



Observatório de Recursos Humanos
em Saúde de São Paulo



www.observarhsp.org.br

ANÁLISE DAS DESPESAS E FORMAS DE VÍNCULOS INSTITUCIONAIS NO CONTEXTO PROPOSTO PELA LEI DA RESPONSABILIDADE FISCAL EM AMOSTRA REPRESENTATIVA DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Coordenador:

Álvaro Escrivão Júnior

Ana Maria Malik

Vanessa Chaer Kishima



INDICE

Resumo	01
Introdução	02
Universo do Estudo	08
Objetivos do Estudo	09
Metodologia.....	10
Resultados	14
Bloco I - Dados dos respondentes e perfil dos municípios	14
Bloco II - Questões referentes aos vínculos trabalhistas praticados pela Administração Municipal	22
Bloco III – Questões referentes à Contratação de Serviços	32
Supervisão/Controle e indicadores monitorados nos contratos celebrados entre o município e a entidade contratada	48
Considerações Finais.....	65
Bibliografia.....	68

RESUMO

O Brasil é atualmente palco de discussão sobre como viabilizar a adequada prestação de serviços de saúde à população, por meio da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Este debate assume distintas proporções, quando se consideram a reformulação do papel do Estado brasileiro e a necessidade de novas formas de gestão, que contemplem as necessidades da população, mantendo-se o foco na eficiência. Considerando esse contexto, o presente estudo procurou verificar a existência de impactos das leis que regem os gastos com Recursos Humanos na Administração Pública.

Adicionalmente, o presente estudo se dispõe a analisar de que maneira os municípios do Estado de São Paulo disponibilizam os recursos humanos necessários para viabilizar a oferta de serviços de saúde. A primeira parte do estudo descreve brevemente as principais tendências da administração pública referentes à gestão de serviços de saúde no cenário da consolidação do SUS; e, ao final, apresentam-se os resultados da pesquisa em amostra representativa dos municípios paulistas.

INTRODUÇÃO

A implantação e a continuidade das políticas sociais no Brasil exigem reflexão aprofundada sobre os recursos humanos necessários para concretizá-las. Atualmente, são pautas de discussão as inovações na administração pública que visam o aprimoramento constante do sistema de saúde para atender às crescentes necessidades da população. Nesse sentido, a agenda da Reforma Administrativa contempla assuntos como: contratualização, parcerias, ferramentas para a gestão de pessoas, entre outros, sendo este o cenário no qual se busca concretizar os princípios e diretrizes do SUS.

Paralelamente, identificam-se políticas mais rígidas de controle orçamentário da administração pública brasileira, revelando-se a grande importância do equilíbrio fiscal (ABRUCIO, 1999), dentre estas, se destaca a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Verifica-se no cenário mundial uma tendência na introdução de mecanismos que incentivam a redução da máquina pública em busca de maior eficiência na prestação de serviços à população. Nesse sentido, podemos citar países como, por exemplo, a Nova Zelândia e a Austrália, onde se verifica intervenções mais intensas e estruturadas com adesão nacional (TROSA, 2004).

Na realidade brasileira existem propostas nesse sentido, embora a “*contratualização dos resultados*” tenha sido adotada como um dos instrumentos adotados na proposta feita pelo Ministério da Reforma do estado, em 1995, liderada pelo então Ministro Luis Carlos Bresser Pereira. Nesse sentido, alguns governos estaduais têm adotado a contratualização como instrumento amplo de planejamento e modernização da gestão, abrangendo toda a estrutura administrativa do estado: são estabelecidos pactos de resultado entre o chefe de governo (representado em geral pela Secretaria de Planejamento) e as diversas secretarias e entidades vinculadas, algumas das quais transformadas em organizações sociais. Em alguns casos o mecanismo de pactuação de resultados se desdobra até a ponta, ou seja, nas entidades prestadoras de serviços, como é

o caso de Pernambuco, que possui mais de 900 escolas públicas que já assinaram contratos de resultados (PACHECO, 2006).

Em outros estados, o contrato de gestão vem sendo adotado em setores específicos, como a Saúde e a Cultura, como é o caso do estado de São Paulo, onde a contratualização foi adotada inicialmente na área da saúde, por meio da criação de hospitais sob a forma de Organização Social.

Souza e Carvalho (1999) debateram os valores impressos no movimento denominado Reforma do Estado, questionando a capacidade real de se avançar nos dois sentidos propostos pela referida reforma: o primeiro estágio, centrado na realização de ajustes fiscais, privatizações e abertura de mercados; e o segundo estágio, referente à busca por maior eficiência no serviço público, além da efetivação da democracia, por meio da promoção de maior proximidade entre as ações públicas e as comunidades. As autoras apontam como fatores complicadores à concretização da reforma a grande heterogeneidade e as desigualdades inter e intra-regionais existentes na realidade brasileira.

No Brasil, uma das primeiras iniciativas de redução de despesas com funcionários públicos em 1998, se deu por meio da Lei Camata, que foi incorporada no Item Limites com Despesa de Pessoal, contido na Lei Complementar Nº 101/2000, comumente denominada Lei de Responsabilidade Fiscal, que traz como objetivo a transparência e o equilíbrio financeiro nas esferas de governo, além de reduzir as despesas com pessoal direto.

É importante ressaltar que o limite de despesas com pessoal, estabelecido nas legislações acima citadas, é o mesmo para todas as unidades da federação, questionando-se a sua adequação, dada a expressiva heterogeneidade das necessidades de cada ente, principalmente da esfera municipal, onde há grandes variações, seja no porte populacional, seja na capacidade de arrecadação (AZEVEDO, 2002).

Não existe um consenso em relação à adequação dos vínculos trabalhistas praticados pela administração pública. É bastante aceita a afirmação de que serviços administrados por entidades privadas são mais eficientes, citando-se como exemplo freqüente as Organizações Sociais de Saúde contratadas pelo estado de São Paulo. No entanto, tal modelo é criticado por alguns autores, principalmente no que tange aos mecanismos de seleção das instituições escolhidas para gerir os serviços. Azevedo (2002) alega que o problema não está na eficiência dos recursos humanos da administração pública, mas em interpretações viciadas e no mau uso da legislação que rege a administração de servidores. Este autor defende ainda que, à exceção dos cargos de confiança, qualquer posto da administração pública, direta ou indireta, seja ele de cargo ou emprego de natureza permanente, deve ser preenchido por meio de concurso público. Esta afirmação difere da corrente atual, que propõe a existência de outros processos seletivos que, segundo o Azevedo, não garantem a impessoalidade necessária à seleção.

A consolidação do SUS

O nascimento do SUS, em 1988, trouxe, com o princípio da universalidade, uma realidade bem distinta da situação anterior do setor saúde, na qual a prestação de serviços em saúde era praticada por instituições de natureza privada, com a exclusão de grande parte da população brasileira.

Atrelado ao princípio da universalidade, observou-se um forte movimento de municipalização da prestação de serviços de saúde, com mecanismos de incentivo financeiro do governo federal, Piso de Atenção Básica Fixo e variável, com estímulo a políticas específicas, como o Programa de Saúde da Família.

Houve um grande movimento de adesão por parte dos municípios, baseado nas normas emitidas pelo Ministério da Saúde, com um aumento significativo da produção em serviços de saúde, principalmente no nível ambulatorial (ARRETCHE, 1999).

Ressalte-se que, nos últimos anos, a manutenção do número de servidores públicos deu-se principalmente na esfera local, especialmente para a prestação de serviços de saúde, educação e assistência social, motivo pelo qual se justifica a importância de investigação detalhada acerca dos recursos humanos na prestação de serviços de cunho social nos municípios.

No Brasil, segundo as diretrizes SUS, o setor privado pode e deve participar da prestação de serviços no SUS, porém essa participação deve ser de forma “complementar”, respeitando-se a prioridade que deve ser dada aos serviços próprios do Estado. Juridicamente, são três as formas pelas quais o Estado se relaciona com os prestadores de serviços no setor saúde: Contratos Administrativos; Convênios (instrumentos pelos quais o estado se vincula a instituições filantrópicas sem finalidade lucrativa); e, mais recentemente, Contratos de Gestão (DI PIETRO, 2005).

Segundo Abreu Filho (2002) “é natural atualmente aliar processos de terceirização no setor público, sendo este avaliado do ponto de vista de um princípio norteador maior, que é o da continuidade do serviço público.”

Um fator determinante para a adoção de medidas de terceirização é a sistemática desmoralização do funcionalismo público e a impressão de “inchaço” da máquina pública, o que não se comprova de forma empírica, como ressalta Azevedo (2002). Ainda, segundo o autor, países desenvolvidos com históricos de terceirização na provisão de serviços possuem indicadores de servidores per capita superiores aos indicadores brasileiros.

Abreu Filho (2002) considera que, tomando-se o “*cuidado para não incidir no pecado mortal da locação de mão-de obra, pode-se admitir a terceirização- ainda que existam órgãos e cargos destinados a prestar o serviço a ser terceirizado-, sob a condição de que não haja estrutura suficiente para que se atendam adequadamente às necessidades administrativas e para que se adotem medidas imediatas para a criação ou o preenchimento de cargos vagos, ou mesmo para a extinção de cargos ou do próprio órgão*” (Abreu Filho, 2002). O autor ainda

considera que a jurisprudência ainda não firmou condições pacíficas sobre essa questão, principalmente na Justiça do Trabalho, mas afirma que existe uma tendência para que isso ocorra.

Nesse sentido, o setor público de saúde, que até então restringia a terceirização de serviços a atividades meio, tais como segurança, limpeza e lavanderia, começa a ampliar seu leque até as atividades assistenciais. E tal realidade deve ser levada em conta principalmente se considerarmos a expansão do modelo assistencial preconizado, por meio do Programa de Saúde da Família, que obviamente desperta a necessidade de mais contratações de pessoas para o setor saúde (GIRARDI et al, 2005).

Alguns problemas decorrem da terceirização desordenada, dentre os quais se destaca a necessidade do aprimoramento de mecanismos de supervisão das instituições prestadoras de serviço e das competências gerenciais dos gestores públicos de saúde, no sentido de garantir a integralidade assistencial coordenada, minimizando o risco de se desenvolver uma rede de serviços fragmentada e ineficiente. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de mecanismos de supervisão, controle e alinhamento dos serviços terceirizados com a política de saúde regional.

Verifica-se que há um claro movimento do Ministério da Saúde a favor de modelos que direcionem a administração dos serviços de saúde para instituições privadas, condicionadas a avaliações de resultados, desempenho e impacto na situação de saúde da população. Tal movimento se traduz em um projeto de lei que cria as Fundações Estatais (BRASIL, 2007). Embora esse projeto ainda se encontre em trâmite na esfera federal, já existem diversos serviços administrados por esta modalidade de contratualização em alguns estados brasileiros, tendo sido a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo a pioneira na introdução desse tipo de administração, representada pelas já mencionadas Organizações Sociais, que se revelaram experiências bem-sucedidas em serviços hospitalares e ambulatoriais.

É importante assinalar que existe, no âmbito do SUS, uma corrente de pensamento totalmente contrária às terceirizações dos serviços de saúde, vez que as considera nada além de privatizações, muitas vezes, a serviço do enfraquecimento de vínculos trabalhistas, tornando-os precários. Isso já suscitou intensa discussão sobre as formas de alocação de algumas categorias profissionais, sendo emblemática a questão da contratação dos Agentes Comunitários de Saúde, que se constituiu em um dos mais notórios palcos desse debate, culminando na Emenda Constitucional 51, que estabelece a obrigatoriedade de contratação pela administração direta municipal desse profissional.

Paralelamente à discussão de maior controle orçamentário e equilíbrio fiscal, surgiu a necessidade de se estimular um maior investimento em serviços considerados prioritários para a população, tendo sido criadas legislações específicas, visando assegurar os investimentos das esferas de governo Federal, Estadual e Municipal destinadas a serviços essenciais à população, como Saúde e Educação (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a Emenda Constitucional 29, aprovada em 2000, estipula porcentagens mínimas da receita que devem ser investidas no Setor Saúde, o que se fez necessário devido à inexistência de tributações vinculadas ao financiamento desse setor, que carece de recursos para garantir a efetividade do Sistema Único de Saúde.

É importante chamar a atenção para o efeito antagônico provocado por essas duas importantes legislações: ao mesmo tempo em que a Emenda Constitucional 29 induz os entes federados a aumentar o investimento no setor Saúde, a Lei de Responsabilidade Fiscal, por meio do item Limite com Despesas de Pessoal, impossibilita o aumento da força de trabalho em saúde contratada diretamente pelo aparelho estatal. Esse antagonismo pode ser um dos fatores de indução à terceirização dos serviços no setor.

UNIVERSO DO ESTUDO

O Estado de São Paulo possui aproximadamente 41 milhões de habitantes, distribuídos em seus 645 municípios.

No que diz respeito ao limite com despesas com pessoal nos municípios do estado de São Paulo, observa-se que o número de municípios que excederam o limite de gastos com pessoal previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal (60% da receita corrente líquida do poder executivo municipal) vem diminuindo (tabela 1).

Tabela 1
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

Fonte: FINBRA, 2008

A grande maioria dos municípios do estado de São Paulo cumpre os patamares mínimos estabelecidos pela EC 29. Em 2004, 599 municípios (92,9%) cumpriram a EC 29, 42 municípios (6,5%) não atingiram o patamar necessário e 4 municípios (0,6%) não enviaram os dados para cálculo (SIOPS, 2006).

OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo geral

O presente estudo visa estudar detalhadamente as formas de parcerias institucionais e vínculos trabalhistas praticados pelos municípios do Estado de São Paulo, por meio de dados primários coletados em amostra representativa desses municípios e realizar análise de dados secundários obtidos em bases de dados.

Objetivos específicos

- Caracterizar os vínculos trabalhistas praticados pela administração direta municipal no setor saúde;
- Estudar as formas de vínculos institucionais entre a gestão municipal com as instituições prestadoras de serviços de saúde (contratos, convênios e contrato de gestão);
- Investigar as principais motivações dos gestores municipais para a adoção dos vínculos trabalhistas com os serviços da administração direta no setor saúde (cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal; EC 29; e, mais recentemente, EC 51);
- Investigar a existência de mecanismos de monitoramento e supervisão das instituições prestadoras de serviços de saúde.

METODOLOGIA

Elaboração da amostra

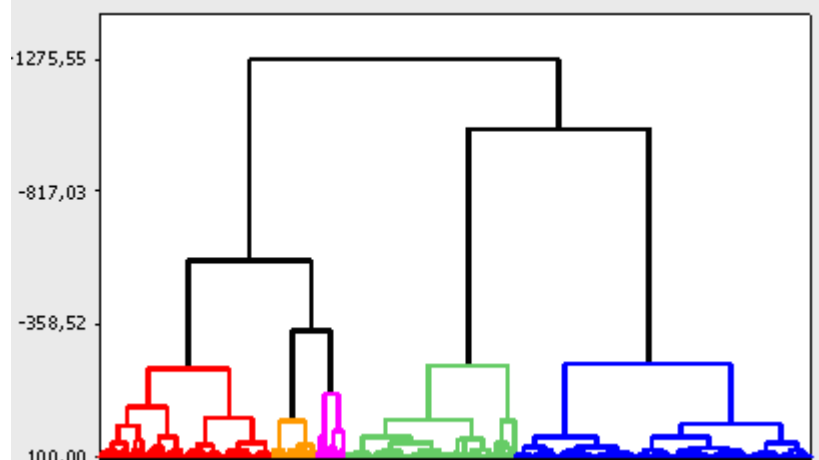
Para o cálculo da amostra, foram consideradas as seguintes variáveis: população, despesas com pessoal em saúde per capita e despesas com terceiros em saúde per capita. Além disso, foram selecionados *a priori* todos os municípios com mais de 500.000 habitantes (9 municípios). Tal seleção é justificada pelo comportamento das variáveis mencionadas e pela especificidade desse grupo de municípios.

As variáveis despesas com saúde e despesas com pessoal total municipal não foram consideradas na formação dos *clusters*, dada sua alta correlação com as outras variáveis. Por esse motivo, o estudo se ateve apenas à análise das variáveis já citadas.

Após a exclusão dos 9 municípios (mais de 500.000 habitantes) já selecionados, realizou-se uma análise primária do banco. Em análise de *boxplot*, foram identificados 4 *outliers* com a variável despesas de pessoal per capita. Foram realizadas ligações telefônicas para confirmação dos valores declarados e constatou-se que os mesmos foram originados por erro de digitação. Mesmo assim, optou-se por excluir os municípios, pois os dados obtidos por telefone não estavam validados pelos órgãos competentes.

A análise multivariada dos dados relativos aos municípios com população menor que 500.000 habitantes identificou 5 *clusters* que foram denominados: PP, P, MM, MG, G, que serão descritos em seguida. Os municípios com população maior que 500 mil habitantes constituíram um grupo denominado GG. Os seis clusters identificados são apresentados no dendograma abaixo (quadro1).

Quadro 1
Clusters identificados no total de municípios do Estado de São Paulo



A partir dos clusters calculados, foram realizados sorteios aleatórios, compondo uma amostra de 61 municípios, além dos 9 municípios já selecionados, no total de 70 municípios, como demonstra a tabela abaixo:

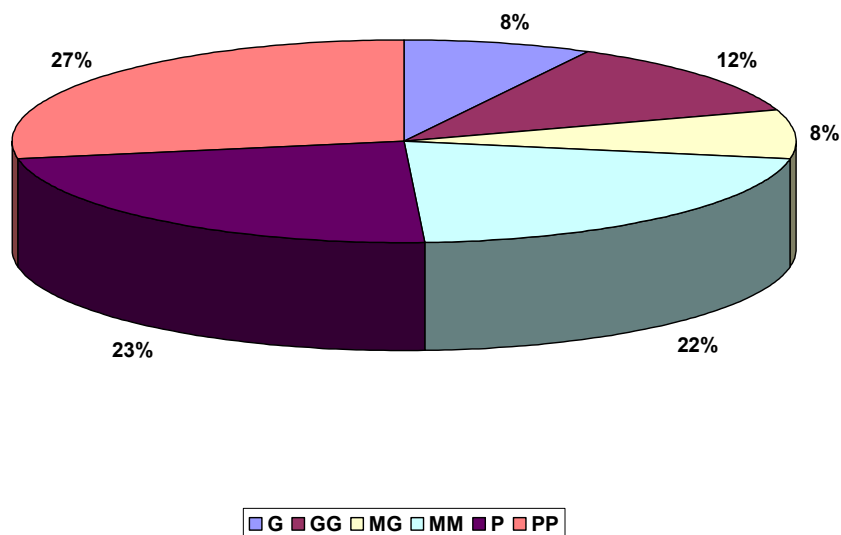
Tabela 2
Distribuição dos municípios por Cluster

Cluster	Faixa populacional	Nº. de municípios
PP	Até 9.000 hab.	18
P	Até 19.000 hab.	16
MM	Até 37.000 hab.	14
MG	Até 90.000 hab.	6
G	Até 330.000 hab.	7
GG	Acima de 500.000 hab.	9
TOTAL		70

Até o momento de elaboração do presente relatório, não foi possível realizar entrevistas com os gestores de três municípios: 1 do cluster GG, 1 do MG e 1 do P. Considerando que no cálculo do tamanho da amostra foi estimada uma perda de 10%, o resultado da pesquisa é válido para o conjunto dos municípios do Estado de São Paulo.

Gráfico 1

Distribuição dos municípios sorteados segundo clusters identificados



Informante - chave

Após o campo-piloto, foi concluído que o melhor informante, ou seja, quem teria o maior contingente de informações para responder o questionário seria o principal gestor da saúde no município, ou seja, o Secretário Municipal de Saúde ou o Diretor do Departamento de Saúde/Coordenadoria de Saúde para os municípios que não possuem uma secretaria específica. Para tanto, foram feitos vários contatos por e-mail e telefone, obtidos em banco cedido pelo COSEMS/SP, que gentilmente concedeu apoio à pesquisa.

Método de coleta de dados

Os dados foram obtidos via ETAC - Entrevista Telefônica Assistida por Computador. O presente método foi escolhido devido à natureza da amostra selecionada (representativa de todo o estado) e ao perfil do cargo do respondente (Secretários Municipais). A ETAC consiste em uma entrevista gravada diretamente do telefone, com um roteiro pré-elaborado com máscara de preenchimento de respostas. Esse método visa otimizar o tempo do entrevistado, o que era um fator determinante para o sucesso da pesquisa. Para assegurar a

confiabilidade dos dados é lido um termo de consentimento e a assinatura do respondente é a sua resposta verbal.

Roteiro de entrevistas e instrumento de coleta de dados

Para facilitar a realização das entrevistas, o roteiro foi organizado em três blocos, a saber:

- Dados do respondente e do município (BLOCO I);
- Questões referentes aos vínculos trabalhistas praticados pela administração municipal (BLOCO II);
- Questões referentes às contratações de serviços (BLOCO III).

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, sendo posteriormente codificadas, na forma o mais fiel possível ao relato.

Duração das Entrevistas

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

Armazenamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram alocados e analisados em banco *excel* e *access*.

Período da Atividade de Campo

A atividade de campo se deu entre os meses de abril e outubro de 2008.

RESULTADOS

O estudo permitiu apresentar resultados sobre: perfil dos municípios; perfil dos respondentes; vínculos trabalhistas praticados pela administração municipal; principais motivações para contratação de serviços; percepção sobre os vínculos trabalhistas; tipos de vínculo institucional (contratos de gestão, convênios e contratos de prestação de serviços); tipos de serviço por vínculo institucional (tipos de contratos com prestadores/parceiros); formas de seleção e supervisão das instituições parceiras/prestadoras de serviço.

