



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

SILVANA MÁRCIA PINHEIRO SANTOS COELHO

**AVALIAÇÃO DOS INDICADORES PRESENTES NOS CONTRATOS DA
GESTÃO TERCEIRIZADA DE HOSPITAIS PÚBLICOS: UM ESTUDO NA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA– SESAB**

Salvador
2016

SILVANA MÁRCIA PINHEIRO SANTOS COELHO

**AVALIAÇÃO DOS INDICADORES PRESENTES NOS CONTRATOS DA
GESTÃO TERCEIRIZADA DE HOSPITAIS PÚBLICOS: UM ESTUDO NA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA– SESAB**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães.

Salvador
2016

Escola de Administração - UFBA

C672 Coelho, Silvana Márcia Pinheiro Santos.

Avaliação dos indicadores presentes nos contratos da gestão terceirizada de hospitais públicos: um estudo na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB / Silvana Márcia Pinheiro Santos Coelho. – 2016.

102 f.

Orientador: Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2016.

1. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado – Terceirização. 2. Hospitais públicos – Modelos em administração – Padrões de desempenho. 3. Hospitais públicos – Terceirização - Avaliação. 4. Administração pública – Contratos – Avaliação. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 352.538

SILVANA MÁRCIA PINHEIRO SANTOS COELHO

**AVALIAÇÃO DOS INDICADORES PRESENTES NOS CONTRATOS DA
GESTÃO TERCEIRIZADA DE HOSPITAIS PÚBLICOS: UM ESTUDO NA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA– SESAB**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 18 de março de 2016

Maria do Carmo Lessa Guimarães - Orientadora
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Sandro Cabral
Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Mônica Silva Martins
Doutora em Ph D Santé Publique Option Organisation Des Soins pelo Université de Montreal, Canadá
Pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz

A meus pais Terezinha e Pedro Coelho e à minha avó Ester Pinheiro Santos, aos quais, considerando todo empenho para a formação do meu caráter e para construção do meu conhecimento, todo o agradecimento é pouco.

Aos meus filhos, Catarina e Guilherme, cuja existência já é um grande estímulo à minha busca por superação, e que enchem minha vida de alegrias. Suas naturezas independentes permitem que eu tenha tranquilidade para seguir outros sonhos e assumir outras responsabilidades para além da maternidade. Todas as minhas conquistas, filhos, dedico a vocês!

A meu irmão Jorge Tadeu cujos olhos brilharam quando falei do sonho do Mestrado. Neste capítulo da minha vida, você é personagem principal, meu irmão!

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço toda a demonstração da sua existência através dos pequenos e grandes detalhes da minha vida, incluindo alguns que tornaram possível este Mestrado.

À professora Vera Mendes e ao professor Paulo Penteado cuja condução e estímulo nas disciplinas que cursei como aluna especial me levaram a pensar no Mestrado. E aos colegas destas disciplinas cujas providências práticas me ajudaram a passar no teste ANPAD.

À minha filha Catarina que colocou a discussão da terceirização no foco do meu interesse, pela troca de ideias e pela ajuda com sua excelência na Língua Portuguesa.

A meu filho Guilherme pelas constantes ajudas na informática, na correção das tabelas e dos slides e pela troca de ideias.

A Jorge Tadeu Coelho pelo incentivo em todos os momentos deste Mestrado.

À minha companheira de trabalho Valtenice Oliveira, cuja competência, tornou meus momentos de ausência imperceptíveis, me dando tranquilidade para estudar.

A meus colegas da ATSB/DGC/ SESAB, Liliane Mascarenhas, Liana Figueiredo, Julie Kruchewsky, Rosa Magalhães, Luiz Fernando, Fátima Varela, Ruth Vilas Boas, pelo incentivo e apoio.

A Gilmar Vasconcelos, Ana Cristina Guimarães e Yara Pedreira da CEMPSS/SESAB pela generosa troca de experiências e ideias que enriqueceram minhas discussões com saberes práticos, e pela ajuda na concretização do meu sonho, e em dar utilidade prática ao meu estudo acadêmico.

Aos meus colegas e amigos do Mestrado/ Doutorado 2014 pela alegre convivência, pelas conversas produtivas e pelas risadas. Em especial, o meu agradecimento a Mayara Almeida, Monica Matos e Taiz Alfaya, amigas que ganhei no Mestrado e que quero conservar com muito carinho.

À Mayara Almeida pelas ideias após cuidadosa e carinhosa leitura de um texto, cujo tema não é sua prioridade de interesse. A Pedro Jayme de Coelho Junior pelas sugestões na fase inicial deste trabalho. E a Paulo Hugo por sugestões para apresentação dos resultados.

Aos professores das disciplinas que cursei, Genauto França, Monica Mac Allister, Eduardo Davel, Sandro Cabral, Antônio Francisco, Maria do Carmo Lessa Guimarães, Célio Andrade e Tania Ficher e àqueles que os papos no corredor e na cantina fizeram laços, eu digo, sem medo de exagerar, que os avanços que consegui foram apoiados em suas mentes brilhantes. O meu especial agradecimento a Sandro Cabral, cujo domínio das ferramentas de avaliação e amplitude de conhecimento alavancou as minhas construções teóricas, e a Antônio Sérgio que carinhosamente leu o texto e deu preciosas sugestões e indicações de leituras.

A minha doce orientadora Duca, com quem aprendi muito mais do que metodologia de pesquisa, mas especialmente sobre a importância do respeito ao outro na construção efetiva e

verdadeira do conhecimento. Obrigada pelo carinho, pelas conversas, pela paciência. A leveza deste mestrado devo muito a você! Quando eu realizar o sonho de ser professora, você será uma carinhosa referência.

Aos professores e gestores que participaram como avaliadores nesta pesquisa, disponibilizando seu tempo e conhecimento para enriquecer este trabalho: Ana Luiza Vilas Boas, Alvino Sanches Filho, Camila Lisboa, Celio Andrade, Cristina Melo, Gisélia Souza, Joana Demarchi, Joana Molesini, HelonizaCosta, Marta Rejane Montenegro, Marta Teixeira, Monica Martins, Osvaldo Tanaka, Renato Sena, Sandro Cabral, Valdimir Seixas Silva, Valeria Peruna e Valdira Rodrigues.

A Dacy e Anaélia, presenças marcantes na Escola de Administração da UFBA, pelo carinho, apoio e acolhimento.

COELHO, Silvana Márcia Pinheiro Santos. **Avaliação dos Indicadores Presentes nos Contratos da Gestão Terceirizada de Hospitais Públicos: um estudo na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia– SESAB.** 2016. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

Este estudo analisa se os indicadores presentes nos contratos da gestão terceirizada de hospitais públicos realizados na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia- SESAB favorecem a avaliação e o controle da gestão terceirizada. Parte-se do pressuposto de que os indicadores presentes ainda são elaborados de forma normativa, reforçando a fragilidade e insuficiência de práticas avaliativas sistemáticas no âmbito da administração pública, decorrente da ausência de uma cultura de avaliação do desempenho dos serviços públicos prestados à população. Para a análise pretendida, foi construída uma matriz analítica, propondo dimensões e critérios baseados na literatura que discute aspectos conceituais sobre a avaliação e a terceirização. Assim, a escolha das dimensões e dos critérios foi pautada nas premissas que justificam a utilização da terceirização da gestão pela administração pública. Esta matriz foi encaminhada a especialistas, utilizando-se de uma adaptação do método Delphi, para a avaliação dos indicadores presentes nos contratos de gestão e para sua validação como ferramenta metodológica para avaliar os indicadores dos contratos de terceirização realizados pelo poder público. Apesar de terem sido encontrados indicadores considerados consistentes para avaliar a gestão terceirizada, os resultados apontam para a falta de padronização na apresentação dos indicadores nos contratos, a dificuldade para compreender o que está sendo descrito como indicador, uma quantidade excessiva de indicadores inconsistentes, além de uma ausência de correlação dos indicadores com os objetivos pretendidos. Assim é possível concluir, que a seleção e formulação de indicadores ainda não vêm sendo precedida de escolhas fundamentais a exemplo do foco, dos agentes, do tipo e natureza da avaliação que deve ser realizada pela administração pública, ao transferir a gestão de hospitais públicos para entes privados, confirmando o pressuposto inicial.

