alguns instrumentos utilizados para esses cortes:

- Reino Unido: cortes realizados por meio da transferência de funções e pessoal para o setor privado, aposentadoria antecipada e programas de demissão.
- Alemanha e Austrália: restrições nas dotações orçamentárias.
- Espanha: planos de aposentadoria antecipada e estabelecimento de limites de reposição para cargos vagos.

Com relação à flexibilidade contratual, verificam-se dois caminhos principais, um na direção da redefinição dos estatutos de emprego dos servidores públicos (no sentido de incorporar as rescisões da relação de emprego em determinadas situações), e outro no rumo da ampliação de modalidades mais flexíveis (contratações temporárias).

As contratações temporárias são práticas generalizadas em todos os países examinados pelo autor, tendo sido criadas para enfrentar picos de excesso de trabalho, sobrecargas sazonais, necessidades específicas de trabalho especializado ou avaliações independentes e campanhas e projetos de duração limitada. Essas contratações tendem, também, a se converter em recurso para solucionar necessidades permanentes, em resposta à rigidez dos sistemas de função pública e às próprias limitações orçamentárias ou às restrições derivadas dos programas de redução de quadros de pessoal (LONGO, 2007).



A subcontratação ou externalização de serviços (*outsourcing*) é o processo pelo qual uma atividade passa a ser realizada (com financiamento público), mediante contrato entre a administração pública titular e entidades ou empresas do setor privado com emprego de seu próprio pessoal. Trata-se de um processo de externalização de serviços que se proliferou em muitos países, sob a influência da Nova Gestão Pública, fazendo eco “ao conhecido lema de Osborne e Gaebler: uma administração que maneje o leme, não os remos” (LONGO, 2007. p. 145).

Está visto que as dificuldades na gestão de recursos humanos públicos, e os limites orçamentários, induzem os dirigentes públicos a buscar saídas, em geral no sentido de reduzir ao máximo a quantidade de pessoas e de recursos financeiros a administrar. Nesse cenário, a transferência para o setor privado se apresenta como única saída, embora existam muitas críticas à privatização extremada.

Longo (2007) alerta para o fato de que a obsessão de fugir da rigidez do emprego público pode levar à terceirização de atividades de forma inconveniente, como nos casos onde não existem mercados competitivos para provê-las; quando a complexidade dos mecanismos necessários para selecionar o provedor ou para garantir o cumprimento de suas obrigações eleva os custos de transação até um ponto que supera os benefícios com a subcontratação; ou quando a organização pública contratante carece de capacidade interna para assegurar o monitoramento e controle das atividades terceirizadas.

Nesse sentido, é importante lembrar que o êxito da Reforma Gerencial é condicionada à formação e à atuação de um corpo de gerentes qualificados, e ao estabelecimento de mecanismos que assegurem a transparência e o desempenho das instituições contratadas.

## **2.7 E A SAÚDE? EFEITOS DO MODELO PREVIDENCIÁRIO**

Durante o Estado Nacional Desenvolvimentista, as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) congregados por categorias profissionais. Esses institutos, de caráter nacional, foram juridicamente concebidos como entidades públicas autárquicas, que se diferenciam pela presença direta do Estado em sua administração. Tanto as CAPs quanto os IAPs possuíam um colegiado com a participação de empregadores e empregados, mas enquanto nas CAPs esse colegiado tinha poder deliberativo, sem a presença de representante do Estado, nos IAPs os colegiados eram dirigidos pelos representantes do Estado e não tinham poder deliberativo.

Esse modelo, marcado pelas diferenças nos benefícios e serviços concedidos e nas alíquotas de contribuição entre os Institutos, permaneceu até meados da década de 1960. A partir do aumento de recursos decorrentes da industrialização durante a década de 1950, com o consequente aumento do aparato institucional e da clientela, foi instituída a Lei Orgânica da Previdência Social (1960), que propõe a uniformização dos benefícios (aposentadorias e pensões) e institui a assistência médica individual como parte inerente da Previdência Social.

Após o golpe militar de 1964, os institutos foram unificados e centralizados no Instituto Nacional de Previdência Social, criado em 1966. Mais tarde, em 1977, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência Social, que separou a assistência médica dos benefícios, sendo a primeira vinculada ao Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social (Inamps) e os segundos ao já criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Cohn (2003) destaca que essa separação derivou do reconhecimento da importância da assistência médica, dado o volume de recursos a ela destinado e o seu poder como instrumento de barganha e legitimidade política. Uma enorme soma de recursos se esvaiu no interior desse modelo, na política de favores e em investimentos eleitoreiros, graças à destinação de parcela significativa de recursos à compra de serviços privados. O setor privado da saúde, desta forma, se capitalizou sem correr os riscos de mercado e com uma fiscalização estatal bastante 'fluida', que no caso das internações se dava simplesmente mediante a

apresentação de fatura pelo hospital contratado através da Guia de Internação Hospitalar (GIH).

Em paralelo, a instituição do Sistema Nacional de Saúde, em 1975 (Lei nº 6.229 de 1975) abriu um novo espaço de atuação a partir da assistência médica individual e de ações voltadas para a saúde coletiva, com o estabelecimento de algumas competências para os órgãos da esfera federal, de estados e municípios.

A partir do ano de 1977 o atendimento de urgência foi estendido a qualquer indivíduo, previdenciário ou não. Os denominados ‘estouros’ orçamentários do Inamps passaram ser frequentes e se verificou a necessidade de uma maior racionalidade no sistema de saúde. Nesse sentido, foram elaborados os seguintes planos de governo: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp).

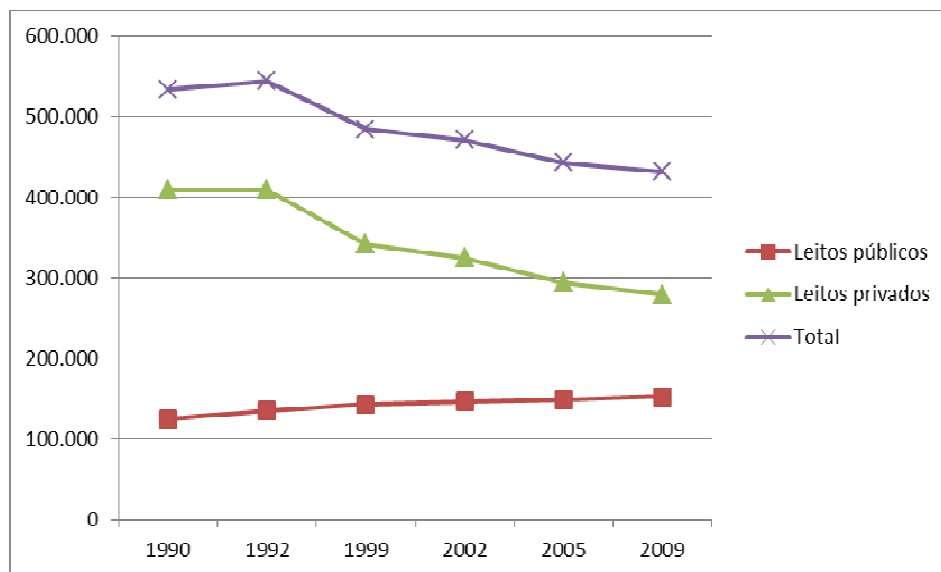
O Conasp propunha a descentralização do sistema de assistência médica por meio da criação de uma única ‘porta de entrada’: a rede básica de serviços públicos de saúde integrada à capacidade instalada vinculada ao Inamps nos estados e nos municípios. Ou seja, estabelecia como prioritária a utilização das unidades estatais (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Nesse momento a municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendida como o único meio que permitiria, ao mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição à excessiva centralização do modelo vigente até então.

A crise financeira do modelo previdenciário estimulou a reforma do setor saúde, principalmente a partir principalmente das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, com um deslocamento relativo de recursos financeiros da Previdência para o setor público prestador de serviços de saúde. Este processo foi acentuado com a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds) e com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma reforma bem sucedida, mas ainda com grandes desafios a enfrentar, no sentido do aproveitamento dos recursos financeiros e humanos para uma prestação de serviço de maior qualidade aos cidadãos brasileiros.

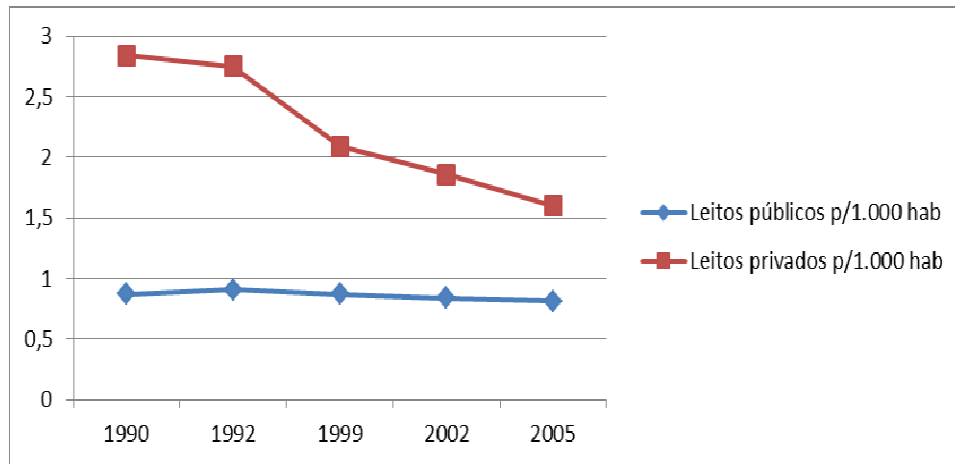
O sistema previdenciário deixou como herança um legado que interfere diretamente na atual configuração dos recursos de estrutura (físicos e humanos) do Sistema de Saúde Brasileiro. No âmbito organizacional, fortaleceu a dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações médico assistenciais, e deu margem ao surgimento de um mercado de saúde privado gigantesco, sem qualquer controle estatal.

Com relação à configuração da capacidade instalada, destaca-se a ampliação do número de organizações hospitalares. Segundo a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 1967 (IBGE, 2003), havia aproximadamente 290.836 leitos no país naquele ano. Já em 1979 esse número aumentou para 488.323 leitos. Houve, portanto, um crescimento de 67,9% no número de leitos disponíveis nos hospitais brasileiros em 12 anos. Atualmente, embora o número de leitos privados seja decrescente, sua quantidade é ainda superior ao número de leitos em instituições públicas, sendo que as organizações hospitalares privadas (com finalidade lucrativa e filantrópica) representam 67% dos hospitais no Brasil (CNES, 2011). Os gráficos a seguir mostram a evolução ao longo dos últimos anos.



**Figura 1: Número de leitos públicos e privados no Brasil (1990-2009)**

Fonte: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2009).



**Figura 2: Número de leitos públicos e privados no Brasil por habitante**  
 Fonte: Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (IBGE, 2009).

Outra herança importante do modelo de sistema previdenciário adotado no Brasil é o fortalecimento da tendência de especialização do profissional médico. Durante os anos 1970, verificava-se no cenário mundial um movimento de renovação do ensino médico, no sentido de interromper a excessiva especialização desse profissional e reduzir os custos crescentes da atenção médica. No Brasil as discussões giravam em torno do perfil do profissional médico.

Influenciados pelas experiências dos sistemas de saúde internacionais, os debates acadêmicos se voltaram para a necessidade de formação de um número maior de médicos generalistas do que especialistas, e para a recuperação do chamado ‘médico de família’ como principal estratégia. Entretanto, não houve entendimento sobre a formação desse médico generalista. A maioria dos atores envolvidos considerava que o médico generalista seria formado na graduação e que a residência médica (que formava especialistas) era desnecessária, ao contrário do defendido por uma minoria.

Nesse campo, vários fatores fortaleceram a tendência da superespecialização: a influência do mercado de trabalho e o fato de o sistema de educação médica ser de autorreplicação, ou seja, especialistas geram especialistas; além da influência dos docentes em relação ao aprendizado e ao comportamento dos alunos (BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002).

Sayeg (1987 *apud* BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002, p. 46) ressalta que não deve ser descartada a importância fundamental do ‘autoconceito’ na escolha do profissional médico, moldado a partir dos seguintes padrões: “... influências psicológicas paternas, as imagens dos

professores, as oportunidades do mercado de trabalho, os modismos, os ambientes social, profissional e tecnológico, o status e a segurança de um desempenho gratificante com menores riscos”.

O modelo previdenciário influenciou essa tendência na medida em que atuava sob a lógica de pagamento por procedimentos, sendo os procedimentos especializados mais bem remunerados. Esse processo ampliou a diferença entre a remuneração de especialistas e não especialistas, além de gerar distorções na assistência, com a atuação de especialistas em atendimentos que deveriam ser realizados por profissionais com um perfil generalista.

Mais uma vez, o Brasil ‘perdeu o bonde da História’. A ausência de ações de regulação do Estado na formação de profissionais médicos gerou um dos maiores desafios do sistema: a falta de médicos generalistas com um perfil adequado para a atenção primária à saúde. O processo decorreu como uma bola de neve.

A deterioração dos serviços previdenciários gerou um crescimento da demanda de serviços médicos diferenciados (por parte de operários qualificados, assalariados, executivos e profissionais liberais). A somatória entre demanda, oferta de serviços privados e incentivos governamentais gerou um ‘sistema privado de saúde’ voltado à cobertura de uma parcela da população inserida no mercado formal de trabalho. A partir da década de 1990, apesar da criação do Sistema Único de Saúde, a convergência desses fatores permitiu a consolidação dos planos de saúde. (OCKE-REIS, 2005).

Esse segmento permaneceu sem regulação estatal até a instituição da Lei Nº 9656 de 3 de junho 1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Segundo o caderno de Informação da Saúde Suplementar (ANS, 2011), atualmente o setor privado de planos de saúde atende a 24,6% da população brasileira, com 1.022 Operadoras de Planos de Saúde. No Estado de São Paulo essa cobertura chega a 44,2% (59,6% na capital, 53,4% nas regiões metropolitanas e 38,5% no interior).

## **2.8 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Posteriormente à promulgação da Constituição de 1988, foram instituídas as denominadas Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.

A primeira lei versa sobre a estrutura e o funcionamento geral Sistema Único de Saúde (SUS). Nela destacam-se: o estabelecimento das atribuições e competências gerais dos entes governamentais, a participação do setor privado de forma ‘complementar’, e a concessão de assistência à saúde livre à iniciativa privada.

A Lei nº 8142 estabelece os instrumentos e mecanismos de participação social e as diretrizes para o financiamento por meio das transferências intergovernamentais.

No sentido de racionalizar o sistema de saúde e de acordo com as competências estabelecidas legalmente, o SUS foi estruturado de forma gradual por meio de Portarias e Normas Ministeriais: Normas Operacionais Básicas (NOBs 1991, 1992, 1993, 1996), Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002) e Pacto Pela Saúde (2006).

As primeiras (1991 e 1992) estabeleceram o princípio de habilitação ao SUS, mecanismo mediante o qual estados e municípios poderiam aderir à política federal de descentralização, subordinando-se às regras federais e capacitando-se a receber as transferências oriundas dessa esfera de governo; e regulamentaram a sistemática de transferência de recursos para os estados e municípios (sob a lógica de repasse por procedimentos).

A NOB/93 abriu um leque de escolhas aos municípios, que poderiam optar entre três modalidades distintas de habilitação de acordo com suas capacidades administrativas, vindo a receber recursos federais diretamente vinculados às funções de gestão assumidas. O mecanismo de repasse ainda era condicionado à produção.

A municipalização completou-se sob a NOB/96, cuja implantação ocorreu somente a partir de 1998, com a introdução de um incentivo financeiro não mais vinculado à produção de

procedimentos, que culminou na ampla adesão dos municípios, superior às metas do próprio Ministério da Saúde.

O incentivo estabelecido, o Piso de Atenção Básica (PAB), consiste em recursos financeiros destinados a investimentos em procedimentos e ações de assistência básica tipicamente municipais. O PAB de cada município é calculado tendo por base um valor *per capita*, e transferido de forma automática, ‘fundo a fundo’. Com isso, a forma anterior de financiamento por prestação de serviços foi substituída pela lógica de transferência de recursos. Como contrapartida, o município passou a assumir a responsabilidade sanitária pelo nível de atenção básica.

Os recursos do PAB também foram divididos em PAB fixo e PAB variável. Enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor *per capita*; o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais; e pelas ações estratégicas, tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Os procedimentos de média e alta complexidade continuaram sob a lógica de pagamento por procedimento, que permanece até o presente momento.

A introdução de um sistema de pré-pagamento vem se constituindo em um poderoso instrumento de mudança, com impactos positivos na oferta e na qualidade dos serviços, mas para melhor desempenho é imprescindível a concentração de esforços, com maior integração entre os três níveis de governo.

As NOAS (2001; 2002) ampliaram o rol de procedimentos a serem realizados na Atenção Básica municipal, e estabeleceram o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde por meio da introdução de alguns instrumentos.

Segundo a norma, o processo de regionalização deve ser conduzido pelos gestores estaduais sob a lógica de planejamento integrado, no sentido de conformar sistemas ‘funcionais’ de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal; para garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde de forma eficiente.



As NOAS também introduziram importantes instrumentos no sentido de reduzir as desigualdades municipais por meio do planejamento integrado (Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada Integrada). Estes instrumentos não alcançaram os resultados esperados e deverão ser retomados em uma futura Portaria.

Com relação aos mecanismos de controle e avaliação dos prestadores do SUS, a portaria é alinhada às propostas da Reforma do Aparelho de Estado, à medida que estabelece que os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, as atividades e as metas estabelecidas pelos gestores, de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

No que diz respeito ao controle, a portaria estimula os gestores de saúde a adotarem, como mecanismos o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados; e a adoção de medidas no sentido de aprimorar as informações disponibilizadas pelos prestadores.

Para avaliar a atenção à saúde, os gestores devem implementar indicadores objetivos baseados em critérios técnicos e instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema.

A publicação da Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 (Pacto pela Saúde) apresentou novas diretrizes no sentido de consolidar o SUS por meio de três componentes:

- Pacto pela Vida: estabelece como prioridades a saúde do idoso, o controle de câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna; além do fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e da promoção da saúde e do fortalecimento da atenção básica.
- Pacto de Gestão: estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.
- Pacto em Defesa do SUS: estabelece como principal diretriz a ampliação de recursos financeiros para o SUS.

Em 2007 foi proposto um processo unificado de pactuação de indicadores e metas referentes aos três componentes acima citados para todos os entes federados, por meio de um aplicativo – o Sispacto (Portaria nº91/GM de 10 de janeiro de 2007). As informações possibilitam que, periodicamente, sejam pactuadas metas e ações, num processo centralizado na esfera federal.

No sentido de potencializar o processo de regionalização, os instrumentos voltados para o planejamento regional introduzidos pela NOAS foram mantidos. E, para além do Sispacto, a Portaria trouxe outra inovação: a instituição de um espaço que contemplou gestores municipais e estaduais no âmbito das regiões de saúde – o Colegiado de Gestão Regional (CGR).

O CGR tem como principal objetivo identificar, definir prioridades e pactuar soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Dessa forma, torna-se uma estrutura importante para o desenvolvimento e o aprimoramento das relações intergovernamentais, e proporciona um espaço institucional para o desenvolvimento da cooperação entre os agentes governamentais na articulação dos serviços de saúde, a fim de que estes serviços sejam ofertados em abrangência supramunicipal.

Com relação ao objeto do presente estudo, a Portaria estabelece algumas diretrizes na política de contratação de pessoas e serviços no âmbito do SUS. Quanto à política de recursos humanos para o SUS estabelece:

- A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho.
- Estados, Municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde.
- O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.
- As três esferas de gestão devem desenvolver estudos quanto às estratégias e ao financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada.

- As Diretrizes para Planos de Cargos e Carreira do SUS devem ser um instrumento que visa a regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema.
- Em todas as esferas devem ser promovidas relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho.
- Da mesma forma, devem ser desenvolvidas ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos Municípios, pelos Estados e União, conforme legislação vigente.
- Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação dos SUS atuarão solidariamente, observadas as responsabilidades legais de cada segmento.
- A instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS deverá estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores.
- As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou o fortalecimento de estruturas de Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde.

Para desenvolver a política de recursos humanos no SUS, a Portaria prioriza a criação de setores voltados para a Gestão do Trabalho e da Educação no âmbito das secretarias municipais e estaduais com mais de 500 empregos públicos; a qualificação de gestores e técnicos da área de recursos humanos; e a criação e sistemas informatizados para subsidiar a tomada de decisão na área de recursos humanos.

Com relação à qualificação dos profissionais do SUS, a Portaria propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como principal estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor; com propostas de ações de formação voltadas para as necessidades do SUS como produto de cooperação técnica e de articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e os organismos de controle social.

É importante destacar a ênfase dada à formalização do contrato com os prestadores de serviços no SUS. Para isso a Portaria estabelece um conceito amplo de contratação: como o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização jurídica do contrato.

Assim como as NOAS, o Pacto estabelece novamente a responsabilidade dos entes governamentais em controlar e fiscalizar os contratos com os prestadores de serviços.

Nesse sentido, é interessante notar que se as NOAS enfatizavam o conteúdo dos contratos (objetivos e metas estabelecidas), o Pacto enfatiza a necessidade de formalização dos contratos existentes, o que se traduz na inclusão de um indicador de percentual de prestadores contratualizados (% de instituições prestadoras com contrato formalizado) na pactuação dos gestores.

A descentralização municipal caracteriza-se pelos avanços relacionados ao aumento da capacidade instalada e à produção de procedimentos no âmbito municipal no Brasil; e pelo expressivo aumento da contrapartida da esfera municipal no financiamento do SUS. Cabe ressaltar que o sucesso da descentralização se deu por meio de incentivos específicos e pelo estabelecimento de normas e processos ditados por portarias ministeriais, sendo que os maiores impactos na ampliação da oferta foram identificados em burocracias subnacionais mais robustas, ou seja, com maior capacidade de gastos e com maiores gastos com pessoal. (VIANA, 2002).

Por outro lado, ainda não se verifica um impacto significativo das ações voltadas para a regionalização em âmbito nacional, embora haja algumas experiências exitosas conduzidas em alguns estados, com destaque para Minas Gerais.

É importante notar que a última década foi marcada pela polarização das discussões em torno dos novos modelos de gestão originados a partir do Plano de Reforma do Aparelho de Estado, principalmente após a implantação do modelo das Organizações Sociais de Saúde pelo governo do Estado de São Paulo. Em geral, os argumentos são no sentido de estabelecer uma relação direta entre a disseminação de OS e Oscips e um modelo gerencialista de desresponsabilização do Estado, que tem como principais consequências a terceirização da gestão e a precarização do trabalho em saúde. (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Sobre a precarização do trabalho, é importante destacar a aprovação da Emenda 51, que determina a contratação de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e com requisitos específicos para sua atuação. A Emenda está pendente de aprovação de lei federal que regulamente os regimes de contratação, e tem sido muito questionada, pois um dos princípios que estabelece para a seleção de agentes comunitários é seu grau de inserção na comunidade.

Há, no Brasil, uma experiência que justifica o repúdio à terceirização dos serviços de saúde. Trata-se do Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo (PAS), um sistema de administração privada da saúde por meio de cooperativas. Durante os primeiros anos 2000, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo fez o papel de mera repassadora de verbas para cooperativas; os quadros administrativos se reduziram; e a cidade deixou de receber a verba federal destinada aos prestadores do SUS. Isto sem falar em desvios de dinheiro, que geraram processos judiciais. O PAS é caracterizado pela falta de controle e pela total desvinculação com os princípios do Sistema Único de Saúde. (COHN; ELIAS, 1999)

O caso do PAS, entretanto, não deve ser tomado como paradigma. Alguns estudos comprovam a eficiência e a eficácia dos gastos públicos ao analisar a experiência das Organizações Sociais de Saúde de São Paulo. (WORLD BANK, 2006).

Segundo Sano e Abrucio (2008) o sucesso da implantação paulista se deve a três fatores: a flexibilização administrativa da OS; o mecanismo do contrato de gestão, que aumenta a capacidade de planejar e executar por meio de metas capazes de serem avaliadas; e principalmente a constituição de um núcleo burocrático estratégico capaz de regular, monitorar, avaliar e, eventualmente, alterar o rumo do processo de contratualização. Os mesmos autores, no entanto, destacam a pouca utilização de instrumentos de *accountability* no controle do processo.

O reconhecimento dos benefícios da contratualização e da gestão de resultados se verifica pela adoção desses instrumentos para o monitoramento do desempenho de outras organizações além das OS, como é o caso do Contrato Programa, implantado em um grupo de Hospitais da Administração Direta. O desenho geral deste processo tomou como referência a forma como foram acordados e implantados os contratos de gestão com as OSS e implica,

portanto, compromissos com investimento na melhoria da infraestrutura destas unidades e na capacitação de recursos humanos para a apropriação de novas tecnologias gerenciais, como condição para otimizar a relação recurso-desempenho (BARBOSA; ELIAS, 2008).

O estabelecimento de maior controle nas relações contratuais no SUS é uma necessidade não só pela introdução de novos tipos de organização. Serve para introduzir novos mecanismos de controle em contratações mais antigas, o que é vital, dado que a maior capacidade instalada em serviços de saúde no Brasil está concentrada em organizações privadas, com ou sem finalidade lucrativa, e muitos contratos foram firmados antes do estabelecimento de organismos e normas de controle.

É nesse sentido que Ibanez e Vecina (2007) chamam a atenção para a necessidade de aprimoramento da capacidade de controle estatal pelos órgãos responsáveis (Tribunal de Contas, Ministério Público, Secretarias de Controle Interno, entre outros). Segundo os autores esses órgãos atuam quase exclusivamente no controle de meios e não de resultados, por não possuir um adequado preparo para esse tipo de controle estabelecido pelo contrato de gestão. Além disso, é importante considerar o grau de autonomia que a lei define para cada tipo de organização, ou seja, se a contratação de pessoas deve ou não ser mediante concurso público, se os processos de compras devem ser realizados por meio de processos licitatórios de forma a garantir que os recursos públicos sejam utilizados conforme a lei.

Sob essa lógica de maior controle estatal, foi proposto o Projeto de Lei Complementar das Fundações Estatais Públicas de Direito Privado (PL n. 92/2007), que possuem como principais características (IBANEZ; VECINA, 2007):

- Sujeição ao direito público: lei autorizadora (e registro de seus atos constitutivos no cartório competente); controle do Tribunal de Contas; equiparação de seus empregados para os fins previstos no art. 37 da Constituição Federal (CF); escolha pública para a contratação de pessoal; compras e contratos através de licitação; extinção dependente de lei.
- Consequências do regime do direito privado: bens penhoráveis; não beneficiária do processo de execução contra Fazenda Pública (precatórios) – Art. 100 da CF; não terá juízo privativo; regime jurídico dos empregados – CLT; regida pelos seus estatutos e pela lei autorizadora; prazos processuais comuns; imunidade tributária, conforme

previsto no Art. 150, § 2º DA CF; não está sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente no que tange a limites de despesas com pessoal.

- Controle e fiscalização: normas de controle e fiscalização previstos nos estatutos – Conselho Externo de Administração; Supervisão do Ministério da Saúde e demais instâncias de contratação regional e/ou municipal; Tribunal de Contas; Ministério Público; subordinação ao controle social em saúde exercido pelos Conselhos de Saúde local e regional/estadual em decorrência da inserção do hospital no sistema loco-regional.
- Contrato de gestão: objetivos, metas, prazos, critérios de controle e avaliação, obrigações e responsabilidades de seus dirigentes; investimento anual com base em percentual de receitas em ações de inovação, capacitação de pessoal, adequação mobiliária e imobiliária; fixação de teto percentual para gastos com pessoal; dirigentes com penalidade de perda de mandatos no caso de descumprimento do contrato de gestão injustificadamente.
- Estrutura organizacional: conselho curador (de Administração) – órgão de direção superior, controle, fiscalização e avaliação; comissão ou conselho fiscal – órgão de assessoramento ao conselho curador na área de gestão contábil, patrimonial e financeira; conselho de direção – direção executiva, responsável pela gestão técnica, patrimonial, administrativa e financeira.
- Regime de pessoal: regime jurídico da CLT; aprovação do plano de carreira e salários pelo conselho curador, incluindo benefícios, reajustes, etc., em consonância com contrato de gestão; previsão na lei das demissões pela CLT; previsão na lei para o enquadramento/alinhamento do pessoal estatutário – processo de transformação.
- Compras e contratos: contratação de serviços, obras, compras, alienação, locação, nas modalidades de pregão e consulta pública, na forma com que for disciplinado em regulamento próprio da fundação, observadas as regras gerais das legislações específicas - Lei n. 9.472/97, art. 54 e Lei 9.986/00, que estendeu a todas as agências reguladoras a possibilidade de uso das modalidades consulta e pregão.

O debate sobre a inserção desses novos modelos de organizações (Organizações Sociais, Fundações Estatais e Oscips) ainda está longe do consenso, sendo permeado por motivos ideológicos partidários, embora seja importante destacar, que qualquer que seja o tipo de

organização, é iminente a necessidade de maior controle e transparência, além do alinhamento e integração destas organizações aos objetivos da política de saúde.

O presente trabalho desconsidera a discussão da privatização da saúde de forma ideológica, ou seja, passa longe da questão de definir se o serviço de saúde deve ou não ser provido diretamente pelos municípios. Considera, por outro lado, a responsabilidade municipal em garantir a provisão de serviços aos seus cidadãos num contexto de limitação a despesas com pessoal. Também leva em conta a marcante desigualdade intermunicipal e o aumento da provisão de serviços aos cidadãos. Discute, assim, como estes serviços estão sendo providos e como os cidadãos estão tendo acesso a eles (SOUZA, 1999).