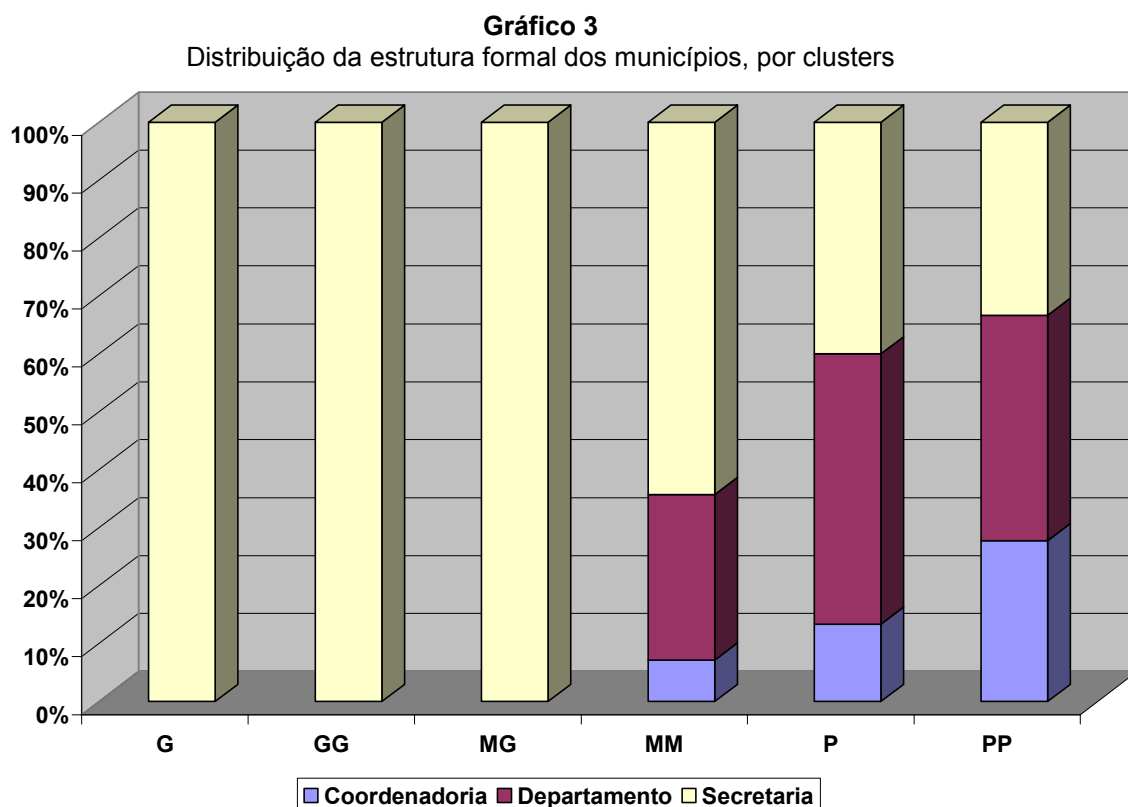
Bloco I - Dados dos respondentes e perfil dos municípios

Estrutura do Setor Saúde Municipal

O objetivo dessa questão era situar o grau de autonomia do setor saúde, dado pela estrutura formal no município, embora seja sabido que a estrutura formalizada não garante a governabilidade e autonomia do setor saúde.



No gráfico acima, verifica-se que a maioria dos municípios da amostra possui Secretarias de Saúde, seguidas por Departamentos e Coordenadorias de Saúde. No entanto, analisando a estrutura formal por clusters (gráfico 3), observa-se que, nos municípios de menor porte populacional, existem os três tipos de estrutura formal: secretarias, departamentos e coordenadorias, fato que não é observado nos municípios de maior porte.



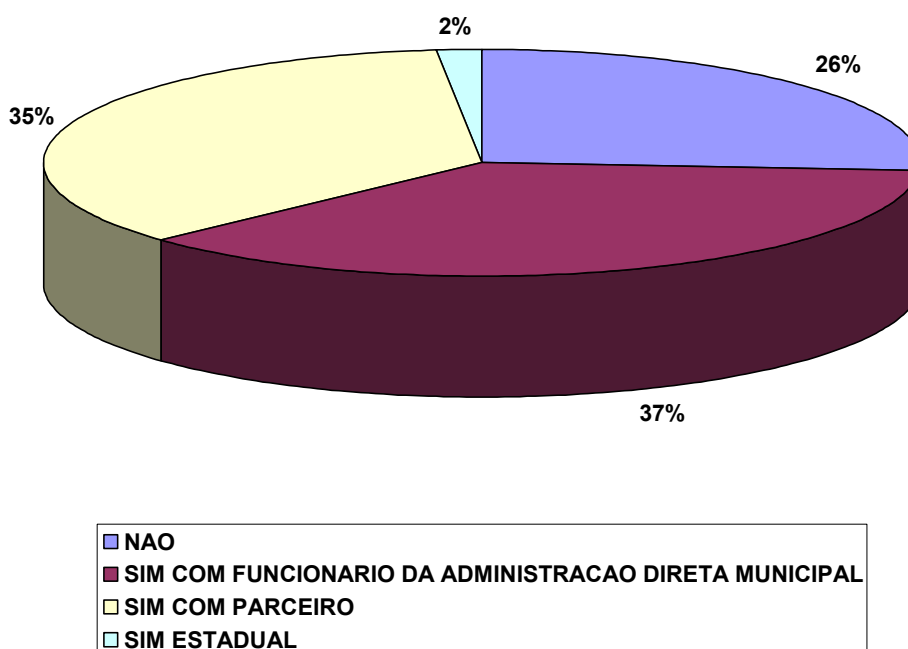
O gráfico acima destaca a estrutura do setor saúde nos municípios menores (PP), sendo que a grande maioria se divide entre Coordenadorias e Departamentos. Podemos inferir que a estrutura também influa na nomeação dos Gestores do Fundo Municipal de Saúde, dado que em municípios de menor porte populacional, muitas vezes a gestão do fundo é assumida pelo próprio prefeito ou o secretário de finanças.

Programa de Saúde da Família - PSF

Como já mencionado, grande parte da consolidação do SUS se deve à expansão dos serviços de atenção primária aliados à municipalização da saúde. Nesse contexto, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), trouxe um novo profissional em sua estrutura - o Agente Comunitário de Saúde -, além de demandar novas competências e habilidades aos profissionais de saúde envolvidos, com mudanças significativas nos processos e jornadas de trabalho.

Gráfico 4

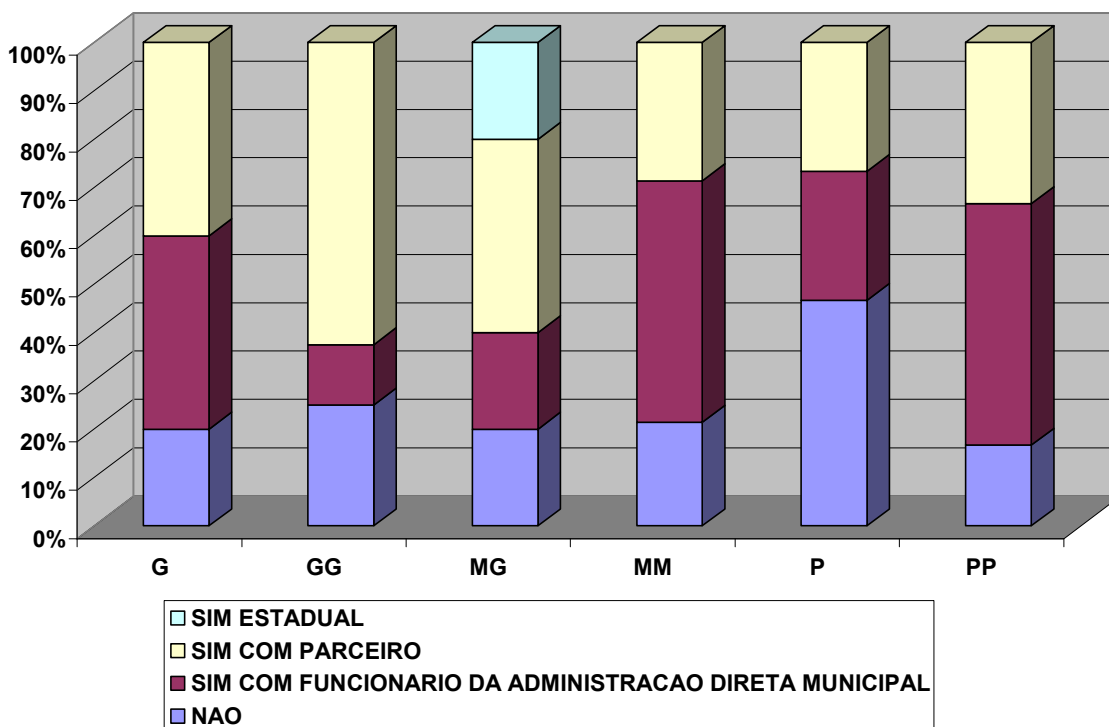
Distribuição dos municípios da amostra de acordo com a situação de implantação do PSF



No gráfico 4, observa-se que 26% dos municípios paulistas não possuem PSF. Dentre os municípios que implantaram o programa, 35% declaram possuir parceiros, 37% atuam em conjunto com funcionários da administração direta, ou seja, existe uma parte dos funcionários contratados diretamente pela administração municipal e parte contratada por parceiros/empresas e 2% com o Programa *Qualis* (administrado pela SES/SP).

Os dados encontrados sobre a existência de PSF são coerentes com os dados publicados pelo DATASUS (2008), que informa que no Estado de São Paulo, cerca de 25% dos municípios não estão cadastrados no Programa de Saúde da Família.

Gráfico 5
Distribuição dos municípios de acordo com a situação de implantação do PSF, por grupos de tamanho

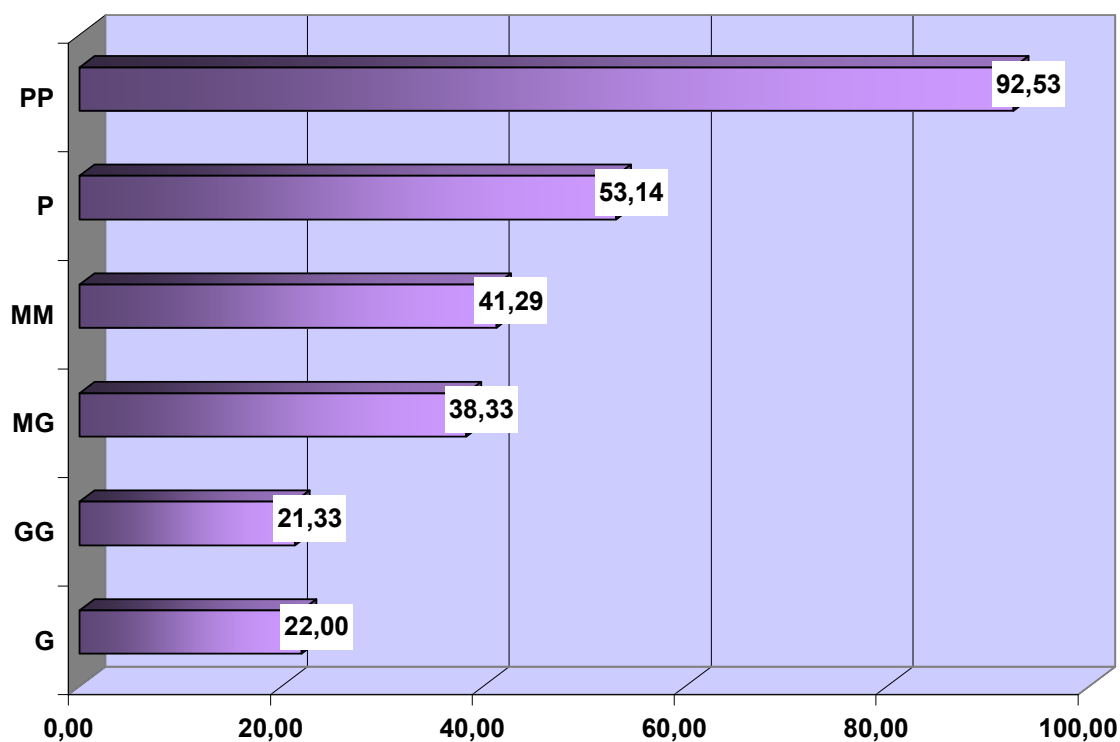


No gráfico acima (gráfico 5), verifica-se uma proporção menor de PSF nos municípios do grupo P (até 20.000 habitantes). Muitos secretários justificavam a não implantação dos PSF pelo baixo incentivo financeiro, afirmando que a contrapartida financeira municipal era impraticável, apenas um município do grupo GG referiu que a estratégia do PSF não era a ideal para a assistência à saúde de sua população, devido ao alto grau de urbanização do município. Os demais respondentes referiram que o PSF não era implantado por “razões políticas”, ou seja, veto do prefeito.

Em relação à cobertura do PSF, o gráfico seguinte (gráfico 6), mostra que grandes municípios possuem uma porcentagem de cobertura menor,

principalmente quando comparados a municípios de menor porte, ou seja, quanto maior o porte populacional do município, menor a cobertura do programa.

Gráfico 6
Média de Cobertura do PSF por grupos



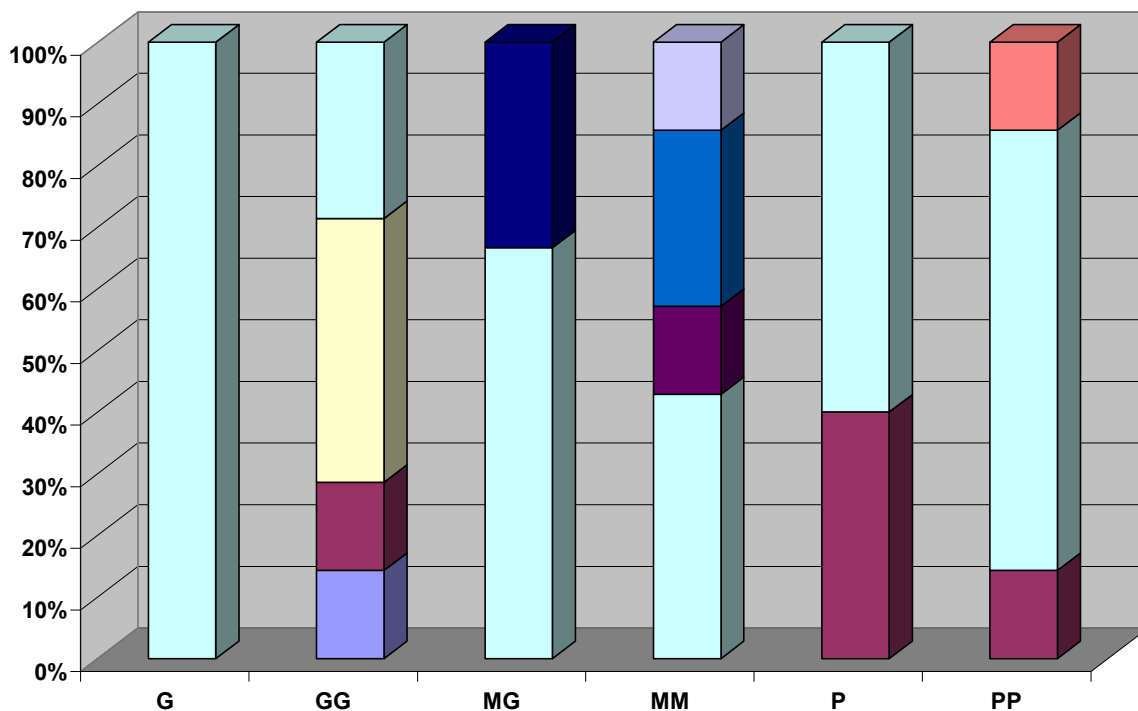
Em relação aos parceiros no PSF, identificamos que a grande maioria são Organizações sem finalidade lucrativa (gráfico 7).

O tipo de instituição varia de acordo com o porte populacional, nos grupos de menor porte, essas instituições consistem em Associações de Bairro e de Obra Social criadas para essa finalidade, seguida por Organizações vinculadas às instituições hospitalares filantrópicas (Santa Casa) e em alguns casos OSCIPS. Com relação à criação de OSCIPS, dois municípios relataram que entraram com um processo junto á esfera federal para a criação das entidades, mas que os mesmos não foram aprovados.

Nos municípios de maior porte (GG) observamos uma grande variedade de instituições, mas todos os gestores são unânimes ao dizer que dão preferência

para instituições de natureza acadêmica, ou pelo menos com programas de residência médica.

Gráfico 7
Tipos de Parceiros PSF por Grupos



- QUALIS ESTADUAL
- OSCIP- MENOS ACS
- OSCIP
- ORGANIZAÇÃO SEM FINALIDADE LUCRATIVA- PARA MÉDICOS
- ORGANIZAÇÃO SEM FINALIDADE LUCRATIVA (SAÚDE E EDUCAÇÃO)
- ORGANIZAÇÃO SEM FINALIDADE LUCRATIVA
- FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
- ENTIDADE FILANTRÓPICA
- ASSOCIAÇÃO SEM FINALIDADE LUCRATIVA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS

Perfil dos respondentes

Todos os respondentes eram Secretários Municipais de Saúde ou equivalentes, com exceção de um município do grupo GG, que indicou um assessor. De acordo com o gráfico 8, pode-se observar que a maioria dos respondentes possui formação em nível superior (82%), embora apenas 9% desses possuam alguma pós-graduação em administração da saúde. Observou-se que, cerca de 18% dos gestores possuíam formação de nível médio.

Gráfico 8
Perfil de formação dos gestores nos municípios

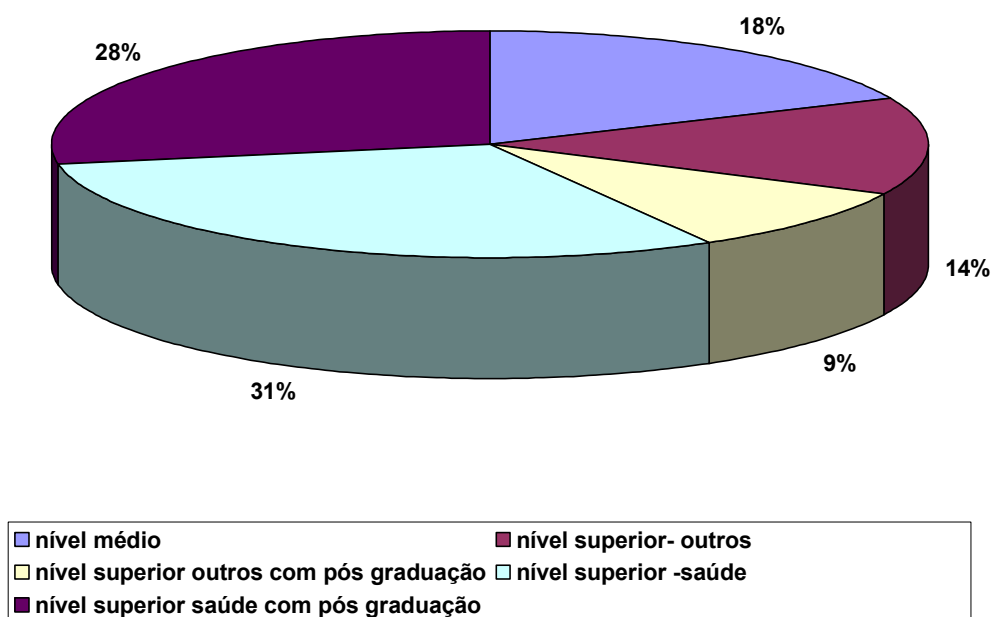
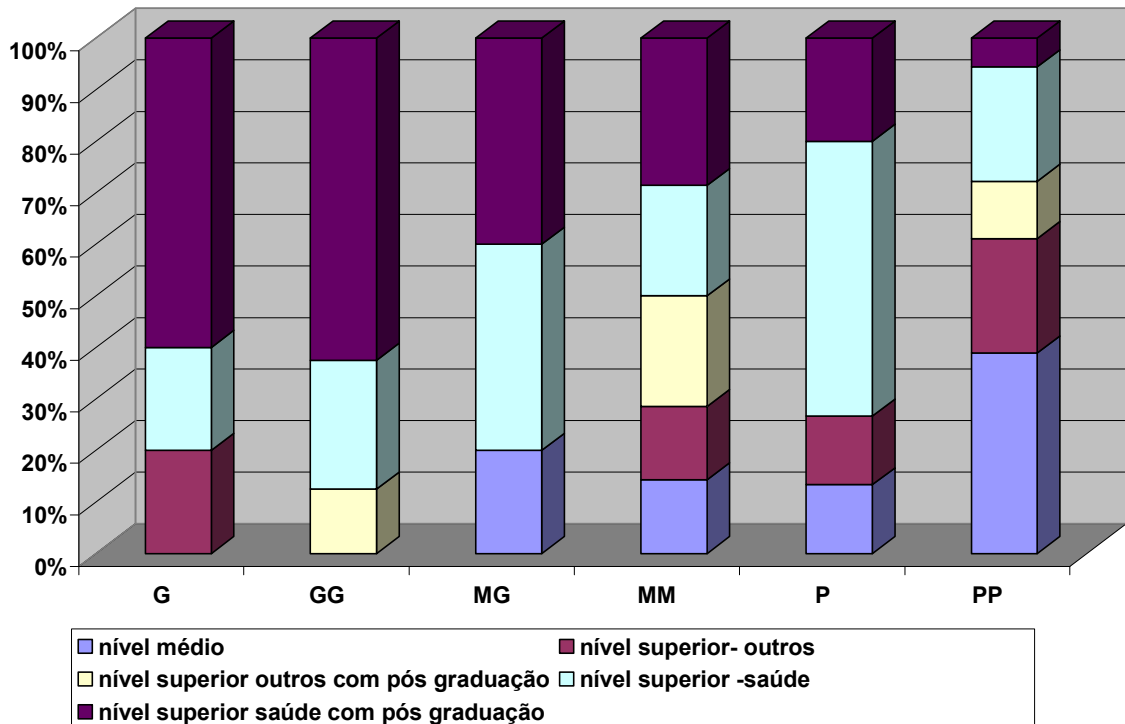