Palavras-chave: avaliação de desempenho, indicadores; terceirização de hospitais públicos; contratos de gestão.

COELHO, Silvana Márcia Pinheiro Santos. **Evaluation of indicators assessment in the Outsourced Management Contracts Public Hospitals: a study in the Department of Health of the State of Bahia- SESAB**. 2016. 102 f. Dissertation (MS) - Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

This study examines whether the indicators present in the contracts of outsourced management of public hospitals performed at the Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB (Bahia State Department of Health) favor the evaluation and control of outsourced management. It starts from the assumption that the present indicators are also designed in a normative manner, reinforcing the fragility and lack of systematic evaluation practices within the public administration, due to the absence of a performance evaluation culture of public services to the population. For the analysis, an analytical matrix was built, proposing dimensions and criteria based on literature that discusses conceptual aspects of the assessment and outsourcing. Thus, the choice of dimensions and criteria was based on the assumptions that justify the use of outsourcing management by government. This matrix was referred to specialists, using an adaptation of Delphi method for the evaluation of the indicators present in management contracts and its validation as a methodological tool to assess the indicators of outsourcing contracts signed by the government. Although they were found indicators considered consistent to evaluate the outsourced management, the results point to the lack of standardization in the presentation of indicators in contracts, difficulty understanding what is being described as an indicator, an excessive amount of inconsistent indicators, and a lack of correlation of the indicators with the intended objectives. Therefore, it is possible to conclude that the selection and formulation of indicators have not yet been preceded by fundamental choices such as the focus, the agents, the type and nature of the assessment to be carried out by the public administration, to transfer the management of public hospitals for private entities, confirming the initial assumption.

Keywords: performance evaluation, indicators; outsourcing of public hospitals; contract management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do Tempo da Utilização da Avaliação na Administração pública Brasileira	28
Figura 2- Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde	38
Figura 3 - Matriz Analítica	56
Figura 4 - Organograma da SESAB	60
Figura 5 - Mapa com Identificação do Quadro de Hospitais da SESAB Distribuídos por Núcleos Regionais	66
Figura 6 - Panorama do Consenso entre os participantes da Pesquisa	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação entre modalidades de parcerias possíveis na Administração Pública Brasileira.....	43
Quadro 2 - Critérios, conceitos, e fontes bibliográficas	55
Quadro 3 - Natureza das diferentes organizações gestoras terceirizadas de hospitais públicos e suas respectivas localizações no Estado da Bahia, 2014	68
Quadro 4 - Exemplo 1 de Relação Entre Dimensões e Operações.....	71
Quadro 5- Exemplo 2 de Relação Entre Dimensões e Operações.....	72
Quadro 6- Exemplo 3 de Relação Entre Dimensões e Operações.....	72
Quadro 7- Exemplo 4 de Relação Entre Dimensões e Operações.....	74
Quadro 8 - Exemplo 5 de Relação Entre Dimensões e Operações.....	75
Quadro 9 - Exemplo 6 de Relação Entre Dimensões e Operações.....	75
Quadro 10 - Exemplo 1 de Formulação de Indicadores	78
Quadro 11 - Exemplo 2 de Formulação de Indicadores	79
Quadro 12 - Exemplo 3 de Formulação de Indicadores	79
Quadro 13 - Exemplo 4 de Formulação de Indicadores	80
Quadro 14 - Exemplo 5 de Formulação de Indicadores	81
Quadro 15 - Exemplo 6 de Formulação de Indicadores	81
Quadro 16 - Exemplo 7 de Formulação de Indicadores	82
Quadro 17- Exemplo 8 de Formulação de Indicadores	83
Quadro 18 - Exemplo 9 de Formulação de Indicadores	83
Quadro 19 - Exemplo 10 de Formulação de Indicadores	83
Quadro 20 - Exemplo 11 de Formulação de Indicadores	84
Quadro 21 - Exemplo 12 de Formulação de Indicadores	85
Quadro 22 - Indicadores considerados consistentes pelos avaliadores da pesquisa para avaliar os critérios de eficiência, eficácia, efetividade e acessibilidade na gestão hospitalar terceirizada	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BDAH	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar- I
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CBA	Consórcio Brasileiro para Acreditação
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe-
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
CLAD	Centro Latino-americano de Administração para o Desenvolvimento-
CNES	Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DGRP	Diretoria de Gestão da Rede Própria
DIRP	Diretoria da Rede Própria Sob Gestão Indireta
ENAP	Fundação Escola Nacional de Administração Pública
FES	Fundo Estadual de Saúde
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
GI	Gestão Indireta
IFF	Instituto Fernando Figueiras
IMIP-	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
OCDE	Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
RAGI,	Relatório de Avaliação da Gestão Indireta
RIH	Relatório de Informação Hospitalar
SAGI	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SAIS	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SM	Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda
SUREGS	Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	ESTRUTURA DO TRABALHO	19
2	A AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA	21
2.1	O PAPEL DOS INDICADORES NA AVALIAÇÃO	32
2.2	TRAJETÓRIA DA AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO SETOR SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO	34
3	TERCEIRIZAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA E SEU IMPACTO NO SETOR SAÚDE	40
4	ESCOLHAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS	49
4.1	PROCEDIMENTOS E ETAPAS DA PESQUISA	54
5	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DOS INDICADORES PRESENTES NOS CONTRATOS DE GESTÃO CELEBRADOS ENTRE A SESAB E ENTIDADES PRIVADAS PARA GESTÃO TERCEIRIZADAS DE HOSPITAIS PÚBLICOS	59
5.1	A ESTRUTURA DA ORGANIZAÇÃO ESTADUAL DA SAÚDE: O “LUGAR” DA AVALIAÇÃO NA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	59
5.2	A POLÍTICA HOSPITALAR NO ESTADO DA BAHIA: O QUE DIZEM OS DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS.....	65
5.3	O QUE DIZEM OS INDICADORES?.....	70
5.3.1	Apresentações e Conteúdos Propostos	70
5.3.2	Formulação dos Indicadores	77
5.4	INDICADORES PARA AVALIAR A GESTÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS TERCEIRIZADOS: UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO	86
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	95

1 INTRODUÇÃO

A partir do meado do século XX, os desafios de condução política, em um cenário de economia internacionalizada, crise orçamentária e novas expectativas dos cidadãos por um Estado mais eficiente (BRESSER PEREIRA, 1996; KISSLER e HEIDEMAN, 2006), colocaram em relevância a avaliação e o controle da gestão pública (BASTOS e ALMEIDA, 2006; COSTA e CASTANHAR, 2003), ao mesmo tempo em que fizeram emergir a tarefa de discutir as fronteiras entre órgãos públicos e os cidadãos e entre os setores públicos e privados, trazendo novos contornos a estas relações (BASTOS e ALMEIDA, 2006, CABRAL, 2006; KISSLER e HEIDEMAN, 2006; MENARD, 2006).