### **3 METODOLOGIA**

A metodologia do estudo considerou duas dimensões de análise:

- **Econômica:** aborda a evolução das despesas com pessoal e com terceiros na área de saúde com o objetivo de mapear de forma ampla os efeitos dos limites orçamentários nos gastos nesta rubrica.
- **Execução da Política de Saúde:** estuda como é conduzida a execução da política de saúde no âmbito municipal, com ênfase na forma de contratação e de gestão de pessoal.

#### **3.1 DIMENSÃO ECONÔMICA**

A primeira dimensão se deu por meio de uma análise descritiva de dados secundários, no sentido de identificar tendências no comportamento dos indicadores de despesas com pessoal e terceiros em saúde na totalidade dos municípios paulistas. Embora não seja o foco principal do estudo, acreditamos que essa análise fornece subsídios para a compreensão do cenário do estudo.

Os dados utilizados foram coletados a partir das seguintes fontes: Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e Tribunal de Contas do Município de São Paulo.

De acordo com o objetivo do estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis: Despesas com Pessoal Total Municipal, Despesas com Pessoal em Saúde, Despesas com Terceiros em Saúde (Pessoa Jurídica) e Despesas totais com Saúde. A partir dessas informações, foram construídos os seguintes indicadores:

- Despesa com Pessoal Total Municipal/Receita Corrente Líquida (%).
- Despesa com Pessoal em Saúde/Despesa com Pessoal Total Municipal (%).
- Despesa com Pessoal em Saúde/Despesa com Saúde (%).
- Despesa com Terceiros em Saúde/Despesa com Saúde (%).

Foram considerados para a análise apenas os municípios com a totalidade de informações para todo o período estudado (2000-2007).

### **3.2 DIMENSÃO EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE**

Para conduzir a análise da segunda dimensão, que aborda “como” são conduzidas as políticas de saúde, foi elaborada uma amostra representativa dos municípios paulistas.

### **3.3 ELABORAÇÃO DA AMOSTRA**

A técnica para elaboração da amostra foi a Amostragem Aleatória Estratificada, que busca a formação de estratos homogêneos em relação à característica estudada e posteriormente a amostra aleatória simples dentro de cada estrato. Esse tipo de amostragem é vantajoso quando se tem conhecimento prévio sobre os grupos mais homogêneos internamente e heterogêneos entre si em relação à característica investigada. Também permite diminuir o tamanho da amostra, mantendo a precisão das estimativas (BOLFARINE; BUSSAB, 2006).

A elaboração da amostra considerou: porte populacional, despesas com pessoal em saúde *per capita* e despesas com terceiros em saúde *per capita* (valores médios em três anos). Além disso, foram selecionados, *a priori*, todos os municípios com mais de 500 mil habitantes (nove municípios), pela especificidade desse grupo.

Com relação aos valores *outliers*, foram realizadas ligações telefônicas para confirmação dos valores declarados e constatou-se que estes foram originados por erro de digitação. Optou-se

por excluir os municípios nessa situação (sete municípios), pois os dados obtidos por telefone não estavam validados pelos órgãos competentes.

O cálculo da amostra representativa resultou em 70 municípios divididos em 6 grupos, como demonstra a tabela abaixo:

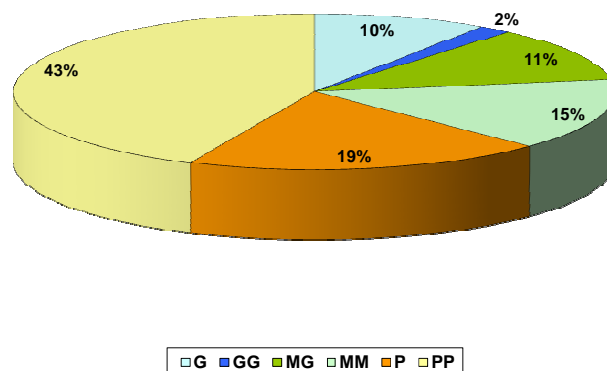
**Tabela 3: Amostra Representativa do Estado**

<b>Grupo</b>	<b>Faixa populacional</b>	<b>Nº. de municípios</b>
PP	Até 9.000 hab.	18
P	Até 19.000 hab.	16
MM	Até 37.000 hab.	14
MG	Até 100.000 hab.	6
G	Até 500.000 hab.	7
GG	Acima de 500.000 hab.	9
<b>TOTAL</b>		<b>70</b>

Fonte: elaboração própria

Segue a distribuição dos 645 municípios paulistas nos grupos estabelecidos para análise:

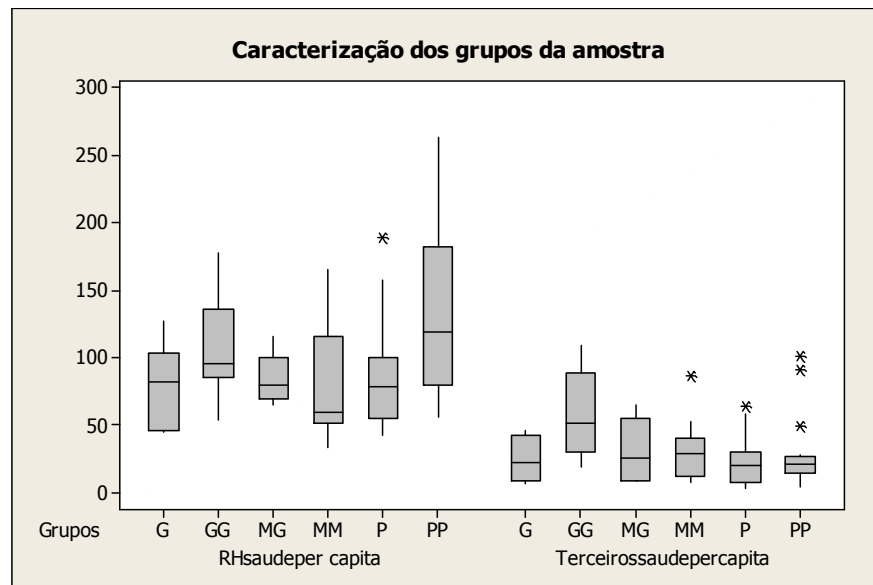
**Distribuição dos municípios por porte**



**Gráfico 1: Distribuição dos municípios paulistas por grupos do estudo**

Fonte: Elaboração própria

A análise de *boxplot* revela a diferença das despesas per capita com recursos humanos em saúde e com terceiros entre os grupos selecionados para a análise.



**Figura 3: Caracterização dos Grupos da Amostra**

Fonte: elaboração própria

O cálculo da amostra considerou uma perda de 10%, o que foi providencial, dado que três municípios se recusaram a participar da pesquisa (1 grupo P, 1 grupo MG e 1 grupo G), ou seja, mesmo com essa perda, as análises continuam a ser representativas para os municípios paulistas.

### 3.4 LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES JUNTO AOS MUNICÍPIOS

Na primeira versão do estudo, foram realizadas entrevistas presenciais, mas, esta estratégia revelou-se inviável no campo piloto para validação do roteiro e do instrumento de coleta de dados realizado em três municípios.

As sucessivas remarcações de datas e horários das entrevistas presenciais, com perdas significativas de tempo e de em gastos com transporte, levaram à decisão de realizar Entrevista Telefônica Assistida por Computador (Etac), que consiste em uma entrevista gravada diretamente do telefone, com um roteiro pré-elaborado com máscara de

preenchimento de respostas. Esse método visa a otimizar o tempo do entrevistado, fator determinante para o sucesso da pesquisa. O termo de consentimento é lido e a assinatura é a confirmação verbal do respondente.

Dada a natureza das informações levantadas, foi assegurada a confidencialidade por meio da garantia que os resultados não seriam divulgados de forma individual, o que facilitou bastante a condução das entrevistas.

O contato e a realização das entrevistas seguiram o seguinte fluxo:

- Levantamento das informações para agendar o primeiro contato com os secretários municipais junto ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP).
- Envio por e-mail de convite e esclarecimentos sobre a pesquisa.
- Envio prévio de roteiro, pois algumas informações a serem levantadas envolviam dados numéricos.
- Agendamento de data e horário com o secretário municipal.
- Realização das entrevistas.

Como não se desejava limitar as possibilidades de respostas, as únicas questões fechadas (com alternativas) eram referentes a dados e informações objetivas. As questões que envolviam a percepção do respondente não foram estruturadas, permitindo-se a fala livre do respondente, posteriormente transcrita e codificada, de forma mais fiel possível ao relato, por considerar que o discurso “é um conjunto de práticas linguísticas que mantêm e promovem certas relações sociais” (IÑIGUEZ, 2004 p. 125), sendo que sua análise consiste em estudar como essas práticas atuam no presente na manutenção dessas relações sociais, ou seja, “é trazer à luz o poder da linguagem como prática constituinte e reguladora” (IÑIGUEZ, 2004, p. 125).

### **3.5 DURAÇÃO DAS ENTREVISTAS**

Em média, as entrevistas tiveram duração de 30 minutos, porém algumas excederam uma hora.

### **3.6 PERÍODO DA ATIVIDADE DE CAMPO**

A atividade de campo se deu durante o segundo semestre de 2008.

## 4 UNIVERSO DA PESQUISA – ESTADO DE SÃO PAULO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL

Localizado no sudeste brasileiro, o Estado de São Paulo representa 3% do território nacional e tem 41,3 milhões de habitantes, segundo o Censo 2010 feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ou seja, 22% da população do país vivem em território paulista. São Paulo é a terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul.

O Estado de São Paulo é importante, também, do ponto de vista econômico. É responsável pela geração de mais de 31% da riqueza do país (o PIB, Produto Interno Bruto), e possui o maior parque industrial. Além disso, figura entre os estados brasileiros com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, índice produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Pnud, a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB per capita). No quesito IDH, São Paulo só é superado por Santa Catarina e pelo Distrito Federal.

A Tabela 4, a seguir, apresenta as principais características do Estado de São Paulo.

**Tabela 4: Indicadores gerais do Estado de São Paulo**

<b>Dados populacionais</b>	<b>Ano</b>	<b>Estado</b>
População residente (Censo IBGE)	2010	41.262.199
Área (em Km <sup>2</sup> )	2011	248.209,43
Densidade demográfica (hab/Km <sup>2</sup> )	2011	167,90
Urbanização (%)	2010	95,88
População com menos de 15 anos (%)	2011	22,51
População com 60 anos e mais (%)	2011	11,53
Índice de envelhecimento (%)	2011	51,24
<b>Habitação e infraestrutura urbana</b>	<b>Ano</b>	<b>Estado</b>
Nível de atendimento de abastecimento de água (%)	2009	99,28
Nível de atendimento de esgoto sanitário (%)	2009	91,78
Nível de atendimento de coleta de lixo (%)	2009	99,87
<b>Educação</b>	<b>Ano</b>	<b>Estado</b>
Taxa de analfabetismo população de 15 anos e mais	2009	4,75

continuação

Média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos	2009	9,02
População de 25 anos e mais com menos de 8 anos de estudo (%)	2009	40,09
População de 18 a 24 anos com ensino médio completo (%)	2009	68,65
<b>Economia</b>		
PIB (em milhões de reais correntes)	2008	1.003.015,76
PIB per Capita (em reais de correntes)	2008	24.457,00
<b>Condições de Vida</b>		
Renda Domiciliar per Capita Média (Em reais de setembro de 2009)	2009	942,29
Domicílios com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2009	3,77
Domicílios com Renda per Capita até 1/2 do Salário Mínimo (Em %)	2009	12,43

Fonte: Fundação SEADE, 2011

No que se refere à divisão político-territorial, a população do Estado é distribuída em 645 municípios, sendo a maioria de pequeno porte populacional. A maior parte da população se concentra em apenas 75 municípios com mais de 100 mil habitantes. É o que se pode verificar na tabela a seguir.

Tabela 5: Caracterização dos municípios paulistas por porte

Faixa da população	Nº de Municípios	% Municípios	População Total	% Pop
< 10 mil	279	43,3	1.373.955	3,3
10- 49 mil	242	37,5	5.662.010	13,7
50 - 99 mil	49	7,6	3.402.226	8,2
> 100 mil	75	11,6	30.824.008	74,7
<b>Total</b>	<b>645</b>	<b>100</b>	<b>41.262.199</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE, 2010

Outro ponto foi importante na definição de nosso universo de pesquisa. O fato de os indicadores demográficos apontarem um crescente aumento da esperança de vida ao nascer e uma redução da taxa de natalidade, ou seja, envelhecimento da população. Os dois movimentos, e o envelhecimento da população, provocam uma mudança no cenário do sistema público de saúde que interfere diretamente na priorização de ações e na estruturação



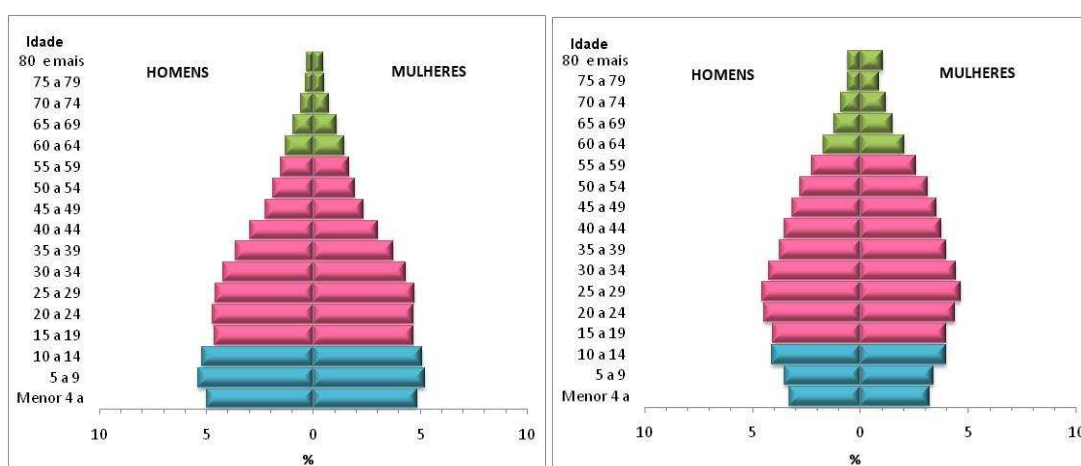
adequada da rede de serviços, para o desenvolvimento da assistência integral aos problemas de saúde da população, com eficiência e qualidade.

A tabela e o gráfico que seguem demonstram o fenômeno de envelhecimento da população brasileira e paulista.

**Tabela 1:** Esperança de Vida ao Nascer no Brasil e no Estado de São Paulo (1991, 2000, 2009)

Anos	Brasil			Estado de São Paulo		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
1991	63,2	70,9	66,9	65,1	74,2	69,5
2000	66,7	74,4	70,4	67,9	76,7	72,2
2009	69,4	73,1	73,1	70,7	79,0	74,8

Fonte: IBGE, 2010



**Figura 4:** Pirâmide Populacional do Estado de São Paulo 1991 e 2010

Fonte: IBGE (Censo 1991 e 2010)

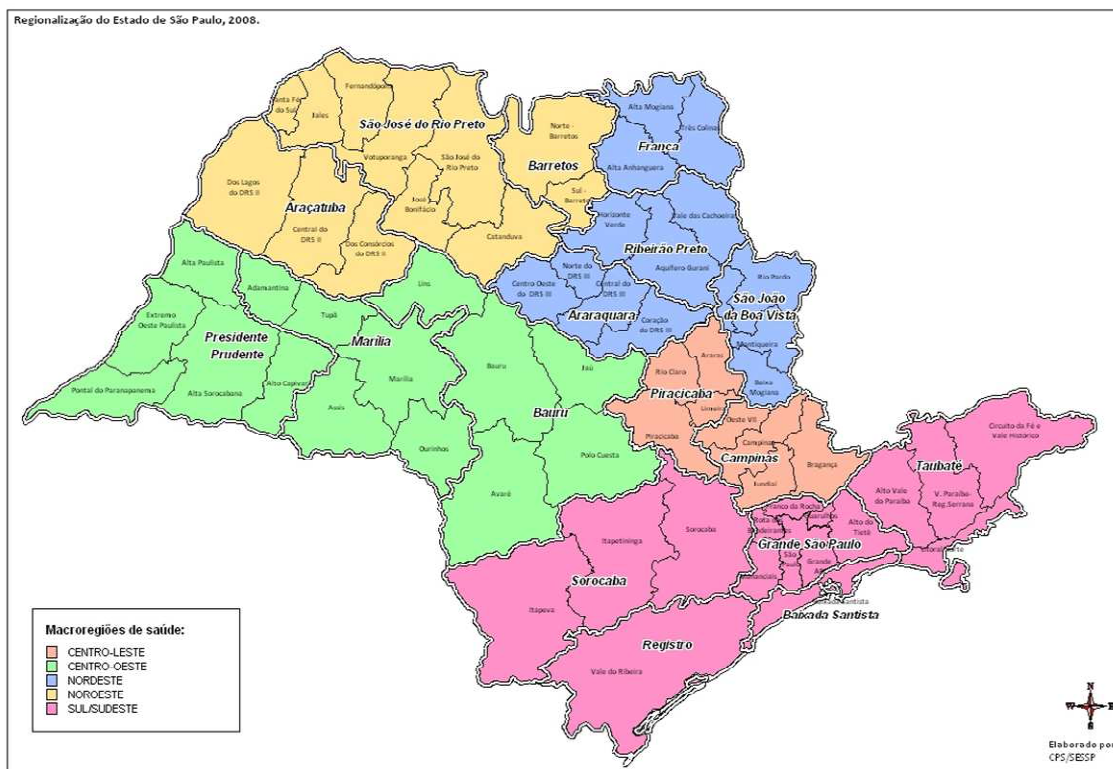
As mudanças são melhor visualizadas por meio da pirâmide populacional do estado: em 1991, o grupo de crianças e adolescentes com até 19 anos de idade representava 40,1% da população. Já em 2010 passou a representar apenas 29,5%. Por outro lado, o grupo de pessoas com mais de 60 anos, que representava 7,7% do total em 1999, passou a ser de 11,6% em 2010.

O envelhecimento da população altera de forma significativa os padrões de morbimortalidade, como o aumento das doenças crônico-degenerativas, ou seja, cada vez mais é necessário o foco nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (características dos serviços de

atenção básica), no sentido de racionalizar o tratamento e conferir mais qualidade de vida às pessoas.

## 4.2 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO NO ESTADO DE SÃO PAULO

A Secretaria de Estado da Saúde possui 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) distribuídos em 5 (cinco) macrorregiões. O Plano Diretor de Regionalização estabeleceu a criação de 64 Regiões de Saúde com seus respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), no estabelecimento do Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo.



**Figura 5: Mapa do Estado de São Paulo: Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde**

Fonte: SES/SP, 2010

Cabe destacar que a maior parte da população se concentra nas regiões da Grande São Paulo, onde vivem cerca de 48% dos habitantes do Estado; e de Campinas, onde estão cerca de 10%.

### 4.3 COBERTURA PELA SAÚDE SUPLEMENTAR

No Estado de São Paulo, 44% da população utilizam algum tipo de plano de saúde privado com assistência médica. Essa característica, para além de outros problemas, traz uma dificuldade no que diz respeito ao planejamento de ações e políticas públicas por parte dos gestores. Isso porque, por um lado, faltam informações sobre o perfil de morbidade de parte significativa da população, por outro, não se sabe quais são os serviços oferecidos por esses planos e os mais demandados pelos usuários.

Outra consequência importante da coexistência de dois tipos de sistema de saúde, um público e outro privado, é a consolidação da desigualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que grande parte dos prestadores (principalmente hospitalares) atende tanto ao SUS como às Operadoras de Planos de Saúde, sendo que as últimas possuem uma tabela de remuneração com valores mais elevados do que os públicos, o que torna mais vantajoso para os prestadores atender pessoas que tenham plano de saúde.

A tabela a seguir mostra a cobertura dos planos de saúde nas 17 regiões administrativas do Estado de São Paulo.

**Tabela 7: População Total e Beneficiária do Sistema da Saúde Suplementar segundo o Departamento Regional de Saúde (DRS) – Estado de São Paulo – 2010**

DRS	Total	Beneficiária S. Suplementar	%
1 Grande São Paulo	19.672.582	10.327.878	52,5
2 Araraquã	719.434	144.277	20,1
3 Araraquã	920.385	334.280	36,3
4 Baixada Santista	1.653.082	577.527	40,7
5 Barretos	411.484	126.703	30,8
6 Bauru	1.625.045	407.872	25,1
7 Campinas	4.033.425	2.005.812	49,7
8 Franca	649.995	224.338	34,5
9 Marília	1.058.326	228.343	21,4
10 Piracicaba	1.413.184	597.748	42,3
11 Presidente Prudente	722.298	154.062	21,3
12 Registro	273.626	28.339	10,4
13 Ribeirão Preto	1.328.535	510.693	38,4
14 São João Boa Vista	773.518	254.970	33,0
15 São José do Rio Preto	1.470.683	456.346	31,0
16 Sorocaba	2.243.835	553.431	29,1
17 Taubaté	2.252.723	852.727	37,7
<b>Total</b>	<b>41.252.160</b>	<b>18.102.899</b>	<b>43,9</b>

Fonte: IBGE (Censo 2010) e ANS/MS (Dez/2010).

#### 4.4 CAPACIDADE INSTALADA DO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO

O Estado de São Paulo possui a maior capacidade instalada vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no país, com cerca de 4.500 Unidades Básicas de Saúde, 582 hospitais (públicos e filantrópicos conveniados) e 1.500 ambulatórios de especialidade.

**Tabela 2: Tabela dos Tipos de Unidades de Saúde do SUS por Departamento Regional de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde, 2010.**

Regional de Saúde	Unidades Básicas*	Centro de Atenção Psicossocial	Ambulatórios de Especialidade*	Unidade Mista	Hospital Dia	Hospitais
01 Grande São Paulo	1.106	104	397	6	5	149
02 Araçatuba	119	3	37	1	0	23
03 Araraquara	154	6	47	1	0	20
04 Baixada Santista	151	21	78	0	3	15
05 Barretos	87	3	31	4	1	12
06 Bauru	291	13	84	0	2	50
07 Campinas	447	37	164	2	5	49
08 Franca	115	3	44	0	0	13
09 Marília	267	12	51	0	0	42
10 Piracicaba	210	10	83	2	0	16
11 Presidente Prudente	189	7	22	0	0	22
12 Registro	82	0	2	1	0	6
13 Ribeirão Preto	171	9	86	2	0	25
14 S.João da Boa Vista	120	11	55	0	0	24
15 S.José do Rio Preto	306	10	79	0	1	44
16 Sorocaba	350	20	118	0	0	38
17 Taubaté	352	18	91	7	3	34
<b>TOTAL</b>	<b>4.517</b>	<b>287</b>	<b>1.469</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>582</b>

Fonte: CNES/dez/2010. \*Unidades básicas: Centro de Apoio a Saúde da Família, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde; Ambulatórios de Especialidade: Clínica Especializada/Ambulatório Especializado, Policlínica.

#### 4.5 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Segundo Bittar *et al.* (2011), o Estado de São Paulo possui 855 unidades com registro de leitos de internação, sendo que 70% estão vinculadas ao SUS e 30% vinculadas ao setor suplementar.

Os hospitais totalmente públicos representam cerca de 22% dos leitos no total do Estado, ou seja, os gestores do SUS contratam no setor privado filantrópico grande parte dos leitos disponíveis no SUS.

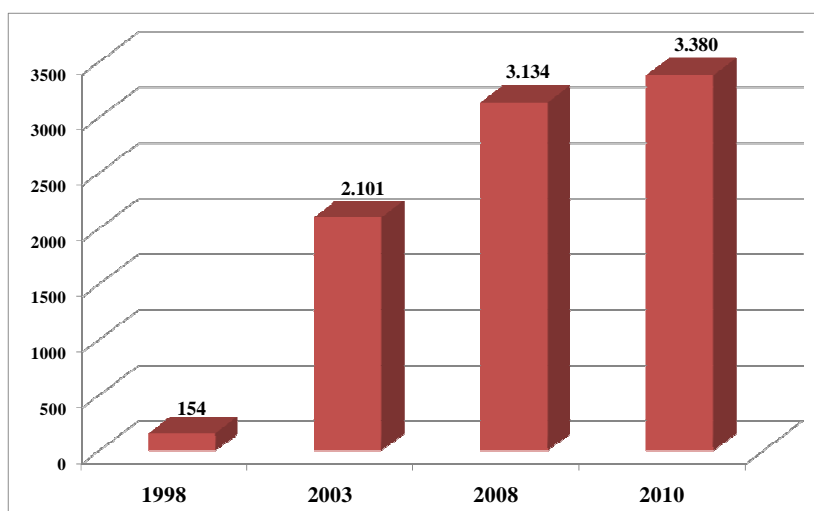
Como já mencionado, grande parte dos prestadores do SUS atende a pacientes do SUS e a pacientes do setor suplementar, o que se reflete na disponibilidade de leitos. Assim, do total de 103 mil leitos, somente 64,7 mil (63%) são disponibilizados para o atendimento a pacientes do SUS, sendo o restante destinado aos pacientes com planos de saúde.

## 5.6 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

O serviço de atendimento à saúde tem ampliado sua rede ao longo dos últimos anos. Esse movimento é especialmente notável em algumas áreas.

A maior parte da ampliação da rede de serviços foi registrada na atenção ambulatorial: as unidades de serviços de atenção básica passaram de 3 mil em 1998 para 4,5 mil em 2010. Esse aumento foi significativo também no número de ambulatórios de especialidades, que passaram de 445 em 1998 para mais de 1,4 mil em 2010.

Com relação à adoção do Programa de Saúde da Família, verificou-se um aumento no número de equipes no estado, embora seja importante destacar que nem todos os municípios adotam o programa para o atendimento da atenção básica. O gráfico e a tabela a seguir ilustram e complementam essas informações.



**Gráfico 2: Número de Equipes do Programa de Saúde da Família. Estado de São Paulo – 1998, 2003 e 2008.**

Fonte: Departamento de Atenção Básica-DAB / MS

**Tabela 3: Equipes de Saúde da Família Implantadas e Cobertura Estimada. Estado de São Paulo, 2001 e 2010**

	DRS	ESF Implantados 2001	POPULAÇÃO ESTIMADA 2001	% Estimado da População Acompanhada 2001 *	ESF Implantados 2010	POPULAÇÃO CENSO 2010	% Estimado da População Acompanhada 2010 *
1	GRANDE S. PAULO	280	18.128.061	5,33	1.355	19.683.975	23,75
2	ARAÇATUBA	89	664.089	46,24	145	719.323	69,54
3	ARARAQUARA	14	838.247	5,76	75	920.257	28,12
4	BAIXADA SANTISTA	22	1.505.898	5,04	132	1.664.136	27,37
5	BARRETOS	10	392.241	8,80	52	411.690	43,58
6	BAURU	32	1.490.971	7,40	137	1.624.623	29,09
7	CAMPINAS	117	3.464.825	11,65	267	4.031.910	22,85
8	FRANCA	15	600.194	8,62	61	649.807	32,39
9	MARÍLIA	83	1.020.225	28,07	163	1.068.408	52,63
10	PIRACICABA	54	1.273.441	14,63	117	1.412.584	28,58
11	PRESIDENTE PRUDENTE	99	689.580	49,53	150	722.192	71,66
12	REGISTRO	36	274.066	45,32	57	273.566	71,88
13	RIBEIRÃO PRETO	31	1.156.019	9,25	68	1.327.989	17,67
14	S. JOÃO B. VISTA	26	738.731	12,14	53	773.781	23,63
15	S. JOSÉ R. PRETO	68	1.349.933	17,38	166	1.470.348	38,95
16	SOROCABA	99	2.012.364	16,97	156	2.243.016	23,99
17	TAUBATÉ	100	2.031.220	16,98	226	2.264.594	34,43
<b>Total geral</b>		<b>1.175</b>	<b>37.630.105</b>	<b>10,77</b>	<b>3.380</b>	<b>41.262.199</b>	<b>28,26</b>

Fonte: Departamento de Atenção Básica-DAB / MS e IBGE/Datasus.

(\*) N° de ESF x 3.450 (média de pessoas acompanhadas por uma ESF).

#### 4.7 PRODUTIVIDADE

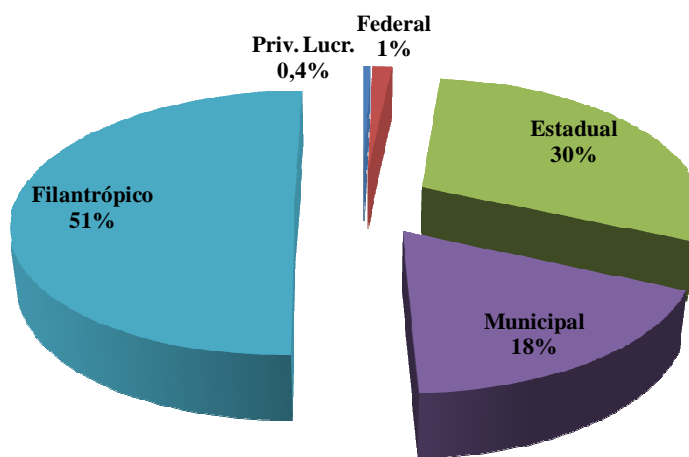
No período de 2001 a 2010, verificou-se um aumento no número de internações em 8%, (2,18 milhões para 2,35 milhões). As internações divididas por especialidade mostram que ocorreu grande queda no número de internações em psiquiatria (com redução de 34% no período) e de obstetrícia (redução de 17%).