Gráfico 9

Perfil de formação dos gestores nos municípios, distribuídos por grupos

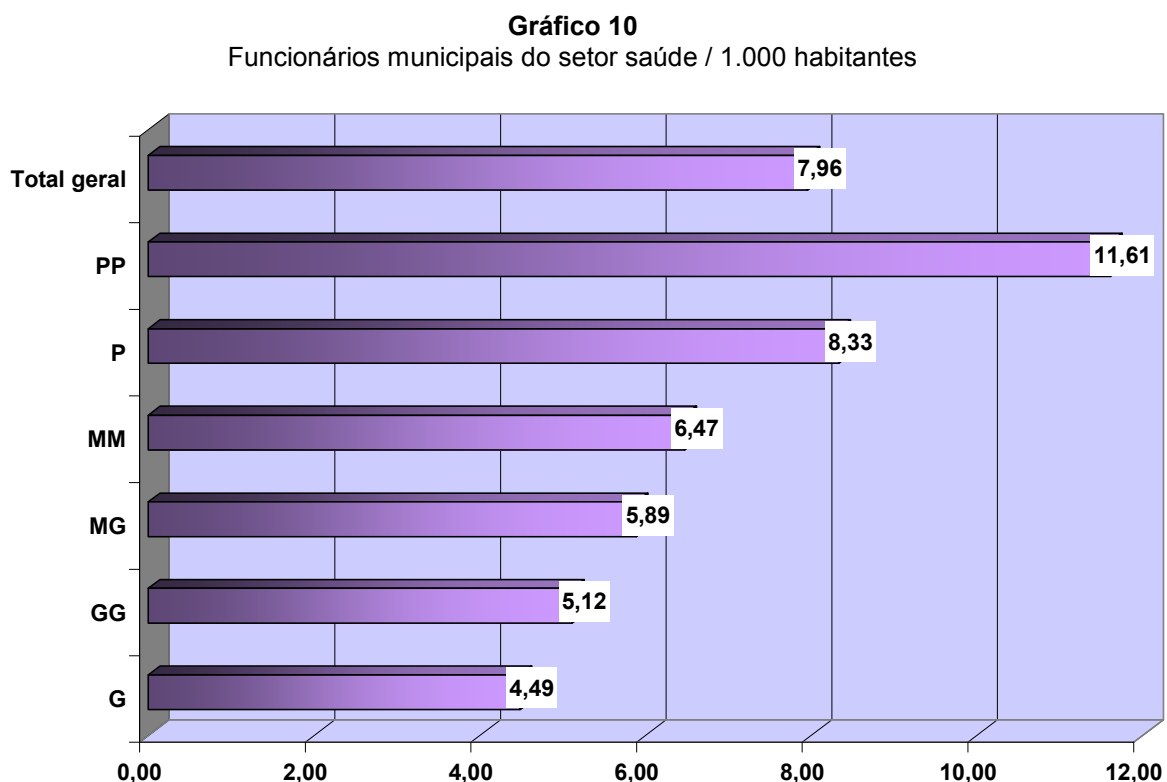


No gráfico acima (gráfico 9), verifica-se que a formação dos secretários está diretamente relacionada com o tamanho do município, isto é, quanto maior o porte populacional, maior o nível de formação alcançada pelo secretário. Observa-se ainda que a maioria dos respondentes com nível médio encontra-se nos municípios de menor porte populacional (cerca de 40% do grupo de municípios PP), ao passo que, nos municípios de maior porte populacional, os secretários possuem um maior nível de formação (60% com nível superior e pós-graduação em administração em saúde).

Bloco II - Questões referentes aos vínculos trabalhistas praticados pela Administração Municipal

Vínculos trabalhistas praticados no setor saúde pela Administração Pública Municipal

Primeiramente, traçaremos um panorama da quantidade dos funcionários municipais no setor saúde. Os gráficos abaixo são referentes à somente funcionários contratados diretamente pelos municípios.



O gráfico acima (gráfico 10) indica que o número de funcionários por mil habitantes, em geral, varia de acordo com o porte populacional, ou seja, quanto menor o porte, maior o número de funcionários. Desse quadro, cerca de 80% está lotado em atividade assistencial e 24% em atividades administrativas, como ilustram os gráficos (gráficos 11 e 12) abaixo.

Gráfico 11
Percentual Médio do tipo de Atividade

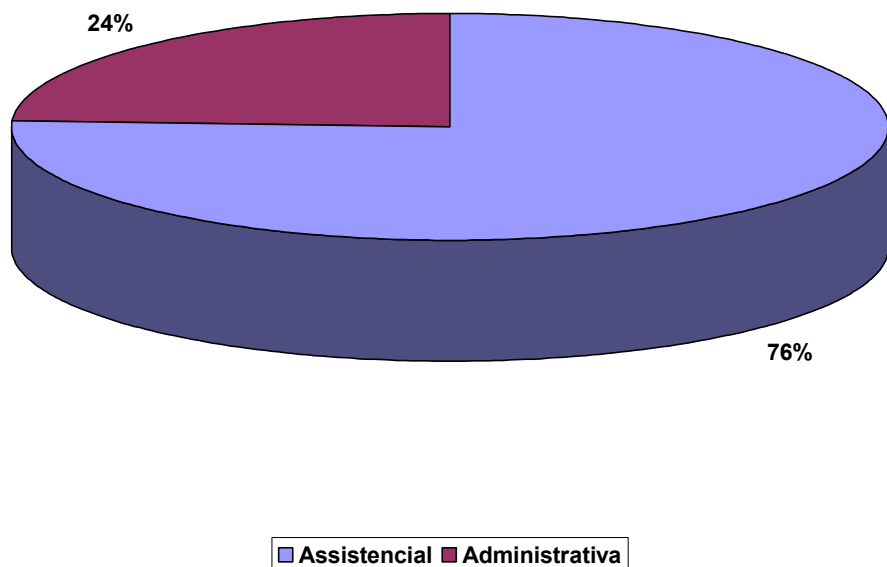
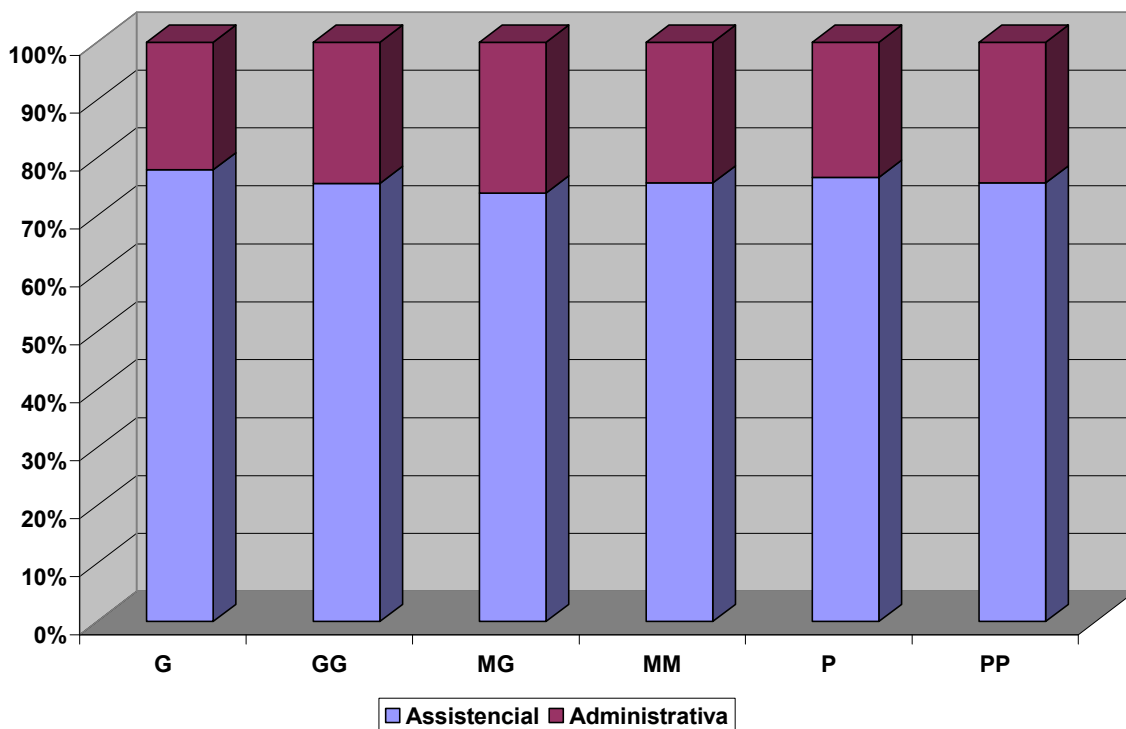


Gráfico 12
Percentual Médio do tipo de Atividade por tamanho



Tipos de Vínculo Trabalhistas Praticados

Para melhor apresentar os dados separamos os vínculos em: regidos pela CLT (tempo indeterminado e determinado) e CLF.

Foram perguntados quais tipos de vínculos trabalhistas eram praticados e qual a porcentagem de funcionários de cada um. No que tange às percepções do gestor sobre os vínculos foram feitas perguntas abertas (vantagens/desvantagens) sobre os vínculos trabalhistas praticados, que posteriormente foram codificadas para a análise apresentada.

Muitos municípios praticam duas formas de vínculo trabalhista, por esse motivo apresentamos a moda dos vínculos, com objetivo de evidenciar a porcentagem de vínculos mais praticados.

Os resultados sobre a percepção referem-se à opinião, enquanto gestor, dos secretários sobre os vínculos trabalhistas praticados pela administração direta municipal. Foram formuladas perguntas sobre os efeitos positivos e negativos do tipo de contratação no desempenho dos funcionários.

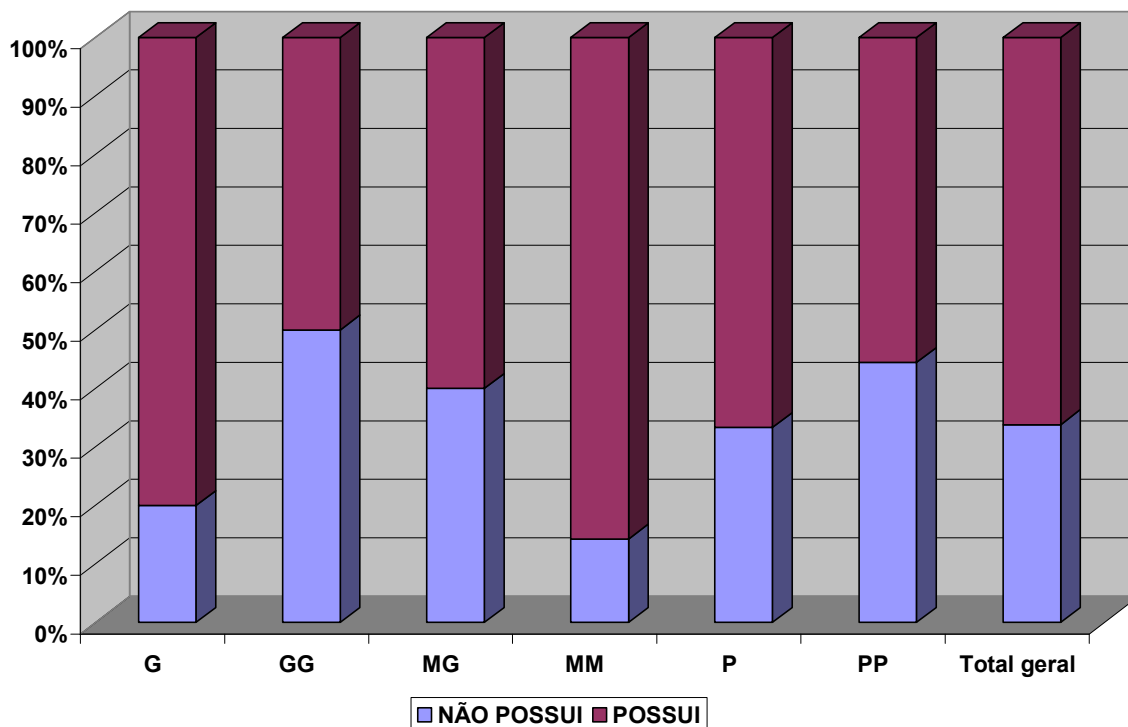
CLT por Tempo Determinado

Somente 8 municípios declararam possuir CLT por tempo determinado (duração de 2 anos), para ACS e médicos, e para cargos em comissão. Todos referem que o vínculo por tempo determinado gera mais comprometimento, principalmente para ACS, além de possuir maior agilidade na contratação.

CLT por Tempo Indeterminado

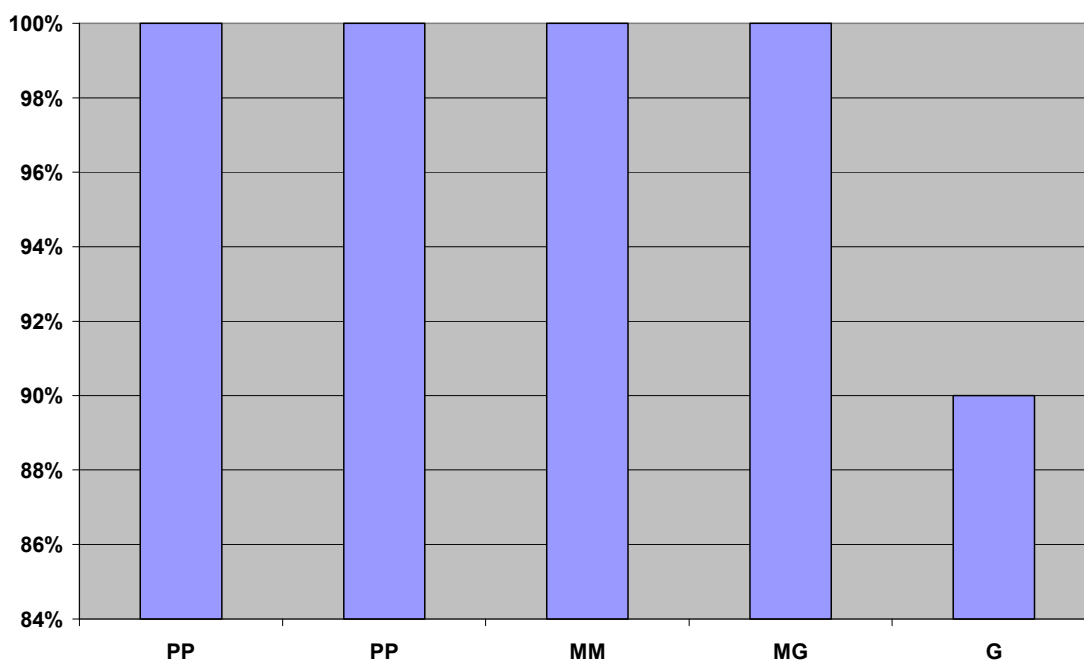
Aproximadamente 65% dos municípios possuem vínculos trabalhistas regidos pela CLT por tempo indeterminado. No gráfico seguinte (gráfico 13), verificamos que essa proporção é visivelmente maior no grupo MM.

Gráfico 13
Distribuição dos grupos por prática de CLT por Tempo Indeterminado



O gráfico abaixo ilustra a moda da % dos funcionários com vínculos CLT.

Gráfico 14.
Moda % dos municípios que praticam CLT



O vínculo CLT, quando existe, é praticado em quase 100% dos funcionários, quando se situa na faixa entre 10 e 20% são destinados aos cargos de comissão, um detalhe interessante é a declaração de alguns gestores que relataram contratar médicos em cargo de comissão para agilizar a contratação. O grupo GG não possui moda, dado que 4 municípios praticam CLT, e em proporções distintas (100, 70, 15 e 5%).

Percepção sobre os vínculos trabalhistas

Percepção sobre os vínculos CLT por Tempo Indeterminado

A tabela 3 e o gráfico 15 ilustram a percepção dos gestores sobre o vínculo CLT por tempo Indeterminado.

Tabela 3
Percepção dos Gestores sobre o CLT por Tempo Indeterminado.

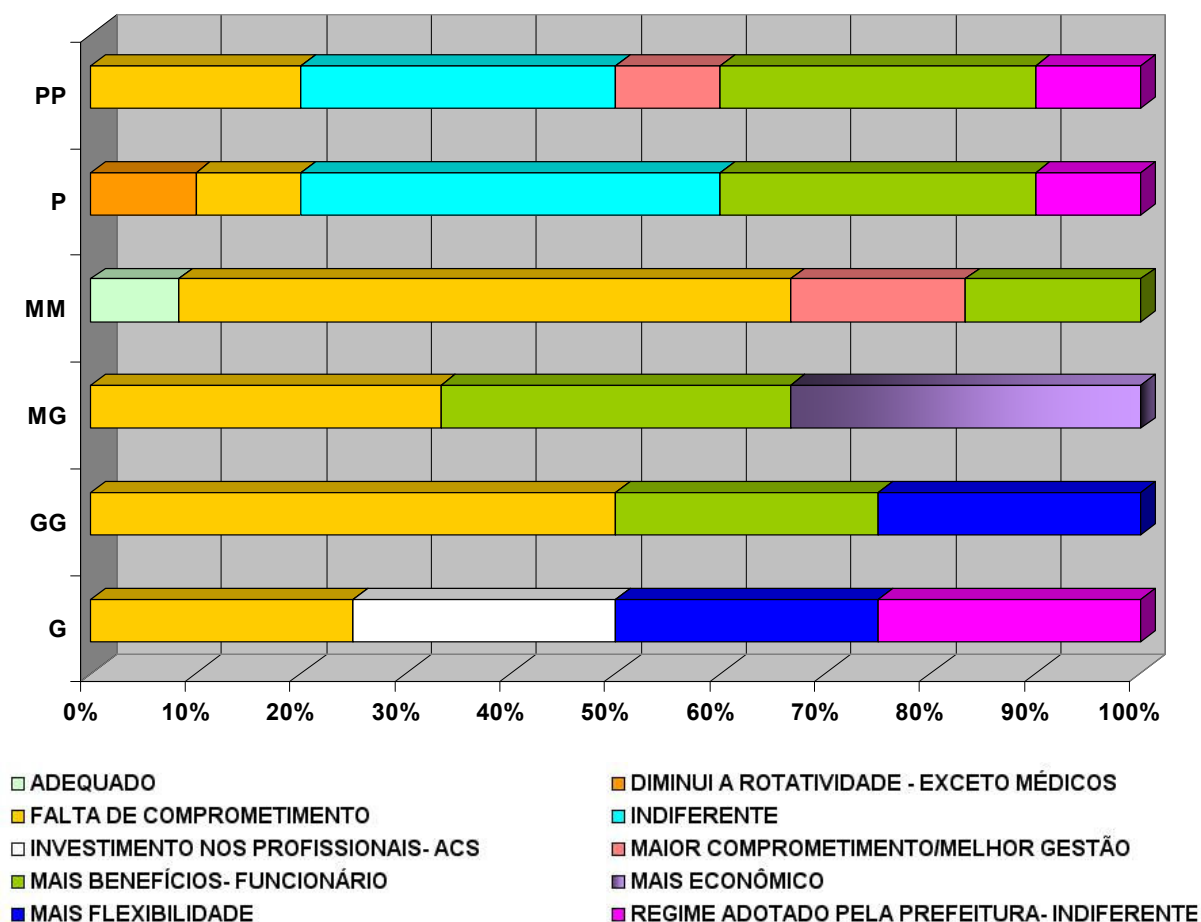
PERCEPÇÃO CLT	%
Adequado	2,33
Diminui a rotatividade – exceto em profissionais médicos	2,33
Gera falta de comprometimento (estabilidade)	32,56
Indiferente	16,28
Investimento nos profissionais – ACS	2,33
Maior comprometimento/melhor gestão	6,98
Mais benefícios - Funcionário	23,26
Mais econômico	2,33
Mais flexibilidade	4,65
Regime adotado pela prefeitura-indiferente	6,98
TOTAL	100,00

Em aproximadamente 32 % dos municípios, os gestores consideram que os funcionários com CLT não possuem comprometimento, e atribuem esse fato à estabilidade do cargo. Consideram difícil a gestão de pessoas nesse contexto, sem ferramentas de gestão que motivem os funcionários (tais como: plano de carreira e avaliação de desempenho). Muitos ilustram a falta de comprometimento pelo índice de absenteísmo e licenças médicas.

Por outro lado, 23% consideram que esse vínculo oferece mais benefícios para o funcionário (tais como FGTS).

O Gestor se declarou indiferente (16,28%) quando não vislumbra como a forma de contratação traria alguma diferença para a prestação de serviços.

Gráfico 15
Percepção dos gestores sobre vínculos CLT por Grupos



Para grande parte dos gestores municipais de menor porte (P e PP) é indiferente, ou seja, não é bom nem ruim.

Alguns municípios reportam que esse tipo de vínculo desperta um maior comprometimento (6,98%) e mais flexibilidade na gestão (4,65%), com destaque para os municípios de maior porte (G e GG), que são os únicos que reportam a flexibilidade.

É unânime a percepção sobre a dificuldade de gestão dos médicos, citando como maior problema a rotatividade desses profissionais.

Vínculos regidos pela CLF

Consiste no vínculo mais praticado na administração pública dos municípios paulistas, principalmente nos municípios com médio e grande porte populacional. Seguem abaixo gráficos que ilustram essa situação.

Um destaque é o grupo de municípios com médio porte populacional, sendo o grupo com menor porcentagem de prática de vínculo regido pela CLF.

O restante dos grupos mantém a mesma distribuição, não podemos formular hipóteses para debate sobre a existência ou não do vínculo, dada que a decisão de adoção de vínculos trabalhistas depende diretamente do nível central da prefeitura, não sendo uma informação disponível para o respondente da presente pesquisa.