Entre as novas formas de relação entre o setor público e o setor privado está a transferência de atividades que eram executadas diretamente pelos agentes governamentais a entes privados ou ligados ao terceiro setor (terceirização). Esta transferência está relacionada ao contexto das reformas de Estado, realizadas em vários países, com a expectativa de aumentar a eficiência operacional para manter ou ampliar a qualidade dos serviços e diminuir os custos (COSTA e CASTANHAR, 2003; SANTOS *et al* 2006).

Se a busca por maior eficiência na gestão pública trouxe a emergência de utilização da avaliação de forma mais sistemática na administração pública, a terceirização ampliou esta responsabilidade, considerando que a transferência de recursos e execução de atividades da administração pública para o setor não estatal ou privado não isenta a administração pública da responsabilidade pela prestação dos serviços; ao contrário, passa a exigir a adoção de formas de definição de desempenho em contrato, através da explicitação prévia de indicadores metas, meios, controle e incentivos, que favoreçam o acompanhamento e a avaliação do desempenho da organização terceirizada. (COSTA e CASTANHAR, 2003; ARAÚJO, 2010; LUEDY *et al*; 2012).

No Brasil, a terceirização foi regulamentada no ano de 1967 com o Decreto Lei- DL nº 200, que apresentou a possibilidade de descentralização da execução das atividades da Administração Federal para o setor privado, embora, como chama a atenção Velloso (2013), o termo terceirização não tenha sido utilizado naquela época. De fato, o Decreto Lei- DL nº 200 explicita os planos principais como a descentralização pode ser posta em prática: a) dentro dos quadros da Administração Federal; b) da Administração Federal para às unidades federadas, quando estejam devidamente aparelhadas e mediante convênio; e c) da

Administração Federal para a órbita privada, mediante contratos, desde que exista, na área, empresa ou entidade privada suficientemente desenvolvida e capacitada a suportar os encargos da execução do objeto do contrato. (BRASIL, 1967)

Inicialmente a terceirização na administração pública brasileira se restringiu a atividades periféricas ou atividades meio, sob a justificativa de focar nas competências essenciais. A partir dos anos 1990, no bojo da Reforma Administrativa do Estado, e da administração gerencial, a terceirização vem se ampliando, alcançando até mesmo as atividades consideradas essenciais, como a saúde, através de uma administração voltada para resultados, que atenda ao cidadão enquanto usuário dos serviços públicos e enquanto contribuinte de impostos (BRASIL, 1995).

A criação do Sistema Único de Saúde brasileiro pela Constituição Federal de 1988, com cunho social e universal, ocorreu em pleno movimento de reforma e redefinição do papel do Estado brasileiro. Os debates da Assembleia Constituinte com relação à Saúde revelaram interesses de grupos opostos: os grupos empresariais, sob as lideranças da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais); e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor (CAMPOS, 2009). O texto constitucional revela que foram atendidos os interesses dos dois grupos. Das forças representadas pela Reforma Sanitária, ao se definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Do setor privado, uma vez que o Art. 198 da Constituição Federal de 1988 estabelece, entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS, a descentralização, e o Art. 199 esclarece que as instituições privadas poderão participar do Sistema Único de Saúde de forma complementar, através de contratos de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades sem fins lucrativos.

Considerando o contexto histórico da criação do SUS e os diferentes propósitos e naturezas entre a administração pública e a privada (FLYN, 2009), a utilização da terceirização na saúde pública brasileira parece contraditória, partindo-se do princípio de que as novas organizações gestoras terceirizadas não levarão a racionalidade do mercado para o interior dos serviços públicos (COHN, 2009). Cabe, portanto, debruçar-se mais acuradamente sobre as práticas avaliativas no contexto da utilização da terceirização na saúde pública.

A compreensão das práticas avaliativas necessita estabelecer o objeto e o sujeito da avaliação, além de seus propósitos, objetivos e modos de proceder (GUIMARÃES *et al* 2004; SANTOS *et al* 2006). No contexto deste estudo, advoga-se a relevância dos contratos, como

objeto a ser avaliado. Primeiramente, porque a administração pública é orientada por princípios fundamentais, destacando-se em importância àqueles expressos no caput do art. 37 da Constituição: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e o princípio implícito de supremacia do interesse público (ALEXANDRINO e PAULO, 2012). Destaca-se que os contratos são os instrumentos legais que regulamentam as relações da administração pública com os terceiros (BRASIL, 1993; DI PIETRO, 2012). Assim, a terceirização coloca a administração pública diante de uma relação contratual, onde, na perspectiva da Teoria da Agência, a administração pública está na posição principal e as organizações contratadas, na posição de agente (SILVA, 1995). Dentro deste raciocínio, uma relação principal/agente, ou uma relação de agência, ocorre quando uma parte (o agente) é contratada por outra (o principal) para realizar ações que afetam o resultado do principal (BESANKO *et al* 2006). Portanto, os contratos são os instrumentos que permitem a designação das atividades a serem realizadas pelos terceiros, e que revelam o planejamento das atividades que devem cumprir os objetivos do principal e possibilitar o seu controle.

Os contratos são ainda importantes mecanismos para controlar ou dirimir eventuais conflitos entre as partes ao definir direitos, remuneração e sistema de avaliação (BRICKLEY *et al* 2007), de forma que falhas na terceirização, e uma possível decisão de rompimento do contrato, podem estar relacionadas à elaboração dos contratos. O conteúdo dos contratos, portanto, tem ainda grande relevância nos casos em que se decide pela reintegração dos serviços terceirizados pela administração pública (CABRAL e LAZZARINI, 2013).

Diante disso, considerando que a execução do contrato deve ser acompanhada e fiscalizada por um representante da administração pública (BRASIL, 1993), espera-se que os contratos apresentem indicadores que identifiquem o desempenho das organizações e permitam que os objetivos sejam discutidos com os atores sociais envolvidos, dentro dos princípios de transparência e democracia exigidos pelas sociedades desenvolvidas (OLIVEIRA, 1998).

Nesse sentido, este estudo analisa os indicadores existentes nos contratos de gestão hospitalar terceirizada, observando a compatibilidade destes com o que se espera da utilização da terceirização da saúde pela administração pública, e se eles favorecem o controle e a avaliação do desempenho, pela SESAB, da gestão dos hospitais públicos terceirizados. Ainda que se admita que a avaliação envolva outras ferramentas, e que a existência de indicadores nos contratos não é suficiente para garantir a implementação de uma avaliação sistemática na administração pública, defende-se que a definição de indicadores é fundamental para

possibilitar a avaliação de processos e resultados das organizações públicas e/ou privadas (GONÇALVES, BRAGA e CAMPOS, 2011). Além disso, configura-se como o primeiro momento, ou momento *ex ante*, da avaliação, que apresenta seu foco e intencionalidade (ARAÚJO, 2010), podendo inclusive impactar na forma como será conduzida a gestão terceirizada, e no comportamento dos executores dos serviços (LIMA e RIVERA, 2012).

Parece haver uma lacuna com relação à avaliação do desempenho da gestão pública terceirizada e, em especial, com relação à compreensão sobre o que revelam os indicadores dos contratos de terceirização sobre as funções de controle e avaliação diante das novas responsabilidades assumidas pela administração pública brasileira com a utilização da terceirização, residindo neste ponto a motivação principal para a realização deste estudo.

Na revisão da literatura nas bases Scielo e Spell, e nas bibliografias indicadas pelos artigos encontrados no período deste estudo, utilizando os descritores “avaliação da gestão terceirizada”, “avaliação da gestão de serviços de saúde” e “avaliação de serviços públicos”, foram encontrados estudos sobre avaliação que exploram aspectos ligados ao desempenho de programas de Saúde, de mudanças na saúde da população e do desempenho de sistemas de saúde. Não foram encontrados estudos sobre avaliação dos indicadores presentes nos contratos de gestão hospitalar terceirizada.