Com relação à natureza do prestador, observa-se a grande participação dos hospitais filantrópicos, que são responsáveis por 50,4% das internações no SUS/SP. Os hospitais estaduais (da Administração Direta, Indireta – autarquias e fundações, bem como gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde – OSS), representam o segundo maior grupo, com 30% das internações.

**Tabela 4:** Internações no SUS/SP segundo especialidade e natureza do prestador – 2010

Especialidade	Priv. Lucr.		Federal		Estadual		Municipal		Filantrópico		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01-Cirúrgico	1.140	0,14	14.708	1,87	268.580	34,14	105.077	13,36	397.293	50,49	786.798	100,00
02-Obstétricos	273	0,07	1.434	0,36	110.303	27,72	85.960	21,60	199.966	50,25	397.936	100,00
03-Clínic	1.551	0,19	10.528	1,29	215.577	26,46	156.106	19,16	431.096	52,90	814.858	100,00
04-Crônicos	207	6,56	-	-	1.268	40,16	1	0,03	1.681	53,25	3.157	100,00
05-Psiquiatria	5.028	8,06	240	0,38	12.820	20,54	9.259	14,84	35.056	56,18	62.403	100,00
07-Pediátricos	258	0,11	3.190	1,30	72.029	29,39	60.964	24,88	108.635	44,33	245.076	100,00
Todos os demais tipos	-	-	-	-	25.115	61,89	4.212	10,38	11.251	27,73	40.578	100,00
<b>Total</b>	<b>8.457</b>	<b>0,36</b>	<b>30.100</b>	<b>1,28</b>	<b>705.692</b>	<b>30,02</b>	<b>421.579</b>	<b>17,93</b>	<b>1.184.978</b>	<b>50,41</b>	<b>2.350.806</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH- SUS) 2010



**Gráfico 3:** Produção de internações segundo natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2010

Fonte: Sistema de Internações hospitalares (SIH- SUS) 2010

No que tange à produção ambulatorial, houve um aumento de 20,4% no número absoluto de consultas básicas (de 60 para 72 milhões de consultas) e de 65,5% no de consultas especializadas (de 43 para 72 milhões) no Estado de São Paulo.

É importante esclarecer que a validação das informações que alimentam o sistema do SUS é condicionada ao pagamento – o que compromete, em parte, os dados disponíveis. Assim, por exemplo, as informações acerca de procedimentos e internações de maior custo são mais atualizadas e confiáveis, uma vez que se não forem alimentadas adequadamente a remuneração dos prestadores fica comprometida. No caso das consultas básicas, o financiamento é *per capita* ou por cadastramento no Programa de Saúde da Família, ou seja, depende da qualidade da gestão dos serviços.

A análise da variação desse número em relação às consultas básicas por habitante revela problemas, uma vez que em algumas regiões observa-se uma redução na produção de consultas básicas, quando é esperado um aumento.

Mesmo com essas considerações sobre a alimentação das informações, é preocupante que o número total de consultas especializadas seja praticamente igual ao número de consultas básicas, o que é possível verificar no quadro abaixo. Nos dados das 17 DREs de São Paulo a realidade é mais ou menos a mesma que a verificada na Grande São Paulo, onde em 2001 foram realizadas 22 milhões de consultas básicas e quase 21 milhões de atendimentos especializados; e em 2010 a paridade se manteve, com 29 milhões de atendimentos básicos e 32 milhões de consultas especializadas.

Esse quadro é contrário a um modelo mais racional de atendimento. Indica a necessidade de mais investimentos e propostas no sentido de aprimorar o atendimento básico.

**Tabela 5: Consultas Médicas Básicas e de Especialidades no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2001 - 2010**

DRS de Ocorrência	Consultas Médicas 2001			Consultas Médicas 2010			Variação % 2010/2001		
	Básica	Especializada	Total	Básica	Especializada	Total	Básica	Especializada	Total
1 Grande São Paulo	22.068.724	20.899.760	42.968.484	29.380.426	32.629.133	62.009.559	33,1	56,1	44,3
2 Araçatuba	1.377.090	732.148	2.109.238	1.586.353	1.224.802	2.811.155	15,2	67,3	33,3
3 Araraquara	1.807.901	794.074	2.601.975	2.093.020	1.279.108	3.372.128	15,8	61,1	29,6
4 Baixada Santista	3.216.012	1.896.231	5.112.243	2.051.412	4.083.470	6.134.882	-36,2	115,3	20,0
5 Barretos	916.429	469.516	1.385.945	979.628	964.893	1.944.521	6,9	105,5	40,3
6 Bauru	2.548.497	2.250.932	4.799.429	4.364.779	3.207.510	7.572.289	71,3	42,5	57,8
7 Campinas	5.734.403	4.610.923	10.345.326	6.108.262	6.639.715	12.747.977	6,5	44,0	23,2
8 Franca	1.249.966	595.086	1.845.052	1.497.088	1.110.557	2.607.645	19,8	86,6	41,3
9 Marília	2.089.320	1.373.374	3.462.694	2.243.323	1.752.880	3.996.203	7,4	27,6	15,4
10 Piracicaba	2.229.155	908.517	3.137.672	2.204.136	2.033.952	4.238.088	-1,1	123,9	35,1
11 Presidente Prudente	1.398.596	781.733	2.180.329	2.104.633	1.157.331	3.261.964	50,5	48,0	49,6
12 Registro	559.829	327.553	887.382	879.567	465.667	1.345.234	57,1	42,2	51,6
13 Ribeirão Preto	2.898.063	1.339.538	4.237.601	2.996.975	3.241.207	6.238.182	3,4	142,0	47,2
14 São João Boa Vista	1.556.391	688.126	2.244.517	1.721.631	1.246.190	2.967.821	10,6	81,1	32,2
15 São José do Rio Preto	3.163.246	1.838.284	5.001.530	3.571.973	2.773.144	6.345.117	12,9	50,9	26,9
16 Sorocaba	3.873.321	2.073.300	5.946.621	4.363.045	4.041.370	8.404.415	12,6	94,9	41,3
17 Taubaté	3.646.647	1.945.361	5.592.008	4.497.967	4.193.673	8.691.640	23,3	115,6	55,4
<b>Total</b>	<b>60.333.590</b>	<b>43.524.456</b>	<b>103.858.046</b>	<b>72.644.218</b>	<b>72.044.602</b>	<b>144.688.820</b>	<b>20,4</b>	<b>65,5</b>	<b>39,3</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, 2011



**Tabela 6:** Consultas Médicas Básicas e de Especialidades por habitante no SUS/SP segundo os Departamentos Regionais de Saúde – DRS – 2001 – 2010

DRS de Ocorrência	Consulta por habitante 2001			Consulta por habitante 2010			Variação % 2010/2001		
	Básica	Espec.	Total	Básica	Espec.	Total	Básica	Espec.	Total
1 Grande São Paulo	1,22	1,15	<b>2,37</b>	1,49	1,66	<b>3,15</b>	22,6	43,8	32,9
2 Araçatuba	2,07	1,10	<b>3,18</b>	2,21	1,70	<b>3,91</b>	6,4	54,4	23,0
3 Araraquara	2,16	0,95	<b>3,10</b>	2,27	1,39	<b>3,66</b>	5,5	46,7	18,0
4 Baixada Santista	2,14	1,26	<b>3,39</b>	1,23	2,45	<b>3,69</b>	-42,3	94,9	8,6
5 Barretos	2,34	1,20	<b>3,53</b>	2,38	2,34	<b>4,72</b>	1,8	95,8	33,7
6 Bauru	1,71	1,51	<b>3,22</b>	2,69	1,97	<b>4,66</b>	57,2	30,8	44,8
7 Campinas	1,66	1,33	<b>2,99</b>	1,51	1,65	<b>3,16</b>	-8,5	23,7	5,9
8 Franca	2,08	0,99	<b>3,07</b>	2,30	1,71	<b>4,01</b>	10,6	72,4	30,5
9 Marília	2,05	1,35	<b>3,39</b>	2,10	1,64	<b>3,74</b>	2,5	21,9	10,2
10 Piracicaba	1,75	0,71	<b>2,46</b>	1,56	1,44	<b>3,00</b>	-10,9	101,8	21,8
11 Presidente Prudente	2,03	1,13	<b>3,16</b>	2,91	1,60	<b>4,52</b>	43,7	41,4	42,9
12 Registro	2,04	1,20	<b>3,24</b>	3,22	1,70	<b>4,92</b>	57,4	42,4	51,9
13 Ribeirão Preto	2,51	1,16	<b>3,67</b>	2,26	2,44	<b>4,70</b>	-10,0	110,6	28,1
14 São João Boa Vista	2,11	0,93	<b>3,04</b>	2,22	1,61	<b>3,84</b>	5,6	72,9	26,2
15 São José do Rio Preto	2,34	1,36	<b>3,71</b>	2,43	1,89	<b>4,32</b>	3,7	38,5	16,5
16 Sorocaba	1,92	1,03	<b>2,96</b>	1,95	1,80	<b>3,75</b>	1,1	74,9	26,8
17 Taubaté	1,80	0,96	<b>2,75</b>	1,99	1,85	<b>3,84</b>	10,6	93,4	39,4
<b>Total</b>	<b>1,60</b>	<b>1,16</b>	<b>2,76</b>	<b>1,76</b>	<b>1,75</b>	<b>3,51</b>	<b>9,8</b>	<b>51,0</b>	<b>27,1</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, 2010

Reiterando. O breve cenário acima apresentado reforça a necessidade de mudanças no âmbito do modelo assistencial vigente no SUS, no sentido de fortalecer os serviços de atenção primária à saúde, ou seja, explicita a necessidade de estratégias para fortalecer principalmente a capacidade municipal na provisão dos serviços. Por outro lado, evidencia a necessidade de processos que garantam adequado controle e monitoramento na contratação de instituições privadas filantrópicas, dado o importante papel dessas instituições na capacidade instalada, principalmente hospitalar.

## 5.0 ESTUDO DAS TENDÊNCIAS DAS DESPESAS COM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

A presente análise tem como objetivo explorar, por meio de estatísticas descritivas, o comportamento das despesas com pessoal nos municípios do Estado de São Paulo, no sentido de identificar tendências.

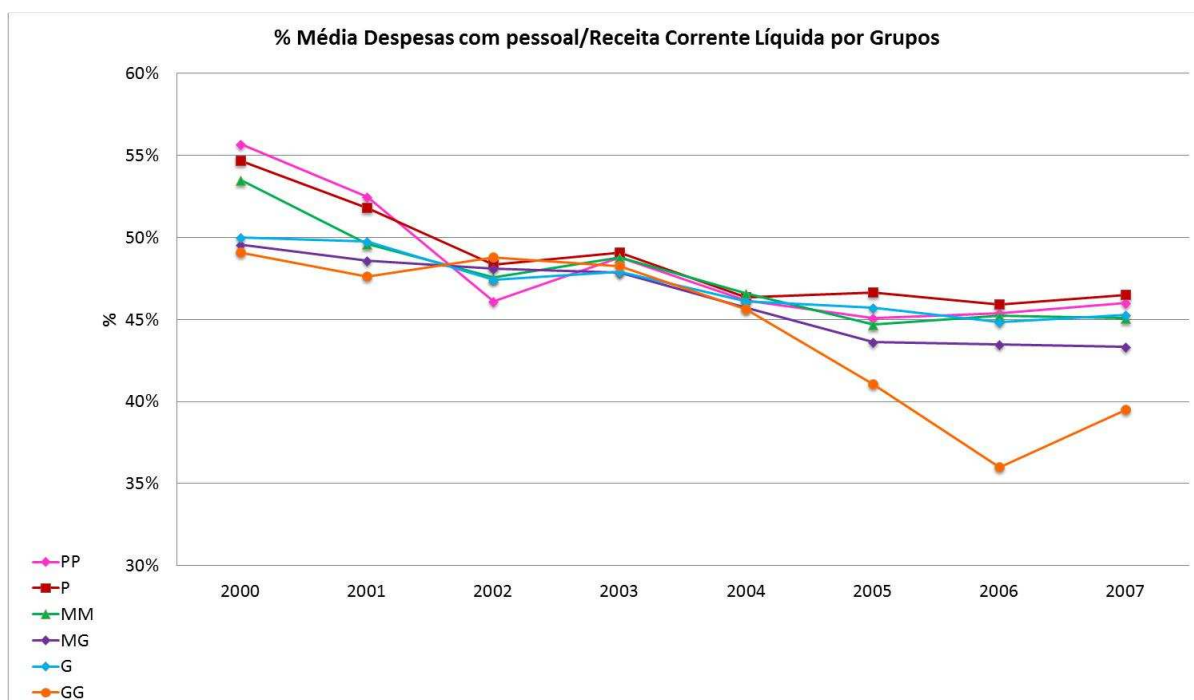
No que diz respeito ao limite com despesas com pessoal nos municípios do Estado, observa-se que o número de municípios que excederam o limite de gastos com pessoal previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal diminuiu durante o período analisado.

**Tabela 7:** Gastos com Pessoal: número de municípios que excederam o limite ao final do exercício – 2000 a 2006

Ano	Nº
2000	60
2001	27
2002	12
2003	10
2004	07
2005	04
2006	01
2007	01

Fonte: FINBRA, 2010

A análise por grupos de municípios revela que, em média, as menores proporções de despesas com pessoal estão nos municípios de maior porte populacional (com mais de 500 mil habitantes – aqui denominados GG). Por outro lado, se consideramos a variação, vemos que os dois grupos extremos no porte populacional (aqui denominados PP e GG) tiveram uma redução de 10% em gastos com pessoal. Em geral, todos os municípios estão com valores abaixo do limite estabelecido pela Lei Complementar nº 101.



**Gráfico 4:** Média dos Indicadores de Despesas com Pessoal Total em relação a Receita Corrente Líquida por grupo de municípios (%)

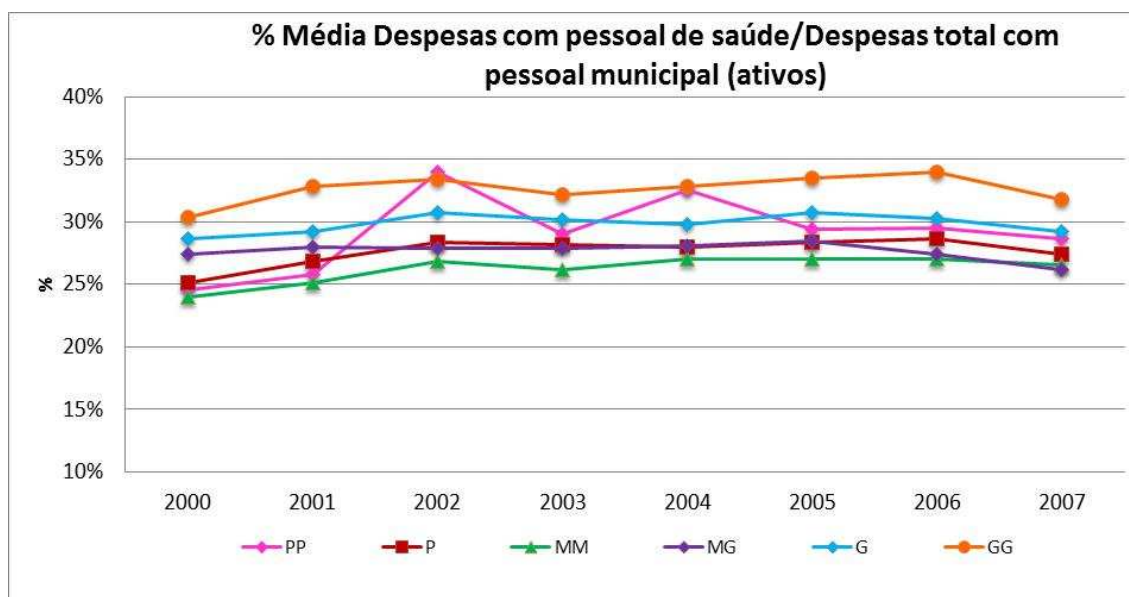
Fonte: elaboração própria

**Tabela 8: Média dos Indicadores de Despesas com Pessoal Total em relação a Receita Corrente Líquida por grupo de municípios (%)**

TAMANHO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PP	56%	52%	46%	49%	46%	45%	45%	46%
P	55%	52%	48%	49%	46%	47%	46%	47%
MM	54%	50%	48%	49%	47%	45%	45%	45%
MG	50%	49%	48%	48%	46%	44%	43%	43%
G	50%	50%	47%	48%	46%	46%	45%	45%
GG	49%	48%	49%	48%	46%	41%	36%	39%
<b>média</b>	<b>54%</b>	<b>51%</b>	<b>47%</b>	<b>49%</b>	<b>46%</b>	<b>45%</b>	<b>45%</b>	<b>45%</b>

Fonte: elaboração própria

Não se verificam grandes variações na proporção de despesas com pessoal em saúde e despesas com pessoal total nos municípios. Para o cálculo desse indicador foram consideradas as despesas com pessoal ativo, uma vez que estes são os dados disponibilizados na área da saúde. As maiores proporções encontram-se nos municípios de maior porte (GG), sem grandes oscilações, o que leva a crer que esses gastos referem-se à manutenção dos servidores já contratados. O mesmo se observa nos demais grupos de municípios, com exceção do grupo PP que, em média, gastou mais com a saúde no decorrer dos anos. É o que se observa nos quadros a seguir.



**Gráfico 5: Média dos Indicadores de Despesas com Pessoal em Saúde em relação à Despesas com Pessoal Total Municipal por grupo de municípios (%)**

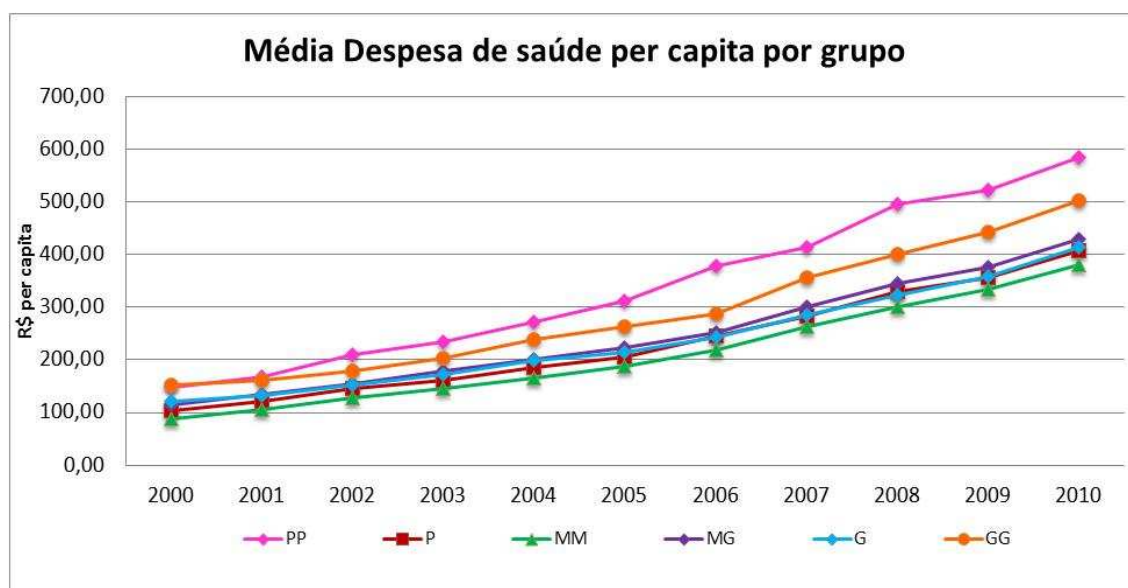
Fonte: elaboração própria

**Tabela 15: Média dos Indicadores de Despesas com Pessoal em Saúde em relação à Despesas com Pessoal Total Municipal por grupo de municípios (%)**

Grupos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PP	25%	26%	34%	29%	33%	29%	30%	29%
P	25%	27%	28%	28%	28%	28%	29%	27%
MM	24%	25%	27%	26%	27%	27%	27%	27%
MG	27%	28%	28%	28%	28%	28%	27%	26%
G	29%	29%	31%	30%	30%	31%	30%	29%
GG	30%	33%	33%	32%	33%	34%	34%	32%
<b>média</b>	<b>25%</b>	<b>27%</b>	<b>31%</b>	<b>28%</b>	<b>30%</b>	<b>29%</b>	<b>29%</b>	<b>28%</b>

Fonte: elaboração própria

Os dados abaixo evidenciam que os gastos municipais com saúde aumentaram consideravelmente, em todos os grupos de municípios, sendo que os menores valores encontram-se nos grupos P (até 19 mil habitantes) e MM (até 37 mil habitantes). É importante lembrar que os repasses federais *per capita* para a Atenção Básica são regidos pelos mesmos critérios para todos os municípios do país. Outro fator que deve ser considerado é a capacidade instalada nos municípios de maior porte populacional, que contam com outras transferências federais relacionadas com a produção de procedimentos de média e alta complexidade.



**Gráfico 6: Média dos indicadores despesas com saúde per capita por grupos de municípios**

Fonte: elaboração própria

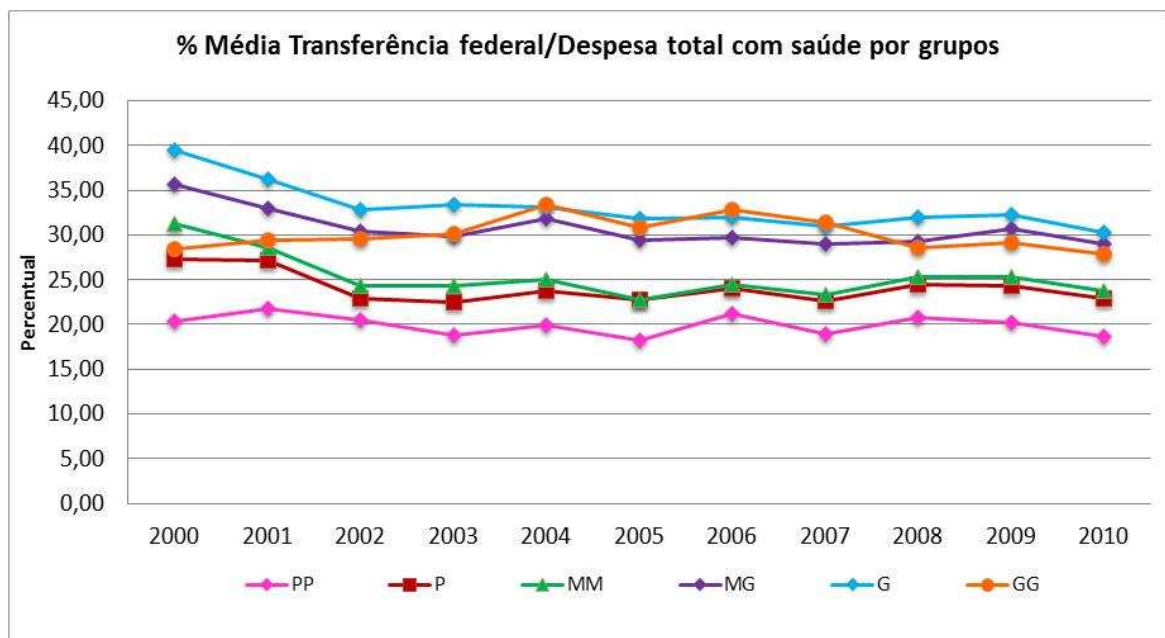
**Tabela 16: Média do indicador e despesas com saúde per capita por grupos de municípios**

Grupos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PP	146,70	167,03	210,18	234,81	271,04	311,27	378,59	414,27	494,76	521,98	583,22
P	103,30	121,89	144,88	160,76	185,63	206,27	244,89	281,75	329,24	355,13	406,18
MM	88,97	105,99	126,81	144,77	165,28	187,06	219,57	261,92	300,95	334,16	379,71
MG	115,29	135,17	154,63	178,56	201,20	223,34	251,67	300,56	345,87	375,60	429,66
G	120,08	131,43	151,37	171,10	199,15	214,59	242,13	284,13	323,49	358,36	414,38
GG	152,77	161,01	178,89	203,08	239,34	263,29	287,91	354,89	399,75	441,35	501,91
média	123,43	141,79	171,97	193,37	222,54	251,14	298,06	337,65	396,44	425,56	481,09

Fonte: elaboração própria

Em média, as transferências federais representam 23% do total de despesas municipais com saúde. Essa proporção é maior no grupo de municípios G (30%). Nos municípios com menor porte populacional, essa proporção é de 18%. Ou seja, os municípios paulistas arcam com grande parte das despesas com saúde.

Neste ponto é importante destacar, para esclarecimento, que a Secretaria Estadual de Saúde é gestora de grande parte da capacidade instalada estadual (em média e alta complexidade) e que, pelo foco do estudo, esses dados não são contemplados na presente análise.



**Gráfico 7: Média dos indicadores de transferência federal em relação à despesa total com saúde por grupos de municípios (%)**

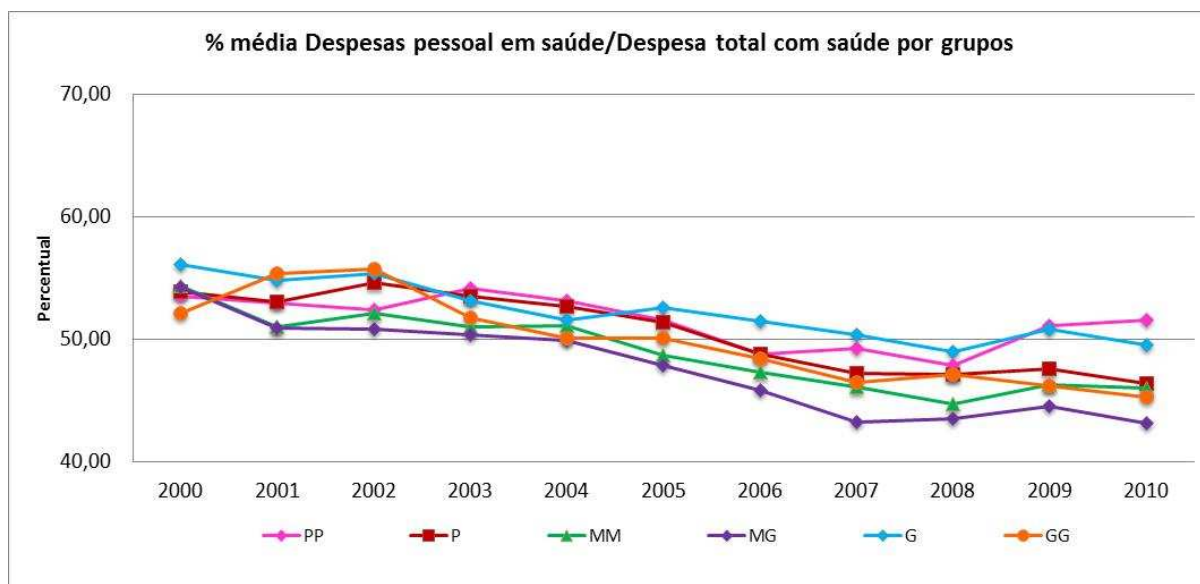
Fonte: elaboração própria

**Tabela 17: Média do indicador transferência federal em relação à despesa total com saúde por grupos de municípios (%)**

Grupos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PP	20,36	21,83	20,43	18,80	19,97	18,17	21,22	18,89	20,71	20,23	18,66
P	27,35	27,11	22,94	22,50	23,77	22,79	23,97	22,57	24,49	24,28	22,87
MM	31,19	28,64	24,36	24,29	24,99	22,75	24,51	23,32	25,34	25,33	23,72
MG	35,59	32,92	30,39	29,89	31,79	29,49	29,76	28,93	29,30	30,63	28,97
G	39,47	36,22	32,78	33,33	33,15	31,83	31,98	30,99	31,96	32,31	30,31
GG	28,45	29,38	29,53	30,10	33,44	30,83	32,75	31,43	28,54	29,09	27,87
média	27,39	26,92	24,24	23,46	24,58	22,85	24,66	23,03	24,55	24,53	22,93

Fonte: elaboração própria

Os indicadores abaixo evidenciam que, em média, as despesas com pessoal tem cada vez menos peso no total de despesas com saúde. A variação é mais perceptível no grupo MG (37 a 90 mil habitantes), P (10 a 19 mil) e GG (acima de 500 mil).