Gráfico 16
Distribuição dos grupos de municípios por prática de CLF%.

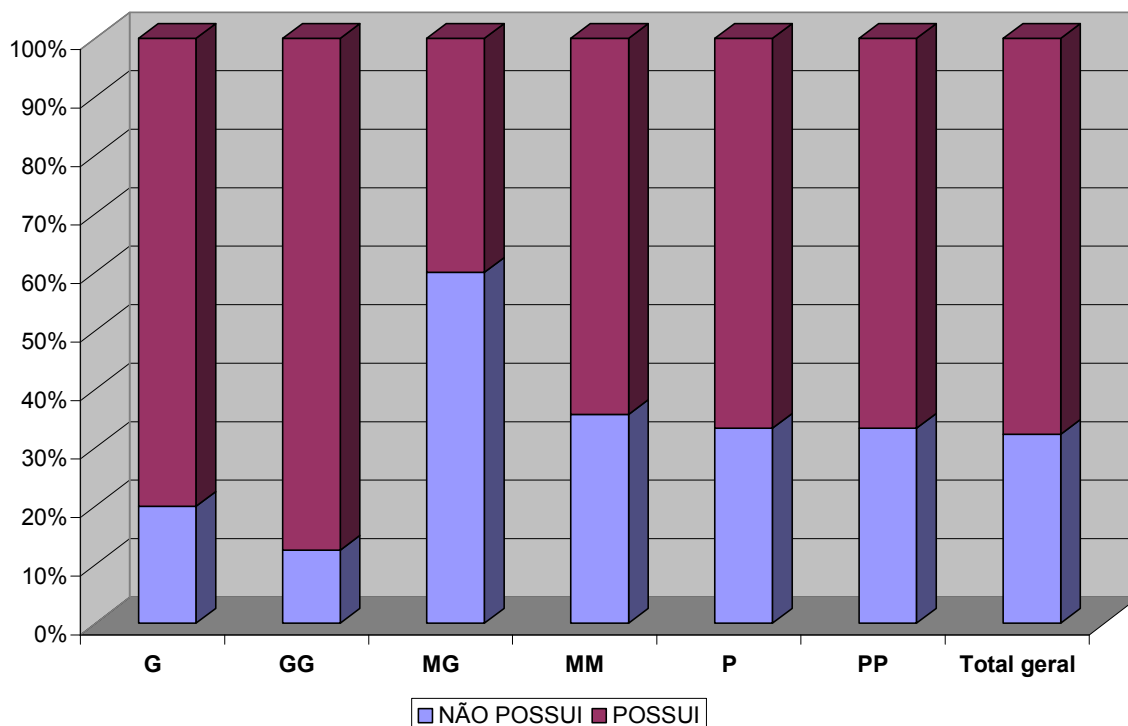


Gráfico 17
Distribuição por grupos de municípios que *não* praticam CLF

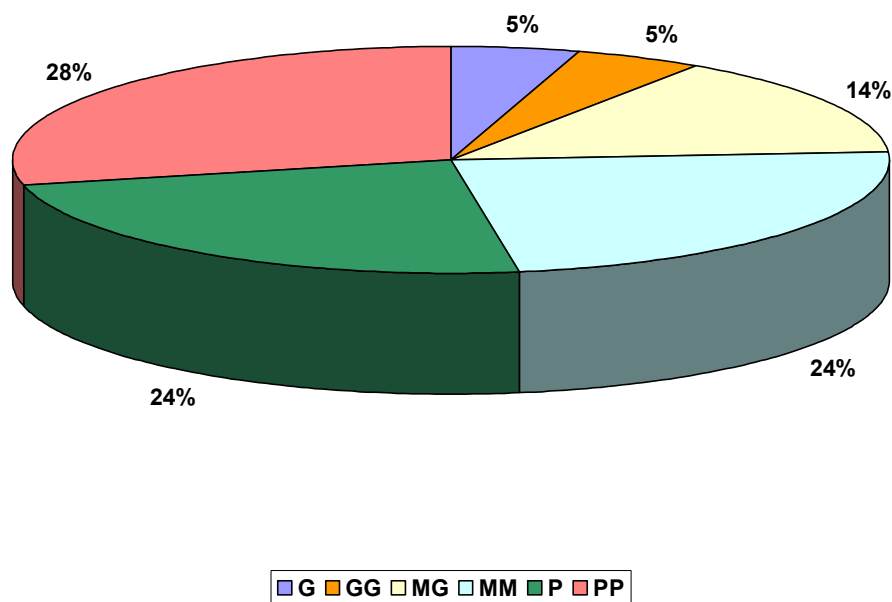
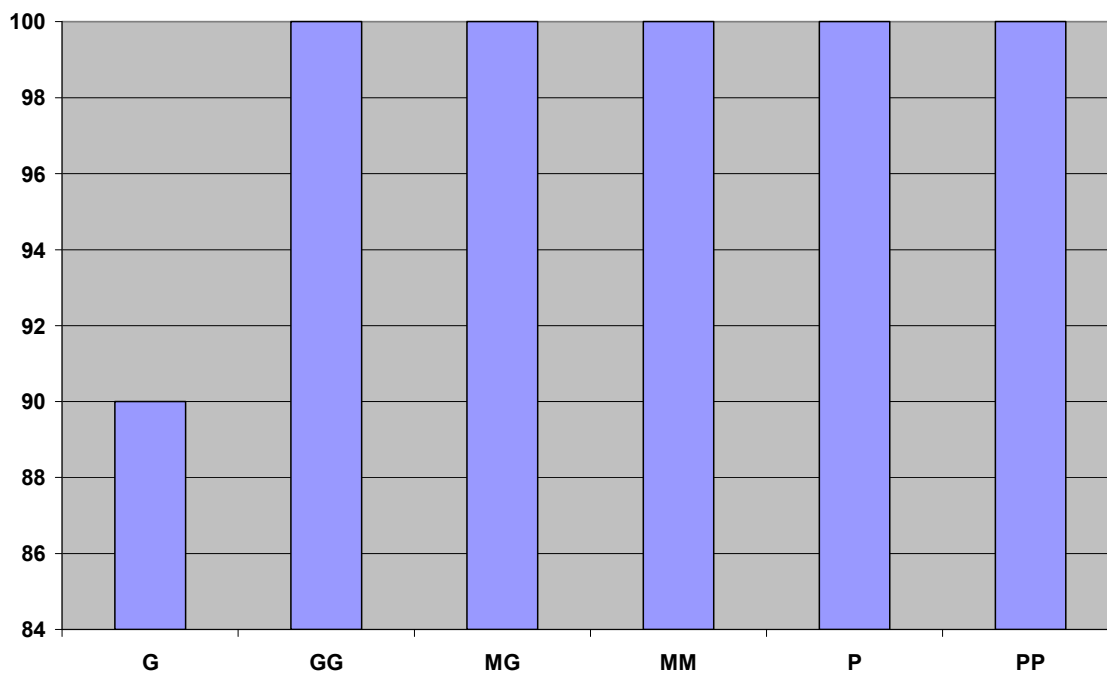


Gráfico 18
Moda (%) de municípios que praticam vínculos CLF por grupo



O gráfico acima ilustra que, uma vez adotado o vínculo regido por CLF, esse é praticado em 100% dos funcionários, com exceção do grupo G, nos quais se observa a porcentagem de 90%.

Percepção dos Gestores Municipais sobre os vínculos regidos por CLF

Os resultados apresentados referem-se à percepção dos gestores sobre os vínculos trabalhistas praticados pela administração municipal. Foram formuladas perguntas sobre os efeitos positivos e negativos no desempenho e adequação do vínculo CLF.

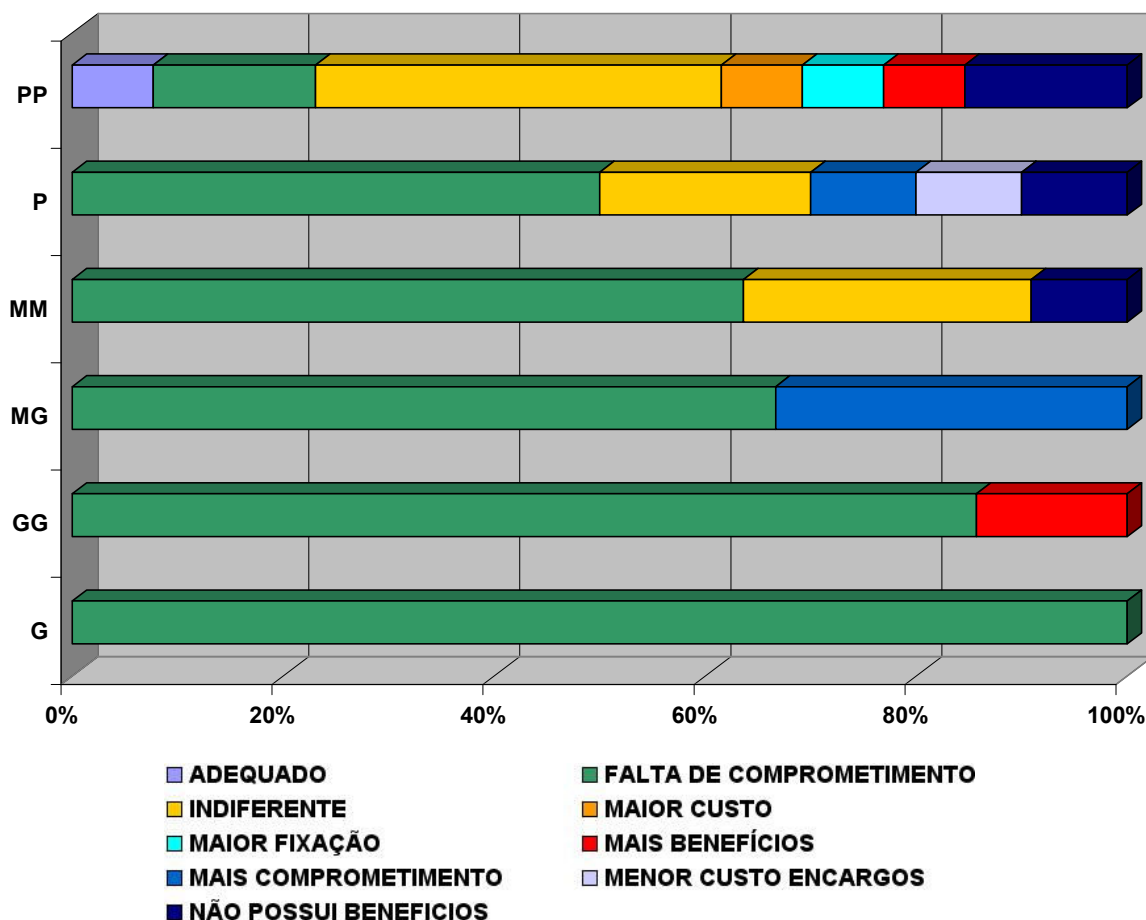
Tabela 4
Percepção dos gestores sobre a prática do vínculo regido por CLF

PERCEPÇÃO CLF	%
Adequado	2,08
Falta de comprometimento (estabilidade)	54,17
Indiferente	20,83
Maior custo	2,08
Maior fixação	1,54
Mais benefícios	3,08
Mais comprometimento	3,08
Menor custo encargos	1,54
Não possui benefícios	6,15
TOTAL	100,00

Na tabela acima, pode-se observar que mais da metade (54,17%) dos gestores entrevistados considera que o vínculo CLF está relacionado à falta de comprometimento dos funcionários. Uma grande parte deles (20,83%) considera que o tipo de vínculo não influencia a prática profissional.

Comparando-se esses dados aos obtidos anteriormente, que dizem respeito à percepção dos gestores em relação à CLT (tabela 3), pode-se afirmar que a percepção da falta de comprometimento é bastante maior no caso dos vínculos CLF (54,17% versus 32,56%).

Gráfico 19
Percepção dos gestores sobre o vínculo regido por CLF por Grupos



Também se pode observar, analisando-se o gráfico acima (gráfico 19), que essa percepção é crescente na medida em que aumenta o porte populacional. Ainda, verifica-se que a grande proporção de percepção “indiferente”, evidenciada na tabela 4, é relatada principalmente pelos gestores de municípios de menor porte.

Bloco III – Questões referentes à Contratação de Serviços

Contratação de serviços pelas Secretarias Municipais de Saúde

Nesse bloco, foi informado aos respondentes que as questões seriam referentes às contratações de serviços e de profissionais. É importante destacar que as questões são referentes apenas aos contratos celebrados **exclusivamente** pelas secretarias municipais de saúde, ou seja, não foram tabulados os contratos comuns a todos os setores da prefeitura, como por exemplo: segurança, limpeza, entre outros.

Tabela 5

Principal Motivação informada pelo Gestor para a Contratação de Serviços

PRINCIPAL MOTIVAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO	%
Fraca capacidade de gestão municipal	1,54
Carência de profissionais médicos	18,46
Consórcio municipal realiza as contratações	1,54
Eficiência nos serviços contratados	33,84
Mão de obra disponível- hospital filantrópico no município	1,54
Ineficiência dos serviços públicos diretos	13,85
Mais qualidade no atendimento	3,08
Morosidade na contratação pela Adm Pública	1,54
Município pequeno (não possui condições estruturais)	18,46
Não possui, quer incorporar tudo na Adm Direta	1,54
Não precisa fazer gestão de RH	1,54
Para focar na assistência primária	3,08
TOTAL	100,00

A tabela acima apresenta os principais motivos relatados pelos gestores para a contratação de serviços em vez de efetuar-los pela administração direta municipal. Alguns gestores relataram mais do que um motivo, porém foi tabulado apenas o principal motivo escolhido pelo respondente.

O motivo mais freqüente é a maior economia gerada pelos serviços contratados, ou seja, na percepção dos gestores (34%), a opção de contratar serviços externos consome menos recursos financeiros.

Em seguida vemos a motivação “Municípios Pequenos” que se refere à incapacidade de municípios de pequeno porte em manter serviços próprios, pelo seu baixo poder de arrecadação, e pelo volume de serviços demandados, que não justificam a incorporação de uma estrutura assistencial.

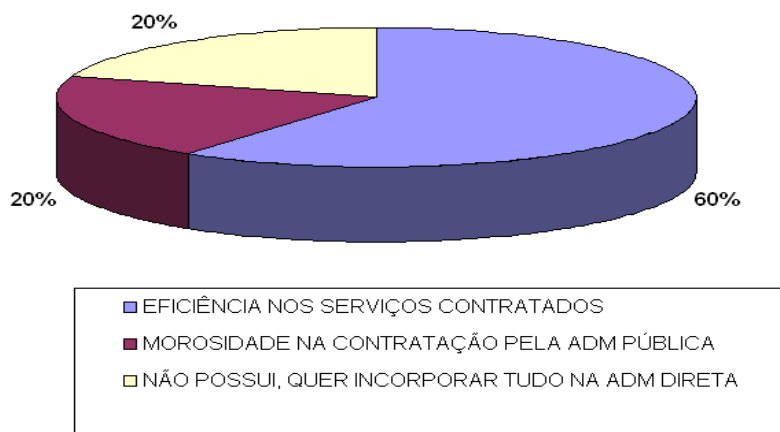
A carência de profissionais médicos é citada por quase todos os municípios, seja pela inexistência do profissional no município ou pela incapacidade de praticar valores de remuneração suficientes para atrair profissionais médicos. Em muitos casos, os valores considerados necessários para contratar um médico ultrapassam o valor da remuneração do prefeito.

A ineficiência dos serviços de administração direta é relacionada com a falta de comprometimento pelo trabalho, observada nos funcionários públicos, tendo como consequência menor produtividade.

Cabe ressaltar que o principal motivo para contratação de serviços/pessoas varia de acordo com o porte populacional dos municípios, sendo o motivo principal dos grupos P e PP a dificuldade em incorporar estrutura em municípios pequenos.

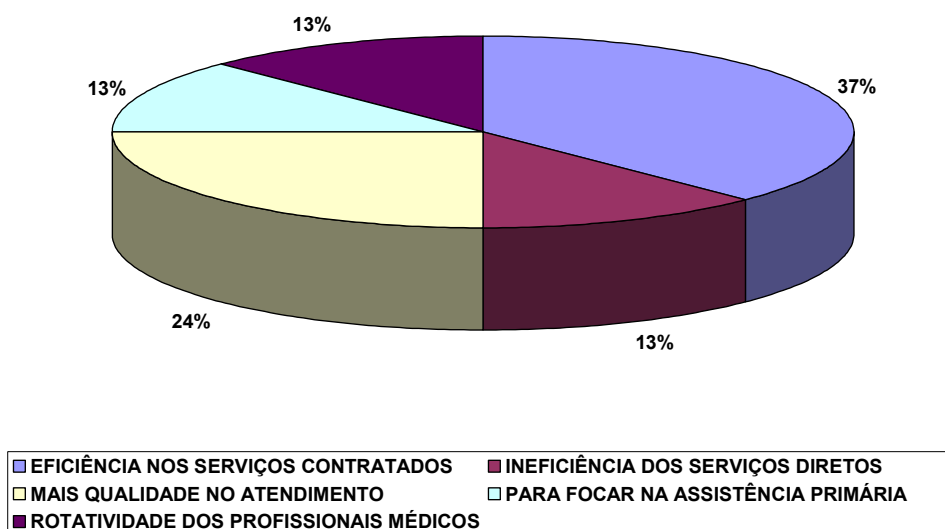
São apresentados, a seguir, os gráficos com as principais motivações por grupos analisados (gráficos 20 a 25).

Gráfico 20
Principal Motivo informado pelos Gestores para Contratação - Grupo G



Verifica-se no gráfico acima que o principal motivo relatado pelos gestores é a percepção que os serviços contratados são mais eficientes, embora não tenha sido informado sobre a existência de estudos que comprovem essa percepção.

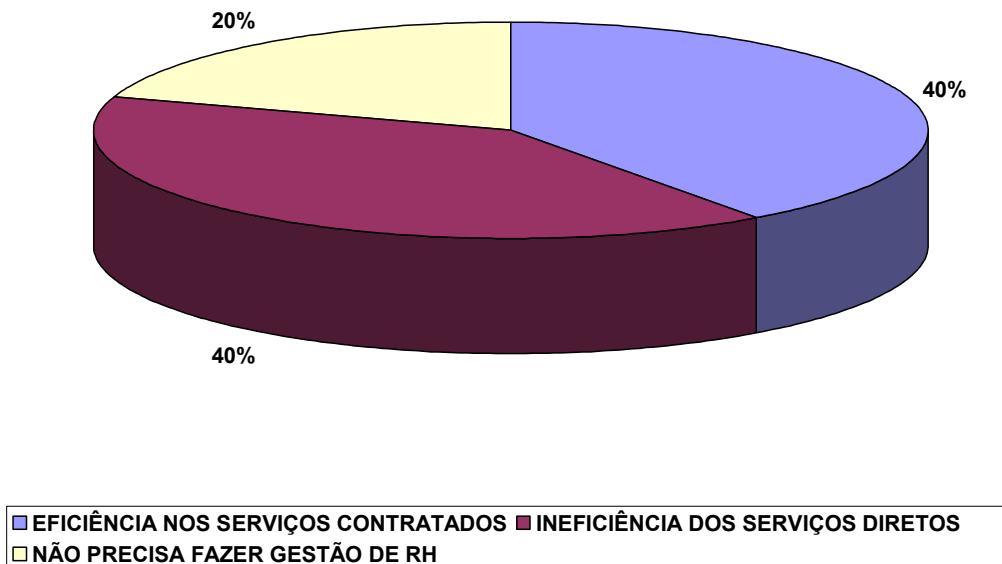
Gráfico 21
Principal Motivo informado pelos Gestores para Contratação - Grupo GG.



No grupo GG, verificou-se também como principal motivo a eficiência dos serviços contratados, seguido da percepção que os serviços contratados oferecem mais qualidade, quando comparados com os serviços próprios.

A rotatividade dos profissionais médicos também foi mencionada, com a justificativa que os parceiros/serviços contratados conseguem oferecer salários mais atraentes para os profissionais médicos.

Gráfico 22
Principal Motivo informado pelos Gestores para Contratação - Grupo MG



No grupo de municípios MG, os gestores se dividiram entre eficiência dos serviços contratados e a ineficiência dos serviços próprios, que embora tenham o mesmo significado, optou-se por manter a exata fala dos gestores, pois as mesmas revelam a intensidade sobre a percepção dos gestores.

Gráfico 23

Principal Motivo informado pelos Gestores para Contratação - Grupo MM.