Dentre os trabalhos encontrados sobre indicadores, destacam-se o estudo de Januzzi (2005) que focaliza a avaliação dos programas sociais no Brasil; o estudo realizado por Steytler (2010) sobre as perspectivas para avaliação de indicadores de desempenho de programas de Governo; o estudo sobre avaliação executiva de indicadores no governo do estado de Minas Gerais, realizado por Gonçalves e colaboradores (2011); e o estudo de Machado, Martins e Martins (2013) que apresenta uma revisão da literatura da avaliação da qualidade hospitalar no Brasil, no período de 1990 a 2011.

Quando foi utilizada a base de dados *Scopus*, que informa sobre a pesquisa internacional, utilizando os descritores “*hospital management indicator*”, “*hospital management performance*” e “*hospital performance measurement*” foram encontrados predominantemente estudos sobre enfermidades e resultados obtidos com a utilização de novas condutas terapêuticas.

Não foi encontrado estudo que avalie os instrumentos de mensuração do desempenho da gestão hospitalar terceirizada, embora se deva ressaltar que a busca não tenha utilizado o termo “avaliação da terceirização” o que pode ter, em alguma medida, reduzido a

probabilidade da localização de trabalhos que possam ter esta situação como objeto de estudo. Contudo, os resultados do levantamento realizado nos bancos de dados, corroboram com aqueles encontrados na revisão bibliométrica realizada por Akim e Mergulhão (2015), nas bases SciELO e *Web of Science*, no período de 1980 a 2013, a qual revelou que a medição de desempenho na administração pública ainda é um campo emergente, cujo crescimento foi observado a partir de 2006.

Partindo da premissa que a elaboração dos indicadores é o momento *ex ante* da avaliação (ARAÚJO, 2010), e considerando que a escolha de indicadores, entre a grande variedade de formas de definir e utilizar os indicadores é condicionante e revela o propósito da avaliação (COSTA e CASTANHAR, 2003; BOULLOSA e RODRIGUES, 2014), este estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: se os indicadores presentes nos contratos de gestão terceirizada de hospitais públicos realizados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia- SESAB, estão compatíveis com o que se espera da utilização da terceirização da saúde pela administração pública favorecendo à SESAB proceder o controle e a avaliação do desempenho dos hospitais terceirizados.

Ressalta-se que a avaliação, neste contexto atende também ao conceito de responsividade, cuja matriz teórica encontra-se no campo das ciências políticas, e que foi introduzido no campo da Saúde pela Organização Mundial da Saúde- OMS como uma nova dimensão de avaliação da saúde, para se referir aos elementos não diretamente ligados ao estado da saúde, mas que se referem aos direitos dos pacientes e princípios normativos que orientam políticas e programas, fortalecendo a posição do paciente, dando-lhe um status de indivíduo/cidadão, ou seja, de sujeito portador de direitos válidos universalmente (VAITSMAN e ANDRADE, 2005). Nesta perspectiva conceitual, é possível inferir uma dada convergência entre o sentido atribuído à responsividade, com o de responsabilidade, ou seja, espera-se da administração pública a reponsabilidade por avaliar e monitorar os resultados do desempenho das unidades de saúde, inclusive as terceirizadas, prestando contas à população sobre a garantia do acesso e da qualidade dos serviços públicos de saúde, assegurados a ela pela Constituição Federal Brasileira.

Parte-se do pressuposto de que os indicadores presentes nos contratos de gestão de hospitais públicos e entes privados, no contexto da terceirização da saúde, ainda são elaborados de forma a cumprir uma exigência legal e normativa, não favorecendo a elaboração de indicadores de desempenho adequados ao cumprimento da dimensão avaliativa. Esta situação reforça a fragilidade e insuficiência de práticas sistemáticas avaliativas no

âmbito da administração pública (GARCIA, 2015), decorrente da ausência de uma cultura de avaliação do desempenho dos serviços públicos prestados à população.

A escolha pela área hospitalar se justifica pelas demandas crescentes de recursos públicos nesta área (BASTOS e ALMEIDA, 2006; MACHADO, MARTINS e MARTINS, 2013), o que torna emergente a adoção de ferramentas adequadas de avaliação de desempenho, que pode apontar para uma significativa racionalização nos processos de prestação dos serviços, com economia de recursos (SOUZA *et al* 2009), além de representar esforços para garantir transparência nos gastos e prestação de um cuidado equânime, reduzindo variações na prática clínica (MACHADO, MARTINS e MARTINS, 2013).

A escolha da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia- SESAB como campo de estudo deve-se a ampliação da utilização da terceirização da gestão hospitalar neste estado, chegando, em 2014, ano de conclusão da coleta de dados deste estudo, a estar em vigência 20 contratos sob gestão terceirizada, o que representa 40% do total de instituições hospitalares estaduais, considerando hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Referência. Desde a vigência da Lei nº 7027/97, promulgada em 23/01/97, que possibilitou a terceirização da gestão de hospitais da rede estadual na Bahia (PINTO, 2004), não foi encontrado nenhum estudo que responda em que medida os indicadores previstos podem favorecer a avaliação e controle da gestão terceirizada e ao cumprimento da responsabilidade da administração pública na prestação de contas à sociedade.

Considera-se que a compreensão sobre o que revelam os indicadores presentes nos contratos de gestão hospitalar terceirizada pode contribuir para os estudos em avaliação, numa perspectiva estratégica, em que se busca analisar os desafios a ela colocados no âmbito da administração pública.

1.1 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho está estruturado em seis capítulos, iniciando por este primeiro capítulo introdutório. O capítulo 2 apresenta uma reflexão sobre a avaliação, sua evolução e os desafios do seu uso na administração pública e na saúde pública. O capítulo 3 aborda a utilização da terceirização na administração pública, a fim de entender quais dimensões de análise a utilização deste recurso traz para a avaliação na administração pública, no contexto

da realidade brasileira. O capítulo 4 apresenta os elementos teóricos e metodológicos para o desenho do modelo de análise utilizado para avaliação dos indicadores presentes nos contratos estudados. No capítulo 5, discutem-se os resultados obtidos à luz dos elementos teóricos que orientam o estudo, buscando confirmar os pressupostos desta pesquisa. O capítulo 6 traz, a título de considerações finais, a discussão sobre aspectos críticos observados na formulação dos indicadores e suas limitações e restrições para a SESAB avaliar e monitorar os resultados dos contratos estabelecidos com as entidades privadas para a gestão de unidades hospitalares públicas, bem como sugestões para pesquisas futuras.

2 A AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

De acordo com Costa e Castanhar (2003), os estudos acadêmicos sobre avaliação revelam um conjunto de técnicas que adotam conceitos diferenciados para se referir muitas vezes aos mesmos procedimentos. Desta forma, consideram necessário avançar na teorização da prática e buscar consensos necessários à construção de paradigmas, para evitar que cada pesquisa sobre avaliação necessite de uma referência prévia para análise e treinamento supervisionado do pessoal envolvido.

Entretanto, outros autores, como Guimarães e colaboradores (2004) e Santos e outros, (2006) consideram que os dissensos conceituais situam-se no campo da condução da prática da avaliação, no da seleção do foco, dos métodos e do grau de objetividade e de sistematização a serem utilizados, uma vez que o termo avaliação, para ser compreendido, necessita estar acompanhado da informação sobre o objeto e o sujeito da avaliação, além de seus propósitos, objetivos e modos de proceder.