**Gráfico 8: Média dos Indicadores Despesa com Pessoal em Saúde em relação à Despesa Total em Saúde por grupos de município (%)**

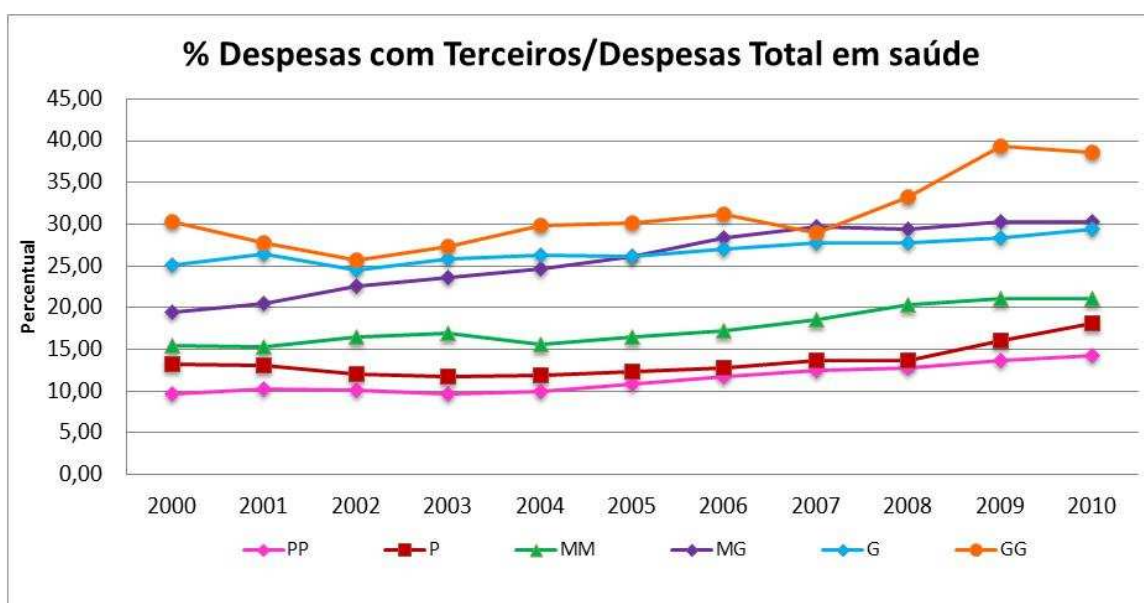
Fonte: elaboração própria

**Tabela 9: Média do Indicador Despesa com Pessoal em Saúde em relação à /Despesa Total em Saúde por grupos de município (%)**

TAMANHO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PP	53,49	52,91	52,40	54,18	53,16	51,55	48,78	49,21	47,89	51,06	51,54
P	53,86	53,02	54,62	53,54	52,64	51,36	48,74	47,18	47,10	47,55	46,35
MM	54,33	51,01	52,10	51,01	51,05	48,69	47,33	46,05	44,74	46,23	46,00
MG	54,19	50,89	50,85	50,32	49,91	47,82	45,81	43,23	43,49	44,50	43,08
G	56,09	54,80	55,32	53,15	51,56	52,54	51,45	50,30	48,93	50,78	49,50
GG	52,12	55,31	55,68	51,72	50,03	50,05	48,41	46,42	47,09	46,20	45,22
média	54,03	52,63	52,94	52,96	52,12	50,70	48,45	47,64	46,81	48,73	48,31

Fonte: elaboração própria

A média de gastos com terceiros aumentou na maioria dos municípios, com destaque para os do grupo MG (variação de 11%) e GG (9%). Ou seja, os municípios paulistas estão terceirizando boa parte da parte de seu sistema assistencial, sendo possível afirmar que nos casos dos municípios MG e GG essa tendência é crescente. É o que se nota no gráfico e na tabela abaixo.



**Gráfico 9: Média dos Indicadores de Despesas com Terceiros em relação a Despesas Totais em Saúde por grupo de municípios (%) – Fonte: elaborada pela autora**

**Tabela 10: Média dos Indicadores de Despesas com Terceiros em relação à Despesas Totais em Saúde por grupo de municípios (%)**

Grupos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PP	9,64	10,34	10,05	9,71	9,97	10,81	11,74	12,55	12,84	13,73	14,21
P	13,17	13,01	12,08	11,76	11,92	12,35	12,86	13,69	13,64	16,03	18,18
MM	15,45	15,36	16,44	16,97	15,63	16,43	17,20	18,54	20,29	21,04	21,14
MG	19,53	20,57	22,64	23,56	24,60	26,21	28,36	29,70	29,42	30,23	30,34
G	25,05	26,40	24,49	25,87	26,25	26,14	27,06	27,77	27,77	28,40	29,36
GG	30,23	27,76	25,70	27,26	29,87	30,13	31,25	28,93	33,26	39,36	38,63
média	14,38	14,87	14,77	14,93	15,10	15,86	16,85	17,76	18,13	19,33	20,06

Fonte: elaboração própria

A partir da análise dos dados de despesas, podemos afirmar que, em média, praticamente todos municípios reduziram as suas despesas com pessoal, ao mesmo tempo em que aumentaram consideravelmente seus gastos com o setor saúde, sem alterar muito a proporção com gastos em pessoal e com aumento crescente dos gastos com terceiros.

Ou seja, aparentemente existe uma tendência à terceirização dos serviços em saúde, mas este quadro imprime mais questões do que respostas:

- Como a imposição de limites às despesas com pessoal afeta a provisão de serviços nos municípios paulistas?
- Quais as motivações dos gestores municipais para terceirizar serviços (principalmente na Atenção Básica)?
- Quem são essas empresas terceiras?
- Como é feita a seleção e controle dessas empresas terceiras?
- Os municípios dispõem de pessoal qualificado para realizar o controle e a supervisão dessas empresas terceiras?
- É realmente mais eficiente terceirizar, ou é somente uma forma de reduzir gastos com pessoal? Ou é mais fácil terceirizar do que assumir a gestão de recursos humanos?
- Como são contratados os servidores municipais nos municípios que optam por realizar diretamente essa provisão de serviços?

Com essas questões, passamos à segunda parte deste trabalho: as entrevistas com gestores municipais.

## **6 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Como já mencionado, a seleção dos entrevistados se deu por meio da formação de *clusters* a partir do padrão de gastos com pessoal e terceiros, no intento de assim representar a totalidade dos municípios paulistas.

Dada às diferenças de padrões, apresentaremos os resultados da pesquisa qualitativa seguindo essa classificação.



Conforme apresentado na Metodologia, as entrevistas realizadas com os gestores serviram para colher dados sobre números e algumas características dos servidores públicos municipais. Apurou-se, entre outras informações o número de servidores públicos no setor de saúde e os tipos de regime de contratação desses servidores. Buscava-se investigar a existência, ou não, de uma relação entre o tipo de regime de contratação e a tendência para a terceirização. Buscava-se, ademais, acesso a dados que não estão disponíveis em qualquer base – e promover uma pesquisa ao mesmo tempo inédita e com perspectiva de utilidade no futuro.

Mesmo nos municípios em que a terceirização é prática consolidada e corrente no Sistema Único de Saúde, julgamos pertinente elaborar questões para explorar como são estabelecidos os processos de contratação, seleção, supervisão e avaliação de todos os serviços contratados pelo município.

Outro ponto considerado importante para a análise do objeto de estudo foi explorar o perfil do gestor municipal. Para isso foram estabelecidos graus de qualificação formal, tempo de experiência no cargo, grau de utilização de informações na gestão e conhecimento legal sobre algumas legislações em debate na data das entrevistas. Segue a forma de organização dos resultados.

- a) Para analisar o grau de qualificação formal foram estabelecidas três categorias:
  1. Alta qualificação: profissional com nível superior e pós-graduação em administração ou saúde coletiva (ou equivalente).
  2. Média qualificação: profissional com nível superior.
  3. Baixa qualificação: profissional com nível médio.
  
- b) O aprendizado por meio da prática constante foi classificado pelos anos de experiência no cargo atual (ou equivalente):
  - Baixa experiência: até 2 anos no cargo.
  - Média experiência: 2 a 4 anos no cargo.
  - Alta experiência: acima de 4 anos no cargo.
  
- c) Conhecimento da legislação. Para avaliar o conhecimento do gestor sobre a legislação foram feitas duas perguntas relacionadas com a política de saúde:

- Emenda Constitucional 29 - que discorre sobre os valores a serem destinados à saúde.
  - Emenda Constitucional 51- que dispõe sobre a contratação de agentes comunitários e de endemias.
- d) As questões sugeriam que os informantes discorressem sobre o impacto das Emendas. As respostas foram assim categorizadas:
- Alto conhecimento: conheciam o conteúdo das legislações e se referiam ao seu impacto.
  - Médio conhecimento: conheciam o conteúdo de uma das emendas e se referiam ao seu impacto.
  - Baixo conhecimento: desconheciam a emenda e/ou o impacto.
- e) Utilização da informação: as questões se orientaram para a existência e utilização de informações em saúde para a tomada de decisão, por considerar esse fato determinante para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde (ESCRIVÃO JR., 2007).

## **6.1 PERFIL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL NA ÁREA DE SAÚDE**

As primeiras questões se referem a regimes trabalhistas praticados pelas secretarias municipais (CLT, estatutário e outros), tipo de função (administrativa ou assistencial); e também à percepção do dirigente sobre os tipos de contratações, o desempenho dos funcionários e, quando existente, a contratação de força de trabalho para a prestação de serviços de Atenção Primária (terceirização).

## **6.2 EXISTÊNCIA DE PROCESSOS ESTRUTURADOS NA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS**

As questões sobre os processos estruturados abordaram três tipos de contratações realizadas pelo município: contratos administrativos, convênios e contratos de gestão ou termo de parceria. Foram levantadas perguntas acerca dos mecanismos de seleção, do monitoramento, da avaliação e do controle desses contratos – para a verificação de sua existência e de suas características.

Considerando os princípios legais que regem as contratações, julgamos procedente incluir neste estudo alguns pontos sobre as diretrizes dos contratos. É o que segue.

## **6.3 CONTRATO ADMINISTRATIVO**

O contrato administrativo pode ser entendido como uma forma pela qual uma empresa repassa a outra empresa um determinado serviço ou a produção de determinado bem, seja visando alcançar maior qualidade e/ou produtividade ou a redução de encargos, seja por não ter o serviço em sua própria instituição.

A Constituição Federal, em seus artigos 37 (XXI) e 173 (parágrafo 1º, III), permite que o Estado faça uso da terceirização quando necessitar prestar serviços para os quais não tem recursos ou que difiram dos incluídos no atendimento do SUS. Mas isso não quer dizer que os serviços possam ser simplesmente transferidos para uma organização de administração privada: eles passam a ser oferecidos aos usuários do sistema, sob supervisão pública. Um exemplo no setor administrativo: serviços de limpeza e de recepção. No setor técnico: exames laboratoriais.

Com a Lei nº 8.666, de 21/06/1993, e suas complementares de nº 8.883, de 08/06/1994 e Lei nº 9.648, de 27/05/98, a Lei nº 8.987, de 13/02/1995 (que tratam do regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos); e pelo Decreto Federal nº 2.271, de 07/07/1997,

a Lei n.º 11.079, de 30/12/2004, e o Decreto Estadual n.º 54.010, de 12/02/2009, a Administração Pública, amparada legalmente, passou a tratar as questões de licitações e contratos de forma mais ampla, adotando as contratações de serviços de terceiros previstas e necessárias aos órgãos conforme descrito no Decreto Federal n.º 2.271 a seguir reproduzido:

Art. 1º No âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional poderão ser objeto de execução indireta as atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares aos assuntos que constituem área de competência legal do órgão ou entidade.

§ 1º As atividades de conservação, limpeza, segurança, vigilância, transportes, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicações e manutenção de prédios, equipamentos e instalações serão, *de preferência*, objeto de execução indireta.

§ 2º Não poderão ser objeto de execução indireta as atividades inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade, salvo expressa disposição legal em contrário ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente, no âmbito do quadro geral de pessoal (BRASIL, 1997).

Para que a Administração Pública adote esta prática em sua gestão, ela o fará por meio de licitação, forma pela qual uma instituição pode selecionar a proposta mais vantajosa, conforme o tipo de bens e serviços de que necessita. A licitação pode ser realizada segundo as seguintes modalidades: pregão, concorrência, tomada de preços, convite, concurso ou leilão.

A prestação de serviços e a compra de serviços, de acordo com a Lei 8.666, em seu art. 6º, é assim definida:

I - Obra - toda construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação, realizada por execução direta ou indireta;

II - Serviço - toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para a Administração, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais;

III - Compra - toda aquisição remunerada de bens para fornecimento de uma só vez ou parceladamente.

Todos os contratos administrativos devem atender as especificações contidas no projeto básico, que consiste nas informações que caracterizam a obra ou o serviço, de forma

minuciosa, com detalhes técnicos, obedecendo ao art. IX, da Lei nº 8.666. Após a realização da licitação são indicados um ou dois gestores, pelo ordenador da despesa responsável, para que acompanhem as cláusulas contidas no contrato, conforme o art. 6º do Decreto nº 2.271/97 (PINTO, 2008). Os gestores serão os intermediadores entre a empresa prestadora e a instituição, tendo por função verificar se os serviços estão sendo executados fielmente conforme o estabelecido, de acordo com o previsto no art. 58, inciso III, e art. 67 da Lei nº 8.666/93.

A avaliação é obtida com o resultado do monitoramento realizado pelo gestor. Nessa etapa ele poderá verificar se a contratação atende ou não ao que foi estabelecido pelo edital.

Caso a empresa contratada para a prestação de serviços não esteja cumprindo com uma das cláusulas estabelecidas no contrato, poderá sofrer penalidades previstas na legislação em vigor: Lei nº 10.520/02, Lei nº 8.666/93 e Lei Estadual nº 6.544/89. Entre as punições a que estão sujeitos os prestadores de serviços citamos: advertência, multa de acordo com o previsto no contrato, suspensão temporária da participação em licitações futuras, declaração de idoneidade para licitar ou contratar com órgãos públicos. (Santana et al, 2011)

Após verificar que a empresa não executou total ou parcialmente o que foi contratado, o gestor deve registrar todas as ocorrências, notificar formalmente a empresa apontando os problemas e, após as justificativas da mesma, poderá aceitá-las ou não, advertindo a prestadora de serviços ou, se for o caso, abrindo procedimento administrativo para a aplicação das penalidades. As penalidades já deverão estar previstas no edital de licitação referente ao serviço contratado, aprovado por autoridade competente. (Di Pietro, 2011).

## **6.4 CONVÊNIOS**

Os convênios são acordos celebrados entre um órgão ou uma entidade da administração pública (da União, Estado ou Município) e outro órgão ou entidade da administração pública, ou entidades privadas sem fins lucrativos, com o objetivo de realizar um projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou um evento – desde que de interesse mútuo. “Define-se o convênio como forma de ajuste entre o Poder Público e entidades públicas ou privadas para a

realização de objetivos de interesse comum, mediante mútua colaboração.” (DI PIETRO, 2006).

Segundo Di Pietro (2006), para que o convênio seja estabelecido como tal deverão ser obedecidos alguns critérios específicos, como:

- a. Os interesses devem ser recíprocos, ou seja, todos os participantes devem ter a mesma finalidade.
- b. Os objetivos institucionais devem ser os mesmos. Por exemplo, uma universidade pública pode vir a firmar convênio com outra universidade, pública ou privada, com o objetivo de realização de uma pesquisa.
- c. Os partícipes desejam chegar a um resultado comum que será usufruído por todos.
- d. Todos devem colaborar de diversas formas, com recursos humanos, repasse de verbas ou de imóveis.
- e. O repasse de verba destinada ao uso do convênio não perderá a natureza de dinheiro público. Portanto, a entidade conveniada é obrigada a prestar contas de seu uso, tanto para o órgão conveniado como para o Tribunal de Contas.
- f. Considerando a ausência de vinculação contratual e a não ocorrência de cláusula de permanência obrigatória, os prazos podem se encerrar antes do término da vigência, ocasionando encontro de contas e até sanções por inadimplência.

Di Pietro (2006) lembra que o convênio não é a delegação de uma atividade pública para o particular, mas sim um acordo em que ambos realizam competências comuns e mútuas para atingir ao objetivo proposto.

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu art. 23, que as normas de cooperação entre a União e os Estados sejam fixadas por lei complementar. Contudo, a Emenda Constitucional n.º 19, de 04/06/98, determina em seu art. 241 que o convênio pode ser visto como um contrato administrativo pelo fato de ser um acordo de vontades.

Há requisitos mínimos que devem ser atendidos para que ocorra a celebração de um convênio. E, conforme o parágrafo 1º, do art. 166, da Lei n.º 8.666/93, estes requisitos dependem de aprovação prévia por parte da entidade interessada:

- I – identificação do objeto a ser executado;
- II – metas a serem atingidas;
- III – etapas ou fases de execução;
- IV – plano de aplicação dos recursos financeiros;
- V – cronograma de desembolso;
- VI – previsão de início e fim da execução do objeto, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas;
- VII – se o ajuste compreender obra ou serviço de engenharia, comprovação de que os recursos próprios para complementar a execução do objeto estão devidamente assegurados, salvo se o custo total do empreendimento recair sobre a entidade ou órgão descentralizador. (Santana et al, 2011)

Os convênios não são celebrados com a aplicação da licitação, pois nesse caso não existe a viabilidade de competição entre as entidades participantes. O Decreto nº 6.170, de 25/07/2007, dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, além de tratar sobre as normas de acompanhamento – base para a instituição do Sistema de Gestão de Convênios, Contratos de Repasse (SICONV) e do Portal de Convênios do Governo Federal (BRASIL, 2008).

A entidade é avaliada de acordo com os resultados do monitoramento, incluindo a prestação de contas, a execução do projeto, bem como sua capacidade técnica e jurídica, pois ela deve manter todos os prazos preestabelecidos, tanto no projeto básico como nas documentações solicitadas.

A Lei 8.666, em seu art. 116, parágrafo 6º, cita:

Quando da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do convênio, acordo ou ajuste, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento, sob pena da imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade titular dos recursos.

## 6.5 CONTRATOS DE GESTÃO

O Contrato de Gestão é uma forma de ajuste que ocorre entre a administração pública direta e a administração pública indireta, ou entidades privadas que atuam paralelamente ao Estado denominadas Organizações Sociais de Saúde (OSS) (DI PIETRO, 2011).

As organizações sociais apresentam-se como:

[...] entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária. As organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas as condições descritas em lei específica como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração, prevenindo-se, desse modo, a privatização ou a feudalização dessas entidades. Elas receberão recursos orçamentários, podendo obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos etc. (DI PIETRO, 2011).

Para que uma entidade privada seja caracterizada como OSS, ela deve exercer atividades de assistência e atuar de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, junto à população de forma universal, integral e com equidade. Nesse sentido:

Os hospitais filantrópicos e de outras entidades sem fins lucrativos, que prestam serviços de saúde para o SUS, enquadram-se nessa situação, reconhecida, inclusive, pela Constituição Federal que determina, expressamente, a preferência pelas instituições filantrópicas em relação às demais instituições privadas. (SOUZA *et al*, 2008).

A Lei Federal n.º 9.637, de 15/05/1998, dispõe sobre a qualificação das entidades como organizações sociais e sobre o programa nacional de publicização. Foi um avanço no que tange aos aspectos da regulamentação das organizações sociais de saúde. (DI PIETRO, 2011)

A Emenda Constitucional n.º 19, de 04/06/1998, acrescenta ao artigo 37 da Constituição Federal, em seu parágrafo 8º, a possibilidade de que “[...] a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público [...]”. Também



estabelece que devem ser considerados com relação ao contrato: prazo de duração, critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades, e remuneração do quadro de recursos humanos.

No âmbito estadual, no caso de São Paulo, o contrato de gestão com as organizações sociais (OS) foi regulamentado pela Lei Complementar n.º 846, de 04/06/1998 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e estabelece que o Contrato de Gestão. Este é o instrumento que operacionaliza a parceria entre o Poder Público e a OS, visando ao fomento e à execução de atividades relativas à área de saúde ou cultura. (BRASIL, 1998). Dentre os pontos a destacar está a exigência de que a entidade tenha, no mínimo, 5 (cinco) anos de experiência em serviços próprios na área da saúde.

As parcerias com as entidades sem fins lucrativos (filantrópicas) são formalizadas após alguns critérios regulamentados pela Lei Complementar n.º 846, de 04/06/1998, que definem que a entidade pode ser uma organização social:

I - Comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) Natureza social de seus objetivos;
- b) Finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) Previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria, definidos nos termos do estatuto, assegurado àquele composição e atribuições normativas e de controles básicos previstos nesta lei complementar;
- d) Previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade morais;
- e) Composição e atribuições da diretoria da entidade;
- f) Obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e dos relatórios de execução do contrato de gestão;
- g) Em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
- h) Proibição de distribuição de bens e de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associados ou membros da entidade;
- i) Previsão de incorporação integral de patrimônio, dos legados, ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes das suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social

qualificada no âmbito do estado, na proporção dos recursos de bens por este alocados;

II - Ter a entidade recebido aprovação em parecer favorável, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do secretário estadual da área correspondente e do Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público.

Parágrafo Único. Somente serão qualificadas como organização social, as entidades que, efetivamente, comprovarem possuir serviços próprios de assistência à saúde há mais de 5 anos (BRASIL, 1988).

A convocação pública é a maneira pela qual se estabelece a forma de escolha da entidade que celebrará o contrato. Após a formalização do interesse por parte das instituições, as mesmas recebem informações acerca dos serviços de saúde necessários para a área de atuação, elaboradas pelos gestores locais e regionais com o intuito de que se defina o Plano Operacional. Neste plano devem constar as fases de implantação e a estimativa de custos em cada fase.

A análise técnica das propostas apresentadas pelas instituições interessadas é realizada por uma equipe de especialistas e cabe ao Secretário da pasta a palavra final sobre aquela com a qual o Estado celebrará o contrato.

Atualmente, as OS são monitoradas por uma equipe técnica especializada da Secretaria Estadual de São Paulo, especificamente da Coordenadoria de Gestão dos Contratos de Serviços de Saúde, que analisa os dados recebidos; e pelo Tribunal de Contas do Estado, que analisa a aplicação dos recursos públicos disponibilizados. (SOUZA *et al*, 2008).

Com base em indicadores de qualidade, financeiros e de produção encaminhados mensalmente, trimestralmente e anualmente; realizam-se reuniões entre membros dos hospitais e da Coordenadoria para verificação e discussão dos dados apresentados.

Os hospitais administrados por uma OSS são avaliados pela equipe da Coordenadoria de Gestão dos Contratos de Serviços de Saúde, por representantes da Assembleia Legislativa e por membros da Comissão de Saúde Higiene da Assembleia Legislativa. Os relatórios são disponibilizados para todos, permitindo o acompanhamento, também, por parte dos Conselhos locais.

Os hospitais, gerenciados pelas OSS, atendem, exclusivamente, os pacientes do SUS e a transparência na gestão dos serviços prestados é assegurada por meio de uma comissão de avaliação, responsável pela análise dos resultados alcançados com a execução do contrato de gestão. [...] O balanço e as demais prestações de contas das OSS são publicados, obrigatoriamente, no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. (SOUZA *et al*, 2008).

Diante dos resultados dos indicadores obtidos pelas instituições é realizada a avaliação, com o objetivo de que se tenha o efetivo controle do processo, ou seja, para verificar se a instituição manteve ou melhorou as metas estabelecidas.

Os indicadores da avaliação incluem a produtividade hospitalar (permanência média - internações, taxa de ocupação, números de saídas, atividades e procedimentos ambulatoriais, urgência e emergência), bem como informações do perfil de internações realizadas no período

É importante ressaltar que os dados são avaliados de forma individual, de acordo com a realidade e a clientela de cada unidade hospitalar.

Outro ponto a se destacar é que cada ente governamental que opta por adotar esse modelo de gestão estabelece legislação específica (municipal ou estadual), onde estabelece os critérios de seleção e qualificação das Organizações Sociais e os termos do contrato de gestão.

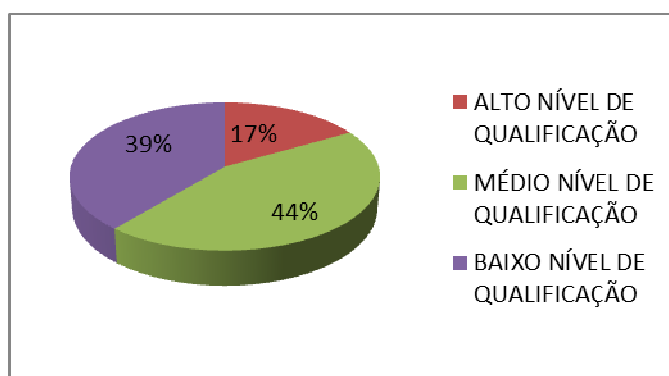
## **7 RESULTADOS**

Para cada um dos grupos estudados, apresentaremos alguns pontos que foram examinados. Assim, em todos eles consta o perfil do gestor, seu grau de conhecimento acerca da legislação, a maneira como utiliza as informações que lhe são disponibilizadas pelo SUS em seu trabalho e as formas de contratação vigentes no município, entre outros indicadores. É o que se verá a seguir.

## 7.1 MUNICÍPIOS PP

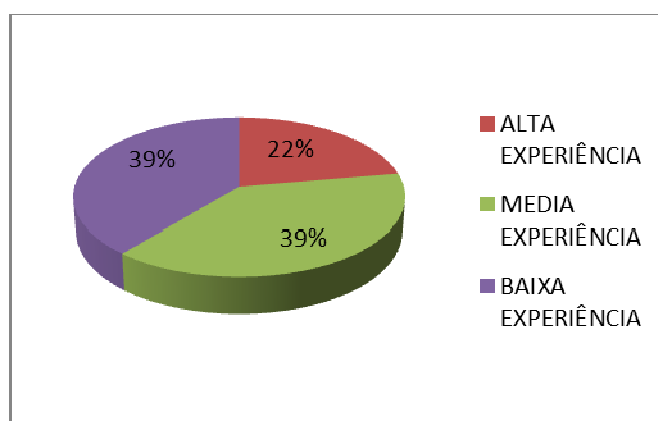
O grupo aqui denominado PP responde por cerca de 43% dos municípios paulistas (279 municípios), com 3% da população (1.374.05 habitantes) do Estado (IBGE, 2010). O foco de suas ações no setor de saúde é a estruturação de serviços de Atenção Básica (com ou sem Programa de Saúde da Família).

Os municípios desse grupo possuem a maior proporção de dirigentes com baixo nível de qualificação (39%) quando comparados aos demais grupos, como veremos adiante. Por outro lado, esses dirigentes com baixo nível de qualificação são os profissionais com mais tempo de serviços no município, ou seja, tudo indica que sua seleção tenha sido orientada pela experiência adquirida na instituição.



**Figura 4: Perfil do Gestor quanto à Qualificação**

Fonte: elaboração própria



**Figura 7: Perfil do Gestor quanto à Experiência**

Fonte: Elaboração própria

A maioria dos dirigentes entrevistados se revelou bastante à vontade para responder as perguntas da pesquisa, embora em alguns casos tenha havido resistência na liberação de dados sobre contratação de funcionários. Um exemplo de reação:

[...] Por exemplo, como eu vou te dar uma informação se eu nem sei se essa informação minha vai tá dando continuidade ou vai tá parando por aí, entendeu? ...de repente eu posso passar uma informação e vocês vim buscar uma coisa que não era pra vim buscar pra dar dando continuidade no andamento [...] (Gestor PP1 )

Quanto ao conhecimento acerca da legislação, a grande maioria dos entrevistados mostrou possuir alguma informação, principalmente sobre a Emenda 29 (83% conheciam os valores que o município destina para o setor saúde). Entre os 12% que desconheciam totalmente o assunto, seguem exemplos de respostas obtidas: “[...] Eu não li ela direito, preciso pegar e dar uma olhada nela melhor...” (Gestor PP 2) e “Olha, eu já ouvi falar, mas, conhecimento não...” (Gestor PP 3).

No caso da Emenda 51, 50% dos entrevistados conheciam seu conteúdo e referiram-se a algum impacto. A outra metade dos entrevistados desconhecia totalmente a Emenda.

Cabe ressaltar que, aqueles que desconheciam totalmente as duas legislações (16%), possuem baixo nível de qualificação técnica.

Com relação à utilização de informação na gestão do sistema municipal, foram obtidos os seguintes resultados: 33% utilizam as informações dos sistemas do SUS, 5% utilizam as informações do SUS e possuem um sistema próprio de informação, e 62% não utilizam as informações: apenas alimentam as bases nacionais.

De onde se infere que as informações do SUS estão sendo subaproveitadas pelas administrações municipais – o que, em princípio, prejudica a formulação de políticas públicas coerentes com a realidade.

Quanto à força de trabalho, os municípios desse grupo possuem em média 11,6 funcionários de função administrativa e assistencial por mil habitantes. Entretanto, é importante notar que esta é uma média estatística. Este indicador apresenta grande variação conforme o porte populacional do município. Exemplo: em municípios com 1500 habitantes, chega a haver 20 funcionários por mil habitantes.

Em geral, os entrevistados declararam que as contratações, em seus municípios, seguem os regimes trabalhistas celetista e estatutário. No entanto, fica implícita a prática do regime não estatutário sem carteira durante as falas dos dirigentes, como veremos a seguir.

Em média, nestes municípios, 24,5% dos servidores desempenham funções administrativas e 75,5% desempenham funções assistenciais. É importante destacar que há diferentes formas de contratação para os profissionais médicos e, por esse motivo, eles serão analisados separadamente.

Em geral, os municípios do grupo PP utilizam apenas um tipo de regime trabalhista para a contratação de pessoal. As exceções estão relacionadas aos casos de contratações temporárias (CLT indeterminado) e funcionários estaduais municipalizados.

**Tabela 11: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios PP**

Regime Trabalhista	%
Predomínio de CLT	38,9%
Predomínio de estatutário*	61,1%
Total	100%

\*inclui regime não estatutário sem carteira

Fonte: elaboração própria

A percepção dos dirigentes de municípios que possuem força de trabalho majoritariamente contratada pelo regime CLT varia de acordo com as realidades. Assim, 15% consideram que esse tipo de contratação é pouco flexível e gera falta de comprometimento e insubordinação por parte dos funcionários. Um depoimento recolhido no decorrer da pesquisa:

[...] pelo concurso de CLT o funcionário acha que já tem aquela estabilidade, entendeu? Sou concursado...pra dispensar um funcionário concursado é uma dor de cabeça imensa...tem bem menos comprometimento. Pra você dispensar um funcionário, tem que entrar com processo administrativo e aquela coisa que só dá dor de cabeça. Ainda mais cidade pequena... todo mundo conhece todo mundo [...] (Entrevistado 1)

Por outro lado, 71% dos dirigentes consideram esse tipo de contratação adequada, pelos benefícios que garante ao funcionário. A seguir, alguns depoimentos:

[...] mas pra mim eu vejo vantagem sim....eu acho o fundo de garantia, que nós temos. Parece que o estatutário não tem, eu não tenho nem certeza...é um ponto, né, e nós temos também anuênio [...] (Entrevistado 2)

É uma coisa mais segura, concreta [a contratação por CLT]... (Entrevistado 3)

Eu acho assim, é um regime, um regime único, alguns anos atrás havia três estatutários, mas já se aposentaram, mas à medida que o município determinou através de lei que fosse regulamentado todos os celetistas, então não tem como comparar, na verdade, a gente precisa trabalhar, então, trabalhamos [...] (Entrevistado 4)

As declarações acima revelam a mudança da situação na contratação dos servidores. A percepção de maiores garantias e benefícios evidencia a inexistência anterior de qualquer garantia, provavelmente pela prática de contratação de estatutários sem carteira.