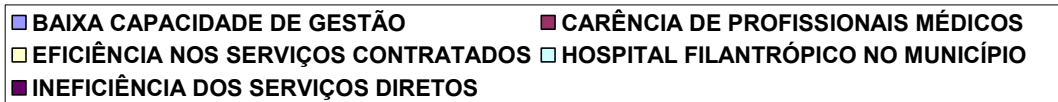
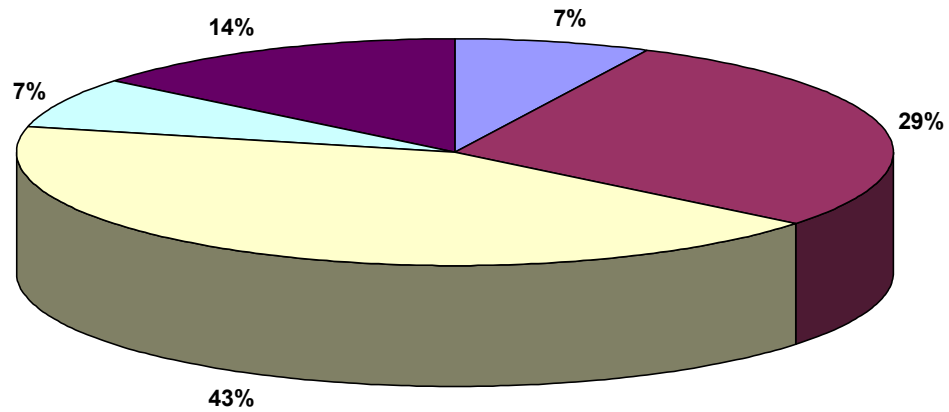


Gráfico 24

Principal Motivo informado pelos Gestores para Contratação - Grupo P

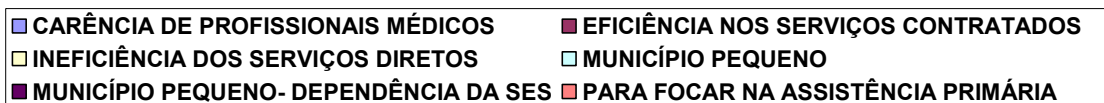
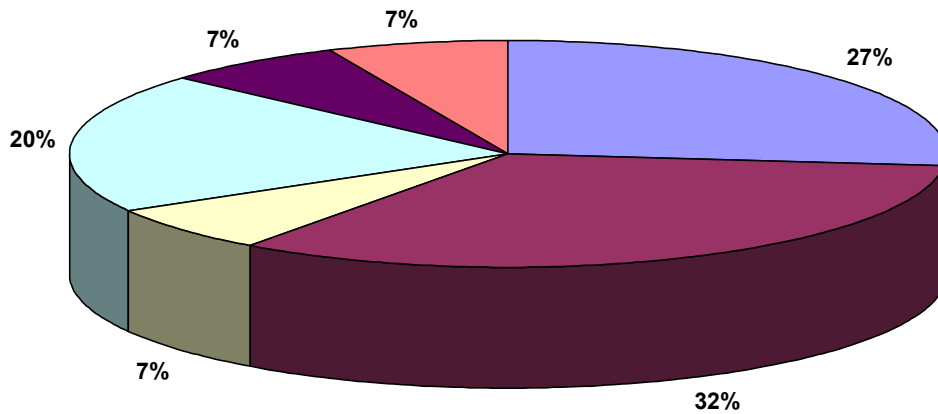
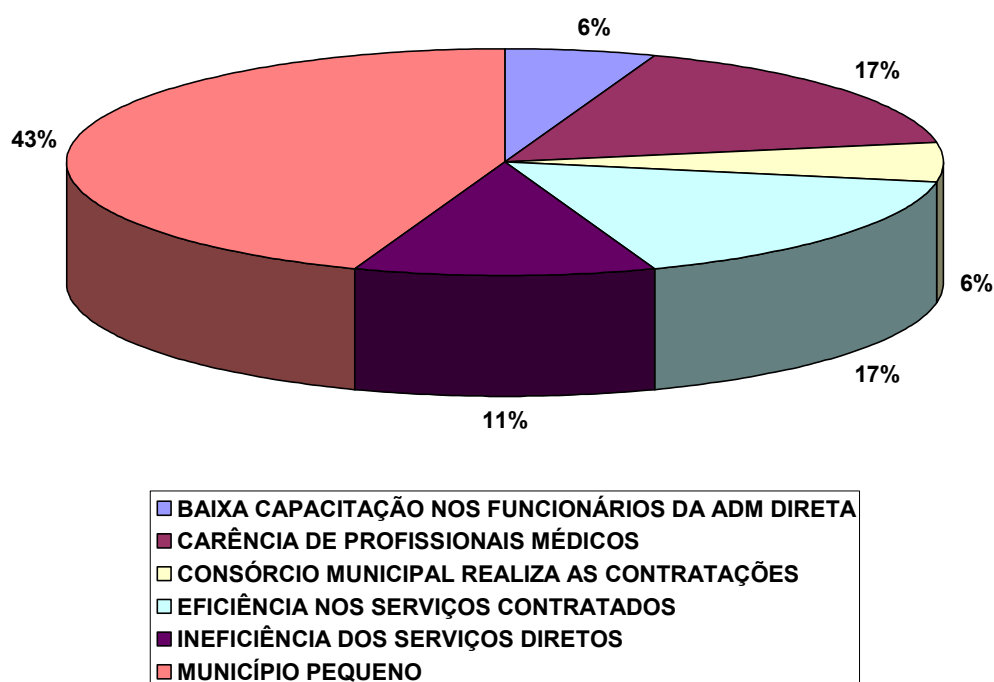


Gráfico 25
Principal Motivo informado pelos Gestores para Contratação - Grupo PP



Os gráficos acima revelam que quanto menor o porte populacional do município, mais fraca a sua capacidade de gestão e de atrair e contratar profissionais médicos.

Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF

Durante a investigação das motivações para a contratação de serviços, alguns gestores referiram o limite de despesas com pessoal imposto como uma motivação para a contratação de serviços, embora não tenha sido eleito como principal motivo por nenhum dos respondentes.

Em 82% dos municípios (gráfico 26), os gestores declararam não ter havido impacto produzido pela LRF.

Tal constatação recusa a hipótese de que a LRF é o principal motivo para a contratação de serviços em vez da prestação direta. Muitos outros motivos, como

por exemplo, carência e dificuldade de fixação de profissionais médicos é muito mais referido como principal motivo, assim como a baixa receita de municípios com menor porte populacional.

Gráfico 26
Impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal

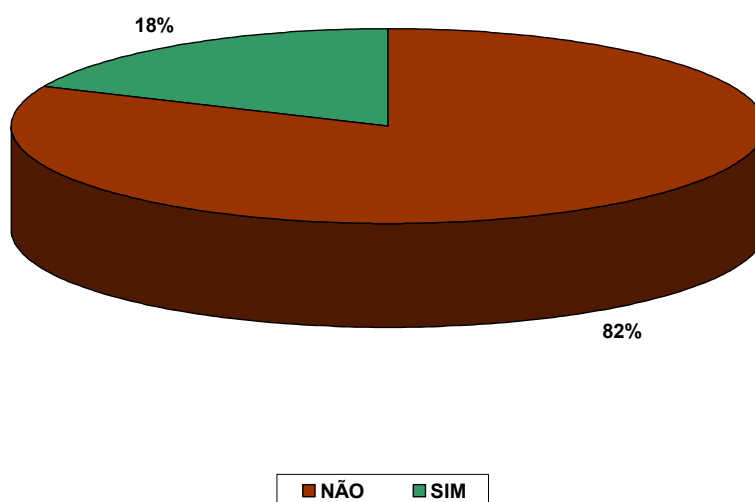
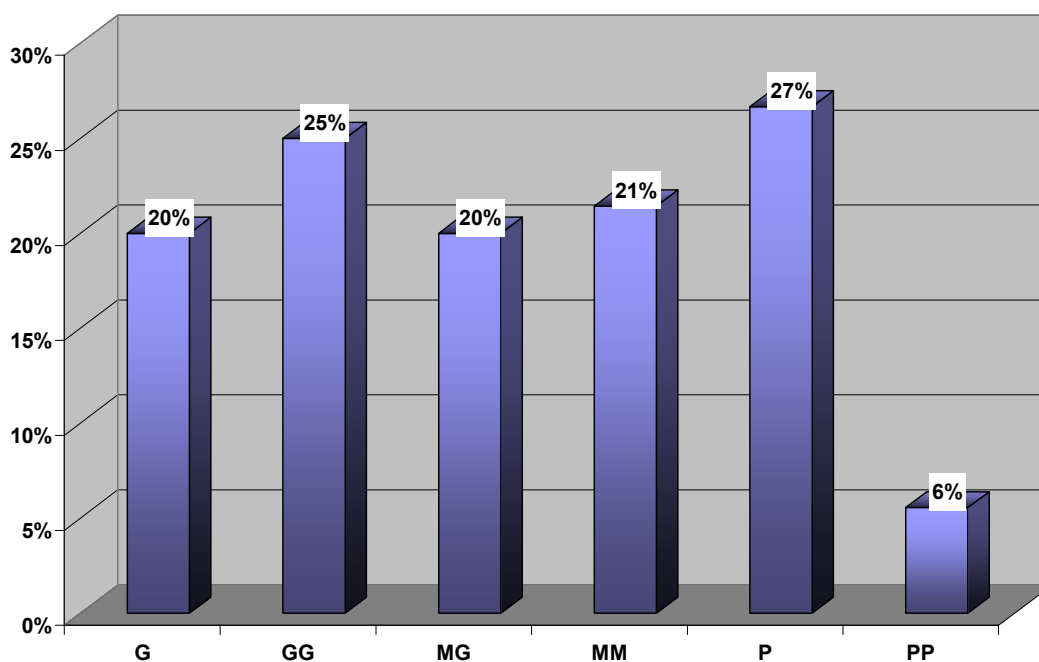


Gráfico 27
Percentual de municípios que referiram impacto da LRF, distribuídos por grupos de tamanho



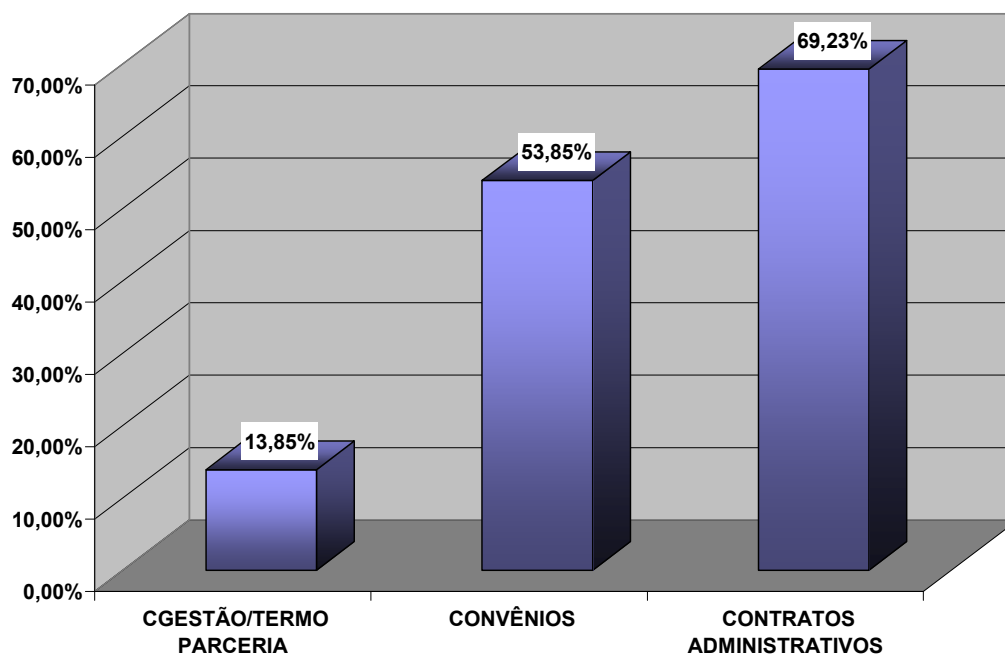
Analisando-se a distribuição por grupos (gráfico 27), verifica-se que, nos municípios de maior porte, como já citado, é corrente a percepção sobre a eficiência dos serviços contratados, o que ocorre pela descrença no funcionalismo público, e não pelo limite de gasto com pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Os menores municípios, com exceção do grupo P, não relatam a LRF como motivo impulsionador da contratação de serviços, muito provavelmente pela fraca capacidade de gestão já referida.

Análise do tipo de Contratação

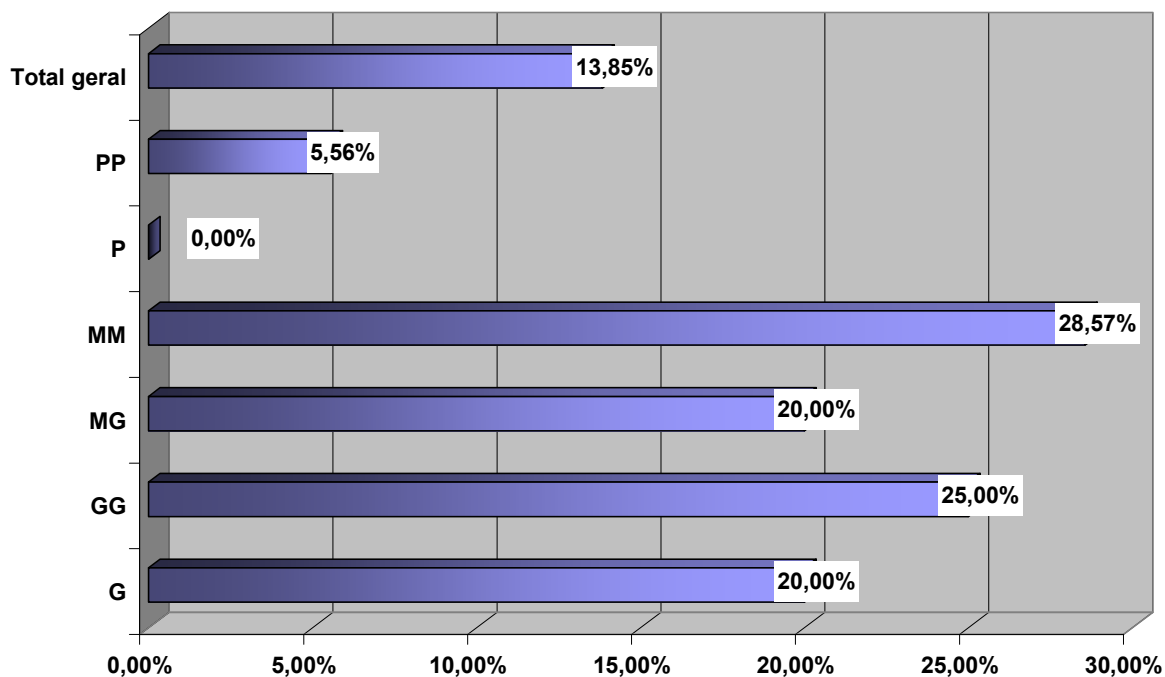
Abaixo, seguem os resultados do tipo de vínculo institucional (tipo de contrato) praticados pelos municípios no setor saúde. Como já mencionado, os contratos tabulados são exclusivamente para o setor saúde. A estrutura de perguntas foi orientada pelos seguintes pontos: existência de contratos de gestão/termo de parceria. Convênios e Contratos administrativos regidos pela Lei 8666.

Gráfico 28
Distribuição percentual dos municípios em relação ao tipo de contratação



No gráfico acima (gráfico 28), pode-se observar que grande parte dos municípios pratica contratos administrativos (69,23%), seguidos por convênios (53,85%) e, finalmente, por contratos de gestão / termo parceria (13,85%).

Gráfico 29
Percentual dos municípios que possuem Contrato de Gestão/Termo de Parceria distribuídos por grupos de tamanho



Analisando-se a distribuição dos municípios que praticam contrato de gestão / termo de parceria (gráfico 29), nota-se que os de menor porte populacional são os que menos praticam esse tipo de contratualização, enquanto os de médio a grande porte aplicam-nos numa proporção que varia aproximadamente de 20 a 30%.

No caso dos convênios (gráfico 30), observa-se uma relação diretamente proporcional ao tamanho do município, isto é, quanto maior o porte populacional, maior o percentual desse tipo de contratualização.

Gráfico 30

Percentual dos municípios que possuem Convênio, distribuídos por grupos de tamanho

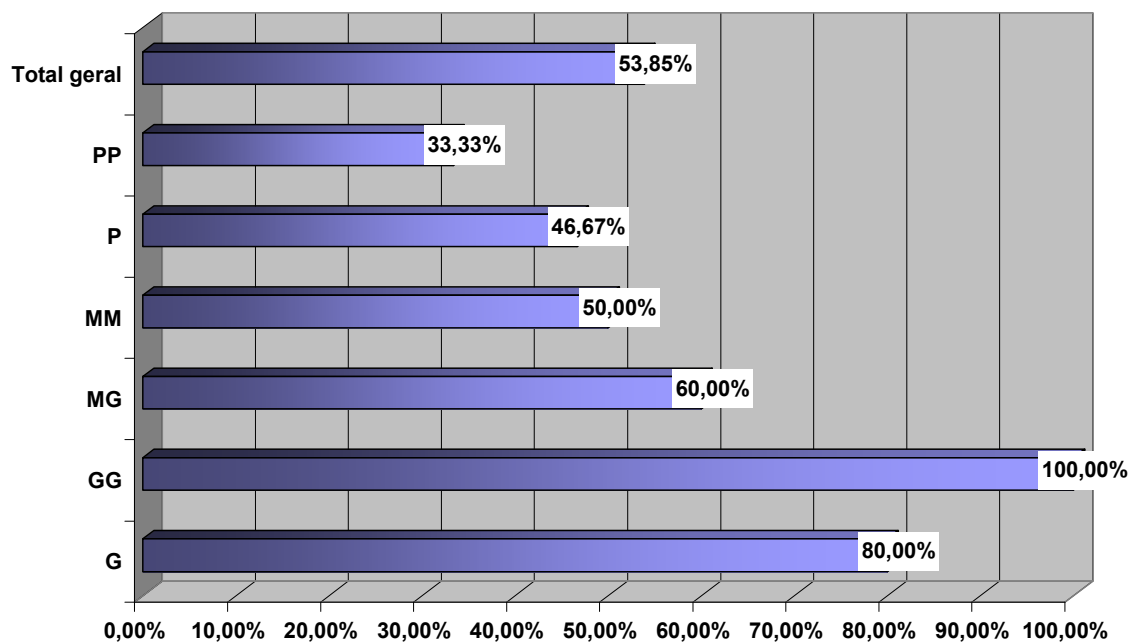


Gráfico 31

Percentual dos municípios que possuem Contrato Administrativo, distribuídos por grupos de tamanho

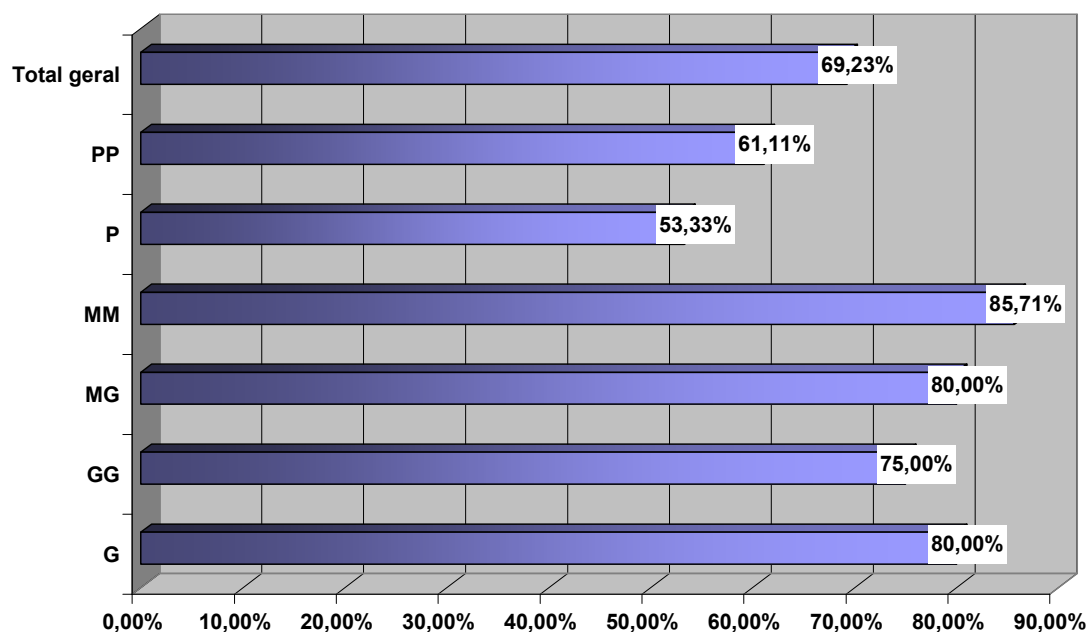


Gráfico 32

Distribuição percentual dos municípios do grupo G em relação ao tipo de contratação

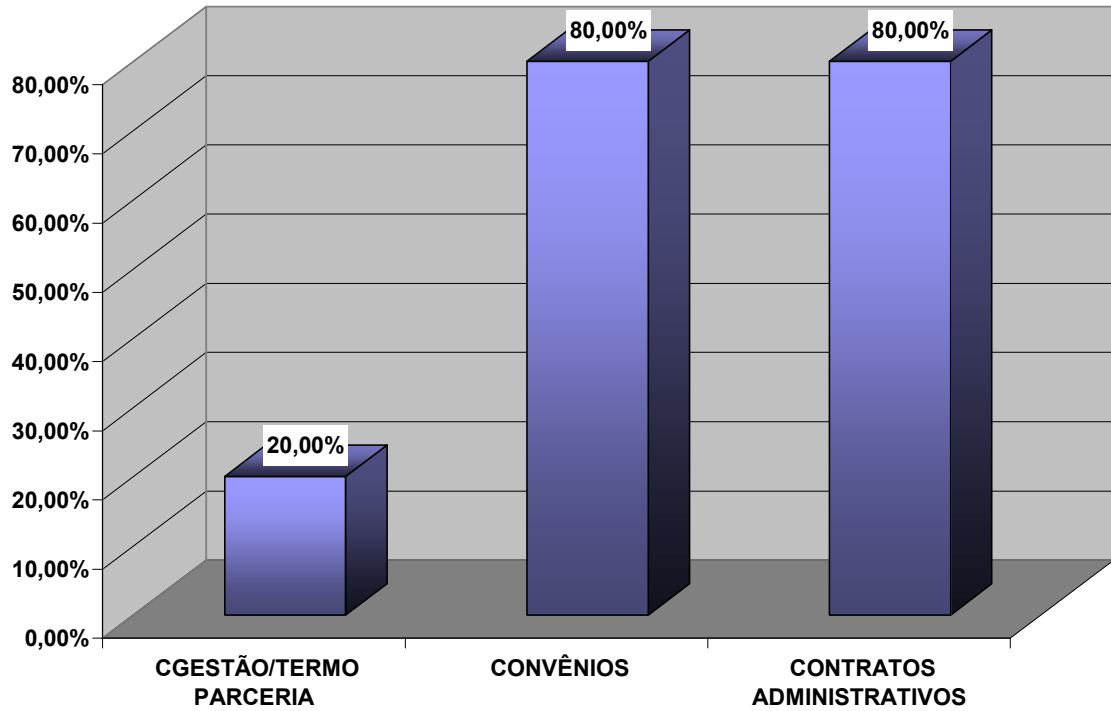


Gráfico 33

Distribuição percentual dos municípios do grupo GG em relação ao tipo de contratação