Nesta mesma direção, Garcia (2015) acredita que é o sujeito da avaliação que lhe imprime sentidos e enfoques particulares, consistentes com seus interesses e propósitos. Desta forma, um mesmo objeto poderá ser avaliado sob diferentes perspectivas, a depender do interesse dos sujeitos e do que se deseja com a avaliação.

Com relação à problemática deste estudo, em concordância com Saravia (2006), considera-se que a compreensão e a utilização da avaliação na administração pública, assim como de outras atividades estatais, sofrem influência do contexto em que as atividades se desenvolvem e dos desafios enfrentados pelos governos ao longo do tempo. Assim, a análise da compatibilidade dos indicadores existentes nos contratos de gestão hospitalar terceirizada requer a compreensão do foco e natureza requerida da avaliação no contexto da utilização da terceirização pela administração pública.

Segundo Dubois, Champagne e Bilodeau (2013), a história moderna da avaliação no ocidente começa no século XVIII na Grã Bretanha e França, impulsionada pela revolução intelectual e humanista do século das luzes e as mudanças sociais provocadas pela Revolução Industrial. A partir de então, tanto na Europa como na América do Norte, as iniciativas de avaliação têm o objetivo de aperfeiçoar os processos de tomada de decisões das políticas sociais, de forma que é possível delimitar quatro etapas marcantes na história da avaliação, de

acordo com as características fundamentais que estas avaliações apresentam, a fim de responder aos desafios impostos: medida, descrição, julgamento e participação.

Na primeira etapa, que vai dos anos 1800 até os anos 1930, a avaliação privilegiava e era conceitualmente relacionada à medida, e o que se buscava era observar as diferenças em relação às normas. Esta primeira geração da avaliação era fundamentalmente normativa, se limitando a um conjunto de atividades de medida, coletas de dados e análises quantitativas. Graças aos progressos da epidemiologia, estatística, bacteriologia e outras ciências, os instrumentos de coleta de dados vão se aperfeiçoando e os dados começam a ser usados para questionar políticas e programas. Ressalta-se que este foi um período de progressos tecnológicos que marcaram o século XIX e que assiste ao fenômeno da urbanização acelerada e da nova classe industrial, mais politizada e mais consciente da necessidade de intervenções por parte dos governos, e de ações de melhoria das condições de vida da população. Destacam-se neste período avaliações no setor da Educação, principalmente nos Estados Unidos, para informar sobre a distribuição geográfica das escolas, as finanças dos estabelecimentos e a utilização dos insumos escolares. E estudos para medir capacidades intelectuais, principalmente na Inglaterra e na Alemanha (DUBOIS, CHAMPANGNE e BILODEAU, 2013).

No setor da saúde, os progressos da estatística e da epidemiologia favoreceram a avaliação, já que possibilitaram a disponibilização de informações para subsidiar as políticas sociais, a exemplo dos financiamentos federais para ações relacionadas à saúde materna e infantil, nos Estados Unidos, em 1922. Ressalta-se, neste período, a influência para a administração de Frederick Taylor, nos Estados Unidos da América, de Henri Fayol, na França, e de Max Weber, na Alemanha, que lançam respectivamente bases de estudo da administração científica do trabalho, da teoria da Administração e do estudo da organização burocrática, que dão relevância aos meios de sistematização das operações, a fim de maximizar a utilidade das intervenções (DUBOIS, CHAMPANGNE e BILODEAU, 2013).

No Brasil, predominava na administração pública, neste período, o que os estudiosos denominam de modelo patrimonialista, e que marcaram os primeiros anos da administração pública brasileira até o ano de 1889, quando o aparelho do Estado funcionava como uma extensão do poder do soberano, e os seus auxiliares (servidores) possuíam status de nobreza real, favorecendo o nepotismo. Neste contexto, é possível inferir que, no Brasil, a avaliação dos serviços públicos não era sequer cogitada.

A segunda etapa da avaliação, chamada de segunda geração, que vai de 1930 a 1960, sofre influência da crise econômica dos anos 1930 e da hipótese de que a intervenção do Estado na vida econômica e social é capaz de favorecer o crescimento. Ampliam-se as pesquisas em Ciências Sociais e a avaliação incorpora uma nova abordagem, a descrição, para entender em que medida um programa atendeu aos seus objetivos. Este período marca o início da avaliação formativa, que se caracteriza por fornecer informações a *posteriori*, para subsidiar o aprimoramento dos programas. As avaliações neste período se relacionam com a racionalização e o controle da ação administrativa. No período da segunda guerra mundial, as pesquisas de avaliação ganham ênfase, principalmente relacionadas a acompanhar o moral das tropas, a eficácia das técnicas de propaganda e as relacionadas à prevenção de doenças. Com o fim da guerra, a criação das agências de desenvolvimento econômico e social das Nações Unidas- o Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde- OMS e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD ampliam a relevância das ferramentas de avaliação. Por outro lado, as pesquisas realizadas nos Estados Unidos, por Elton Mayo, na fábrica da Western Electric Hawthorne, alertam sobre a influência dos aspectos qualitativos para a produção e introduzem a abordagem da avaliação, como parte integrante da administração (DUBOIS, CHAMPANGNE e BILODEAU, 2013).

No caso brasileiro, a partir da década de 30, a administração pública é marcada por processos de reformas administrativas (organizacionais, gerenciais e no funcionalismo público) e institucionais do aparelho do Estado, que visam à superação de dificuldades organizacionais e gerenciais no setor público, bem como o desenvolvimento no campo das relações políticas e sociais. Neste período predominou a administração pública burocrática, que requer controles rígidos dos processos. O modelo burocrático parece ter se adequado à aceleração da industrialização do país e à necessidade de um capitalismo moderno, e teve como marco a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP, em 1936, que visava incorporar os padrões weberianos e a influência taylorista de impessoalidade, formalidade e profissionalismo na administração pública brasileira. Entretanto, o modelo burocrático faz a administração pública privilegiar demasiadamente os processos em detrimento dos serviços à sociedade, o que se agrava com o aumento da demanda por serviços públicos (SOUZA e FADUL, 2006). Neste contexto, as iniciativas de avaliação, além de escassas e centralizadas, resumiam-se na verificação de gastos, próxima das auditorias realizadas pelos Tribunais de Contas do Estado, com a colaboração de técnicos

dos órgãos sistêmicos federais e estaduais, lotados em núcleos insulados nos níveis do alto escalão da administração pública.

A terceira etapa da avaliação, que vai dos anos 1950 até primeiros anos da década de 1970, introduz na avaliação o julgamento do valor das ações públicas realizadas para responder as necessidades detectadas, que justificaram os investimentos. Esta fase é influenciada por alguns acontecimentos, como o lançamento do primeiro satélite artificial pelos soviéticos, que instigaram os Estados Unidos a intensificar os investimentos na área de Educação, principalmente em Matemática e Ciências. A necessidade de se certificar que os investimentos feitos foram adequados impulsionou as pesquisas avaliativas, das quais se esperava que superassem as frustrações de uma avaliação realizada *a posteriori*. Neste período a avaliação incorpora o julgamento de valor. Surgem diversos modelos de avaliação, como o modelo Bimatricial de Stake, o modelo de apreciação das diferenças de Provus, o modelo de avaliação por indicação de Scriven, entre outros, que ampliam o quadro conceitual da avaliação. A avaliação ganha caráter de necessidade e está associada ao fortalecimento da vigilância dos processos administrativos. Surgem novas ferramentas de medição do desempenho da gestão pública destinadas a apoiar o planejamento e alocação de recursos. A avaliação se expande, ganha legitimidade e se inicia sua institucionalização (DUBOIS, CHAMPANGNE e BILODEAU, 2013).