A contratação de funcionários temporários (CLT por tempo determinado) é uma prática constante em todos os municípios investigados, e a percepção dos gestores sobre essas contratações é ambígua, pois se por um lado é mais fácil para o gestor contratar e desligar os profissionais, por outro a continuidade e a qualidade dos serviços ficam comprometidas. Um depoimento nesse sentido:

[...] se a gente tem um funcionário por tempo determinado e não é bom, não tá desenvolvendo seu serviço bem, por exemplo, pega um médico que ele não tem perfil de PSF, faz todas as suas funções direito e nada justifica mandar ele embora, mas ele não tem o perfil... com dois anos tá terminado e ele tá saindo fora [...].(Entrevistado 5)

Em alguns casos, os gestores referem melhor desempenho nos funcionários temporários, principalmente quando comparados aos profissionais com estabilidade:

[...] é vantagem pra mim... eles (funcionários temporários) são assim, têm um tratamento melhor, me tratam melhor porque têm medo, né?...o rendimento é melhor. O outro (contratado por tempo indeterminado), como não tem assim aquela troca no outro, então fica aquela coisa estável. Não quero, faço o que eu achar melhor, não tem aquele compromisso [...]. (Entrevistado 6)

Os mesmos administradores, entretanto, reconhecem que a continuidade do cuidado, os vínculos entre os profissionais e a comunidade ficam prejudicados; e que os investimentos em capacitação é perdido, na medida em que o funcionário é desligado:

[...] embora esse funcionário tenha mais obrigação com a gente... a desvantagem por tempo determinado, é que quando aprende e tá atuando, tem todos os cursos feitos, o contrato termina e a pessoa tem que ir embora. Às vezes presta de novo (o concurso) e às vezes não passa [...]. (Entrevistado 7)

[...] o problema é quando é uma pessoa boa, um médico bom, boa formação, com interesse, com perfil de PSF e pode tá terminando, quando ele tá se adaptando tem que sair [...]. (Entrevistado 8)

Se ele tem um cargo mais efetivo, com concurso público, ele desenvolve seu serviço sabendo que ele vai estar mais estável no serviço...não tem aquela preocupação -ano que vem eu já não tô-... Ele desenvolve seu serviço com mais segurança.. já com os outros (no caso dos contratados por tempo determinado): tudo que você já aplicou, os treinamentos, você capacita.. quando é dali a pouco o funcionário sai, não tem a estabilidade no serviço [...]. (Entrevistado 9)



[...] eu acho que é uma vantagem, porque a gente vê lugares piores e que não tem uma contratação assim com carteira e pelo menos os nossos aqui tem carteira assinada tudo bonitinho [...]. (Entrevistado 10)

Nos municípios que contratam seus funcionários pelo regime Estatutário, as percepções também são ambíguas, principalmente pelos efeitos da estabilidade (18%) no desempenho dos profissionais:

Eu não sou muito a favor da estabilidade. A estabilidade atrapalha o serviço público. Você fica com um funcionário que às vezes não é comprometido, que não tem vínculo, nunca vai ter vínculo de vestir a camisa.. as vezes no SUS a gente trabalha com pessoas assim...E é complicado porque o estatuto acaba segurando o funcionário e é mais difícil demitir [...]. (Entrevistado 11)

Eu, na verdade, como eu sou da iniciativa privada, eu não gosto muito da forma que trabalha o funcionário público, principalmente municipal..." por esse motivo... "praticamente quase todo o serviço aqui no município é terceirizado, pra essa associação que é uma organização social [...]. (Entrevistado 12)

Para outros, a contratação pelo regime estatutário é inviável do ponto de vista previdenciário:

Eu acho que dá um prejuízo enorme pra prefeitura na questão da aposentadoria, né? A nossa prefeitura por exemplo acho que vai ficar comprometida nos próximos anos em relação à aposentadoria, por causa dos fundos, mas isso é uma política do prefeito, não é minha [...]. (Entrevistado 13)

Entretanto, 18% dos gestores consideram esse tipo de contratação superior aos demais, por gerar maior comprometimento por parte dos funcionários, melhores benefícios, segurança para o funcionário e continuidade no trabalho em benefício dos usuários. É o que se nota nos depoimentos a seguir:

Olha, nós éramos CLT... e depois que a gente passou a estatutário. A administração atual consertou os nossos salários, então o pessoal tá assim... Eu tô aqui há 20 anos.. Eu, pra mim, achei melhor. Na verdade, acho que a maioria gostou... os concursos aqui têm sido corretos, pelo menos a gente tem participado e tem visto [...]. (Entrevistado 4)

Eles [os funcionários] são efetivados e na nossa forma aqui não vai tá trocando, dá segurança e eles já faz uma coisa que eles gosta [...]. (Entrevistado 5)

É importante notar que boa parte dos funcionários da saúde são contratados como estatutários sem carteira (embora poucos dirigentes tenham informado o número de funcionários nessa condição). É de ressaltar o depoimento abaixo reproduzido:

Olha, na época aqui bem antes, a gente era CLT, né? Aí, depois entrou um prefeito aqui e mudou pra estatutário. Sei não, acho que não foi bom não. Antes parece que era melhor.... É, porque não tem Fundo de Garantia, não tem essas coisas... para o funcionário. Não tem garantias para a aposentadoria, rescisão de contrato. Eu tenho 27 anos de prefeitura, e se eu sair hoje, eu saio sem nada [...]. (Entrevistado 1)

Outro ponto importante é que 54% dos dirigentes entrevistados consideram que esse regime de contratação, o estatutário, é adequado e não emitem nenhuma opinião sobre o assunto.

Embora 61% dos municípios aqui denominados PP não terceirizem totalmente os serviços de Atenção Básica, verifica-se que em 18% dos municípios as contratações de médicos e outros profissionais de nível superior são realizadas com cooperativas: “[...] tem que ser assim... por exemplo, o salário do médico ou de alguém do PSF não pode ser maior do que o de prefeito, né? E no caso aqui, o nosso médico ganha mais do que o prefeito [...]”.(Entrevistado 1)

Ainda com relação desses profissionais, grande parte dos municípios (30%) declara que as contratações são realizadas por meio de CLT por tempo determinado ou pelo regime estatutário sem registro em carteira.

Os 39% dos municípios que terceirizam os serviços assistenciais de Atenção Básica o fazem por meio do estabelecimento de contratos, convênios e parcerias com organizações sem finalidade lucrativa, principalmente para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família.

As motivações para a terceirização de um serviço essencial para a condução da política de saúde em âmbito municipal estão relacionadas com a agilidade na contratação de profissionais.

Aparentemente sem saída, parte dos dirigentes considera a terceirização a única alternativa para garantir a provisão dos serviços. É o que revelam os depoimentos a seguir:

[...] O serviços contratado tem mais agilidade...não teria condições de atender se não fosse dessa maneira...então, o município paga, mas sobrecarrega...mas é mais rápido, né? A demanda é muito grande [...]. (Entrevistado 2)

Então eu acredito que isso tem sido muito positivo. Isso facilita, né? A gente consegue contratar um profissional, por exemplo, um pediatra, um ginecologista, que venha fazer um bom trabalho na UBS. Quando chega no atendimento de emergência vão ser bem menos. Hoje a própria população, tudo que vinha aqui no município, ela queria ir pro hospital, entendeu? A consulta era lá, arrancar uma unha era lá. Agora já tá tendo uma outra perspectiva, né? Então eles já procuram mais a UBS, diminuiu muito o número de consultas no hospital. Então é a própria conscientização que com o programa PSF a gente tá conseguindo fazer [...]. (Entrevistado 5)

Em alguns casos mais extremos, os gestores de alguns municípios defendem a terceirização não só da atenção básica, mas da totalidade da provisão de serviços de saúde:

[a motivação] é mais eficiência na prestação do serviço, agilidade que o prestador tem em contratar e demitir, comprar coisas que faltam. A prefeitura tem contrato de prestação de serviço com essa organização social, que é um hospital. Então faz as internações, faz a saúde da família, faz consultas ambulatoriais, raio-X, exames de análises clínicas [...].(Entrevistado 7)

Tá provado que é mais eficiente uma empresa contratada. Eu acho até que deveria ser extinto funcionário público quase que na sua totalidade. E ser gerido tudo por prestação de serviço. Na área de obras, enfim, em todas as áreas. São raros os funcionários cumpridores do dever quando ele tem a proteção do concurso [...]. (Entrevistado 8)

A maioria, entretanto, não pensa assim: 57% dos dirigentes dos municípios que terceirizam os serviços de Atenção Básica gostariam que a provisão dos serviços se desse por meio de funcionários das secretarias:

Na verdade, ele (o prefeito) disse, nossa, vai ser bem melhor pra mim, porque eu concursando o pessoal do PSF, entra na folha do município. Não tem que repassar os recursos para a contratada, às vezes a verba atrasa, essas coisas, né, que causa mal estar até com a equipe. Se

conseguirmos o ano que vem pra mim vai ser bem melhor concursar eles [...]. (Entrevistado 2)

O convênio (com a prestadora do PSF) eu acho que não dá segurança, por isso já está programado um processo seletivo para médicos e agentes comunitários [...]. (Entrevistado 11)

[...] eu gostaria de realizar processos seletivos para a contratação direta...mas existem problemas em virtude do município não ter recurso para o pagamento da elaboração do concurso então, o esse processo pra regularizar a situação porque nós temos o PACS há mais de cinco anos, então a gente tem essa consciência, a gente tem passado essa importância pro prefeito, mas cabe a ele né, definir com certa urgência pra regularizar [...]. (Entrevistado 8)

Embora declarem que seria melhor a provisão dos serviços direta por funcionários da secretaria, estes mesmos dirigentes reconhecem que existem obstáculos por parte da administração municipal, principalmente com relação à permanência do Programa de Saúde da Família:

[...] a assessoria jurídica disse que: caso ele (prefeito) faça um concurso para agente comunitário, médico da família, pode ser que com o tempo encerre o programa... então, ele vê necessidade de fazer algo separado (contratar serviços) . Eu acho que não, na verdade, é uma situação delicada...colocados, por outro lado, outros assessores orientaram que fizessem concurso para pelo menos uma parte (da equipe), talvez os agentes [...].(Entrevistado 4)

É importante notar que a terceirização desses serviços em alguns municípios não é um processo recente. Um dos depoimentos é revelador:

A contratação é muito antiga. É o que se fazia, na verdade, todos esses anos aí pra trás. A gente fazendo o serviço (*Atenção Básica*) é uma coisa nova, os nossos profissionais ainda não estão preparados... mas eu acho assim, nós tivemos sorte, porque no nosso PSF a gente pegou pessoas que têm uma cabeça bem aberta, então os profissionais estão todos fazendo curso... Então acho que isso tem facilitado... E era o único jeito né? Também acho que é o medo político do paciente morrer aqui dentro, por exemplo. Morre aqui e que eu faço como político? (Entrevistado 10)

Além da contratação de serviços assistenciais na atenção básica (39%), a metade dos municípios pesquisados contrata serviços de apoio (limpeza, informática e gestão de resíduos), e também serviços diagnósticos e consultas de especialidades.

É de se observar que grande parte dos dirigentes entrevistados não possui informações sobre a forma jurídica dos contratos dos serviços de atenção básica, sendo que muitos alegam que a celebração de contratos ocorre diretamente com o setor financeiro da prefeitura. No caso dos serviços de apoio, todos os dirigentes (100%) declaram que são realizadas licitações.

No caso dos convênios estabelecidos para assistência hospitalar, existe um teto financeiro calculado a partir do número de consultas, monitorado também pelo setor financeiro do município. Um depoimento a esse respeito: “A prefeitura repassa um teto todo mês. A gente fez uma base mais ou menos durante 3 meses de quantas pessoas essa Casa de Saúde atendeu, a gente fez um cálculo per capita baseado nas consultas liberadas pelo SUS [...]” (Entrevistado 11)

Em alguns casos, são celebrados contratos com um único profissional para a realização de procedimentos assistenciais (fisioterapia, acupuntura), embora nem sempre o dirigente esteja de acordo:

[...] Eu acho que deveria ter um concurso para profissional... mas um concurso também é complicado porque você pega um profissional que não é bom é você é obrigado a ficar com ele. Eu acho que o tribunal também não aceita contrato. E parece que esse profissional tem uma empresa e o prefeito achou por bem porque ele foi muito cobrado pela população e acabou contratando esse serviço [...]. (Entrevistado 3)

[...] Sinceramente essa contratação do acupunturista não teve muito a ver aqui com a saúde. O prefeito foi muito cobrado, eu consultei as finanças e foi feita licitação com alguns profissionais e quem ganhou a licitação foi contratado...Existem até denúncias aí sobre a acupuntura, mas a população cobrou e o prefeito contratou [...].(Entrevistado 5)

No caso das instituições que prestam serviços de Atenção Básica, os dirigentes não sabem informar como se deu o processo de seleção. Em geral, as instituições são vinculadas ao Hospital filantrópico da cidade (o que justifica sua seleção) ou são formadas por um grupo de

profissionais do município (Associação de moradores, por exemplo). Ou seja, ao que se constatou nesta pesquisa, não existe um processo seletivo entre várias instituições. Duas falas: “[...] Não, só teve apenas essa entidade, aí foi feito a aprovação na Câmara, com os vereadores [...]”. (Entrevistado 2) “[...] Então foi por indicação, né, porque era o único hospital da cidade [...]” (Entrevistado 7).

No caso dos convênios estabelecidos com hospitais para consulta de urgência, os dirigentes se sentem reféns dos prestadores de serviços e reclamam das forças hegemônicas locais – o que indica uma limitação da funcionalidade deste modelo quando adotado por municípios pequenos. Uma das declarações recolhidas neste sentido:

[...] eu acho que funciona. Porém, a gente tem uma... Não sei se você vai ouvir a mesma reclamação... aqui é residente médico, assim, sabe? Então, nem tanto pelo serviço do hospital, mas os médicos deixam muito a desejar, sabe? Inclusive agora em 2011 eles contrataram um pronto-socorro terceirizado, tá um pouco melhor, sabe? Melhorou. Mas antes não era vantagem pra gente assim. Agora tá melhor, graças à Deus. E a gente vê assim que a gente não tem outra alternativa a não ser estar usando esse convênio....mas, tipo assim, pelo tamanho da cidade e a verba que tem, dava pra ter uma coisa melhor aqui mesmo na cidade, entendeu [...]. (Entrevistado 13)

A subcontratação, ou seja, a criação de associações pelos próprios servidores é uma saída para ampliar o número de servidores. Um dos entrevistados afirmou o seguinte: “... participei da formação dela (da criação da Associação), pois o próprio município não podia arcar com o registro desse pessoal todo... foi uma maneira que encontramos na época pra poder ter todos esses médicos profissionais...”

Quando a contratação ocorre por meio de licitação, a supervisão da produtividade é feita pelo setor financeiro da prefeitura. No caso dos serviços de Atenção Básica, a supervisão é realizada diretamente pelo dirigente, cuja avaliação se dá conforme a percepção da população atendida.

A qualidade de procedimentos de apoio diagnóstico, consultas com especialistas e atendimentos em hospitais conveniados são medidos pela percepção (no caso, reclamação) do usuário do serviço:

[...] Então, geralmente é assim. Quando tem alguma reclamação, alguma coisa, os próprios pacientes cobram do diretor lá, do responsável [...]. (Entrevistado 5)

[...] Nós temos caixinhas de sugestões, reclamações [...]. (Entrevistado 6)

Nós fazemos pesquisa mensal e deixamos os questionários tanto aqui na UBS como em outros serviços...o prefeito também faz com toda a população pra ver como que tá... o usuário pega a folha da pesquisa e preenche... A gente pergunta tudo, se tá contente com o agendamento, o médico, PSF, a psicóloga [...]. (Entrevistado 7)

Essa semana passada mesmo, a gente fez um assentamento, a gente senta lá com todo mundo... tá faltando isso tem que melhorar aquilo. Então a gente faz. E por escrito, que as pessoas às vezes publicamente têm vergonha ou tem medo.. Deixa fechadinha...e põe na urna. E só no final do mês a gente abre a urna e faz a pesquisa.. A gente tabula pra acompanhar, fazer o acompanhamento, onde que a gente tá errando, né? Ou, de repente, tem um setor lá que tá tudo regular, então a gente tem que dar um respaldo pra que ele melhore [...]. (Entrevistado 9)

Nós temos que deixar um livro de reclamações [...]. (Entrevistado 11)

Olha, nós temos aqui uma caixa de sugestões, que fica à disposição da população, que é aberta mensalmente no conselho municipal de saúde e outra coisa, aqui como é tudo muito pequeno, então o secretário fica na unidade de saúde [...]. (Entrevistado 13)

É importante destacar que nos municípios em que são propostos mecanismos de escuta do cidadão (12%), verifica-se uma grande participação dos Conselhos Municipais de Saúde na prestação de contas dos serviços contratados. O outro lado desta moeda é o seguinte: em 88% dos casos o Conselho Municipal é apenas informado das decisões de contratação.

Mesmo sem a formalização dos mecanismos de avaliação pelo usuário, é importante destacar a participação da população no controle e supervisão dos serviços prestados:

[...] a própria população é a primeira que se manifesta [...]. (Entrevistado 13)

O povo já tá aprendendo a lutar pelos seus direitos...chega tudo até mim...Nossa Senhora, você não tem noção [...]. (Entrevistado 14)

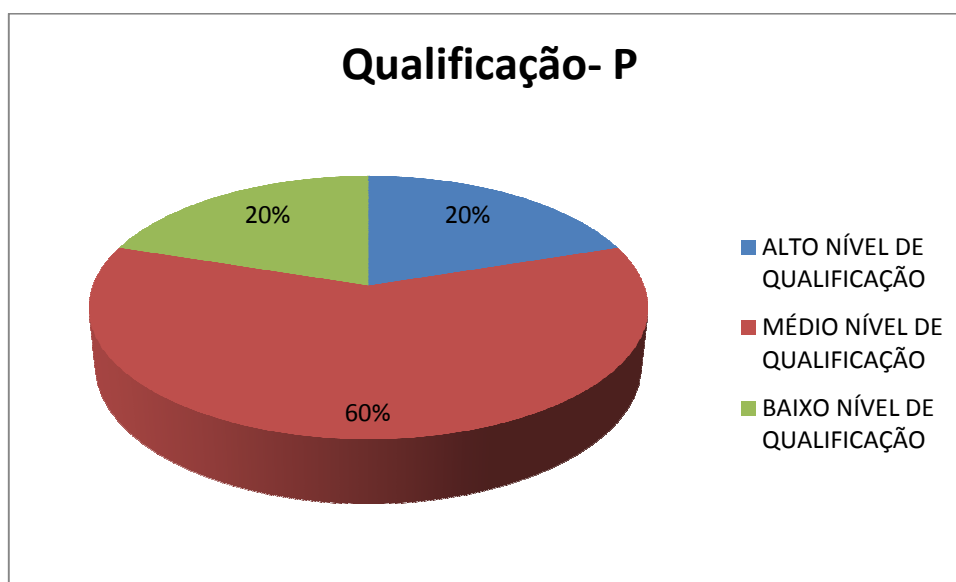
Então, a gente recebe as pessoas, a gente tá muito próximo [...]. (Entrevistado 15)

É importante destacar a distância verificada nas entrevistas entre os processos formais de contratação e os dirigentes entrevistados, principalmente no que diz respeito a serviços assistenciais. Aparentemente, existe uma estruturação melhor nos processos licitatórios para compra de procedimentos.

## 7.2 MUNICÍPIOS P

O grupo de municípios denominados P neste estudo responde por cerca de 19% dos municípios paulistas (126 municípios), com 4% (1.706.600 habitantes) da população do Estado (IBGE, 2010). O foco nas ações de saúde desse grupo é a estruturação de serviços de Atenção Básica (com ou sem Programa de Saúde da Família) e o estabelecimento de fluxos de atendimento sob a lógica da regionalização.

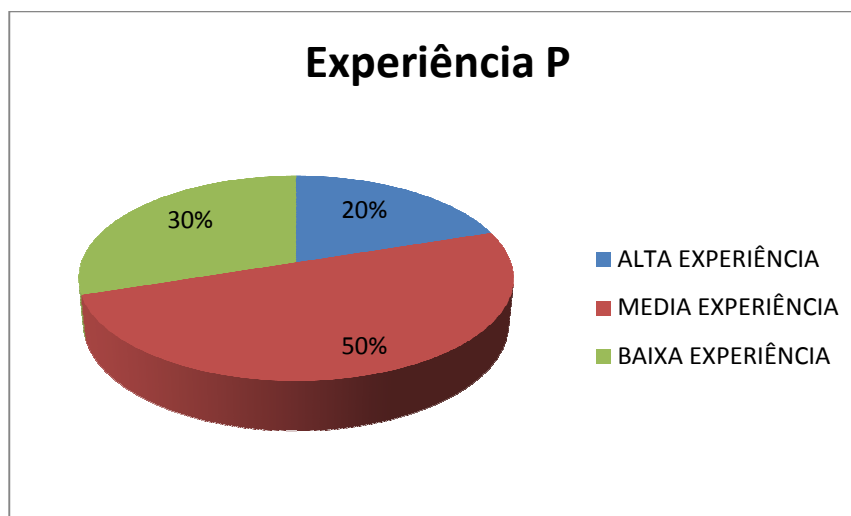
Os municípios desse grupo possuem 20% dos dirigentes com baixo nível de qualificação, 60% com médio nível de qualificação e 20% com alto nível de qualificação.



**Figura 8: Perfil do Gestor quanto à Qualificação municípios P**  
Fonte: Elaboração própria



Com relação à experiência no cargo, o quadro é o seguinte:



**Figura 9: Perfil do Gestor quanto à Experiência municípios P**

Fonte: Elaboração própria

A maioria dos dirigentes demonstra saber de legislação. Conhece e opina sobre as duas Emendas (53%). Os que conhecem somente a Emenda 29 são 26% e os que desconhecem totalmente o conteúdo das Emendas compõem 21% dos entrevistados.

Com relação à utilização de informação disponível em seu processo de gestão, 27% dos dirigentes não utilizam nenhuma das informações – nem as que eles mesmos enviam ao Ministério; 53% utilizam as informações em diagnósticos e avaliação; e 20% possuem relatório gerencial a partir das informações dos sistemas federais e algum tipo de sistema de informação próprio.

Os municípios desse grupo possuem, em média, 8,3 funcionários de função administrativa e assistencial por mil habitantes. Em geral, os regimes trabalhistas declarados referem-se a contratos por CLT e estatutário, embora fique implícita a prática do regime não estatutário sem carteira durante as falas dos dirigentes, como veremos a seguir.

Em média 24% dos servidores desempenham funções administrativas e 76% desempenham funções assistenciais. Nesse sentido, é importante destacar que a maioria dos profissionais

médicos possui diferentes formas de contratação e, por esse motivo, eles serão analisados separadamente.

Em geral, os municípios deste grupo adotam dois tipos de regime trabalhista, sendo um sempre majoritário. As exceções estão relacionadas aos casos de contratações temporárias (CLT indeterminado). É importante mencionar que, em grande parte dos municípios, profissionais médicos e enfermeiros não possuem o mesmo tipo de contratação do que a maioria dos servidores. Os regimes de contratação deste grupo estão abaixo:

**Tabela 12:** Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios P

Regime Trabalhista	%
Predomínio de CLT	40%
Predomínio de estatutário*	60%
Total	100%

\*inclui regime não estatutário sem carteira

Fonte: Elaboração própria

Nessa parte da pesquisa, os dirigentes declararam sua opinião sobre o regime de contratação e seu efeito no desempenho dos funcionários. Revelou-se uma constante na fala dos gestores a dificuldade na contratação e gestão de profissionais médicos.

Entre os municípios que adotam contratação pelo regime CLT, 83% dos dirigentes consideram que esse tipo de contrato é adequado. Pela primeira vez foi mencionada a necessidade de planos de carreira para os servidores (por 40% dos entrevistados) e de avaliação de desempenho (por 20% deles). Seguem algumas falas coletadas:

Acho melhor do que era antes, tem férias, 13°... seria melhor se tivesse algum plano de cargos de carreira [...]. (Entrevistado 18)

[...] é mais regulamentado... tem uma lei maior... mais garantias [...].(Entrevistado 19)

[...] eu sinto que precisa ter uma avaliação do funcionário. Não no sentido de a gente penalizar. No sentido de valorizar, porque você tem funcionário excelente que se envolve, que faz, mas você tem aquele que não tá nem ai. E no fim ele tem o mesmo direito, você não consegue fazer nada por ele assim, pelo outro que é bom e pelo que

não é, entendeu? Se você vai fazer uma carta de advertência, acaba caindo ... é uma burocracia muito grande para dar uma advertência e você não melhora o funcionário... eu já falei pro prefeito, já falei pra um monte de gente aqui, mas parece que não é uma coisa muito fácil de se fazer. (Entrevistado 20)

Alguns dirigentes acreditam que esse tipo de regime fixa mais os profissionais nos cargos, com exceção dos profissionais de nível superior. É o que demonstra as seguinte afirmação recolhida nas entrevistas:

Eu acho que o funcionário fica mais tempo com a gente. Se bem que eu acho que tem uma dificuldade que eu acho que tenho aqui com relação ao profissional técnico (médico e enfermeiro)... Eles mesmos contratados, os CLT, não fixam muito no local, tem uma rotatividade grande [...].(Entrevistado 17)

Por outro lado, uma boa parte dos dirigentes (44%) com contratação majoritária de servidores estatutários refere-se a problemas decorrentes da estabilidade. Um deles afirmou: “[...] pela Constituição de 88, você não poder dispensar o funcionário, é difícil trabalhar. Mas são regras que a gente tem como saber viver com elas, né? Mas eu acho cada vez mais difícil trabalhar [...]”.(Entrevistado 21)

Os gestores referem, também, dificuldades na utilização do estágio probatório e avaliações para desligar o funcionário que não tem desempenho adequado, além de identificar problemas nos processos de seleção dos profissionais. Assim:

A maior desvantagem é que você é obrigado a trabalhar com funcionário que não tem perfil pra aquilo. Eles (o setor de RH) fazem um concurso, muitas vezes você entende que o concurso muitas vezes não avalia corretamente. Você passa e vai para o estágio probatório. No estágio probatório, se você falar que não, você tem que provar até pra faculdade que formou esse indivíduo que ele foi muito mal preparado, ai você entra em litígio com a faculdade, com a universidade... E você é obrigado a engolir esse funcionário pro resto da vida [...].(Entrevistado 18)

Em alguns casos, onde foram instituídos concursos para substituir as contratações temporárias, a comparação entre o desempenho revela pontos negativos para o dirigente:

[...] principalmente nos profissionais de nível médio, auxiliar, enfermeiros, os auxiliares de enfermeiros.... eles relaxam... Para se ter uma ideia, nós tivemos na nossa equipe PSF até quando nós tínhamos o contrato temporário, o comportamento da equipe era um. Hoje que nós conseguimos efetivá-los o comportamento é completamente diferente...é aquela coisa assim sem medo de perder o emprego, entende? Parece que eles deixam de ser bons, parece incrível, mas essa é a verdade [...].(Entrevistado 19)

Para alguns gestores, a soma entre baixos salários, estabilidade e insegurança nas contratações temporárias deixam o gestor num beco sem saída:

[...] pelos menos no município aqui, a defasagem salarial é grande, já é um desestímulo, né? E junto com isso o próprio contrato também. Se for por pouco tempo (CLT por tempo determinado), é porque é por pouco tempo. Se for estatutário, ninguém vai me mandar embora [...].(Entrevistado 18)

Por outro lado, 11% dos municípios referem vantagens nesse tipo de contratação. Há quem diga o seguinte: “O funcionário fica mais tempo...ele tem o quinquênio. Ele vai sendo valorizado... Enquanto o funcionário que não é concursado, ele não é valorizado, pelo simples fato que ele não tem esse aumento em 5 anos, não tem o que eles têm...” (Entrevistado 20)

A necessidade de planos de carreira é novamente abordada pelos gestores, mas sua implantação ainda sofre resistências:

[...] Tem muito funcionário que não produz, que encosta. Então agora a prefeita tá fazendo, tentando incluir uma reestruturação na parte administrativa da prefeitura pra incluir avaliação do funcionário, plano de carreira, pra ver se dá uma melhorada... Tá pra avaliação de vereadores, mas como em cidade pequena a guerra política é complicada, principalmente por estar em ano de eleição, então até quem não é contra fica, sabe esse tipo de coisa? Cidade pequena é complicada [...]. (Entrevistado 18)

A utilização de diaristas é uma forma de contratação utilizada em casos emergenciais, mas os gestores não contabilizam esses gastos:

[...] ocasionalmente, quando tem um surto de dengue ou como agora há pouco tempo febre amarela, você é obrigado a fazer uma varredura,

ai você é obrigado a contratar alguns diaristas, que até não é coisa certa porque o tribunal de contas não aceita recibo de diarista [...].(Entrevistado 19)

Na maioria dos municípios desse grupo, os profissionais técnicos (médicos e enfermeiros) são contratados por meio de CLT por tempo determinado ou por outro tipo de contrato de prestação de serviços (80%). Os gestores explicam que, dessa maneira, conseguem contratar profissionais com melhores salários, além de conferir maior agilidade à contratação.