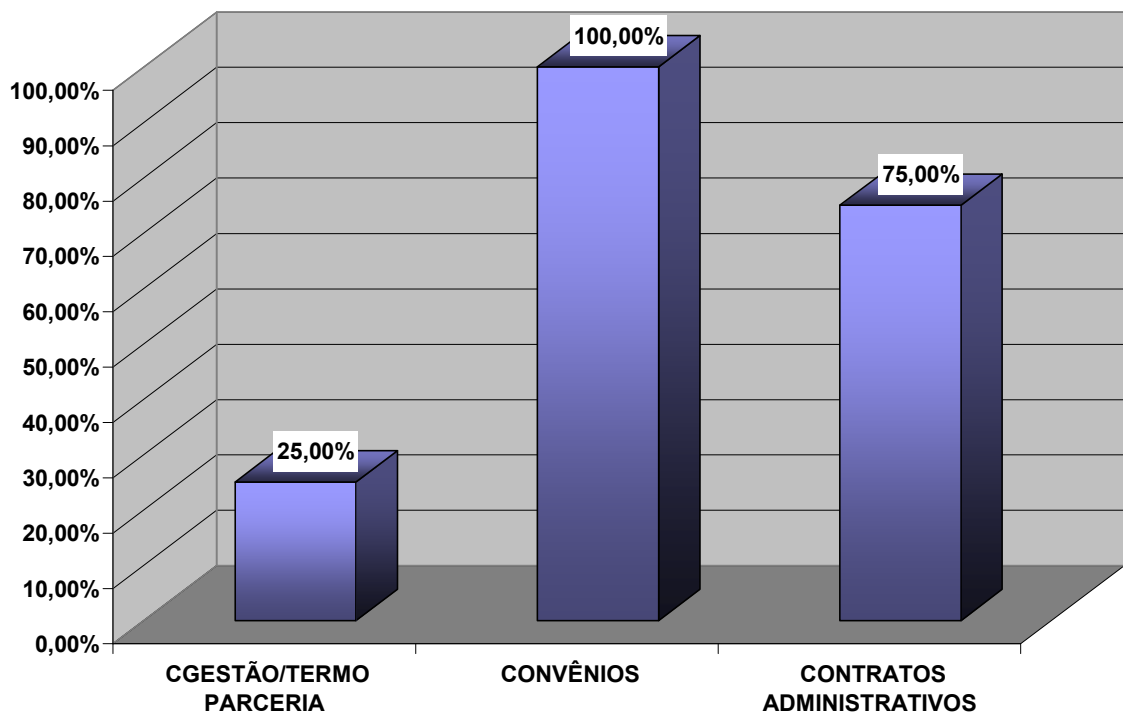


Gráfico 34

Distribuição percentual dos municípios do grupo MG em relação ao tipo de contratação

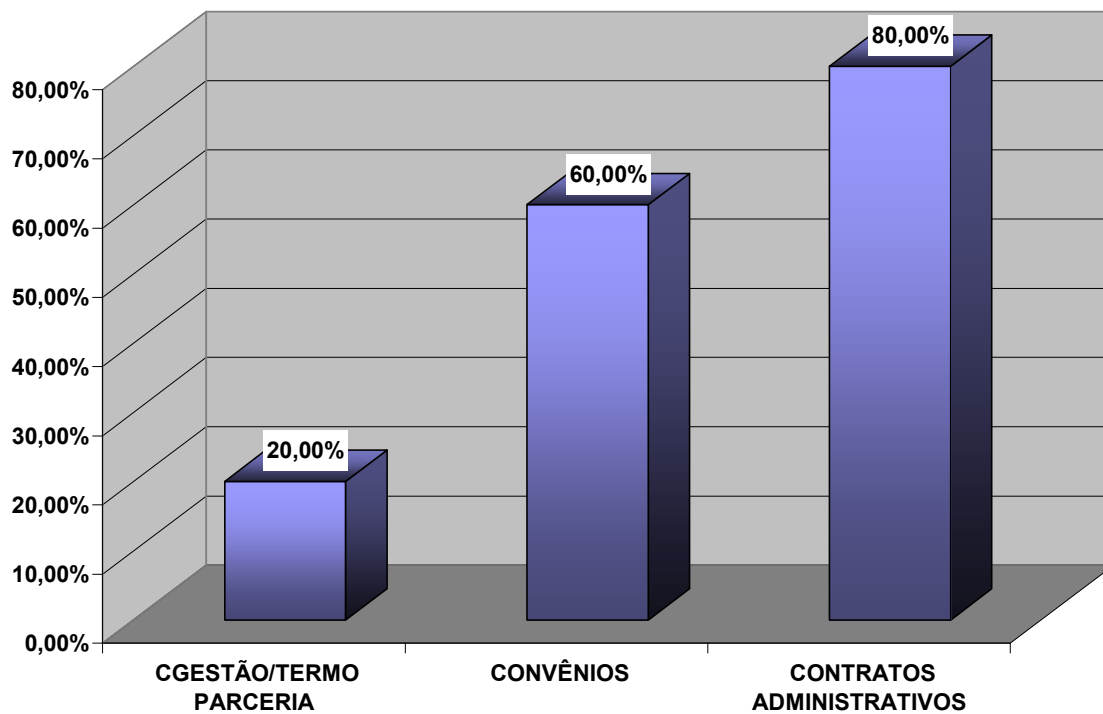


Gráfico 35

Distribuição percentual dos municípios do grupo MM em relação ao tipo de contratação

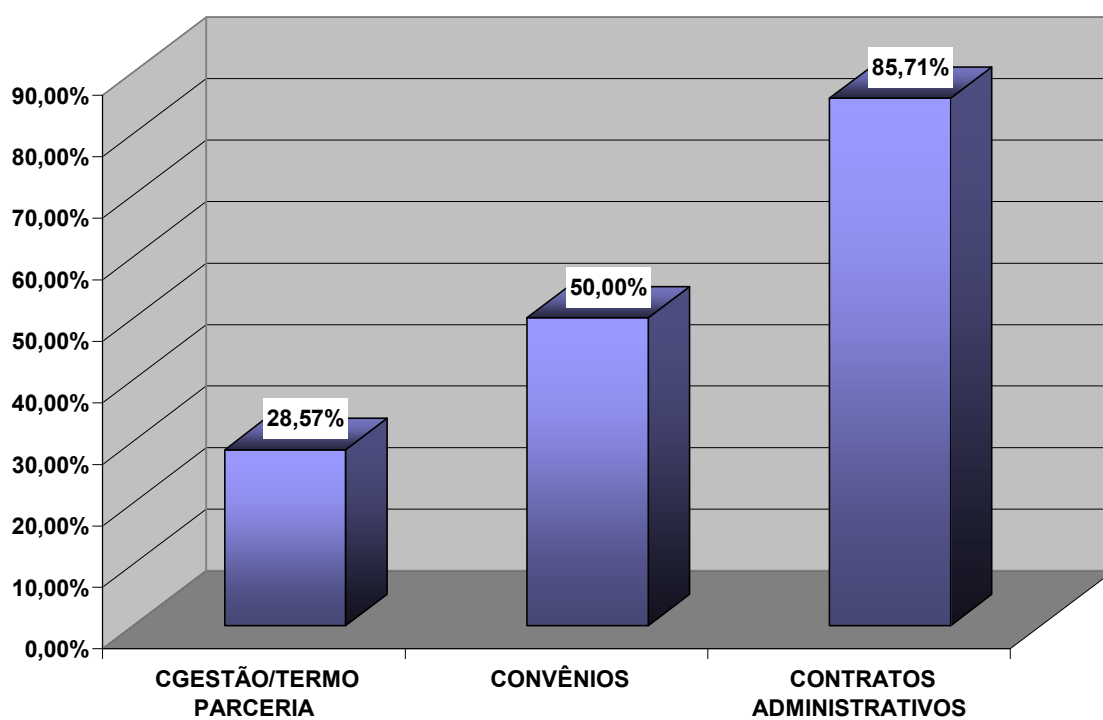


Gráfico 36

Distribuição percentual dos municípios do grupo P em relação ao tipo de contratação

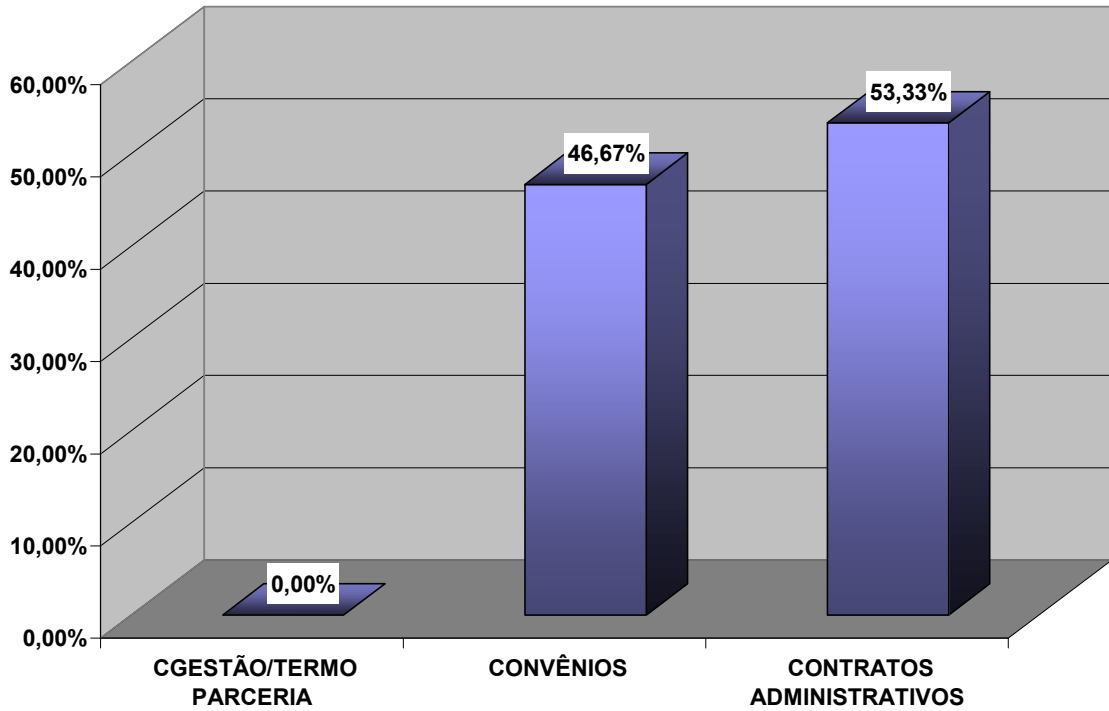
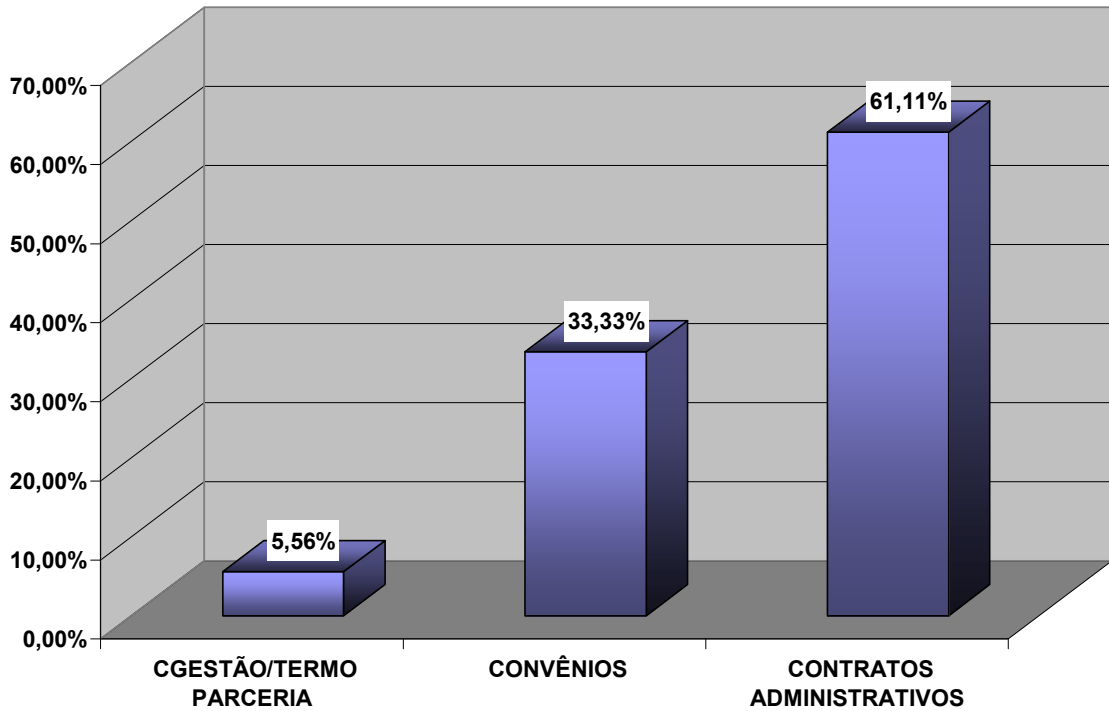


Gráfico 37

Distribuição percentual dos municípios do grupo PP em relação ao tipo de contratação



Nos gráficos acima, observa-se que a maioria dos contratos de gestão/termos de parceria está alocada em municípios com maior porte populacional, provavelmente por uma maior capacidade de gestão instalada (maior disponibilidade de potenciais parceiros), sendo estes inexistentes nos grupos P e PP.

Em quase todos os grupos há a prática de convênios e contratos administrativos. Novamente verificamos uma porcentagem menor nos municípios de menor porte, sendo duas as possíveis explicações para o fato:

1. Os convênios existem onde há parceiros para celebrá-lo, sendo que muitos municípios não possuem parceiros na região;
2. Os valores financeiros pagos pelos serviços contratados são inferiores aos valores exigidos para a licitação, sendo que a compra de serviços ocorre via processos administrativos, sem contrato formal.

Tipos de Serviços Contratados

Nesse bloco seguem os tipos de serviços contratados por tipo de contratação. A partir dos resultados obtidos podemos concluir que os contratos de gestão e termos de parcerias existentes administram boa parte da força de trabalho na atenção básica.

Com tipo de vínculo convênio também administra parte da força de trabalho, mas a grande maioria dos serviços contratados é do tipo Assistência hospitalar, principalmente pela existência de entidades filantrópicas (Santa Casa).

No caso dos contratos administrativos, há uma maior compra de serviços, sendo a única exceção a contratação de médicos especialistas. Cabe destacar que a **grande maioria** de serviços contratados por esse vínculo se refere a Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutica.

Gráfico 38
Tipos de serviços por Contrato de Gestão/ Termo de parceria

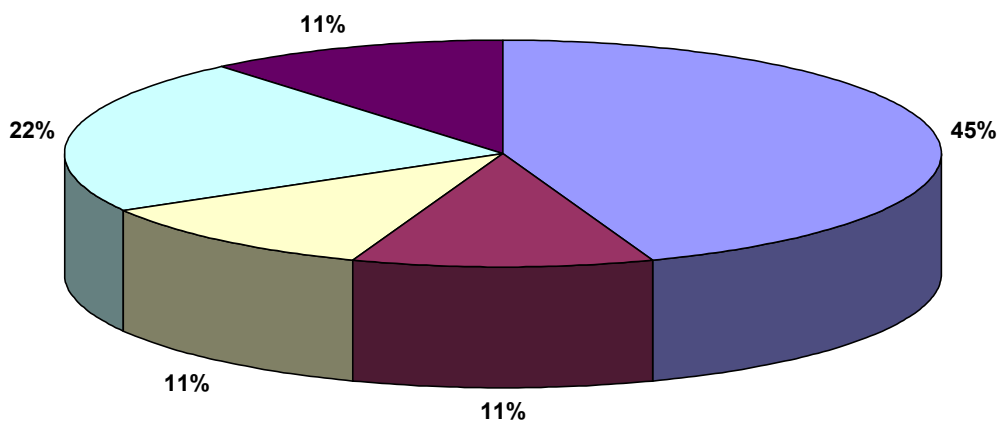


Gráfico 39
Tipos de serviços por Convênio

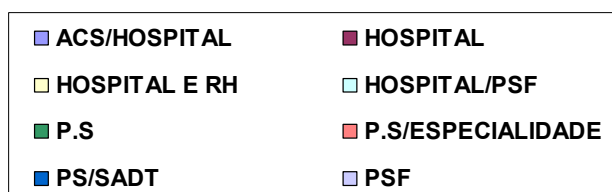
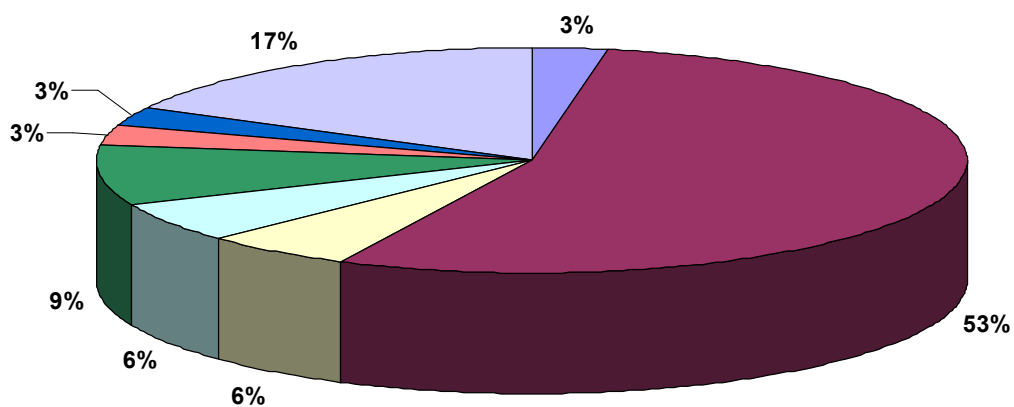


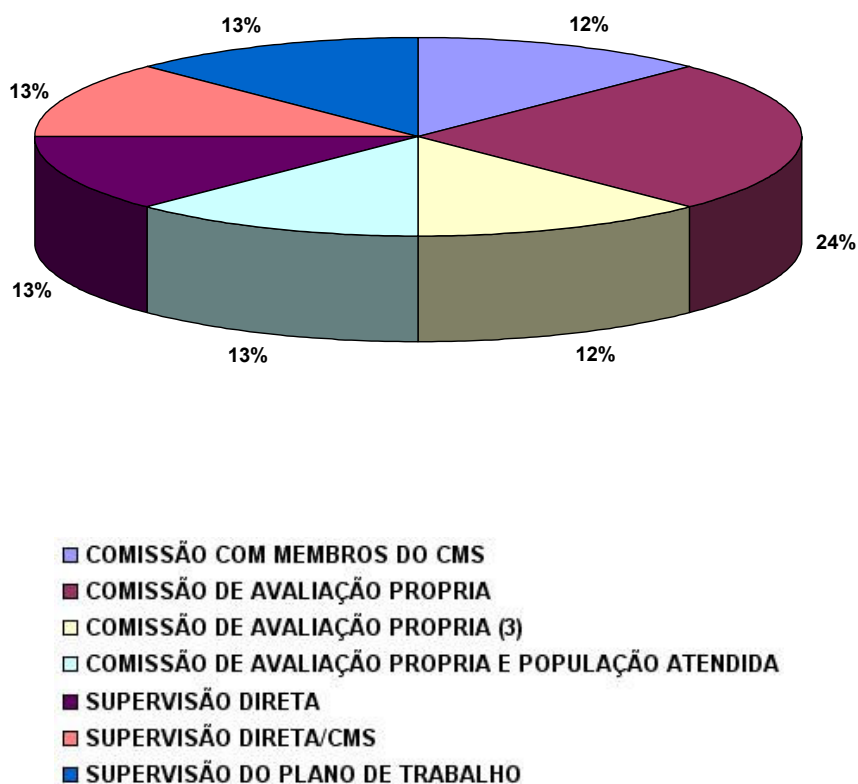
Tabela 6
Tipos de serviços por Contrato Administrativo.

SERVIÇOS - CONT ADM	%
Especialidades	15,56
Farmácia popular	2,22
Fisioterapia	2,22
Informática/Lixo	2,22
Limpeza, manutenção	4,44
Logística	2,22
Manutenção	4,44
Resíduos	4,44
RH	2,22
SADT	46,67
SADT, Limpeza	2,22
SADT/Especialidades	2,22
SADT/Lixo	2,22
SADT/Manutenção	4,44
SADT/RH	2,22
TOTAL	100,00

Supervisão/Controle e Indicadores Monitorados nos contratos celebrados entre o município e a entidade contratada

Foi perguntado aos gestores quem realiza a supervisão e controle dos serviços contratados e se são monitorados indicadores financeiros, produtividade e desempenho (qualidade).

Gráfico 40
Supervisão e controle em Contratos de Gestão/Termos de parceria



O gráfico acima (gráfico 40) evidencia a predominância da supervisão direta (24%) em relação aos demais tipos de supervisão, nos municípios que praticam contrato de gestão. A supervisão direta citada significa que existem funcionários da SMS em contato direto com o prestador, pois muitas vezes a atuação do serviço se dá em espaços nos quais trabalham juntos funcionários da SMS. Os outros tipos de supervisão se dão via cumprimento de metas estabelecidas.