Nos anos 1960, os planos de desenvolvimento da América Latina deram ênfase ao planejamento estatal, que foi incorporando análises do ambiente externo e técnicas de planejamento estratégico. As crises financeiras globais incitam respostas imediatas dos governos, impondo uma gestão estratégica, ao mesmo tempo em que cresce o desejo de participação democrática nas decisões estatais, fortalecendo a necessidade de transparência.

No Brasil, em 1967, no Governo JK, foi feita uma tentativa de reforma administrativa, através do Decreto-Lei nº 200, como meio de superação da rigidez burocrática. Com a justificativa de obter maior dinamismo operacional, o Decreto-Lei nº 200 possibilita a flexibilização da administração pública, através da transferência de bens e serviços públicos para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista (FADUL e SOUZA, 2005). Segundo Bresser Pereira (1996), esta tentativa, que representou uma aproximação da alta tecnoburocracia estatal, civil e militar da classe empresarial, fracassou devido aos vícios patrimonialistas e fisiológicos do regime militar. Entretanto, as ações de avaliação neste período experimentaram uma expansão, associadas a um julgamento de valor dos efeitos dos programas iniciados, ao tempo em que adquiriram maior legitimidade,

validada pelos investimentos feitos, principalmente através da contratação de especialistas em ciências sociais para realizar as atividades avaliativas (DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2013).

Enquanto a utilização de forma mais sistemática da avaliação na administração pública se iniciou na década de 1960, nos Estados Unidos, quando o contexto da *new public management* privilegia a avaliação dos resultados, em muitos outros países, inclusive na América Latina e no Brasil, a ênfase na avaliação só ocorreu nos anos 1990, associada às reformas administrativas que se pretendeu para os Estados. Esta ênfase da avaliação foi fortemente induzida pelos órgãos financiadores internacionais, que forneceram inclusive ferramentas destinadas a orientar e facilitar a avaliação, a exemplo das Organizações das Nações Unidas – ONU, Banco Mundial- World Bank, Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico – OCDE, Comissão Econômica para a América Latina e Caribe- Cepal, Centro Latino-americano de Administração para o Desenvolvimento- CLAD (RAMOS e SCHABABACH, 2012).

Na década de 1970 se observa um impulso da avaliação como campo profissional e a introdução de mecanismos necessários à difusão dos conhecimentos produzidos, incluindo a publicação de revistas especializadas. Surgem associações profissionais comprometidas com a promoção de atividades avaliativas, entre as quais a Associação Americana de Pesquisa em Educação e a Sociedade Canadense de Avaliação. Apesar da revolução da informática nas décadas de 1970 e 1980, que favoreceu o refinamento dos procedimentos avaliativos e a capacidade de exploração dos dados, a avaliação neste período continua ainda muito incipiente na indução de mudanças sociais que considerem as necessidades dos usuários.

Já a partir da década de 1990, a objetividade da avaliação proposta até então começa a ser questionada, por ser demasiadas vezes concebida pelos administradores como ferramenta a serviço das estratégias políticas. Esta objetividade é questionada na pluralidade dos valores que caracterizam sua ação, desde a influência na escolha dos métodos até o julgamento dos avaliadores e dos resultados produzidos (DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2013).

Além disto, a abordagem positivista da condução da avaliação é criticada por não levar em conta elementos contextuais, políticos e culturais que influenciam a mensuração. Ganha relevância a avaliação que leva em conta o ponto de vista dos diversos atores envolvidos. Assim, a forma de avaliar e seu processo decorrem da negociação de diferentes grupos, que tem, portanto, oportunidade de influenciar o que deve ser privilegiado na avaliação e como

devem ser tratadas as informações produzidas. A avaliação, neste período, deixa de ser um campo reservado aos especialistas e passa a ser aberto a todos os participantes da ação social, enfatizando a negociação (DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2013).

Segundo Garcia (2015), esta ampliação do papel da avaliação, observada na década de 1990-2000, é influenciada pelo contexto de aumento das demandas sociais e da limitação de recursos, o que traz para a avaliação o papel de apontar prioridades e de identificar programas mais eficazes, sendo, portanto, considerada um veículo de responsabilidade.

De fato, desde os anos 80, o desenvolvimento tecnológico, especialmente na área da comunicação e informática, facilitou a descentralização e a participação social, iniciando o fortalecimento da ideia de política pública. Entretanto, no Brasil, o período considerado da transição democrática (1985-1990) não apresentou avanços significativos de modernização administrativa no setor público, destacando-se a criação da Fundação Escola Nacional de Administração Pública- ENAP, em 1986, com o objetivo de formar, aperfeiçoar e profissionalizar o servidor público de nível superior (SOUZA e FADUL, 2006).

No governo Fernando Henrique Cardoso, o modelo de administração gerencial proposto, através do Plano de Reforma Administrativa do Estado, tem como justificativa enfrentar os desafios da economia globalizada e possibilitar respostas ao aumento das demandas sociais do Estado. Tal modelo emprestou conceitos de administração de empresas do mercado e trouxe novos focos, priorizando a eficiência e o controle dos resultados, e valorizando a transparência e participação dos cidadãos, com vistas a responder às exigências democráticas. Neste contexto, é estimulada a flexibilização administrativa, através da terceirização, e a avaliação dos resultados toma um caráter institucional, no âmbito da gestão pública, considerada, a partir de então, uma gestão voltada para resultados.

O projeto de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, pautado no ideário do novo gerencialismo público, argumenta que a maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil não deve perder de vista que o cidadão é contribuinte de impostos e cliente dos seus serviços, portanto os resultados da ação do Estado são considerados bons não porque os processos administrativos estão sob controle e são seguros, como considera a administração pública burocrática, mas porque as necessidades dos cidadãos-clientes estão sendo atendidas (BRASIL, 1995).

Nesse contexto de uma gestão voltada para resultados e atenção ao cidadão, enquanto usuário dos serviços públicos e contribuinte de impostos, assumem relevância os mecanismos

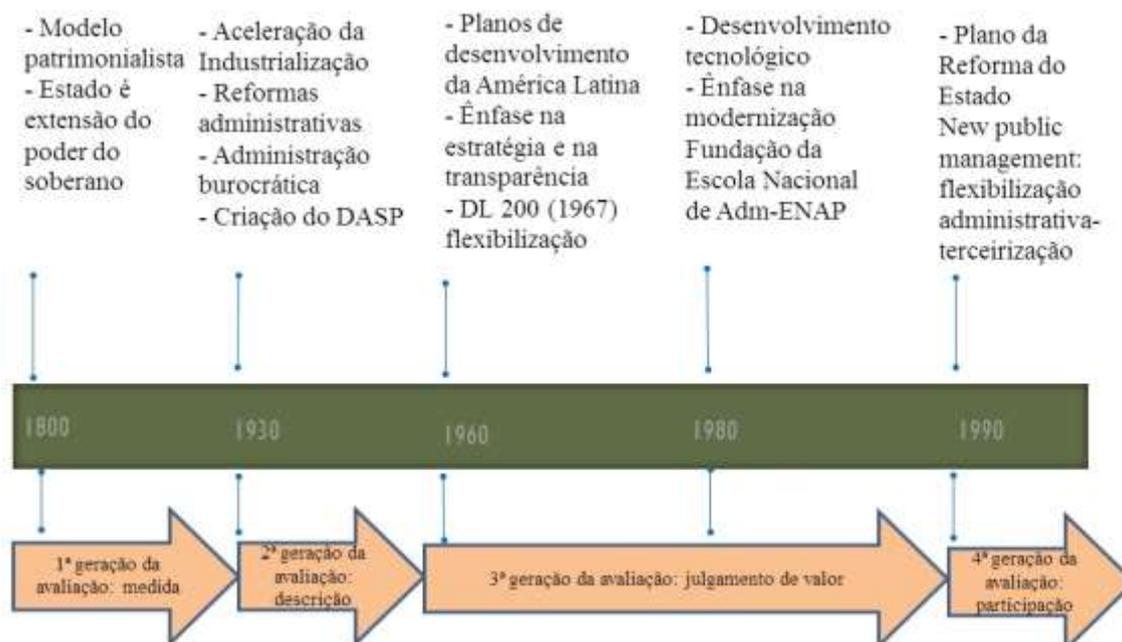
de aferição, indicadores, e desponta como uma dimensão a ser avaliada pelos indicadores dos contratos de terceirização, a dimensão do desempenho da organização terceirizada. As informações sobre eficiência, eficácia e efetividade produzidas pelos indicadores não se limitam a atender o objetivo de propor a melhoria das atividades administrativas, mas também tem como finalidade subsidiar a participação da sociedade no controle e na avaliação dos serviços públicos, bem como qualificar os debates políticos sobre as políticas e a gestão pública, produzindo *accountability*¹ (ARAÚJO, 2010; RAMOS e SCHABACH, 2012).