Por outro lado, 20% dos municípios possuem parcerias com organizações sem finalidade lucrativa para a prestação de serviços na atenção básica, em grande parte dos casos, a motivação para a contratação é o limite com gastos de pessoal (de 60% da receita). Assim: “... se fossem colocados todos os funcionários dentro do município, nenhum município conseguiria atingir a cobertura ideal... pelo número colocado como máximo de gastos com pessoal...” (Entrevistado 18)

Em alguns casos, a determinação do Ministério da Saúde para a contratação direta dos agentes comunitários é vista como uma ameaça para o estabelecimento de parcerias e para a continuação dos programas. É de destacar a seguinte fala:

[...] a gente teve esses dias atrás ai uma noticia não muito boa, que ia ter que fazer um concurso, que precisa pra passar esses agentes pra prefeitura – Sei que criou assim um mal estar entre os funcionários, né. Porque eles não tão se sentindo seguros, né. Então, na medida que eles não se sentem seguros, eu acho que compromete o serviço também. Então, eu na realidade gostaria de resolver isso ai o mais rápido possível... Só que a gente tem um limite da folha de pagamento. E a gente tá estudando uma forma de acertar isso dai pra que não seja mais pela entidade, seja pela prefeitura [...].(Entrevistado 20)

Alguns dirigentes revelam que prefeririam que o serviço fosse prestado diretamente por funcionários municipais, pois não conseguem exercer controle sobre as organizações parceiras:

[...] eu acho que deveria ser pela prefeitura... porque o funcionalismo da prefeitura, aqui a gente tem um controle maior...o da entidade a gente já não tem. Hoje eles não registram ponto, então a gente não tem assim um controle intensivo com eles. Praticamente eu preferiria que fosse pela prefeitura. Eu acho que dá mais segurança também pro funcionário [...].(Entrevistado 18)

Para a grande maioria os dirigentes desse grupo (80%), os maiores problema na provisão dos serviços de saúde são a contratação e a gestão dos profissionais médicos. Segundo eles, “vale tudo para conseguir um médico”:

Veja bem, eu abro um concurso público pra médico, não aparece ninguém. Por quê? O salário é muito baixo. Então, médico não quer ganhar pouco hoje. Aqui é muito longe das escolas de medicina, então eu não tenho residente, entendeu? Então, eu tenho que contratar esses tubarão já antigo, que já são tudo estrela. É complicado. E pra vim num lugar desse aqui, como é que eu vou seduzir o médico pra pagar o que a gente tem condição de pagar? É muito pouco [...].(Entrevistado 18)

Olha, em geral, boa parte (dos funcionários) funciona bem, principalmente o pessoal do baixo escalão, o problema chama-se médico. Eu sou médico, mas essa classe é terrível. A coisa esbarra aí. Até em nível de enfermagem, de enfermeira padrão vai bem [...].(Entrevistado 19)

As contratações por meio de prestação de serviços são as mais utilizadas, sendo que em geral, este profissional trabalha em vários lugares:

Eles [médicos] pegam por contrato porque eles trabalham num monte de lugar, né, e eles não se interessam em prestar o concurso [...].(Entrevistado 18)

[...] os contratados são esses que tão de passagem... Trabalha aqui e acolá em várias cidadezinhas.. Eu pra ser sincero com você, o contrato pra mim é interessante porque o custo é bem mais interessante ...porque ai eu exijo nota fiscal, ele abre a firma aqui, você não imagina a economia que eu faço. Com essa economia eu posso aumentar um pouco o salarinho deles, entendeu? (Entrevistado 20)

Nesse sentido, alguns dirigentes referem ser impossível a implantação do Programa de Saúde da Família, uma vez que o mesmo exige quase dedicação exclusiva do profissional médico:

[...] a hora que chega no médico a coisa é terrível. Por isso que eu não quero montar PSF. Porque o PSF é lindo maravilhoso no papel, mas pega um PSF pra você tomar conta com um médico que não vai lá. É o paciente reclamando na sua orelha todo dia [...]. (Entrevistado 16)

[...] eu acho que o médico, no serviço público tanto em nível de secretaria de estado quanto em nível de Ministério, não tiver um serviço médico com dedicação exclusiva, ou seja, o cara que trabalhar naquele período não pode trabalhar em outro local.. por exemplo, se eu peguei o PSF, 8 horas de serviço e não cumpro esse período, eu sou mandado embora na hora. Como que você faz isso com um cara concursado? Você é obrigado a provar, tem todo um processo, a coisa complica [...].(Entrevistado 18)

Para a grande parte dos gestores essa situação com os profissionais médicos parece não ter solução. Afirmam, por exemplo: “Ele [o médico] pensa assim: você faz que me paga, eu faço que eu trabalho e vai continuar esses desmandos que você escuta na televisão todo dia...” (Entrevistado 20)

Vários dos municípios desse grupo estabelecem convênios com os hospitais filantrópicos (em geral, o único da região) para atendimentos (33%) e para a execução do Programa de Saúde da Família e atendimentos de urgência (13%). Entretanto, 53% dos municípios não possuem nenhum convênio estabelecido com organizações filantrópicas.

Os contratos administrativos são celebrados em 53% dos municípios sendo: 50% para serviços de SADT, 50% com profissionais médicos e 12% com empresas para a gestão de resíduos.

Em alguns casos são realizadas licitações, mas em grande parte dos municípios pesquisados os dirigentes alegam que este procedimento é desnecessário, pelos valores envolvidos: “São dois laboratórios no município, e o valor não é tão grande que precise abrir uma licitação... Se fosse valor que chegaria a um número de licitação, aí teria que abrir porque é um setor público...” (Entrevistado 19)

É de frisar que, nos casos das contratações de médicos não é realizado nenhum tipo de processo para seleção.

Os hospitais filantrópicos possuem um papel importantíssimo na provisão de serviços nesse grupo de municípios, sendo em muitos casos a única forma de assegurar o atendimento:

[...] tem uma Santa Casa que funciona muito bem. Então pra que você vai fazer um pronto socorro funcionar dentro do serviço público se você tem dificuldade até com espaço físico? E o paciente chega aqui, tem que fazer um raio X tem que se locomover até a Santa Casa com a perna quebrada ou com o braço quebrado, ou com algum outro tipo de patologia... Então, nós fizemos um convênio com a Santa Casa e a Santa Casa toca a urgência e a emergência [...]. (Entrevistado 16)

[...] O hospital não sobrevive sem a ajuda do município...e a saúde pública necessita do hospital. Então, é uma parceria ganha ganha. Celebramos convênio, todo lugar do interior é assim, celebramos convênio com aprovação da câmara de vereadores [...].(Entrevistado 17)

[...] é uma segurança pra gente poder tá mandando os pacientes pra serem atendidos, é uma coisa certa, tá [...].(Entrevistado 18)

Para um gestor público de saúde, se existe capacidade instalada na região a tentativa de investir em serviços é considerada como um mau negócio, mesmo que não tenha sido feito nenhum estudo para comprovar a eficiência da contratada:

[...] pega o caso do laboratório da Santa Casa que toca a parte de análises. O prefeito anterior me adquiriu uma série de equipamentos pra exame laboratorial e não montou o prédio, aí veio a vigilância, pronto, multou por falta de adequação do prédio. Gastou 40, 50, 60, 100, 120 mil reais. Fora os custos pra você manter o bioquímico concursado, pra você manter mais um auxiliar de enfermagem, mais o material de consumo, fica muito caro, precisa terceirizar. Por isso que eu tô falando, a saúde precisa ser terceirizada [...]

Os contratos administrativos são supervisionados por meio de controle interno do setor financeiro. Em 25% dos municípios existem Unidades de Controle e Avaliação (UAC). De maneira geral, portanto, a supervisão da prestação de serviços assistenciais é feita diretamente pelo dirigente ou por meio da escuta dos cidadãos e do Conselho Municipal de Saúde:

[...] isso é uma briga terrível. O cliente é que administra. O cliente vai lá, não tá bom ele vem e reclama. Aí vai na mídia....quem administra é o cliente. Gosta, não gosta, não foi atendido. Se não atende a expectativa do cliente, ele tá sempre cobrando [...].



[...] A gente tem o conselho municipal de saúde. Essas contas vem mensalmente pro conselho. E trimestralmente você é obrigado a fazer uma reunião na câmara, aberto à população, e põe essa conta desses convênios... mas quem praticamente monitora todo esse gasto com a saúde é o conselho municipal de saúde [...].(Entrevistado 18)

[...] Principalmente mediante queixa do paciente. Cidade pequena, o paciente reclama a gente vai ver e vai pesquisar pra ver se aquela queixa procede. Caso proceda, a gente reúne a diretoria da Santa Casa, o administrador, a gente fala e ele toma as providências necessárias, principalmente quando é queixa de médico ou queixa de enfermagem[...].(Entrevistado 19)

[...] a gente tem sempre pesquisa, o prefeito tá sempre fazendo pesquisa, então a gente sabe como tá.. o povo fala do atendimento hospitalar, das unidades e tal [...].(Entrevistado 20)

Quanto menor o porte populacional, maior é o papel de supervisão do gestor:

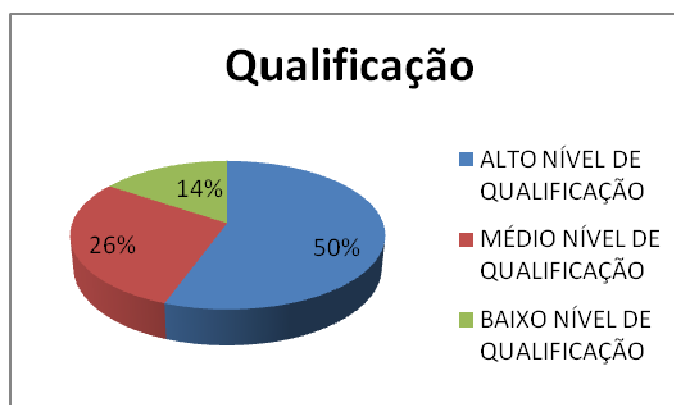
[...] Eu tô lá todo dia. Além de ser pertinho, a cidade aqui é pequenininha, tá. Nós temos 20 mil habitantes. A secretaria é quase que anexa aqui, inclusive o nosso pronto socorro que é municipal, funciona dentro do hospital... a gente tem uma ala que a gente adaptou pro pronto socorro [...].(Entrevistado 16)

[...] tem a supervisão administrativa do gestor, se ele (médico) falta muito, a questão da qualidade.. isso é o gestor que vê, né. Isso respinga em todas as áreas aqui do Centro de Saúde. Se ele pede muito exame desnecessário, ele vai interferir diretamente no andamento aqui das ações, sou eu que tenho que ver isso [...].(Entrevistado 17)

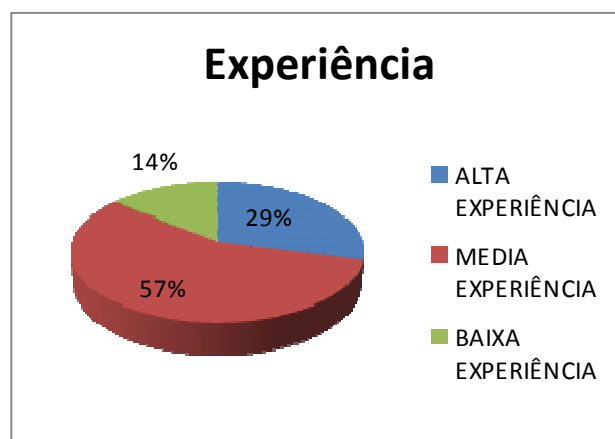
### 7.3 MUNICÍPIOS MM

Esse grupo responde por cerca de 14% dos municípios paulistas (87), com 6% da população (2.308.804 habitantes) do Estado (IBGE, 2010). O foco nas ações de saúde desse grupo é a estruturação de serviços de Atenção Básica (com ou sem Programa de Saúde da Família) e o estabelecimento de fluxos de atendimento sob a lógica da regionalização.

Os municípios desse grupo possuem 14% dos dirigentes com baixo nível de qualificação, 36% com médio nível e 50% com alto nível de qualificação.



**Figura 5: Qualificação dos Dirigentes**  
Fonte: elaboração própria



**Figura 7: Experiência dos Dirigentes**  
Fonte: elaboração própria

A maioria dos dirigentes conhece e opina sobre as duas Emendas (71%) e 29% conhecem e opinam somente sobre a Emenda 29.

Com relação à utilização de informação, 29% dos dirigentes não utilizam nenhuma das informações disponibilizadas pelo Ministério, 57% utilizam as informações em diagnósticos e avaliações e 14% produzem relatório gerencial a partir das informações dos sistemas federais, além de possuir algum tipo de sistema próprio de informação.

Os municípios desse grupo possuem em média 8,3 funcionários (em função administrativa e assistencial) por mil habitantes. Em geral, os regimes trabalhistas declarados referem-se ao CLT e ao estatutário, embora fique implícita a prática do regime não estatutário sem carteira durante as falas dos dirigentes, como se verá a seguir.

Em média 24% dos servidores desempenham funções administrativas e 76% desempenham funções assistenciais.

Em geral, os municípios desse grupo utilizam dois tipos de regime trabalhista, sendo um sempre majoritário. As exceções estão relacionadas aos casos de contratações temporárias (CLT indeterminado). É importante mencionar que em grande parte dos municípios os profissionais médicos e enfermeiros não gozam do mesmo tipo de contratação da maioria dos servidores.

Tabela 13: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios MM

Regime Trabalhista	%
Predomínio de CLT	71%
Predomínio de estatutário*	29%
Total	100%

\*inclui regime não estatutário sem carteira

Fonte: elaboração própria

Nessa parte da pesquisa, os dirigentes declararam sua opinião sobre o regime de contratação e seu efeito no desempenho dos funcionários. Cabe ressaltar dois pontos: boa parte dos médicos e enfermeiros possui outro tipo de contrato (prestação de serviços) e os municípios que contratam diretamente, pela prefeitura, agentes comunitários de saúde (50%): contratam-nos

por meio de regime CLT por tempo determinado (58%), pois não conseguem incorporá-los ao quadro permanente da Secretaria.

Em geral, os dirigentes consideram esse regime adequado (70%), pois proporciona mais benefícios e estabilidade para o funcionário. Entretanto, 20% deles destacam que o tipo de regime não é tão determinante, que é preciso motivar e realizar uma gestão adequada de pessoas. Valem observação as seguintes afirmações recolhidas nas entrevistas realizadas no decorrer desta pesquisa:

A vantagem é a estabilidade, o cumprimento do pagamento na folha que sai com todos os funcionários... você não tem aquele atrito de um funcionário ser de um regime e outro de outro. Teve um período, mas não tem hoje não, só “celetista” mesmo [...] (Entrevistado 37)

[...] eu acho que a garantia de fundo de garantia, dessas outras coisas, que eu acho que é bom. É o que eles solicitam bastante mesmo, esses direitos que a CLT dá [...] (Entrevistado 38)

[...] o vínculo de serviço público gera aquela estabilidade, dá uma falsa ideia pro funcionário que ele tem uma estabilidade plena então surgem alguns problemas nessa tal visão, que não é verdade. É uma estabilidade, porém existem normas, né? Gera algum conflito às vezes. Mas a gente, na nossa administração, não tem tido problema não, sabe? É uma secretaria relativamente pequena, uma cidade pequena, a coisa flui bem [...] (Entrevistado 39)

[...] eu não vejo diferença no desempenho profissional desde que haja uma boa articulação da gestão com esses funcionários, desde que haja um monitoramento permanente desse desempenho e até mesmo monitoramento quanto às necessidades de aprimoramento, de aperfeiçoamento. Daí, nesse sentido, eu acho que uma boa gestão de recursos humanos faz com que não haja diferença entre o vínculo seja ele qual for [...] (Entrevistado 40)

[...] é uma garantia para o funcionário, né? Tem vários benefícios através da CLT. O estatutário geralmente não tem esses benefícios [...] (Entrevistado 41)

Por outro lado, 30% dos dirigentes consideram essa contratação (CLT) pouco flexível:

[...] se eu tivesse mais mobilidade... um funcionário não produz, não corresponde àquilo que a gente espera, se não der certo vou

ter que tá levando todo um processo administrativo pra poder resolver o problema pro serviço, fica difícil [...](Entrevistado 42)

[...] quando falam de funcionário público, o que você imagina? Você não imagina que é um pessoal já tranquilo? Já acomodado, já? Então, é mais ou menos por aí [...](Entrevistado 43)

As percepções dos dirigentes sobre o desempenho dos servidores estatutários em geral são negativas, relacionadas com a dificuldade na gestão (75%):

[...] efetivo acha que já é o dono do pedaço ali e ninguém consegue mandar embora. Você tá entendendo? Ele se acomoda. Então por isso que eu falo, tem seus prós e tem seus contra, não sei. Eu não posso dizer pra você que que é melhor. Pra mim seria melhor efetivar, que eu sei que eu vou ter ele pra sempre comigo. Se ele não funcionar, fazer o quê? Acho que tem que ter uma cláusula nesses processos seletivos aí, nesse CLT e estatutário, que não dá estabilidade pra esse povo. Aí sim ficaria bom. Sabe? Pode ser o sistema estatutário, CLTista, mas desde que tenha uma cláusula lá que você avalie semestral. Se ele não funcionar, tchau e benção [...](Entrevistado 37)

[...] os concursados ficam preguiçosos... acabam ganhando estabilidade e começa a largar o serviço...vira funcionário público [...](Entrevistado 39)

Eu tenho mais dificuldade em trabalhar com eles (estatutários) eu tenho alguns funcionários, que falam assim... Ah! Eles não vão me mandar embora...é um pessoal que se recusa a fazer, trabalhar. E o pessoal da CLT (por tempo determinado) eles têm mais medo porque... eles podem levar advertência, suspensão e demissão se não cumprir adequadamente o serviço [...](Entrevistado 41)

É importante sinalizar que alguns dirigentes acham que os resultados dependem muito do funcionário e do perfil deste:

[...] eu sou concursada e funcionária pública e trabalho muito... Acho que é da pessoa, nós temos funcionários que trabalham e outros que enrolam [...](Entrevistado 41)

[...] a dificuldade hoje é perfil... muita gente pensa que entra pra trabalhar pra coisa e acha que é emprego, não tem vínculo, comprometimento, eu acho que é geral. Todos os colegas meus que eu vejo em reunião têm essa dificuldade [...](Entrevistado 42)

Os profissionais médicos surgem novamente como grande problema para os dirigentes. Na dificuldade de contratar por meio de concurso ou processo seletivo, estes são contratados por meio de cooperativas médicas ou empresas individuais:

[...] eu precisava colocar médicos e se depender de concursos... O que eu fiz? Nós não tínhamos como esperar isso, então eu coloquei uns médicos em comissão [...] (Entrevistado 37)

[...] só consegui médicos por contrato de serviços [...] (Entrevistado 38)

A metade dos municípios desse grupo terceiriza os serviços de Atenção Básica, sendo: 57% com OSCIPS, 14% cooperativas médicas, 14% associações de obras e 14% com organizações hospitalares filantrópicas.

As principais motivações para a terceirização são: os limites com gastos de pessoal (43%), dificuldade na contratação de profissionais médicos e enfermeiros (30%) e busca de maior eficiência e agilidade na prestação de serviços.

No grupo de municípios com parcerias estabelecidas com OSCIPs chamam a atenção as falas de um dirigente cujo município terceirizou toda a provisão de saúde e educação. Alguns pontos da entrevista merecem destaque:

[...] hoje nós somos uma OSCIP, aqui. Então nós temos funcionários que são contratados por concurso público via prefeitura e tem os funcionários que são da organização social, contratados por processo seletivo [...] (Entrevistado 37)

*(a relação entre os funcionários da Secretaria e os funcionários da Oscip)* [...] é um pouco complicado porque existe certo conflito. Nós tivemos uma situação complicada com a gestão anterior da Oscip com relação aos salários. Agora ele procurou não fazer diferença de salário da OS com o da prefeitura, pra não criar confronto... mesmo assim, tem um pouco de dificuldade porque os da prefeitura têm estabilidade e os da OS não [...] (Entrevistado 39)

*(como dirigente)* Eu acompanho, eu sou fiscalizadora. Porque como gestor do SUS, eu tenho que fiscalizar a OS, essa é a minha função. Então a gente busca trabalhar integrado... mas eu não tenho, assim, poder para dizer contrata esse... Não, isso

quem faz é a OS. Mas dizer que eu tenho a liberdade de tomar alguma providência, isso não [...](Entrevistado 40)

Eu acho que (*a parceria*) desengessa um pouco a administração. A gente tinha muita dificuldade de contratar. Por exemplo, o médico saía da prefeitura, ele pedia demissão hoje, amanhã ele tava fora. E eu não tinha como repor esse médico porque eu tinha que depender do concurso público, que demorava meses e meses pra poder sair. Então eu acho que a OS desengessa um pouco a administração nesse sentido [...](Entrevistado 41)

(quanto à seleção da OS parceira) [...] apareceu uma só e ela foi contratada [...](Entrevistado 42)

No momento da entrevista, os funcionários da Oscip representavam 60% do total de funcionários do setor saúde, sendo que muitos funcionários da Secretaria foram incentivados por meio de um programa de demissão voluntária a se desligar da prefeitura e reingressar ao serviço via Oscip. A explicação do dirigente para este movimento: É uma tendência: as OS ou fundações.... A gente tem acompanhado pelo Jornal. Jaguariúna já é, Santa Bárbara tá tentando, Sumaré tá tentando uma fundação. Americana já é fundação. Então é uma tendência na região [...]

A contratação de Oscips ocorre por meio de termo de parceria (dois dirigentes não tem certeza desse mecanismo). Estabelecem-se convênios com organizações filantrópicas e contratos de prestação de serviços para a SADT, de médicos e de suporte de informática.

Seleção das instituições contratadas:

Não se observou qualquer tipo de seleção para a contratação de Oscips em 50% dos municípios. Nesses casos, os dirigentes referem que só existia uma instituição capaz de assumir o serviço a ser contratado. De fato, as organizações hospitalares filantrópicas são únicas nos municípios. Nos demais 50% foi aberto processo de seleção de projetos, especialmente para os procedimentos de SADT, em que são realizadas licitações a depender do valor financeiro envolvido. Em todos os casos, não é realizada licitação nos contratos para a prestação de serviços médicos.

Em 50% dos casos, o monitoramento das Oscips se dá por meio do cumprimento das metas estabelecidas no contrato. No restante, uma supervisão é realizada pelo dirigente, sem processo de acompanhamento estruturado.

Nos convênios não existe processo estruturado de acompanhamento: somente o monitoramento do número de procedimentos realizados para faturamento.

Nos contratos administrativos por meio de licitação, o acompanhamento é realizado pelo setor financeiro com análise de produtividade. Nos contratos com médicos, a supervisão é feita diretamente pelo dirigente.

De forma geral, são supervisionados dados de produtividade. Em contraste com os municípios com menor porte, já não é tão citada a participação direta do cidadão.

Nesse grupo, é mencionada a participação do Conselho Municipal de Saúde no controle dos contratos em 36% dos municípios; e da Câmara de Vereadores em 50% dos municípios.

O Conselho Municipal de Saúde participa da prestação de contas... Tem audiência... o cidadão ou o Conselho sabem de todas as decisões que são tomadas dentro da Secretaria [...] (Entrevistado 38)

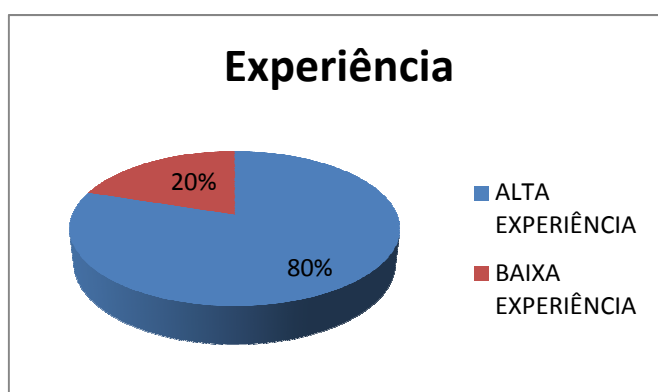
[...] para contratar (Oscips) passou uma lei na câmara pra poder estar autorizando [...] (Entrevistado 42)



## 7.4 MUNICÍPIOS MG

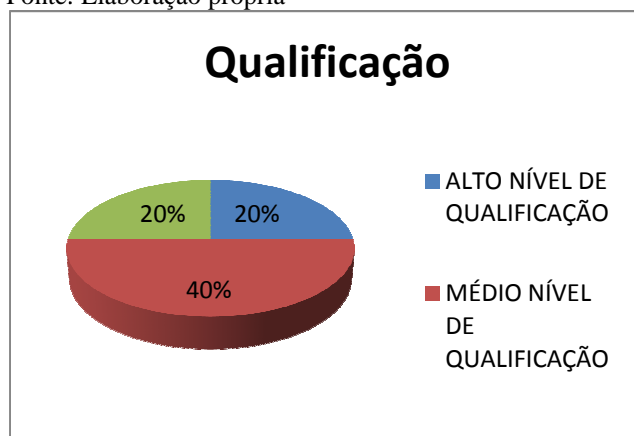
Esse grupo responde por cerca de 14% dos municípios paulistas (88 municípios), com 12% da população (4.976.150 habitantes) do Estado (IBGE, 2010). O foco nas ações de saúde é a estruturação de serviços de Atenção Básica (com ou sem Programa de Saúde da Família) e o estabelecimento de fluxos de atendimento sob à lógica da regionalização. É importante destacar que, em geral, verificou-se uma menor receptividade dos entrevistados, principalmente se compararmos com os municípios de menor porte.

Os municípios desse grupo possuem 20% dos dirigentes com baixo nível de qualificação, 40% com médio nível de qualificação e 40% com alto nível de qualificação. Com relação à experiência, 80% já foram secretários de saúde em mais de uma ocasião.



**Figura 6: Perfil dos gestores quanto à Experiência**

Fonte: Elaboração própria



**Figura 7: Perfil dos gestores quanto à Qualificação**

Fonte: elaboração própria

A maioria dos dirigentes (80%) conhece e opina sobre as duas Emendas e 20% conhecem e opinam somente sobre a Emenda 29.

Com relação à utilização de informação disponibilizada pelo SUS, 80% utilizam as informações em diagnósticos e avaliação; e 20% possuem relatório gerencial a partir das informações dos sistemas federais, além de algum tipo de sistema próprio de informação.

Os municípios desse grupo possuem em média 6,4 funcionários de função administrativa e assistencial por mil habitantes. Em geral, os regimes trabalhistas declarados referem-se ao CLT e ao estatutário, embora fique implícita a prática do regime não estatutário sem carteira durante as falas dos dirigentes, como veremos a seguir.

Em média, 24% dos servidores desempenham funções administrativas e 76% desempenham funções assistenciais.

m geral, os municípios desse grupo possuem dois tipos de regime trabalhista, sendo sempre um majoritário. As exceções estão relacionadas aos casos de contratações temporárias (CLT indeterminado) e os funcionários estaduais municipalizados. O retrato está na tabela a seguir.

Tabela 14: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios MG

Regime Trabalhista	%
Predomínio de CLT	60%
Predomínio de estatutário*	40%
Total	100%

\*inclui regime não estatutário sem carteira

Fonte: elaboração própria

Nessa parte da pesquisa, os dirigentes declararam sua opinião sobre o regime de contratação e seu efeito no desempenho dos funcionários.