Tabela 7
Supervisão e controle em Convênios

SUPERVISÃO - CONVÊNIO	%
Auditores	17,14
Comissão e Conselho Municipal	2,86
Conselho municipal	5,71
Co-Participação/Supervisão direta PSF	2,86
Co-Participação/Supervisão direta/CMS	2,86
Equipe de supervisão	14,29
Não existe	14,29
Participação no processo seletivo	2,86
Profissionais médicos	2,86
SAC/boletim de ocorrência	2,86
Supervisão direta	22,86
Supervisor e relatórios	2,86
UAC e ouvidoria	2,86
UAC	2,86
TOTAL	100,00%

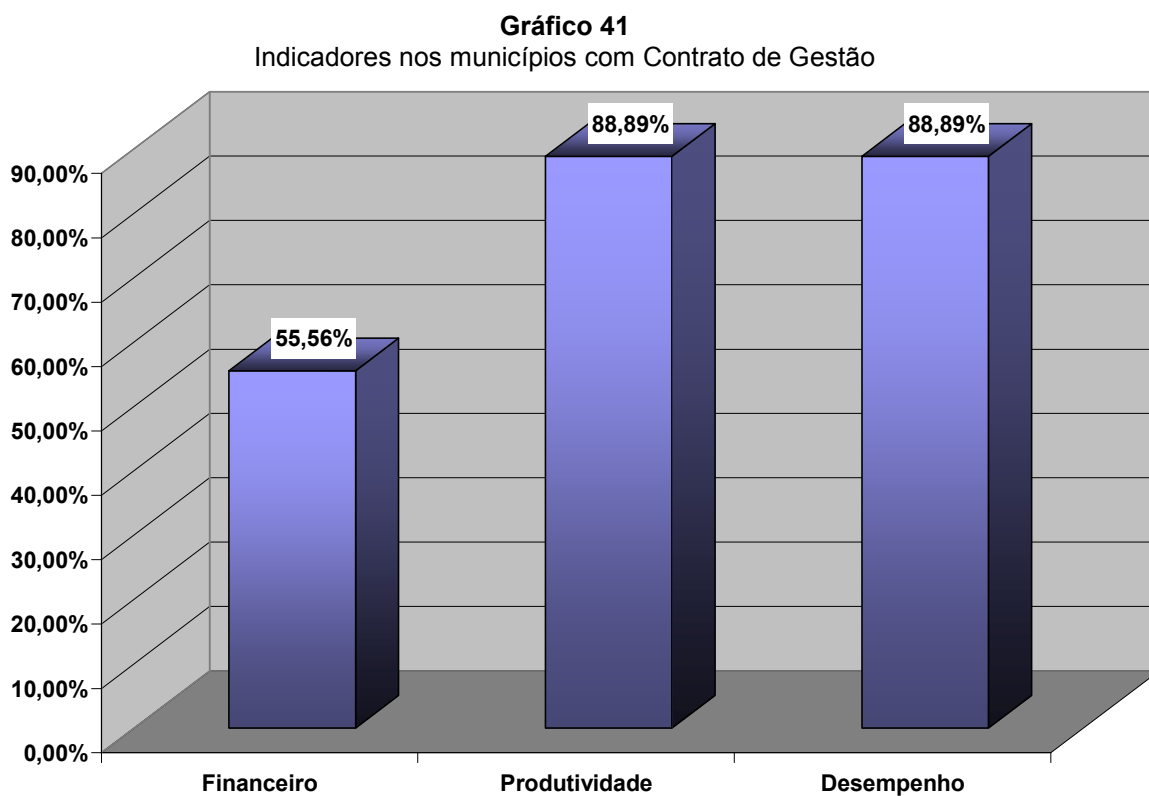
Em relação aos convênios, nota-se que 22,86% da supervisão é realizada de maneira direta, seguindo-se a supervisão realizada por auditores (17,14%) e equipes de supervisão (14,29%). Muitos gestores relataram que a supervisão é realizada via reclamação de usuários, o que não configura um processo de supervisão, e sim de averiguação, sendo até citada a verificação por meio de Boletins de Ocorrência emitidos em Delegacias.

Tabela 8
Supervisão e controle em Contratos Administrativos

SUPERVISÃO - CONT ADM	%
Auditoria por denúncia	2,22
Caixa de sugestões na Secretaria	2,22
Diretor clínico responsável	2,22
Equipe de licitação	2,22
Funcionários da Prefeitura	2,22
Médico auditor	4,44
Não possui	51,11
Ouvidoria	4,44
Profissionais médicos	6,67
Supervisão direta	6,67
UAC	15,56
TOTAL	100,00

A tabela 8 mostra que, no caso dos contratos administrativos, não existe supervisão em mais de metade dos casos (51,11%).

Indicadores Monitorados pela Secretaria Municipal de Saúde



No gráfico 41, podemos observar que os gestores relataram o monitoramento de indicadores de desempenho (88,89%), de produtividade (88,89%) e financeiros (55,56%) na maioria dos municípios que praticam contrato de gestão.

A análise do gráfico 42 permite afirmar que, apesar de distribuídos de maneira distinta, também se pode observar a presença de indicadores na maioria dos municípios que praticam convênio. Os de produtividade estão presentes em 85,71% dos casos, seguidos pelos financeiros (62,86%) e, finalmente, pelos de desempenho (57,14%).

O gráfico 43 evidencia a menor presença de indicadores de desempenho nos municípios que praticam contrato administrativo (28,89%).

Gráfico 42
Indicadores nos municípios com Convênio

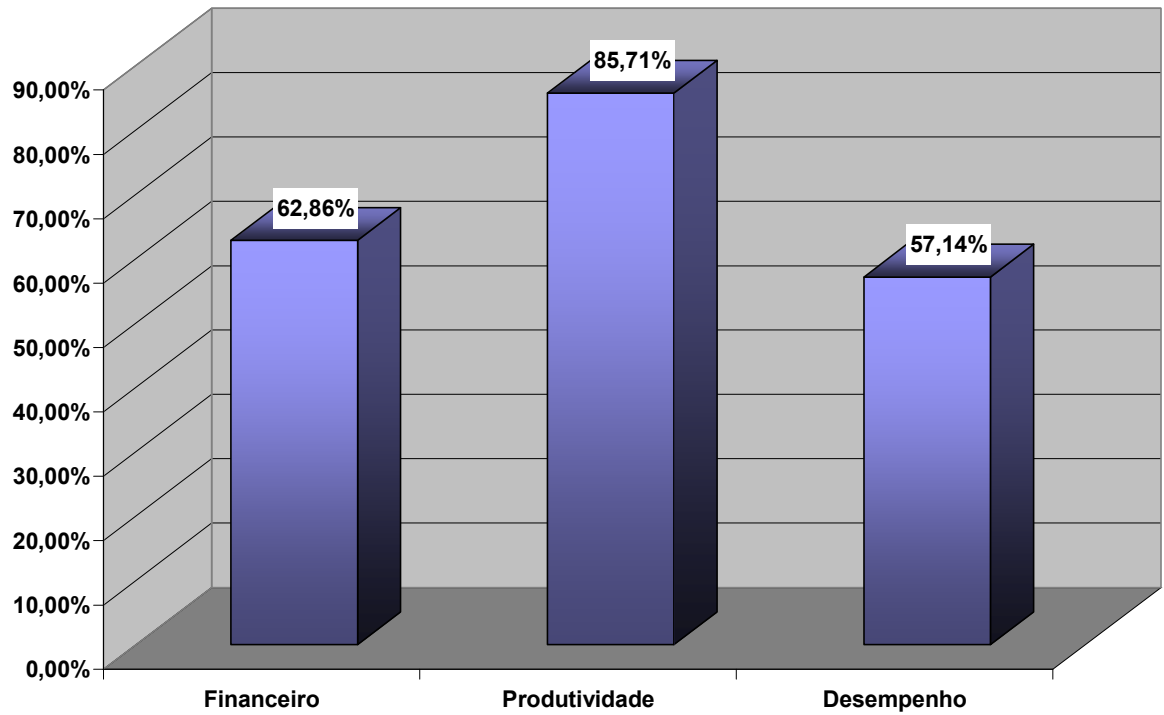
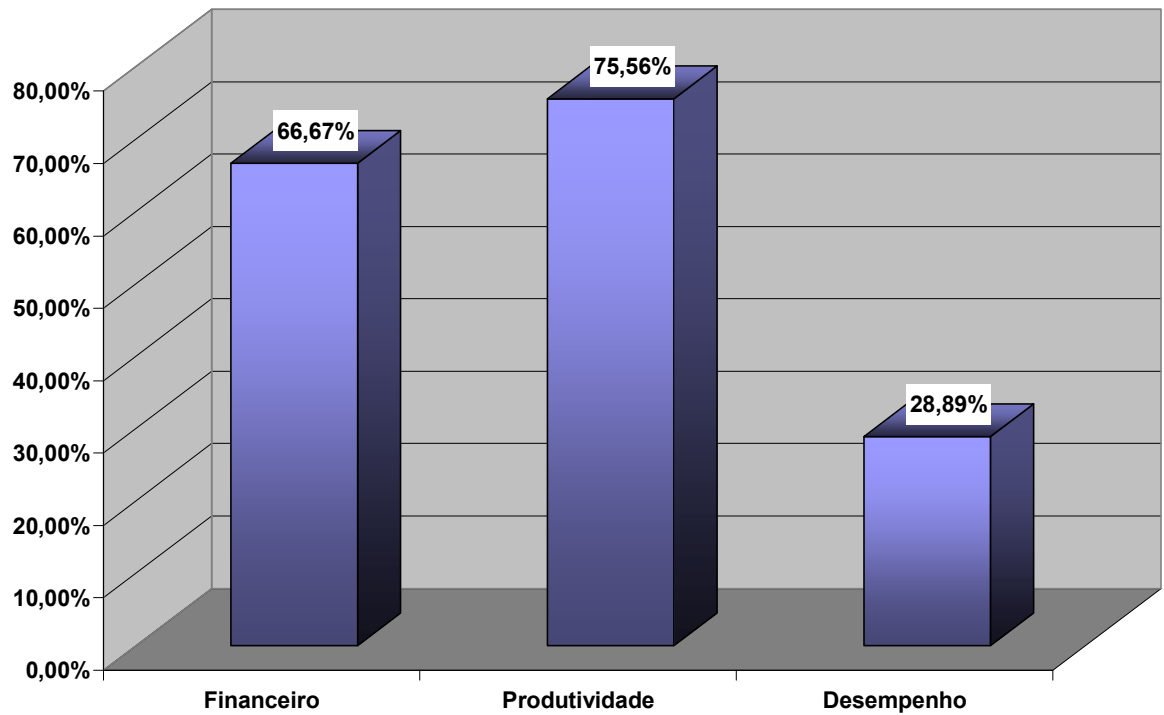


Gráfico 43
Indicadores nos municípios com Contrato Administrativo



A análise do gráfico 44 mostra que a presença de indicadores financeiros é mais frequente no caso dos contratos administrativos (66,67%) e convênios (62,86%), sendo menor no caso dos contratos de gestão (55,56%).

Gráfico 44
Financeiro por tipo de contratação (CG-Contrato de Gestão;
CV-Convênio; CA-Contrato Administrativo)

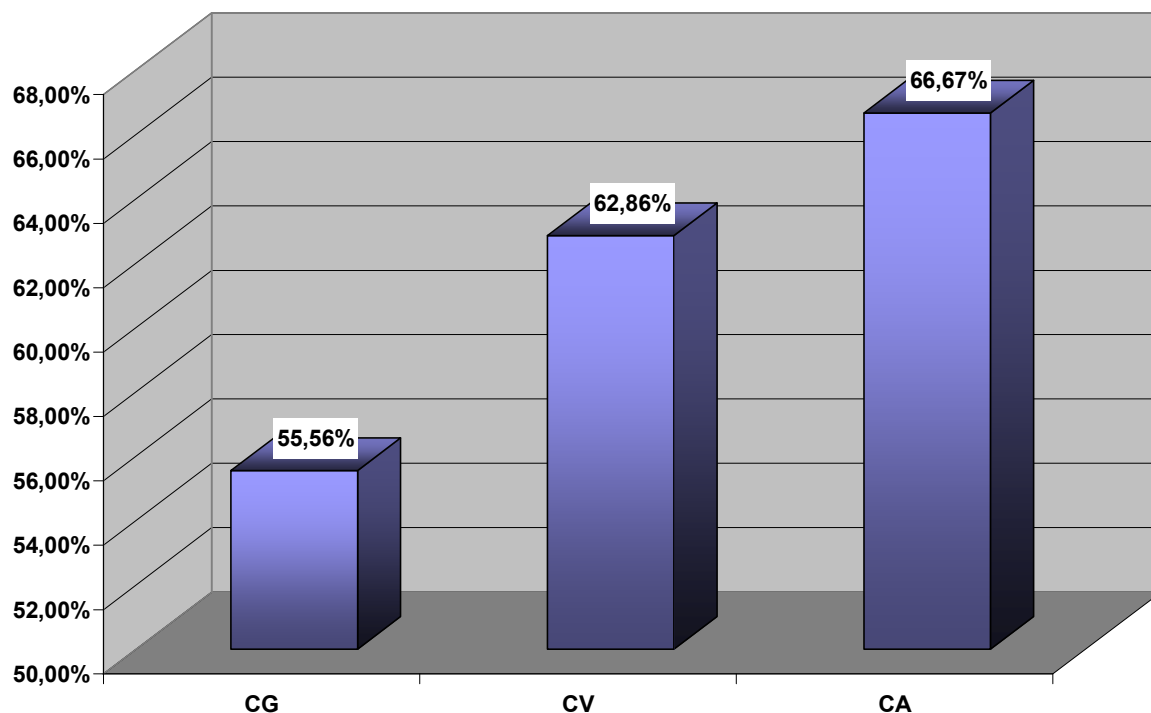
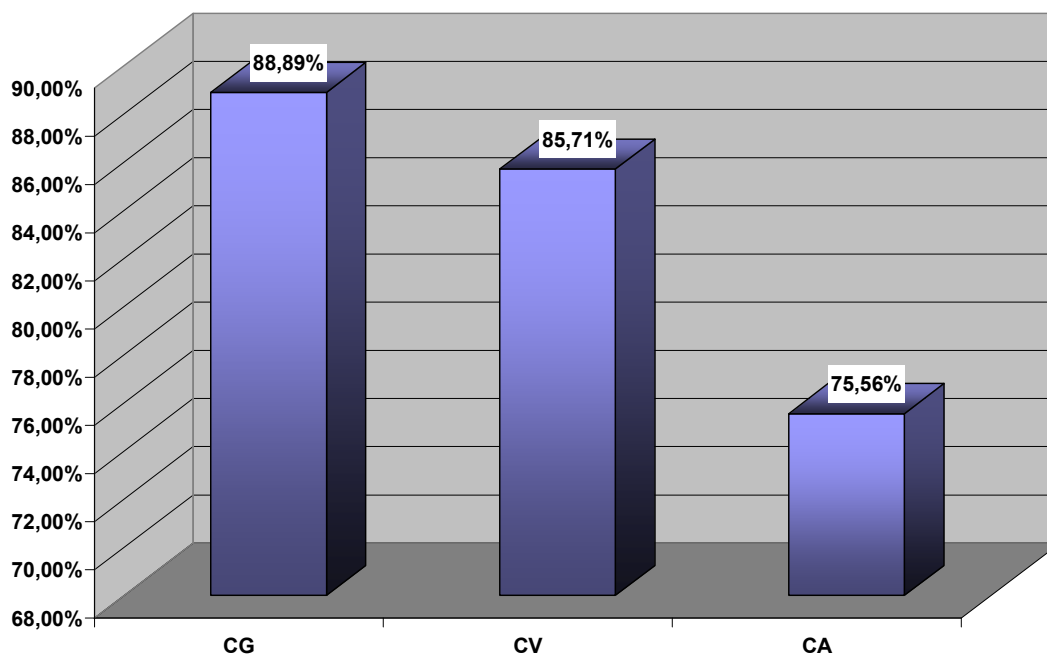
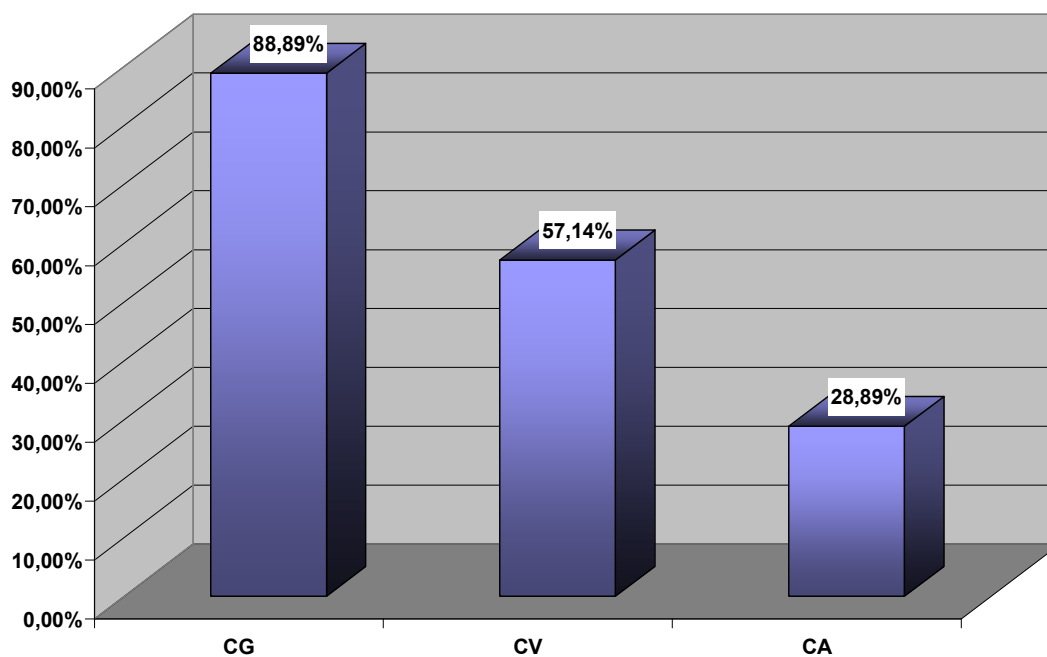


Gráfico 45
Produtividade por tipo de contratação (CG-Contrato de Gestão;
CV-Convênio; CA-Contrato Administrativo)



No gráfico 45, observa-se que os indicadores de produtividade estão mais presentes nos municípios com contrato de gestão (88,89%), seguidos pelos convênios (85,71%) e, finalmente, pelos contratos administrativos (75,56%).

Gráfico 46
Desempenho por tipo de contratação (CG-Contrato de Gestão;
CV-Convênio; CA-Contrato Administrativo).



O gráfico 46 destaca o menor relato de monitoramento de indicadores de desempenho para os contratos administrativos (28,89%), sendo que, menos de 1/3 dos municípios monitoram esse tipo de indicador. Esse valor é maior para os municípios que praticam convênio (57,14%) e ainda maior para aqueles com contrato de gestão (88,89%).

Seleção das Instituições Prestadoras de Serviços

Nessa sessão foi perguntado aos gestores como foram selecionadas as instituições prestadoras de serviço, por tipo de contrato, sendo:

Seleção das instituições - Contratos de Gestão

A grande maioria das seleções das instituições parceiras é realizada por meio de análise de Plano de Trabalho ou concurso de projetos, com duas exceções: uma instituição que foi selecionada por ser uma parceira antiga em convênio, e outra por ser a única na região.

Seleção das instituições - Convênios

Nos municípios de menor porte populacional, as instituições filantrópicas que celebram convênios muitas vezes são as únicas na região, em municípios com maior oferta a seleção é realizada via análise de projetos, com preferência por instituições que possuam programas de residência médica.

Seleção das instituições - Contrato Administrativo

Todos os municípios declaram realizar licitação para a seleção de instituições prestadoras de serviço.

Percepção dos Gestores sobre os Contratos Praticados

Nessa sessão foi perguntado aos gestores qual a opinião (negativa ou positiva) sobre os tipos de contrato praticados pela Secretaria, como coloca tabelas abaixo.

Tabela 9
Percepção dos gestores sobre Contrato de Gestão/Termos de parceria

PERCEPÇÃO - CONTRATO DE GESTÃO	%
Qualidade e eficiência	44,44
Metas como diferencial	22,22
Dificuldades com o repasse	11,11
Agilidade administrativa	11,11
Aumento da produção em 40% com o mesmo custo	11,11
TOTAL	100,00%

Tabela 10
Percepção dos gestores sobre Convênio

PERCEPÇÃO - CONVÊNIO	%
Agilidade na contratação de médicos	14,29
Atende a demanda dos pacientes	2,86
Bom, melhor com contrato de gestão.	5,71
Bom, sem continuidade.	2,86
Contempla as necessidades	8,57
Dificuldade de integração	5,71
Dificuldades pelo pagamento por procedimento	2,86
Disponibilidade de serviços que a rede não possui	2,86
Eficiência	11,43
LRF	2,86
Governabilidade/proximidade com a instituição	5,71
Indiferente	2,86
Depende do parceiro	2,86
Única forma de ter atendimento	25,71
Vínculo inseguro, prefere fazer concurso	2,86
TOTAL	100,00

Tabela 11
Percepção dos gestores sobre Contrato Administrativos

PERCEPÇÃO - CONT ADM	%
Agilidade	6,82
Burocracia no processo de licitação	2,27
Complementam a rede	36,36
Economia	4,55
Eficaz	6,82
Foco na assistência	13,64
Maior controle	13,64
Mais facilidade em administrar	2,27
Não é ideal, mas é a decisão do prefeito.	4,55
Menor preço	6,82
Única maneira de contratar profissionais médicos	2,27
TOTAL	100,00

A análise das tabelas anteriores (tabelas 9, 10 e 11) permite afirmar que a percepção dos gestores em relação à adequação do tipo de contrato às necessidades de serviços varia de acordo com o tipo de contrato. Isto é, para os municípios que praticam contrato de gestão, destaca-se a qualidade e eficiência desse instrumento. No caso dos convênios, esse tipo de contrato foi apontado por 25,71% dos entrevistados como a única forma de se prestar serviços de saúde. Também foram referidas a agilidade na contratação de profissionais médicos (14,29%) e a eficiência (11,43%). Os contratos administrativos foram considerados por 36,36% dos gestores como adequados por complementar a rede (em muitos casos são contratados serviços diagnósticos, como já citado) tendo sido também mencionados como vantagens em relação a outros tipos de contrato (convênio) o maior controle (13,64%) e a maior possibilidade de priorizar a assistência (13,64%).