Neste sentido, embora, como apontam Dubois, Champagne e Bilodeau (2013), a avaliação relacionada às intervenções sociais seja muito antiga, deve-se reconhecer que o contexto das Reformas de Estado nos países da América Latina e, no caso brasileiro, após um longo período de ditadura militar, trouxe relevância e novos propósitos e interesses para a avaliação na administração pública.

A Figura 1 abaixo apresenta uma linha do tempo da utilização da avaliação na Administração pública brasileira, com os principais acontecimentos que impactaram na sua utilização, com vistas a facilitar a associação do contexto histórico e da utilização da avaliação na administração pública brasileira.

¹O termo *accountability*, utilizado no sistema anglo-saxão é de difícil tradução. A ideia se relaciona a fiscalização dos atos do Estado, estando condicionada ao fornecimento de informações e a consciência e organização dos cidadãos, em torno de suas reivindicações (INAMINE, ERDMANN e MARCHI, 2012).

Figura 1 - Linha do tempo da utilização da Avaliação na Administração pública Brasileira



Fonte: autora, baseada em DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F. e BILODEAU, H. (2013); SOUZA e FADUL, 2006

Ressalta-se, como aponta Saravia (2006), que a análise das realidades estatais vem sendo feita, ao longo do tempo, com base em diversas perspectivas, filosófica, política, sociológica, jurídica, administrativa, cada uma prevalecendo em algum momento, sem que isto signifique necessariamente substituição de práticas, mas sim a coexistência de vários enfoques. Assim, esta divisão em etapas da história da avaliação cumpre o papel de salientar a influência do contexto sócio político e cultural na compreensão e utilização da avaliação pela administração pública. Na vida real é possível encontrar simultaneamente experiências de avaliações com as diversas características fundamentais apresentadas, tanto no setor público como no privado, e em diversos países, ou em distintos setores de um mesmo país, e até mesmo em diferentes situações de um mesmo setor, a depender do que se privilegia com a avaliação e dos valores, interesses e ideologias dos tomadores de decisão.

O escopo da utilização da avaliação neste estudo se refere ao contexto do Plano de Reforma do Estado Brasileiro que, ao propor uma flexibilização administrativa, estimula a terceirização. Neste contexto a ênfase dada à atividade de avaliação privilegia os indicadores, que fornecerão informações a fim de subsidiar e explicitar políticas públicas, possibilitar planos de melhoria dos resultados e, se for o caso, orientar redefinição de metas. Mas a

avaliação neste contexto também responde às pressões da sociedade pela participação no controle e avaliação dos serviços públicos (ARAÚJO, 2010).

De fato, já no texto da Constituição Federal de 1988, escrito em pleno movimento de reforma e redefinição do papel do Estado brasileiro, pode-se observar a intenção de atender ao Plano de Reforma do Estado com relação à avaliação, ao se instituir o Plano Plurianual – PPA com instrumentos de avaliação e monitoramento. O PPA apresenta, portanto, uma oportunidade para caminhar rumo à institucionalização da avaliação como instrumento de gestão. Entretanto ao apresentar uma nova atividade, sem explicitar como, quando e onde esta avaliação deveria ser realizada para cumprir os objetivos pretendidos, a instituição do PPA representou um risco decorrente de uma proposição incompleta e imprecisa, e da inexistência de um corpo teórico consensualmente estabelecido, de uma metodologia consagrada, e de uma cultura avaliativa disseminada na administração pública (GARCIA, 2015).

Os instrumentos de avaliação foram evoluindo e integrando distintos setores da gestão, destacando-se a criação da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação- SAGI, no Ministério de Desenvolvimento Social, em 2004, com o objetivo de subsidiar gestores e formuladores das políticas sociais na tomada de decisões, de modo a aperfeiçoar os programas e racionalizar os recursos.

Apesar disso, a implantação institucional de uma avaliação sistemática na administração pública brasileira ainda enfrenta desafios, no que diz respeito desde a sua formulação até à sua execução e a utilização dos seus resultados. Entre estes estão (i) o desenho dos programas e ações, que não favorecem a avaliação; (ii) a falta de controle prévio de variáveis que podem interferir nos resultados da avaliação; (iii) a insuficiência e limitação de dados; (iv) a resistência das autoridades da administração pública, na qual ainda predomina uma cultura autoritária; e (v) a falta de clareza dos indicadores de desempenho no setor público (RAMOS e SCHABBACH, 2012; GARCIA, 2015).

Outro desafio se refere à coleta de dados, necessária à construção de indicadores, que nem sempre é simples e ainda pode encontrar incoerências ou subnotificações (CABRAL, 2006). Isto pode resultar de projetos e programas que não foram desenhados para serem avaliados, ou de sistemas de informação baseados em estatísticas e registros descontínuos e inorgânicos, às vezes aleatórios, que tentam oferecer uma grande quantidade de informação nem sempre processada. Neste cenário, os resultados da avaliação são sempre inconclusos, por melhor que seja a equipe de avaliação, e os indicadores apresentados acabam por desinformar os dirigentes, em vez de subsidiar o processo de decisão.

Salienta-se que, passado o tempo da implementação da ação, não é possível mapear ou mensurar a situação inicial, nem percorrer os caminhos para entender os resultados encontrados pela avaliação (GARCIA, 2015).

De toda forma, a avaliação não é um fim em si mesmo, podendo revelar distintas utilidades para a administração pública, que, segundo Ramos e Schabach (2012), envolvem fundamentalmente quatro potencialidades: (i) instrumental, (ii) conceitual, (iii) instrumento de persuasão e de (iv) esclarecimento, sendo de grande relevância para a política e agenda governamental.

É possível observar diferentes tipologias de avaliação, que podem ser agrupados de acordo com critérios não excludentes: de acordo com o agente que avalia e quem participa do processo de avaliação, pode ser (i) externa, se realizada por especialistas de fora da instituição responsável pelo que se deseja avaliar, (ii) ou interna, quando executada dentro da instituição, contando com a maior colaboração de pessoas que participam do programa ou projeto avaliado. De acordo com a natureza da avaliação pode ser (i) formativa, quando relacionada com a formulação do programa e a análise e a produção de informação sobre as etapas da implementação; ou (ii) somativa, quando se refere à análise e à produção de informações sobre a implementação e etapas posteriores, sendo executada quando o programa já está sendo ou já foi executado, de forma a verificar se as metas previstas foram alcançadas e julgar seu valor.