A maioria dos dirigentes (66%) considera que a contratação direta pela Secretaria é um erro, e que os serviços deveriam ser todos terceirizados. 34% consideram o regime e a contratação adequados, citando como motivos os benefícios e a segurança dos funcionários:

Eu prefiro os funcionários terceirizados... apesar de ser regime de CLT, o funcionário terceirizado não tem estabilidade, ele pode ser mandado embora a qualquer momento, se dedicam mais. Não querendo desmerecer o servidor público efetivo, mas a carga horária deles aqui é menor, embora seja CLT, mas existe as negociações sindical reduzindo a carga horária. E quando é da iniciativa privada não tem nada disso[...].(Entrevistado 21)

[...] depois que o funcionário entra fica muito preso no serviço e é difícil mandar embora. E quando é um funcionário terceirizado vai embora, a hora que ele vai embora a gente paga o que ele tem direito, décimo terceiro, fundo de garantia e coisa e acabou [...].(Entrevistado 22)

[...] o problema no tocante a qualquer funcionalismo é a estabilidade. Mesmo sendo no regime celetista, o concursado estável, ele tem toda prerrogativa jurídica do funcionalismo, ou seja, se ele não é adequado, tem que abrir um processo de sindicância seguida de processo administrativo com amplo direito à defesa, transitado e julgado pra ser deferida uma demissão, por exemplo, por ineficiência no serviço.... é a maior dificuldade de gestão de qualquer setor, não só da saúde [...].(Entrevistado 23)

Por outro lado, existem dirigentes que acreditam que a contratação pelo regime CLT é adequada: “Acho que todo mundo gostaria de ter uma contratação CLT porque é um cargo assim, efetivo tem as leis que favorecem o funcionário...”. (Entrevistado 24)

Com relação à contratação de médicos, em alguns casos (33%) estes profissionais são contratados em cargos de comissão e existe uma grande dificuldade na contratação e na fixação deles no quadro do funcionalismo:

[...] não tem médico por concurso, então é contratado por cargo de comissionado... Comissionado que não é concurso é “ah, fulano lá, vamos contratar ele aí”. A gente chama ele, se aceita ele é contratado [...].(Entrevistado 21)

Ó, a gente tá sempre correndo atrás de médico... cê sabe né, eu sou médico também, eu tenho minha responsabilidade, mas os médico não tem muita responsabilidade...sai de um vai pro outro emprego, é uma confusão de médico sair daqui. E de atendimento também [...].(Entrevistado 22)

Nos municípios que possuem majoritariamente regime estatutário, 33% consideram que este sistema é adequado e proporciona maior controle pelo gestor, enquanto 67% consideram a contratação engessada, com desempenho ineficiente:

[...] seria melhor que fosse uma situação em que eles mesmo não decidissem sobre os problemas deles... É isso aí você perde totalmente a autonomia de gestão. Hoje o funcionário público faz o que bem entende e você não consegue mudar nada. Tem que ficar o tempo todo implorando pra fazer as coisas. Onde um resolve, você precisa ter cinco pra resolver o problema. Então a produtividade é baixa, não tem como cobrar nada [...].(Entrevistado 23)

Eu acho bom ter estatutários pelo maior controle da gente, estabilidade, segurança para o funcionário [...].(Entrevistado 24)

Com relação à terceirização da Atenção Básica, 40% terceirizam o pessoal da área de saúde por meio de convênio ou parceria com organizações filantrópicas, sendo as maiores motivações a possibilidade de restringir as despesas com pessoal e a maior facilidade para contratar pessoas:

[...] olha, parece que na construção do PSF teve uma liberdade de ter uma terceirização, como uma fonte externa do serviço, olha, nosso parceiro se não me engano é uma empresa do Paraná que tem convênio com várias prefeituras, faz contratação, de funcionários, de agentes de saúde e tudo. Então, ele faz essa gestão de recursos humanos [...].(Entrevistado 21)

[...] não serão contratados pela prefeitura não... não temos verba para concurso [...].(Entrevistado 22)

Menor custo... Se você montar um programa, alguma coisa, pra fazer contratação pra fazer determinada coisa, você economiza em vários sentidos [...].(Entrevistado 23)

[...] é muito mais prático o sistema da iniciativa privada. Eu acho que é muito mais eficiente. Mesmo por conta da burocracia, né. Tudo que você vai fazer, você precisa comprar qualquer coisa, você tem nossa.. uma.. acaba ficando mais caro o molho do que o peixe. Só por conta da burocracia [...].(Entrevistado 24)

Por outro lado, alguns dirigentes manifestam o desejo de prestar os serviços com funcionários municipais. É o que revela a seguinte fala: “[...] Só não passei todo esse serviço pra secretaria

porque eu não tenho recursos humanos suficientes, pois a folha de pagamento ultrapassava os 50%.” (Entrevistado 25)

Outros municípios tentaram estabelecer parcerias e não conseguiram dar continuidade a este processo:

[...] É uma briga danada, existem facilitações via governo estadual e o governo federal faz tudo pra te complicar esse tipo de contratação. Então, verba federal acaba tendo problemas pra justificar depois uma Oscip. Por exemplo, nós tínhamos montado aqui um centro de referencia de saúde do trabalhador com uma Oscip. O que aconteceu foi que o próprio governo federal foi fazendo portaria, portaria.. que torna inviável essa forma. “Isso não pode ser feito assim”, não pode, não pode e você fica amarrado. Ou você passa pra uma administração direta ou você desiste [...].(Entrevistado 26)

As organizações filantrópicas e associações são contratadas por meio de convênios, sem nenhum processo de seleção formalizado. Há, entretanto, conforme as declarações coletadas, uma avaliação da instituição – mesmo que nem sempre bem sucedida: “[...] é feita uma avaliação, apesar que eu fiz uma só até agora, foi uma instituição idônea de nome, bem responsável [...] e tá atendendo, estou renovando o contrato pela terceira vez e nunca deu problema.” (Entrevistado 24)

A avaliação da prestação de serviços de atenção básica é feita de forma direta pelo dirigente (50%) ou por grupo de avaliação (50%):

Eu tenho uma comissão de avaliação, três técnicos que fazem a avaliação periódica do atendimento médico, do procedimento [...].(Entrevistado 22)

[...] a gente vê isso todos os dias, né... A gente acompanha o PSF. Eles são os responsáveis pelos funcionários, mas quem vai dar o problema que é a gestão de saúde somos nós. E a gente tá diariamente em contato com os médicos do PSF, viu. Acompanha todo o funcionamento e tudo aquilo na mão da gente comandando [...].(Entrevistado 24)

Nos contratos administrativos (SADT e serviços de apoio), as instituições são selecionadas por meio de licitação. A supervisão e o monitoramento são feitos por meio da verificação da

produtividade. Em geral, o gestor acredita que dessa forma o controle do gestor é maior: “... O contrato administrativo, ele tem uma amarração mais fácil de você de alguma forma cobrar...”

Os gestores relatam, ainda, que existe uma dificuldade nos processos de supervisão e monitoramento nos convênios com os hospitais filantrópicos:

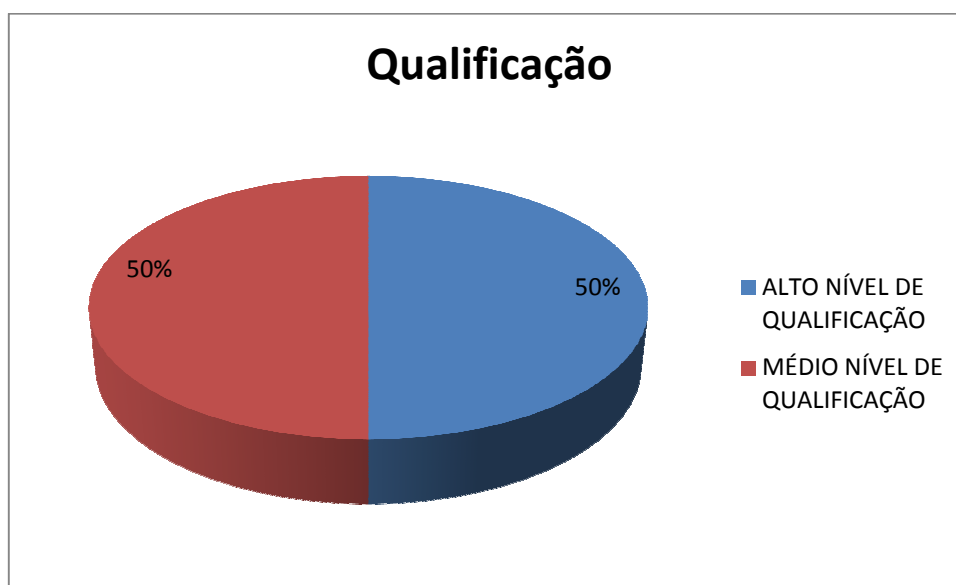
[...] a filantrópica, a supervisão você faz através de acompanhamento de produtividade. Mas é tão difícil lidar com a filantrópica, que um simples sistema via web de autorização, de regulação, a gente não consegue que eles aceitem. Eles arrumam um monte de desculpa, você liga e não atendem. Você não tem e-mails, mecanismos de você cobrar isso. Normalmente eles são governados pelo clero, são os coitadinhos já de natureza. Isso já se firmou como coitadinho que você não pode discutir com eles uma questão administrativa sincera. Acaba ficando uma questão de tipo compadrio. Só que a gente que tem que assinar os compadrios, então fica uma briga forte e difícil de se chegar numa conclusão. Então na verdade, são situações que precisariam mudar, muito, a forma de trabalhar com esse pessoal. Precisaria ser mais profissionalizado os hospitais, prestadores mais especializados. A relação da secretaria com os prestadores tinha que ser mais profissional. Tinha que ter realmente um contrato e esse contrato ser obedecido e as vezes você não consegue isso [...].(Entrevistado 25)

É interessante notar que os entrevistados não mencionaram a existência de processos de avaliação e controle formal por parte dos usuários, da Câmara de Vereadores e do Conselho Municipal.

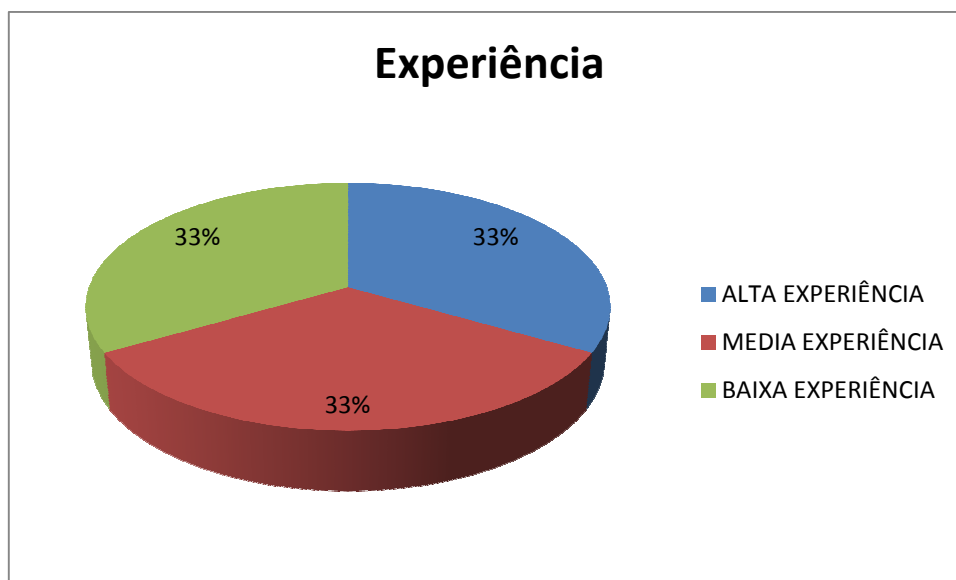
## 7.5 MUNICÍPIOS G

Esse grupo responde por cerca de 11% dos municípios paulistas (68 municípios), com 33% (13.525.475 habitantes) da população do Estado (IBGE, 2010). O foco nas ações de saúde desse grupo vai um pouco além da estruturação de serviços de Atenção Básica (com ou sem Programa de Saúde da Família). Em geral, esses municípios possuem capacidade instalada que permite a ampliação dos serviços de saúde oferecidos à população.

Os municípios desse grupo possuem 20% dos dirigentes com baixo nível de qualificação, 40% com médio nível de qualificação e 40% com alto nível de qualificação. Com relação à experiência, 33% já foram secretários de saúde em mais de uma ocasião.



**Figura 8: Perfil dos Dirigentes quanto à Qualificação**  
Fonte: elaboração própria



**Figura 13: Perfil dos Dirigentes quanto à Experiência**  
Fonte: elaboração própria

Todos os dirigentes (100%) conhecem e opinam sobre as duas Emendas constitucionais abordadas neste ponto da entrevista.

Com relação à utilização de informação, 17% se valem das informações dos sistemas do Ministério da Saúde em diagnósticos e avaliação e 83% possuem relatório gerencial produzido a partir das informações dos sistemas federais e de algum tipo de sistema de informação próprio.

Os municípios desse grupo possuem em média 4,25 funcionários em função administrativa e assistencial por mil habitantes. Em geral, os regimes trabalhistas declarados referem-se ao CLT e ao estatutário, embora fique implícita a prática do regime não estatutário sem carteira durante as falas dos dirigentes, como veremos a seguir.

Em média 23% dos servidores desempenham funções administrativas e 77% desempenham funções assistenciais.

Em geral, os municípios desse grupo possuem dois tipos de regime trabalhista, sendo um sempre majoritário. As exceções estão relacionadas aos casos de contratações temporárias (CLT indeterminado) e dos funcionários estaduais municipalizados.



Tabela 15: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios G

Regime Trabalhista	%
Predomínio de CLT	50%
Predomínio de estatutário*	50%
Total	100%

\*inclui regime não estatutário sem carteira

Fonte: elaboração própria

Em geral, os municípios que possuem funcionários contratados por dois tipos de regime se referem aos agentes comunitários contratados por CLT por Tempo determinado e aos funcionários estaduais municipalizados.

Nesse grupo, 66% dos dirigentes referem que esse tipo de contratação é adequado e que concede mais flexibilidade para o gestor. Destacam as vantagens do estágio probatório e acham que o sistema é muito melhor do que o regime estatutário:

Olha, eu vejo muita vantagem nesse tipo de contratação, porque veja, pra você demitir um funcionário, se ele é um funcionário relapso, o processo administrativo é muito mais rápido. E você tem todo o amparo da legislação federal. É diferente de um estatutário que um processo pode levar anos e ele continua e a administração muda e ele retorna pra onde ele tava [...]. (Entrevistado 27)

[...] ele tem três anos de período de probidade administrativa. Que é isso? Nesses 3 anos, se ele não atender as necessidades, ele pode ser demitido automaticamente. Então, seria aquilo que você chama de período.. o probatório dele, né.. o período da experiência dele é os 90 dias, depois ele passa por um período de probidade. Ele pode ser demitido sem processo, sem nada...Isso é bom porque você vê o funcionário se empenhando [...] (Entrevistado 28).

[...] eu acho que tem mais flexibilidade, mais respeito e você pode comandar de uma forma diferente, de uma forma mais atuante. Porque tem menos subterfúgios pra que eles fujam das responsabilidades [...]. (Entrevistado 29)

Em alguns casos, os dirigentes consideram o tipo de contratação adequado e defendem a implantação de planos de carreira, mas somente para os funcionários de nível médio, ou seja, novamente aparecem os problemas relacionados ao desempenho de profissionais médicos e enfermeiros:

Eu acho que o nível médio deveria sim ser concursado e com plano de carreira. O nível universitário eu já não concordo. Porque eu acho que você perde o poder de mando (risos). Porque aí começa aquele negócio de atestado, de não sei o que e você acaba perdendo o controle. E o pior funcionário é o nível universitário, principalmente na minha área, a área médica [...]. (Entrevistado 27)

É interessante notar que os dirigentes (principalmente os profissionais médicos) associam o baixo desempenho dos profissionais de nível universitário da área de saúde à qualidade da formação universitária:

[...] essa queda no padrão médico nas faculdades – eu recebo muito médico de nível baixo– isso também me dá uma baixa qualidade no atendimento. Uma coisa amarra a outra... na área da saúde, o médico e enfermeiro sai com uma formação muito baixa. E aí você tem dificuldade de administrar isso... Faculdade de Enfermagem é igual boteco na esquina. Faculdade de Medicina é igual posto da Petrobras... Você pega enfermeira que não sabe escrever. Recebe uns médicos que também tem dificuldade em atender [...]. (Entrevistado 29)

Essa percepção se relaciona com a percepção de outros dirigentes de municípios de menor porte, que afirmam que os profissionais de nível universitário não possuem qualificação técnica para desempenhar os processos assistenciais nos serviços de atenção primária.

Por outro lado, 44% dos dirigentes tem a impressão de que o tipo de contratação é engessado e de que o desempenho é melhor nos serviços privados:

[...] eu acho que o privado funciona melhor,... Mesmo sendo celetista, mas não com esse vínculo. Porque a gente, como é concurso público, você não tem autonomia de troca tão facilmente. Você precisa de um processo administrativo, mesmo sendo celetista. Então isso dificulta um pouco em questão administrativa... se você tiver mais facilidade de demitir funcionário e trocar funcionário, eu acho que a gente consegue um resultado mais positivo... Por isso o interesse de muitos municípios de fazer parceria... ter parceiro, porque com parceiro você mesmo sendo CLT você tem mais facilidade em trocar funcionário... Porque o funcionário público, lamentavelmente, a gente tenta trabalhar isso, mas ele se acomoda, né? Ele se acomoda, então... Não todos, mas um grande número... lamentavelmente [...]. (Entrevistado 28)

Essa percepção, ao que se depreende das declarações recolhidas no decorrer desta pesquisa, é associada à ausência de sentimentos de prestígio estamental nos funcionários:

[...] poucos têm aquele orgulho, aquela coisa de dizer que “olha, eu sou funcionário público, eu tenho meu compromisso, eu vou responder de acordo”. As pessoas, infelizmente, ainda têm aquela cultura de achar que tá no serviço público, então, que não é pra funcionar como privado. Eu já penso diferente. Então pra mim é meio complicado. Porque eu acho que a gente tem até mais responsabilidade que o privado... Porque é o nosso dinheiro, inclusive, que tá aí. Porque eu pago imposto, o funcionário paga imposto, então... Mas, infelizmente, por mais que se trabalhe isso, ainda não existe essa incorporação. Eu gostaria que isso fosse incorporado melhor ao servidor público [...]. (Entrevistado 30)

Essa diferença entre as percepções dos dirigentes nos leva às seguintes questões: como alguns dirigentes conseguem ter mais flexibilidade e outros não? Se as regulamentações são as mesmas, isso nos leva a crer que a postura e a real utilização de instrumentos de avaliação pelo dirigente são determinantes para a gestão de pessoas. Por outro lado, não se pode desconsiderar a importância dada ao mantra de que o privado é melhor.

Os dirigentes com funcionários estatutários referem que esse tipo de contratação é engessado, além de promover falta de comprometimento e baixo desempenho (100%). Com relação aos efeitos do estágio probatório, 33 % dos dirigentes referem que ele é útil, mas que após esse período os funcionários ‘se acomodam’; e 33% acreditam que a contratação por Regime CLT seria mais vantajosa:

[...] você acaba ficando engessado em uma série de funcionamentos. No caso, ele poderia até ser um funcionário de carreira, mas se você fosse como CLT a contratação seria bem melhor... você poderia trabalhar até com avaliação de desempenho, com relação a premiação por mérito. No caso estatutário, você fica amarrado pela lei... Na verdade você nivela todo mundo [...]. (Entrevistado 30)

É importante destacar que existe uma diferença entre a utilização do estágio probatório entre dirigentes de municípios com funcionários contratados por CLT e estatutários.

Também é importante destacar que nesse grupo de municípios já se manifesta a percepção da necessidade de mecanismos de avaliação de desempenho e mérito, pouco referida pelos dirigentes de municípios de menor porte.

Nesse grupo, 33% dos municípios terceirizam os serviços de Atenção Básica. As motivações para a terceirização se referem principalmente às dificuldades em contratar profissionais, devido aos limites impostos para a despesa com pessoal. Outras motivações estão relacionadas com a maior agilidade na contratação de profissionais e com o fato de o regime proporcionar para as secretarias um papel mais regulador do que executor.

[...] olha, tem a questão da facilidade de você poder pedir pra trocar o funcionário, se ele não é adequado, além disso, não entra na folha de pagamento, pela lei de responsabilidade, aqui tem a dificuldade de fazer concurso público, a demora do concurso público, de ter melhores salários [...]. (Entrevistado 28)

É importante destacar que os dirigentes condicionam o sucesso da terceirização a uma forte supervisão direta por parte da Secretaria, desde a contratação dos profissionais até a execução dos serviços, com monitoramento contínuo das metas estabelecidas e estímulo à participação da comunidade na avaliação dos serviços. Ou seja, a Secretaria, em municípios desse porte, passa a verificar os resultados esperados e não o funcionamento dos processos. É merecedor de nota o depoimento a seguir:

Tem que ficar muito claro que gerência é do município. A gente monitora o processo de seleção e de emprego. A associação participa na fiscalização do funcionamento. Então, eu não preciso ter ninguém enchendo o saco se o médico vai trabalhar ou não, se o pessoal chega no horário ou sai do horário, por que a própria associação de bairro, o próprio munícipe ele é muito consciente disso... a gente estimula a formação do conselho local de saúde, sabe. E passa tudo isso pra eles... e isso aí passa a ser um ganho da comunidade porque ele passa a dizer assim “eu estou acompanhando o serviço”. Porque a grande queixa que você tem do profissional médico é – não só o médico, a equipe toda – o pessoal não chega no horário, sai antes do horário, chega mais tarde e não atende todo mundo. E quando você tem isso, a própria população fiscaliza. Ela é a primeira pra pedir pra trocar [...]. (Entrevistado 31)

O estabelecimento de metas e a supervisão direta (com um gerente da secretaria na Unidade) proporcionam melhores resultados quando comparados às unidades que não possuem um gerente da secretaria. Esta é a percepção de grande parte dos entrevistados:

[...] Quando eu assumi, a cobertura do Papanicolau, para a prevenção do câncer de colo era 11%, quando montamos esse esquema de

supervisão, o município como um todo atingiu 28% de cobertura em um ano. As unidades com supervisão direta foram a mais de 34%. Então, você tem um território, você tem um setor de regulação que passa a tá observando isso [...]. (Entrevistado 28)

O caso acima revela a terceirização como um instrumento para alcançar melhores resultados, a partir do fortalecimento do papel regulador das secretarias. Nesse caso o dirigente informa a criação de um programa de capacitação em administração para os gerentes, não vinculado à criação de carreiras, o que é considerado um empecilho pelo dirigente.

Os gestores e dirigentes de municípios, entrevistados nesta pesquisa, referem celebrar contratos administrativos (100%) para atividades de apoio (limpeza, manutenção) e serviços diagnósticos. Em geral, todos referem utilizar a licitação, e que a execução é monitorada por meio da produtividade pelos setores financeiros.

Nesse grupo inicia-se a diferenciação nos mecanismos de controle interno entre convênios e contratos de gestão (ou termo de parceria), segundo a percepção dos gestores. É importante destacar que o que diferencia os mecanismos de controle não é a natureza legal do contrato e sim o conteúdo a ser estabelecido. Por exemplo, um convênio com uma associação pode possuir metas a serem atingidas, com mecanismos de monitoramento estabelecidos similares a um termo de parceria ou contrato de gestão.

A percepção de que contratos de gestão e termos de parceria oferecem maior controle ao gestor do que convênios em geral tem origem e é justificada pelo controle “frouxo” estabelecido nos convênios mais antigos com organizações filantrópicas.

[...] um contrato de gestão no ponto de vista administrativo é infinitamente melhor. O poder público sempre tem uma dificuldade de mensurar principalmente o que é prestação de serviço para ele. Ele então contrata. Você comprou o serviço. Até que você veja que aquele serviço não foi realizado, não foi realizado a contento, você já passou, já passou 6 meses, já passou um ano [...] (Entrevistado 27)

E no caso, por exemplo, que nem esse do Hospital X, que já foi o modelo novo, você consegue acompanhar aquilo mês a mês. Então, por exemplo, ações que não eu tenho realizados no mês, ou hospital negocia comigo que ele vai fazer o dobro no mês seguinte ou que eu vou transferir aquilo pra outra coisa que tá dentro do contrato dele ou

então simplesmente eu retiro o recurso. Como no caso ele não quer perder o recurso, ele acaba me prestando serviço em outra coisa que esteja dentro do contrato. Então eu consigo alocar melhor os meus recursos. Infinitamente melhor [...](Entrevistado 29)

Nos convênios com o Hospital X, a gente tem um auditor que faz as visitas e faz a averiguação dos dados que são repassados da prestação de serviços e você tem aquelas prestações de contas semestrais que vem para a gente... Mas é bem mais frouxo. É bem pior, assim, em matéria de qualidade, de você ver o que foi realizado e o que não foi... No caso do convênio a coisa... até que aquilo cause uma quebra ou que você simplesmente corte contrato, que corte o repasse, você passa muito mais tempo. Você fica engessado... fora o problema na mídia [...](Entrevistado 31)

Com relação a controles externos no estabelecimento de contratos, 33% declararam participação da Câmara e 17% a participação do Conselho Municipal de Saúde.

## **7.6 MUNICÍPIOS GG**

Esse grupo responde por 1% dos municípios paulistas (9 municípios), com 42% (17.472.280 habitantes) da população do Estado (IBGE, 2010). Seu papel no sistema de saúde estadual é determinante, pois além das ações de saúde voltadas para a estruturação de serviços de Atenção Básica (com ou sem Programa de Saúde da Família), eles detêm a maior parte da capacidade instalada, sendo referência para vários municípios de sua região. É importante destacar que grande parte das instituições formadoras de profissionais de saúde está nesses municípios.

O perfil dos dirigentes desse grupo de municípios é o mais homogêneo em qualificação e experiência. A grande maioria dos dirigentes possui alta qualificação, com titulação e experiência muito superiores aos demais, em geral possuem trajetória consolidada na administração pública (em órgãos da área de saúde ou outras áreas), sendo que maioria já foi secretário de saúde em mais de uma ocasião.

Todos os dirigentes (100%) conhecem e opinam sobre as duas Emendas.

Com relação à utilização de informação, 100 % possuem relatório gerencial a partir das informações dos sistemas federais e de sistemas de informação próprios.

Os municípios desse grupo possuem, em média, 5,14 funcionários em função administrativa e assistencial por mil habitantes. Em geral, os regimes trabalhistas declarados referem-se ao CLT e estatutário, embora fique implícita a prática do regime não estatutário sem carteira durante as falas dos dirigentes, como veremos a seguir.

Em média, 23% dos servidores municipais desempenham funções administrativas e 77% desempenham funções assistenciais. Essa relação varia de acordo com o grau de terceirização de serviços do município: quanto maior o número de funcionários terceirizados na assistência, menor é a proporção de servidores na área assistencial.

Em geral, os municípios desse grupo possuem dois tipos de regime trabalhista, sendo um sempre majoritário. As exceções estão relacionadas aos casos de contratações temporárias (CLT indeterminado) e dos funcionários estaduais municipalizados.

Tabela 16: Regimes trabalhistas dos servidores municipais de saúde- Municípios GG

Regime Trabalhista	%
Predomínio de CLT	11%
Predomínio de estatutário*	89%
Total	100%

\*inclui regime não estatutário sem carteira  
Fonte: elaboração própria

A percepção do dirigente quanto à contratação por CLT é muito positiva, pois oferece mais flexibilidade na contratação e no desligamento do funcionário, além de proporcionar mudanças significativas na postura do funcionário. É o que demonstra a seguinte fala: “... o vínculo com o trabalhador se dá a partir do objeto de trabalho e não só da carreira profissional... e a administração, a admissão e a demissão de funcionários é mais fácil...”

As contratações por tempo determinado são utilizadas para a contratação de profissionais médicos em caráter de urgência, mas, segundo os dirigentes ouvidos nesta pesquisa, esse mecanismo é cada vez menos utilizado.

Com relação à contratação sob regime estatutário, a percepção dos dirigentes relaciona-se com a pouca flexibilidade, a lentidão nos processos de contratação, os baixos salários (os profissionais médicos e enfermeiros), a isonomia salarial, a dificuldade na implantação de planos de carreira e a acomodação dos funcionários.

Todos os municípios desse grupo registram alto grau de terceirização de mão de obra nos serviços de Atenção Básica. Os dirigentes estabelecem uma comparação no que diz respeito à agilidade na contratação de profissionais e concluem que é muito mais fácil a contratação por meio de terceiros. Por outro lado, dois dirigentes destacaram, durante as entrevistas realizadas, que a rotatividade dos profissionais médicos e dos enfermeiros contratados por serviços terceirizados é muito grande, muito maior do que a que se verifica entre os profissionais contratados diretamente, o que, segundo eles, compromete a qualidade dos serviços:

Agora por um outro lado é, do ponto de vista da fixação do profissional quando você consegue ter um corpo de funcionários estatutários seria mais perene do que o funcionário CLT contratado por convenio, ele tem uma rotatividade muito grande... nos estatutários, quando ele assume, ele acaba incorporando, ele fica né, então nos programas e nas unidades de saúde ele acaba aderindo mais ao projeto, ao programa, o conhecimento dele com o passar dos anos a respeito da prefeitura, dos serviços... mas no caso da urgência... acaba sendo uma vantagem a contratação do funcionário que a gente tem contratado através das parcerias e dos convênios, você consegue completar o quadro mais rapidamente porque você também consegue praticar um salário melhor [...].(Entrevistado 32)

Apesar dos melhores salários, o profissional estatutário permanece com o vínculo com o município, principalmente pelos benefícios da aposentadoria integral.

O problema da rotatividade de profissionais é referido por todos os dirigentes, que atribuem o fenômeno aos diferentes salários oferecidos pelas organizações prestadoras do mesmo tipo de serviço:

[...] na verdade essas Unidades X estão fazendo um leilão [...]. Existe hoje no mercado ai um leilão por captação por recursos humanos, inclusive entre as elas próprias ... eles tem salários diferenciados, ganhos, pode até ter um salário base muito parecido, mas tem muitos incentivos...o cara acaba ganhando adicional a distancia, adicional não sei o que, premio não sei o ... e o que acontece, no final das contas ele acaba colocando mais dinheiro no bolso [...].(Entrevistado 33)



A fixação do profissional médico nos serviços de atenção básica é atualmente um dos maiores problemas para a estruturação do sistema, com raízes na formação do profissional e na dinâmica do mercado de trabalho, como já mencionado.

Os dirigentes expõem esse problema, na medida em que grande parte dos profissionais atuantes nos serviços trata o emprego como temporário até conseguir encontrar um trabalho melhor ou conseguir entrar em um programa de residência médica em especialidades. Tanto é assim que, segundo depoimento dos dirigentes, no período em que acontecem as provas de residência, a falta de médicos no serviço é notória.

A mudança do regime estatutário pelo regime CLT é tida como uma provável solução para os problemas referidos (38%), com a introdução de mecanismos de avaliação de desempenho.