Vínculos Trabalhistas praticados pelas Instituições Contratadas

Nessa questão foi perguntado aos gestores se eles possuíam conhecimento sobre os vínculos trabalhistas praticados pelas instituições contratadas em qualquer tipo de contrato.

Tabela 12
Vínculos Trabalhistas Praticados Pelas Instituições Contratadas

VÍNCULOS TRABALHISTAS PRATICADOS PELAS INSTITUIÇÕES CONTRATADAS	%
Não sabe	44,62
Médicos autônomos	1,54
CLT	4,62
CLT - laboratório	1,54
CLT está no contrato	1,54
CLT, mas não está no contrato	10,77
CLT, menos médicos	4,62
Conhece o serviço-CLT	1,54
Convenio - 90% CLT	3,08
Convenios e contrato de gestão CLT	1,54
Cooperados	1,54
Filantropica CLT exceto médicos	1,54
Hospital e obra social CLT, Médicos-PJ	1,54
Médicos cooperados	3,08
ACS, CLT	3,08
Ong – CLT	1,54
Oscip CLT santa casa CLT exceto médicos	1,54
Oscips CLT, santa casa não sabe	1,54
Seleção pela sms - CLT	4,62
Sms exige CLT das parceiras	1,54
Termo de parceria CLT, esta no contrato	1,54
Todos CLT exceto médicos	1,54
TOTAL	100,00

A grande maioria dos gestores desconhece os vínculos praticados pelas instituições prestadoras, as instituições que terceirizam mão de obra afirmam que todos os profissionais de nível médio são contratados via CLT. Os médicos e enfermeiros na sua grande maioria são contratados como Pessoa Jurídica ou via Cooperativas Médicas de médicos da região.

É importante destacar que somente 3% das Secretarias declararam exigir a prática de vínculos CLT em profissionais de nível médio no momento da elaboração do contrato, nesse sentido, podemos inferir que não é uma preocupação dos contratantes.

Impacto das Emendas Constitucionais 51 e 29

Nesse bloco foi perguntado aos gestores se houve impacto das EC's 51 e 29, dada a importância das mesmas para a consolidação do SUS.

Emenda Constitucional 29

Fator determinante para o setor saúde é a aprovação da Emenda Constitucional 29, promulgada em 2000, que fixa os recursos mínimos que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios devem destinar às ações e aos serviços públicos de saúde. No caso da União, determinou-se que o Ministério da Saúde deveria aplicar, em 2000, o valor empenhado de 1999, acrescido de 5% e, de 2001 a 2004, o valor corrigido pelo Produto Interno Bruto. Para os Estados, em 2000, deveriam ser aplicadas no mínimo 7% da arrecadação dos impostos, excluídas as transferências municipais, até atingirem 12%, em 2004, com acréscimos anuais, a partir de 2001, de pelo menos 20%. No caso do Distrito Federal e dos municípios, o mínimo a ser aplicado era de 7% em 2000 até atingir 15% em 2004, também com acréscimos anuais de no mínimo 20%. Atualmente, esses valores são monitorados pelo SIOPS e pelos Tribunais de Contas (Estadual e Municipal).

Emenda Constitucional 51

A admissão de agentes comunitários de saúde no serviço público vem, desde a criação pelo Ministério da Saúde¹ dos programas de saúde da família e de agentes comunitários, gerando polêmicas e debates.

Os recursos para pagamento desse profissional têm sido transferidos, sob a modalidade de incentivo, pelo Ministério da Saúde para estados e municípios que aderirem ao programa.

Dado o caráter *programático* da atividade e a forma de transferência dos recursos, os municípios, incentivados pelo próprio Ministério da Saúde, passaram

a contratar esses profissionais de forma temporária ou mediante convênios e parcerias com entidades privadas, principalmente com a OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

Entretanto, como essa atividade integra a atenção básica, o programa deixou de ter caráter temporário, ainda que o Ministério da Saúde continue a transferir a maioria dos recursos sob a forma de incentivo ou de forma programática. Com isso, os municípios e os estados passaram a necessitar desse profissional de saúde de forma permanente. E sendo uma atividade de caráter permanente, deveria ser criado em seus quadros funcionais, o cargo ou o emprego público de agente comunitário de saúde.

Contudo, por ser da natureza da atividade do agente comunitário a sua residência na comunidade onde atuar, os municípios sempre tiveram dificuldades para, nos concursos públicos, admitir candidato que, dentre outros requisitos da profissão, residisse no local de seu trabalho.

Com a regulamentação da profissão pela Lei n. 10.507, de 10.7.2002, que estabelece como exigência para o exercício da profissão a de morar o profissional na comunidade em que atuar isso se resolveu.

A Lei reza, ainda, que o exercício da profissão de agente comunitário somente poderá se dar no âmbito do Sistema Único de Saúde e o Decreto n. 3.189/99, que tem data anterior à lei, fixa diretrizes para o exercício da atividade.

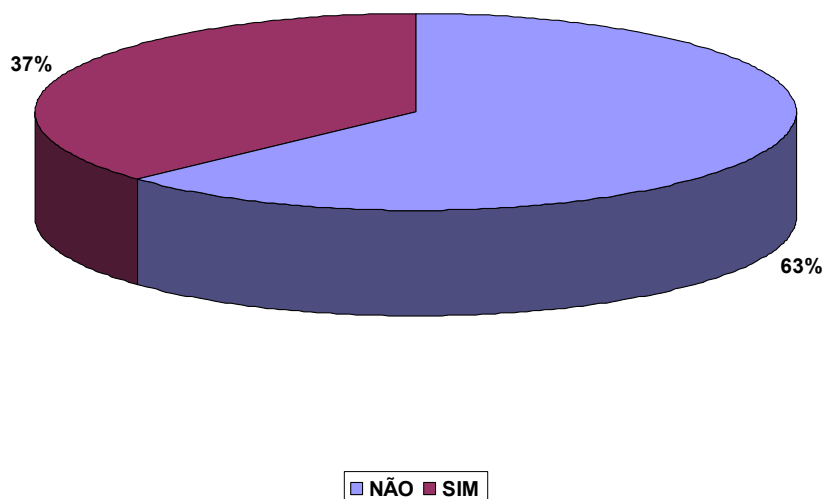
Entretanto esse tema também não está pacificado porque sendo da natureza do agente comunitário ser ele um membro, um conhecedor das pessoas, hábitos e cultura de uma determinada comunidade, a moradia no local *posterior* ao concurso invalida esse requisito da profissão. Os agentes comunitários deveriam ser recrutados, mediante concurso, na região de saúde onde irão atuar. Mas esse é um tema controverso que não tem merecido guarida do Poder Judiciário quando o edital do concurso exige do concorrente comprovação da moradia no local por ocasião de sua inscrição. Creio que a lei deveria ser alterada para esclarecer, de uma vez por todas, esse ponto polêmico.

Como a contratação do agente comunitário sempre é feita pelo próprio Município, mas, na maioria das vezes, de forma terceirizada, a polêmica continuou, tendo, no final do ano de 2005, o Ministério Público do Trabalho notificado o Fundo Nacional de Saúde – Notificação Recomendatória nº 0013/2005 a suspender, a partir de 31 de dezembro de 2005, as transferências obrigatórias dos recursos da saúde aos Municípios que não tivessem realizado concurso público para a contratação desse profissional.

A medida, se implementada pelo Ministério da Saúde, levaria o caos à saúde e, reflexamente, à economia familiar e local, uma vez que por volta de 200 mil profissionais deixariam de receber os seus salários a partir de janeiro, promovendo uma verdadeira desordem no sistema de saúde municipal, principalmente, nos municípios menores, os quais atuam fortemente na atenção básica, *locus* de trabalho dos profissionais de saúde.

Em meio a essa polêmica foi publicada em fevereiro a EC 51, a qual permite aos estados e municípios a admissão de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias por meio de *processo seletivo público*, admitindo ainda a permanência no serviço público de agentes comunitários que tenham sido submetidos a anterior processo de seleção pública. Contudo, a EC 51 não resolveu os problemas existentes nesse campo (SANTOS, 2006).

Gráfico 47
Distribuição geral dos municípios por impacto da EC 29



A maioria dos gestores acredita não ter havido impacto provocado pela EC29, como mostrado no gráfico acima (gráfico 47).

Tabela 13
Justificativas dos municípios que relataram impacto da EC 29

CASO POSITIVO, QUAL O IMPACTO? (EC 29)	%
Aumentou a transparência	4,76
Aumentou o investimento	90,48
Não conhece	4,76
TOTAL	100,00

Dentre os gestores que responderam positivamente à questão do impacto da EC29, 90,48% dele referiram um aumento do investimento.

Tabela 14
Justificativas dos municípios que não relataram impacto da EC 29

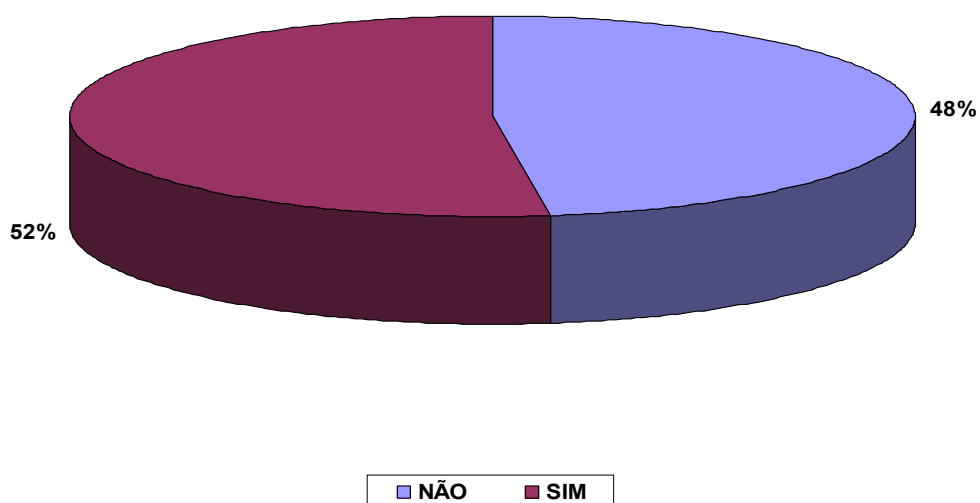
CASO NEGATIVO, POR QUÊ? (EC 29)	%
Despesa aumentou pela produtividade	2,27
Discorda da EC	2,27
Já investia além do proposto	68,18
Não conhece	11,36
Não observou mudança	15,91
TOTAL	100,00

Nessa questão destaca-se a grande quantidade de gestores municipais que relatam que a EC 29 não teve nenhum impacto. A maioria dos gestores informa que o investimento realizado pelo município é acima do estabelecido pela EC, e reclamam que não há contrapartida das esferas estadual e federal, pois não verificaram aumento do repasse dessas esferas para a esfera municipal.

Impactos da Emenda Constitucional 51

Gráfico 48

Distribuição geral da percepção dos gestores municipais sobre o impacto da EC 51



A maioria dos gestores acredita ter havido impacto provocado pela EC51, como mostrado no gráfico anterior (gráfico 48).

Distribuindo-se esse resultado por grupos (gráfico 49), verifica-se maior impacto referido nos municípios de tamanho MG (80%).

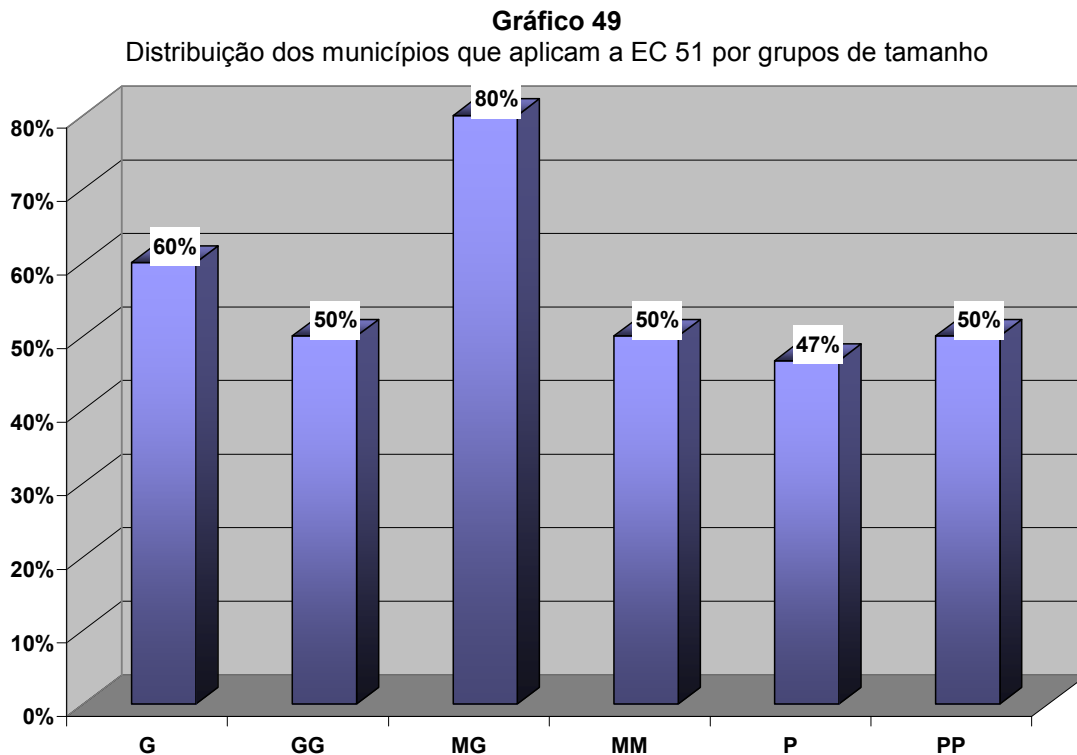


Tabela 15
Justificativas dos municípios que relataram impacto da EC 51

CASO POSITIVO, QUAL O IMPACTO? (EC 51)	%
ACS como CLT determinado	5,88
ACS incorporados ao quadro funcional	23,53
Corre o risco de encerrar PSF	2,94
Dificuldade em implantar PSF	14,71
Em discussão, não garante continuidade do PSF	11,76
Impossibilidade em cumprir - aumento dos custos	2,94
Mudou CLT determinado para indeterminado	5,88
Realizará concurso para próximos ACS	11,76
Realizou concurso	14,71
Reinvidicação dos ACS	2,94
Suspendeu o PSF municipal, ultrapassava os limites da LRF	2,94
TOTAL	100,00

Dentre os impactos positivos mencionados (tabela 15), destacam-se a incorporação de agentes comunitários de saúde (ACS) ao quadro funcional (23,53%) e a realização de concurso (14,71%).

Tabela 16
Justificativas dos municípios que não relataram impacto da EC 51

CASO NEGATIVO, POR QUÊ? (EC 51)	%
ACS incorporados por orientação da câmara	3,23
Continua com parceiros	48,39
Desde o início cumpria as recomendações	19,35
Não conhece	25,81
Não possui ACS	3,23
TOTAL	100,00

A tabela 16 evidencia que 48,39% dos gestores relataram ter optado por continuar com parceiros, motivo pelo qual consideram não ter havido impacto produzido pela EC51, e 25,81% deles desconhecem a existência da EC51.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos revelaram que é realmente disseminada a percepção de que o funcionalismo público é menos comprometido com o trabalho, sendo, conseqüentemente, menos eficiente, em comparação ao setor privado. Tal percepção é ainda mais intensa nos municípios que praticam majoritariamente vínculos trabalhistas regidos pela CLF.

A grande maioria dos respondentes atribuiu essa falta de comprometimento à estabilidade no emprego decorrente do vínculo CLF, muito embora tenha sido verificada a mesma percepção em relação aos vínculos regidos por CLT.

Como possível solução para a falta de comprometimento observada, os gestores dos municípios de maior porte populacional apontam a necessidade de ferramentas de gestão de pessoas, tais como: plano de carreira e remuneração variável baseada em avaliação de desempenho.

Por outro lado, os gestores dos municípios de menor porte populacional não mencionam a necessidade de introdução de instrumentos de gestão de pessoas, sendo que muitas vezes os gestores referiram indiferença em relação aos vínculos praticados. Podemos supor que essa indiferença se deva a uma fraca capacidade de gestão nesses municípios.

Essa ineficiência proclamada em relação aos serviços da administração direta está alinhada com a percepção de que os serviços contratados são mais eficientes, sendo esta a maior motivação referida para a contratação de serviços terceiros, em vez da de serviços prestados pela administração municipal.

Contrariamente à hipótese do estudo, poucos gestores mencionaram a relação entre os limites de despesas com pessoal imposto pela LRF e as contratações realizadas, sendo que nenhum gestor relatou esse motivo como o principal para a contratação de serviços, embora tenha sido citada no discurso de 17% dos entrevistados. Uma hipótese a ser considerada para esse dado inesperado é a

ausência de ações punitivas para municípios que desrespeitam os limites propostos, decorrentes da ausência de regulamentação da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Quanto aos tipos de contrato praticados, fica clara a preferência de gestores pela prática de Contratos de Gestão e Termos de Parceria, o que provavelmente se deve à maior capacidade de controle do gestor em relação às metas pré-estabelecidas. Novamente, verificamos uma maior capacidade de gestão nos municípios de maior porte, fato que se torna evidente quando são considerados: a maneira de seleção das instituições parceiras (que possuem uma análise mais minuciosa e formalizada das instituições), as formas mais elaboradas de supervisão dos contratos (monitoramento de indicadores de desempenho e produtividade) e os benefícios decorrentes de metas pré-estabelecidas.

Os convênios são a formas mais tradicionais de prestação de serviços na área de saúde, o que se atribui a pelo menos dois fatores: 1) a legislação do SUS, que estimula a formação de parcerias entre o setor público e as instituições sem finalidade lucrativa; e 2) a grande capacidade instalada de Hospitais Filantrópicos (Santas Casas) no Estado de São Paulo.

Muitos gestores de municípios de menor porte populacional relataram que os convênios são a única forma de prestar atendimento à população, vez que representam a capacidade instalada capaz de atender as demandas, principalmente em municípios pequenos. Verificamos também que os mecanismos de supervisão formal são mais escassos e que, em muitas situações, eles não existem, fato que se confirma pela quantidade de indicadores monitorados.

Os contratos administrativos são utilizados para serviços destinados a complementar a rede assistencial, sendo em sua grande maioria constituída por serviços diagnósticos. Evidenciou-se um grande controle da produtividade nos municípios que praticam este tipo de contrato, embora não exista uma supervisão formal do desempenho desses serviços.

Quanto aos impactos das Emendas Constitucional 29 e 51, verificamos que a emenda 51 teve um grande impacto na gestão dos municípios, chegando até o ponto de dificultar a implantação do PSF em alguns municípios. A Emenda 29 não parece ter obtido um impacto significativo, pois os gestores informaram já investir em saúde muito mais que o mínimo recomendado pela emenda. Além disso, criticaram a esfera estadual e federal, alegando não terem percebido nenhum aumento no repasse financeiro proveniente dessas esferas.

O presente trabalho revela que a contratação de pessoas pelo setor privado no atendimento pelo Sistema Único de Saúde é uma realidade, motivada principalmente pela descrença dos gestores no funcionalismo público, embora ainda haja quem creia nesse tipo de contratação.

É inegável a opinião positiva dos gestores sobre a prática da contratualização, isso se confirma por meio da opinião de gestores que possuem várias formas de contrato na administração municipal.

BIBLIOGRAFIA

ABREU FILHO, S.C. Algumas anotações sobre a terceirização como instrumento de gestão do estado, in Reforma Administrativa. *Cadernos Fundap*, n. 22, p. 74-80, 1º sem/2002.

ABRUCIO, F.L. O longo caminho das reformas dos governos estaduais: crise, mudanças e impasses In: Reforma do Estado e mudança institucional no Brasil ed. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 1999.

ALMEIDA, M. H. T. Federalism and Social Policies. *Brazilian Review of Social Sciences*, São Paulo, v. 2, p. 83-98, 2003.

ARRETCHE, Marta. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.

AZEVEDO, C.B.A. Novas regras para o servidor público, in Reforma Administrativa. *Cadernos Fundap*, n. 22, p. 179-96, 1º sem/2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Despesa com Pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal: Uma Análise da Situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios. Brasília-DF. Janeiro, 2006.

DI PIETRO, M.S.Z. Parcerias Na Administração Pública. Editora: ATLAS. São Paulo, 2005.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L.; GIRARDI JR, J.B. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região sudeste do Brasil: um estudo exploratório. Organização Pan Americana da Saúde PWR - Brasil. 2005. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

MARCONI, N. A evolução do perfil da força de trabalho e das remunerações nos setores público e privado ao longo da década de 1990. *Revista do Serviço Público* v.54, n.1, Jan-Mar 2003.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>.

SANTOS, Lenir. A Emenda Constitucional N. 51/2006 e os Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em http://www.conasems.org.br/files/Parecer_Lenir_EC51.pdf

SOUZA, Celina e CARVALHO, Inaiá M. M. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. *Lua Nova*, 48, 1999, p. 187-213.

Tribunal de contas do município (TCM). Disponível em: <http://www.tcm.sp.gov.br>.

TROSA, S., *Gestão Pública por resultados: quando o Estado se compromete*. Rio de Janeiro: Revan, 2001.