Nesse sentido, um dirigente propõe como solução a introdução do modelo das fundações públicas de direito privado:

[...] Olha, eu tenho advogado muito pelas fundações públicas de direito privado. Quer dizer, eu entendo que o funcionário público ele tendo oportunidade de fazer carreira e tendo uma estabilidade profissional, isso permite um investimento. Em contrapartida disso, a efetivação e a morosidade do serviço público e você poder dispor do funcionário quando ele não tem desempenho apropriado, me torna contrário a efetivação de forma irrestrita....Então, eu acho que esse modelo de fundação pública de direito privado, ele se adequa pra que você possa trabalhar mais facilmente com contratualização de metas e com um trabalho que possa envolver por assim dizer, um compromisso com índices a serem perseguidos e é o que eu acho que seria ideal pro serviço público [...].(Entrevistado 35)

Para 25% dos dirigentes entrevistados, o município não deve se responsabilizar diretamente pela provisão dos serviços, dada a complexidade da gestão de recursos humanos:

[...] o servidor público é fundamental pra garantir inclusive os aspectos da estabilidade institucional, em especial em alguns níveis estratégicos da administração pública, principalmente aqueles níveis que nós chamamos de prata das políticas ou do desenvolvimento das políticas públicas... fiscalização, áreas bancárias, de vigilância. Então essas áreas, elas têm que ter obrigatoriamente servidor público... não necessariamente as áreas assistenciais, mais operacionais [...].(Entrevistado 34)

Ou seja, os municípios com essa orientação não consideram a ampliação da provisão de serviços executados diretamente, e quando questionados sobre a manutenção dos serviços já existentes e do corpo atual de funcionários nos serviços assistenciais, as respostas se direcionam para ações de qualificação desses funcionários.

A prática de vínculos temporários (CLT ou não estatutário sem carteira) é relatada como uma equação a ser solucionada – embora nenhum dos dirigentes informe a quantidade dos funcionários contratados de forma temporária – principalmente com relação às ações de treinamento e formação:

Você tá sempre entre uma decisão entre formar as pessoas que estão aqui para realizar o trabalho de maneira adequada sem saber se vai poder contar com ela por muito mais tempo que o próprio tempo da capacitação... já que é provisório a maior parte dos vínculos ... demora quase 6 meses para colocar um médico, que é um profissional que me parece um profissional mais bem situado em termo de quais são suas funções... Você coloca um profissional desses, leva 6 meses para adaptá-lo ao sistema de saúde, no nosso hospital a cada ano muda cerca de 40% do corpo médico. Todos os médicos estão sempre indo daqui pra lá, voltando [...].(Entrevistado 32)

[...] O temporário você treina, treina, e ele sai... cada vez a rotatividade é maior, então tem um prejuízo muito grande [...].(Entrevistado 35)

A maioria dos municípios desse grupo terceiriza algum tipo de serviço de Atenção Básica (88%). Destes, alguns terceirizam somente a contratação de parte da equipe, como, por exemplo, os agentes comunitários e alguns profissionais (28%). Em 72% dos municípios, a maior parte dos serviços é executada por parceiros, em geral ligados a instituições filantrópicas ou a fundações de universidades.

Dentre as principais motivações para a terceirização destacam-se: dificuldades na contratação direta pelos limites com despesa de pessoal (50%), concentração do foco na gestão (25%), e dificuldades na realização de concursos com salários atraentes (25%).

Em geral, os serviços de apoio (limpeza, manutenção e SADT) são contratados por meio de contrato administrativo com licitação, com mecanismos de supervisão e monitoramento por

produtividade (com unidades de avaliação e controle estruturadas). Apesar do estabelecimento de mecanismos estruturados nesse tipo de contratação, os dirigentes referem alguns aspectos negativos, principalmente relacionados à morosidade e lentidão do processo; e dificuldades na elaboração dos editais segundo as regras estabelecidas (especialmente para a aquisição de equipamentos médicos). Ou seja, consideram esse mecanismo adequado principalmente para a aquisição de materiais não específicos.

Verifica-se que, ao contrário do observado em municípios de menor porte, existe uma tendência pela compra dos procedimentos diagnósticos por meio de convênios e parcerias, o que os gestores justificam pela maior agilidade:

Nós compramos os procedimentos diagnósticos baseados em preços de valor de mercado, então tanto a tomografia, laboratório que foram licitados pela 8666 nós conseguimos preços bem compatíveis, inclusive o laboratório conseguimos até desconto na tabela dos SUS, mas aí nos conseguimos a mesma coisa nos contratos via parceria...a desvantagem da licitação são as regras que você tem que seguir, 30 dias de prazo pra poder publicar, mas a entrega das propostas, avaliação jurídica, publicação, pessoas que entram com recursos, muitas vezes os recursos não são pertinentes mas você tem que ter aquele prazo, recorrer, justificar, as vezes dependendo do montante as pessoas recorrem a justiça pra bloquear a licitação...e quando você faz com um parceiro geralmente ele acaba fazendo uma cotação de preços, e oferece o preço mais baixo das três cotações que ele acaba fazendo e não se tem muita contestação jurídica. (Entrevistado 31)

Por outro lado, alguns dirigentes afirmam que, uma vez realizada a licitação, não existe muita diferença na qualidade dos serviços prestados:

[...] é mais difícil, um pouco mais vagaroso, mas depois que a licitação correu, não tem grande diferença entre um e outro não, nós temos problemas com prestador que é contratado por parceria que se tem que ficar no pé do cara, controlando qualidade, atendimento tanto quanto com empresas contratadas por licitação, temos contratados por licitação, que não dão problema nenhum, são excelentes, que o pessoal elogia, como elogia o outro (parceria) também, entendeu, e porque aí eu acho que vai muito da organização [...].(Entrevistado 34)

Ou seja, na verdade, para os dirigentes, o que determina a qualidade dos serviços e atendimentos prestados é a qualidade da organização. E como são selecionadas essas

organizações? Como vimos, nos municípios de menor porte a seleção de parceiros praticamente inexistente, dado que muitas vezes só há uma organização candidata.

Na maioria dos municípios são estabelecidas parcerias com fundações ligadas a universidades com cursos da área de saúde:

[...] existe a necessidade mínima de qualificação.... por exemplo, só contrata com.. contrata se tiver residência, mas a maioria trabalha com qualificações por assim dizer, razoavelmente avançadas, esse é o meu critério para estabelecer parceria[...].(Entrevistado 32)

Já em municípios com maior porte populacional, são estabelecidas parcerias com organizações filantrópicas antigas, com história e reputação na prestação de serviços:

[...] é muito importante sempre lembrar que todos os nossos parceiros são muito qualificados. Todos têm experiência na área da saúde, muita experiência, você conhece os nossos parceiros, não vou citá-los aqui. Então nós temos muita tranquilidade em fazer a defesa de todos eles, sem nenhuma exceção. Exatamente porque todos correspondem com as expectativas que a secretaria tem do desempenho das suas atividades [...].(Entrevistado 33)

Em geral, a seleção é feita por meio de avaliação de projetos e planos operativos, por uma comissão específica formada por técnicos da Secretaria. Em um caso entre os examinados participam dessa comissão membros do Conselho Municipal:

[...] participam a diretoria da secretaria, apoiado pela assessoria do gabinete do secretário e representantes da comissão de políticas de saúde do conselho municipal de saúde, a gente é obrigado a demonstrar necessidade e a proposta, pra acompanhamento dessas instâncias [...].(Entrevistado 33)

Uma vez celebrada a parceria, o grau de supervisão e monitoramento varia de acordo com o tipo de serviço e com a estruturação de um núcleo administrativo para esse fim no município. No caso da prestação de serviços de atenção básica, essa supervisão é mais direta, por meio da atuação de auditores e supervisores responsáveis por uma região.

[...] no caso do (*programa*) saúde da família, que é onde nós temos muitos problemas, ele tem a área de abrangência definida, tem indicadores de produtividade. Número de consultas realizadas pelo

médico, procedimentos de auxiliar, número de visitas feitas pelo agente comunitário de saúde. É um conjunto de indicadores que apontam para a área técnica fazer a análise de avaliação do desempenho daquele parceiro, naquela região [...].(Entrevistado 35)

Esse caso evidencia que a existência de parâmetros e a delimitação territorial são primordiais para a avaliação e a supervisão da prestação de serviços. Isso fica mais bem evidenciado ainda no caso em que a prestação de serviços é totalmente feita por funcionários municipais – exemplos em que, atualmente, existe uma tendência para a avaliação das unidades básicas de saúde por meio do estabelecimento de metas:

Nós estamos tentando trabalhar com um modelo de contrato de gestão nas nossas próprias unidades de saúde. Já fizemos alguns testes e metas, enfim. Agora que estamos com territórios bem definidos, área de abrangência, nós podemos avaliar melhor o desempenho e direcionar melhor nosso planejamento [...].(Entrevistado 36)

As percepções a respeito de uma ou outra forma de contratação (termo de parceria, contrato de gestão ou convênio) ser melhor, no sentido de assegurar os resultados esperados, variam de acordo com a forma utilizada pelo município e com as instituições contratadas. Os convênios mais antigos com as filantrópicas são ‘mais abertos’, sem o estabelecimento de metas, o que dificulta a gestão.

Por outro lado, alguns municípios conseguem estabelecer convênios com planos operativos com metas estabelecidas, com monitoramento trimestral, assim como contratos de gestão e termos de parceria.

O grau de autonomia concedido ao parceiro também varia de acordo com cada município. Segundo a percepção dos dirigentes com parcerias mais antigas, a relação entre municípios e parceiros é muito próxima e com elevado grau de autonomia.

Por outro lado, existem municípios que reduzem a margem de autonomia dos parceiros, participam ativamente do processo de seleção e de formação dos profissionais, de forma a garantir profissionais qualificados e treinados.

Nos municípios que possuem vários parceiros, seu grau de autonomia é alto, segundo se depreende dos depoimentos recolhidos:

[...] os parceiros que nós temos convênio, cada um tem a sua forma de direcionar, a administração pública não interfere propriamente no seu processo produtivo, o parceiro tem o seu próprio critério de seleção de pessoal. Eu acho que a liberdade que o parceiro tem que ter tem que ser do tamanho da necessidade que ele precisa para usar os recursos necessários pra cumprir a meta que ele tem que cumprir... É aquela questão de empreendedorismo, que nós estimulamos todos os parceiros pra que eles tenham, mas pra por em prática não pode ter o gestor dizendo pra ele o que ele pode fazer [...].(Entrevistado 36)

Alguns municípios orientam as organizações parceiras para que elas contratem seus funcionários por meio do regime CLT, embora somente um dos municípios ouvidos nesta pesquisa tenha essa exigência estabelecida por meio de contrato.

Com relação ao controle social nos estabelecimentos de convênios e parcerias, 78% dos municípios relatam participação do Conselho Municipal de Saúde e 44% a participação da Câmara de Vereadores.

## 8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo foi realizado em base bibliográfica e em entrevistas realizadas com gestores municipais de saúde no Estado de São Paulo com o intuito de conhecer as características das administrações municipais da área, suas dificuldades, erros e acertos; de detectar o alcance dos instrumentos oferecidos pelo SUS para uma gestão de melhores resultados; e também para uma projeção de temas que devem receber atenção dos gestores, tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Os resultados apresentados nos revelam as várias formas que os municípios paulistas adotaram para garantir a provisão de serviços de saúde aos seus cidadãos.

Pelo lado positivo, verifica-se um movimento de fortalecimento do aparato burocrático nos municípios com menor porte populacional por meio da regularização das contratações, com a adoção de processos seletivos e de regimes trabalhistas com maiores garantias para os funcionários, embora a prática de regimes sem garantias continue a existir em vários deles.

A multiplicidade dos tipos de contratação entre os profissionais (temporários, estatutários, cooperativas, associações, contratos de serviços pessoa física, convênios com organizações filantrópicas) evidencia a dificuldade enfrentada pelos municípios na contratação de profissionais (principalmente de nível superior). Quanto à seleção das organizações para efetuar parceiras, as organizações hospitalares filantrópicas tem um papel principal, embora se verifique que a criação de associações vinculadas a funcionários também possui importante papel. Ou seja, os mecanismos de subcontratação (Longo, 2007) estão sendo praticados como forma de ampliação de funcionários.

Nesse ponto, cabe ressaltar que o tipo da organização que contrata os profissionais faz toda a diferença na capacidade de controle dos gestores, ou seja, é muito mais fácil controlar e supervisionar os funcionários de uma associação criada para esse objetivo do que os funcionários vinculados a uma organização filantrópica hospitalar que, em muitos casos, é a única prestadora do município.

Com relação à contratação de profissionais médicos, os municípios de menor porte populacional ficam totalmente reféns, pois vale tudo para contratar um médico e, mesmo assim, o desempenho desses profissionais fica aquém do esperado pelos gestores.

Na medida em que o porte populacional aumenta (40 a 90 mil habitantes), também aumenta o número de parcerias com instituições do tipo Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP . As formas de supervisão variam de acordo com a capacidade de gestão do dirigente e das formas de contratação pactuadas. Boa parte dos municípios que possuem esse tipo de contratação referem ser totalmente favoráveis à terceirização, geralmente pela maior agilidade na contratação de profissionais, ou seja, pela sua própria dificuldade em contratar e fazer a gestão de pessoal.

A prática de contratações temporárias é necessária em grande parte dos municípios de menor porte populacional, sendo que em alguns casos este mecanismo é realmente temporário (contratação de agentes, profissionais de nível superior); mas em outros casos é de longa duração (contratação de médicos e enfermeiros em cargos de comissão- estatutários sem carteira). Essa prática acaba sendo ao mesmo tempo positiva, pela agilidade nas contratações e pelo melhor desempenho (entendido como comprometimento dos profissionais), e negativa, pela descontinuidade do trabalho e pelas perdas de investimentos em contratações.

No que tange ao problema da estabilidade, ele é referido de forma mais contundente na medida em que aumenta o número total de funcionários, ou seja, nos municípios de menor porte populacional essa percepção existe, mas em geral é relacionada ao desempenho dos profissionais de nível superior que, como visto, possuem uma relação diferente quando comparada aos demais profissionais ou à opinião pessoal do gestor.

O lado negro da estabilidade é mais referido pelos gestores de municípios com funcionários contratados com regime estatutário do que naqueles com pessoal contratado conforme a CLT. A utilização do estágio probatório e a flexibilidade na contratação, além da facilidade de desligamento de profissionais, também possuem maior relação com os municípios em que há maioria de funcionários contratados pelo regime CLT.



Nesse sentido, é interessante destacar as diferentes percepções dos gestores sobre a flexibilidade das contratações sob o mesmo tipo de regime: ao mesmo tempo em que existem gestores que consideram o estágio probatório como uma ferramenta importante para selecionar e desligar profissionais, outros consideram esse processo impossível de realizar. Alguns gestores consideram o regime CLT muito mais flexível, já outros o consideram engessado como o regime estatutário.

Aqui cabe a discussão sobre a formação técnica de cada gestor, pois a flexibilidade é referida pelos gestores com formação técnica mais elevada e especializada (em cursos de administração), para os quais a demissão pela avaliação de desempenho é uma prática que deve ser utilizada.

Ou seja, os instrumentos legais existem, a utilização destes pelos órgãos é que difere. Ademais, existem fatores que devem ser considerados, por exemplo, no caso de municípios pequenos esse processo é mais complicado para o gestor (em síntese, a cidade toda vai saber de suas atitudes em relação ao funcionalismo). Nesse sentido, Azevedo (2001) discute que o problema não é um legal, sendo de fato, “um problema de postura, de conduta, de política gerencial, da maneira como nós nos comportamos. A gente fica com pena de demitir, porque o servidor tem filhos, vai ficar desempregado.” (AZEVEDO, 2001. p. 19)

A análise da formação técnica e da capacidade de gestão dos gestores de saúde municipais revela a desigualdade entre os municípios, com destaque para as fragilidades na formação técnica da maioria dos gestores e a não utilização de informações de saúde para a tomada de decisão, informações estas que deveriam ser orientadoras para o planejamento das ações de saúde.

Nos municípios de maior porte populacional, os gestores já possuem outro tipo de formação, mais adequada para as funções que desempenham, mas mesmo assim não se verificam, neles, propostas para a contratação de cargos de profissionais para a condução de políticas de saúde: as equipes de dirigentes são, em geral, formadas por profissionais em cargos de comissão. Em síntese, as motivações para contratar serviços de atenção básica nos municípios de menor porte vão mais ao sentido da impossibilidade de contratar profissionais (seja pelos limites com gastos ou pela dificuldade na realização de concursos) do que no ganho de eficiência, mesmo porque na maioria dos casos não há processos de seleção das organizações parceiras.

Nesse sentido, o perigo está na descontinuidade dos serviços, na fragilidade dos mecanismos de controle interno das contratações e na ausência de um corpo técnico eficaz para monitorar e avaliar os serviços prestados. Por outro lado, nesses municípios o controle social é forte, dada a proximidade entre a população e os gestores.

Na medida em que o número de servidores aumenta, ou seja, nos municípios de maior porte populacional, as motivações estão relacionadas com as dificuldades de gestão de pessoal e com os limites orçamentários para a contratação. É importante sinalizar que esses municípios são responsáveis por uma rede maior de serviços, que inclusive atende pessoas de demais municípios. Por esse motivo, uma parte dos gestores justifica a terceirização dos serviços de atenção básica: para se concentrar melhor no seu papel regulador.

Por outro lado, verifica-se que na maioria dos casos ainda são incipientes os mecanismos de controle das organizações contratadas, principalmente as voltadas para serviços assistenciais. No caso das contratações por licitação (em geral para produtos e serviços), os mecanismos de controle são mais claros, assim como as regras para a seleção das organizações, embora esse seja visto como engessado e lento por parte dos gestores. Ou seja, os serviços assistenciais (antes licitados) agora estão sendo ‘comprados’ por meio de convênios, pois dessa forma o processo é mais rápido.

Nos municípios gigantes, conforme as declarações dos gestores, a lógica de contratação por resultados já é uma realidade, pelo menos para os contratos, convênios e parcerias celebrados nos últimos anos, pois os convênios mais antigos com as organizações hospitalares filantrópicas continuam sem pactuação de metas.

No que tange à natureza do contrato, seja este convênio, termo de parceria ou contrato de gestão, embora um gestor declare que o contrato de gestão é a forma que confere um melhor desempenho das contratadas, a maioria dos gestores declara a utilização dos mesmos instrumentos com a mesma pactuação. Ou seja: não se trata da forma e sim do conteúdo desses contratos. Essa percepção de diferenciação é maior nos municípios que não possuem muitos parceiros, ou seja, possuem convênios antigos e um termo de parceria com metas estipuladas, o que leva o gestor à percepção de que as novas formas de contratação são superiores (em termos de resultados positivos) do que as demais.

Os processos de seleção das organizações tende a ser mais estruturado, com convite e avaliação de projetos, no modelo das OSS estaduais, sendo que quanto maior o município, maior o número de organizações candidatas, ou seja, é ambiente propício para o que Trosa (2003) caracteriza como um cenário sem falhas de mercado, onde as organizações mais eficientes são selecionadas.

É importante sinalizar que as declarações dos gestores dos municípios de maior porte populacional, são acompanhadas do discurso político partidário de cada prefeito, ou seja, por um lado são defendidos o estabelecimento de parcerias com concessão de autonomia para as organizações, com contenção das contratações diretas a todo custo; e por outro são defendidas as contratações por meio de modelos similares ao Projeto das Fundações Estatais, com autonomia para a contratação, desde que esta seja por meio de processo seletivo público (monitorado diretamente pelo contratador) e com mecanismos de controle estabelecidos de forma direta.

Cabe ressaltar que nenhum desses movimentos vem acompanhado da contratação de ‘gestores profissionais’, ou da elaboração de planos de carreira para gestores.

Percebe-se a importância do fortalecimento do papel regulador. Isso porque a contratação de um corpo de profissionais ou a estruturação de carreiras para gestores de políticas não acompanha esse processo, o que é determinante para a gestão por resultados preconizada pelo movimento da Nova Administração Pública (TROSA, 2003).

Outro ponto a ser considerado é o papel do médico na política de reorganização do modelo assistencial do SUS, que prioriza a entrada pela Atenção Básica, com base nos modelos dos demais sistemas universais dos países desenvolvidos. A regulação na formação desses profissionais, assim como a implantação de ações no sentido de valorizar o profissional generalista, são pré-condições para o sucesso do SUS. Nesse sentido, merecem destaque algumas tentativas mais recentes, como a publicação da Portaria Interministerial nº 2087 de 1º de dezembro de 2011, que apresenta um programa de valorização do profissional que atua na Atenção Básica, com concessão de benefícios, sendo o principal na forma de pontuação extra para entrada nos Programas de Residência Médica para os médicos que ficarem dois anos atuando em localidades carentes de profissionais. A Portaria ainda não foi totalmente implantada, e vem sendo muito debatida nas comunidades médicas.

É importante citar, ainda, outras iniciativas no sentido de fortalecer a provisão de serviços municípios de menor porte populacional, como o Programa de Articuladores da Atenção Básica da SES/SP, com uma espécie de ‘consultoria’ para aprimorar os serviços; e o Programa de Apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), também com a atuação de consultores para fortalecer a capacidade de gestão municipal.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, esse trabalho reafirma a necessidade de tratar de forma desigual os desiguais, principalmente se considerarmos a necessidade e a importância de um modelo mais racional no SUS, com porta de entrada e amplo acesso aos serviços de atenção primária com responsabilidade do ente municipal.

Nesse sentido, é importante destacar o engessamento decorrente dos limites com gastos com pessoal, que coloca ao gestor barreiras para o aprimoramento da provisão dos serviços de forma contínua.

Ou seja, a terceirização (nas suas mais diversas formas) ocorreu em partes, impulsionada pelas restrições orçamentárias, mas como em grande parte dos municípios essa lógica já existia, em maior ou menor grau, pela dificuldade dos gestores em realizar a gestão de pessoal na área de saúde, considero que essa afirmação deve ser generalizada (no sentido de entendida num espectro de tempo mais amplo).

Se esse modelo é ou não mais eficiente na provisão de serviços de atenção básica, não existem evidências, apenas percepções de que sim, sempre ligadas à agilidade na contratação de profissionais. Uma tentativa para comprovar essa hipótese foi a análise de produtividade de consultas nesse nível de atenção (com ou sem terceirização), mas esta iniciativa foi descartada pela validade questionável dos dados informados, assim como ocorreu com os dados sobre o número de profissionais médicos: estes também foram descartados.

De todo modo é importante destacar que o gestor deve ter autonomia para escolher se quer ou não terceirizar os serviços de saúde, uma vez que essa escolha depende da disponibilidade de recursos financeiros para esse fim.

Outro ponto: o estabelecimento de maior controle dos processos de monitoramento e avaliação das instituições contratadas. A presença de instrumentos de controle foi observada em alguns municípios, em especial naqueles com vários parceiros, aonde o instrumento de avaliação por resultados chegou para aprimorar as relações contratuais antigas, por meio da introdução de novas formas de contratação.

Nos municípios de menor porte populacional evidencia-se a fragilidade da gestão. Neles não são utilizadas informações essenciais para a gestão da política de saúde, embora estas sejam acessíveis, disponibilizadas nos sistemas do SUS.

Embora não mencionado até aqui, acredito que a instituição dos Colegiados de Gestão Regional pode vir a ser e será um caminho para aprimorar a gestão desses municípios de pequeno porte, na medida em que a convivência com outros gestores tem o poder de proporcionar o compartilhamento de experiências, mediadas pelo gestor estadual. Esse processo foi implantado em 2009 no Estado de São Paulo.

A necessidade de se repensar ações no sentido de valorização e formação de profissionais médicos para os serviços de atenção primária é iminente, e sua pauta na agenda pública deve ser urgente, assim como a estrutura de financiamento desse setor que deve ser considerado estruturante. Por esse motivo, a maioria dos sistemas universais destina a maior parte dos recursos financeiros para esse nível de atenção, o que não acontece no nosso sistema, onde a maior parte dos recursos é destinada aos níveis de atenção secundária e terciária.

Por fim, a gestão de recursos humanos no setor público é um problema a ser considerado com mais atenção, pois não importa o quanto o Estado descentralize ou desconcentre a provisão de serviços, é necessário um corpo burocrático capaz de formular e avaliar as políticas públicas. Outro ponto crítico: o que fazer com os funcionários que desempenham funções que serão terceirizadas? Programas de demissão voluntária? Incorporação nos novos serviços? Essas questões ainda não são claras e precisam de definições e ações que assegurem os destinos desses funcionários. Não foram objeto deste estudo.

Com relação às disfunções originadas pela estabilidade, ainda há muito a discutir. Nesse sentido, espera-se que o acompanhamento de algumas experiências apresentadas neste trabalho possam vir a contribuir para a gestão de recursos humanos no setor público de saúde.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando L. *et al* (org). A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado das reformas administrativas. In: ABRUCIO, Fernando L. *et al*. *Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI*. São Paulo: FGV, 2010.

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit.* São Paulo, n.24, pp. 41-67, 2005.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*. São Paulo, n.2, v.8, p. 331-345, 2003.

\_\_\_\_\_. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspec.* São Paulo, 2004, n.2, v.18, p. 17-26.

AZEVEDO, Clovis Bueno de. Novas regras para os servidores públicos. *Cadernos FUNDAP*, v. 22, p. 179, 2002.

AZEVEDO, Clovis Bueno de; LOUREIRO, Maria Rita. Carreiras públicas em uma ordem democrática: entre os modelos burocrático e gerencial. *Revista do Serviço Público*. Brasília, n.54, v.1, p. 45-58, 2003.

AZEVEDO, Clovis Bueno de. 1998. *Os Trabalhadores (Des) Regulados: quem são os servidores públicos brasileiros?* Tese (Doutorado) Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 1998

BARBOSA, N. B; ELIAS, P. E. M. *Organizações sociais de saúde gestão público privado*. Artigo publicado em 21, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a23.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

BEVILACQUA, R.G.; SAMPAIO, S.A.P. As especializações: histórico e projeções. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (orgs). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp; 2002. p. 33-90.

BITTAR, Olimpio J. *et al* (coord). *Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular*/ Olimpio. São Paulo: SES/SP, 2011.

BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1994

BRASIL (Ministério da Saúde). MS 1997. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96*. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, Ministério da Saúde. 1997.

\_\_\_\_\_. *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002*. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União 2002; 28 fev.

\_\_\_\_\_. *Despesa com Pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal: Uma Análise da Situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios*. Brasília-DF, jan. 2006.

\_\_\_\_\_. *Lei Complementar nº. 846, de 04 de junho de 1998*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/1998/lei%20complementar%20n.846,%20de%2004.06.1998.htm>. Acesso em: 23 out. 2011.

\_\_\_\_\_. *Manual de Preenchimento do SIOPS – Municípios*. 2003.

BRASIL. *Presidência da República*. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), 1995.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº. 2.271, de 7 de julho de 1997*. Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d2271.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2271.htm). Acesso em: 15 dez. 2011.

BRASIL (Ministério da Saúde). *Descentralização das ações e serviços de saúde – a ousadia de fazer cumprir a lei*. Brasília:, Ministério da Saúde, 1997.



BRASIL. *Portaria GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001*. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União 2001; 29 jan. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias\\_m/pm\\_95\\_2001.pdf](http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_95_2001.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2011.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Burocracia Pública e Classes Dirigentes no Brasil. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, n. 28, p. 9-30, jun. 2007.

COHN, Amélia *et al.* *O público e o privado na saúde – O PAS em São Paulo*. 1ª. ed. São Paulo: Cortez-Cedec, 1999.

DI PIETRO, M.S.Z. *Parcerias na administração pública*. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

\_\_\_\_\_. *Direito administrativo*. 19ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ESCRIVAO JR., Álvaro. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciênc. saúde coletiva*. São Paulo, vol.12, n.3, pp. 655-666, 2007.

GERTH, H.H; MILLS, CWright. *Weber, Max (2010) Ensaios de Sociologia, organização e introdução*. 5ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2010.

IBANEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. São Paulo, vol.12 (supl), pp. 1831-1840, 2007.

IÑIGUEZ, L. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: IÑIGUEZ, L. *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis, Vozes, 2004.

LONGO, Francisco. Mérito e flexibilidade: a gestão das pessoas no setor público. São Paulo: Fundap, 2007

MARCONI, Nelson. Uma radiografia do emprego público no Brasil: análise e sugestões de políticas. In: ABRUCIO, Fernando L. *et al. Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI*. São Paulo, FGV, 2010.

MENDES, J.D.V.; BITTAR, O.J.N.V. Saúde Pública no Estado de São Paulo – informações com implicações no planejamento de programas e serviços. *Revista de Administração em Saúde – RAS Edição Especial* (supl.), p.5-71, Jan. 2010.

MERHY, Emerson E. Merhy; QUEIROZ, Marcos S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, n. 9, v. 2, p. 177-184, Abr/jun. 1993.

NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. Ciênc. saúde coletiva*, Campinas, n.5, v. 2, p. 251-64, 2000.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. *O Mercado de Planos de Saúde no Brasil: uma criação do Estado?* Rio de Janeiro: IPEA (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão), 2005.

Organização Mundial da Saúde – OMS. *Informe de Estadísticas Mundiales*. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/es/index.html>. Acesso em: 1º fev. 2012.

\_\_\_\_\_. *Informe sobre la Salud en el mundo 2010*. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html>. Acesso em: 1º fev. 2012.

PACHECO, Regina Silvia. Profissionalização, mérito e proteção da burocracia no Brasil. In: ABRUCIO, Fernando L. *et al. Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI*. São Paulo: FGV, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12 (supl.), p. 1819-1829.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, F. L. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, v. 48, p. 64-80, 2008.

SANTANA, J.E. *et al.* (org.). *Licitações, contratos administrativos, pregão eletrônico e presencial: leis complementares*. 9ªed. Curitiba: Negócios Públicos do Brasil, 2011.

SOUZA, Celina. Redemocratização, Federalismo e Gasto Social no Brasil: Tendências Recentes. 1999. 16f. *XXIV Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais – ANPOCS*. GT03: Estrutura social e desigualdade. Rio de Janeiro, 1999.

SOUZA, L.M. *Parcerias entre a administração pública e o terceiro setor: sistematização e regulação*. 2010. Tese (Doutorado) em Direito Público. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2010.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (TCE). *Manual Básico: Financiamento das ações e serviços públicos de saúde*. Julho, 2004.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 18 (supl.), p. 139-151, 2002.