Neste último caso a avaliação contempla as relações entre o processo, os resultados e o impacto, podendo abarcar comparações entre programas distintos. De acordo com o momento de realização da avaliação, pode ser (i) *ex ante*, quando realizada antes do começo de um programa, com o objetivo de subsidiar e orientar a decisão de implantação, ou (ii) *ex post*, quando realizada durante ou após a execução de um programa, para avaliar os resultados encontrados e orientar a decisão de continuidade ou não do programa, baseada nos resultados encontrados. De acordo com o tipo de problema ao qual a avaliação responde, pode ser de (i) processos, relacionado ao nível organizacional, quando o que se pretende avaliar é se o que se está realizando está sendo executado conforme o previsto; ou de (ii) resultados, quando o que se pretende avaliar é em que medida o programa alcançou os objetivos pretendidos e quais foram seus efeitos e consequências (RAMOS e SCHABACH, 2012). A avaliação de resultados é uma dimensão *ex post*, relacionada aos objetivos gerais e o alcance das metas e contempla a avaliação de impacto (JANNUZZI, 2005).

A avaliação de resultados, enfatizada pela administração gerencial, ainda requer uma reflexão sobre a utilização dos termos monitoramento e avaliação, dois conceitos polissêmicos carregados de muitas possibilidades interpretativas, desde a sinonímia até a mais absoluta autonomia (BOULLOSA e RODRIGUES, 2014).

Apesar da controvérsia que envolve os termos avaliação e monitoramento, assume-se aqui, em concordância com Boullosa e Rodrigues (2014), que o monitoramento e a avaliação têm propósitos distintos e, portanto requerem diferentes metodologias. No contexto da temática deste estudo, advoga-se que o monitoramento responde aos compromissos que uma relação contratual imputa a quem contrata, de avaliar o cumprimento das cláusulas contratuais. Requer, portanto, o conhecimento do conteúdo do contrato e um bom domínio da natureza, complexidade, escala e comportamento esperado do objeto de monitoramento.

Ressalta-se que o sistema de monitoramento não se resume a uma coleta de dados, mas deve ser capaz de manejar a gama de informações, processá-las e reduzi-las a informações relevantes, que possam guiar o processo de direção, já que o excesso de informação poderia acabar por desinformar o dirigente, em face de seus muitos outros compromissos de decisão (GARCIA, 2015).

Já a avaliação se revela uma oportunidade de problematizar, intervir, produzir conhecimento e promover aprendizagens sobre o objeto avaliado e tem uma natureza política, sendo, portanto, carregada de valores revelados desde a definição dos instrumentos metodológicos que possibilitarão a avaliação, até a utilização dos resultados produzidos (GARCIA, 2015).

No contexto da terceirização, tanto a avaliação, quanto o monitoramento privilegiam os resultados, conseqüentemente não prescindem de uma definição prévia do que se quer avaliar. A partir de problemas bem definidos e ações bem desenhadas e programadas, se podem identificar indicadores que forneçam as informações desejadas. (TRAVASSOS, NORONHA e MARTINS, 1999; GARCIA, 2015). Assim, admite-se que a escolha de indicadores adequados é condição indispensável para a implantação de uma avaliação sistemática na abordagem da administração gerencial, voltada para os resultados (RAMOS E SCABBACH, 2012; SANO e MONTENEGRO FILHO, 2013; GONÇALVES, BRAGA e CAMPOS, 2011).

2.1 O PAPEL DOS INDICADORES NA AVALIAÇÃO

Apesar de muito se falar em indicador, não existe um consenso sobre sua definição. Neste estudo é considerada a definição presente no Manual de Uso e Construção de Indicadores do PPA (2007), que define indicadores como instrumentos que permitem identificar e medir aspectos relacionados a um determinado conceito, fenômeno ou resultado de uma intervenção na realidade e sempre tem uma dimensão de rumo esperado. Em 2015, no documento ainda em construção, intitulado Planejamento no Ministério da Saúde. Metodologia. Processo e Instrumentos (2015) esta definição é mantida ao apresentar indicador, como um instrumento de verificação de um determinado fenômeno.

Segundo Gonçalves e colaboradores (2011), os autores que buscaram definir os parâmetros desejáveis para um indicador destacaram os associados aos acrônimos *cream*: clareza, relevância, economia, adequação, e possibilidade de monitoramento; e *smart*: especificidade, possibilidade de mensuração, possibilidade de ser atingida (através de metas realistas e viáveis), relevância e tempestividade (delimitação de prazos para ser aferido e possibilidade de contribuir, em tempo hábil com melhorias do que está sendo avaliado ou com o processo decisório), que revelam características semelhantes. Para estes autores, um indicador ótimo deve apresentar todas estas características, entretanto, a realidade impõe a utilização de indicadores limitados, que apresentem o maior número possível das características de um bom indicador, e que sejam factíveis.

Segundo Nsamzinshuti, Elslande e Alasone (2014) a fim de quantificar a eficiência e efetividade, as principais características necessárias aos indicadores são: pertinência (medir o que pretendem medir); mensurabilidade (possibilidade de ser medido); disponibilidade (facilidade de ser medido); perenidade (possibilidade de ser reproduzido durante o passar do tempo); incontestabilidade (nenhum outro indicador melhor foi encontrado), clareza (não permitir interpretação diversa); sensibilidade (informar com os níveis de detalhes requeridos); controlabilidade (permitir melhoria através de alguma ação planejada); robustez ou confiança (produzir informações corretas).

São muitas as tipologias de indicadores. No âmbito gerencial ressalta-se a tipologia que associa o cumprimento das metas aos custos, insumos, processos, produtos e resultados, que se destina à prestação de contas e controle gerencial. Com relação à avaliação e tomada

de decisões, destaca-se a dimensão de avaliação do desempenho, através da observação da economicidade, eficiência, eficácia e efetividade (BRASIL, 2007).

Desta forma a elaboração de indicadores requer a validade, precisão e o mínimo de viés possível dos dados a serem utilizados (MACHADO, MARTINS e MARTINS, 2013). Disto decorre que os envolvidos na escolha e elaboração dos indicadores precisam conhecer o processo de produção e execução do bem ou serviço resultante das ações, além da capacidade operacional do órgão responsável pela execução (GARCIA, 2015).

A avaliação em saúde ganha ênfase em 1981, quando a OMS publica um conjunto de princípios diretivos destinados a ajudar os Estados membros na avaliação dos programas relacionados ao objetivo da saúde para todos no ano 2000. Diversos países criam agências nacionais de avaliação e auditoria. Até a década de 1990 as práticas dominantes em avaliação procuram aplicar à engenharia social as técnicas da engenharia tecnológica, embora, com o passar do tempo, tenha-se revelado a insuficiência destas para responder a complexidade dos problemas sociais (DUBOIS, CHAMPANGNE e BILODEAU, 2013).

A revisão da literatura demonstra que o campo da saúde possibilita diversos objetos de avaliação, destacando-se entre estes, a avaliação da gestão e dos sistemas de saúde, a avaliação das políticas e dos programas de saúde, dos serviços de saúde, da condição de saúde da população e dos efeitos de condutas terapêuticas. Cada um destes objetos possibilita micro objetos, a partir dos seus propósitos e objetivos, que podem indicar diferentes métodos e abordagens técnicas de avaliação. A avaliação a que se refere este estudo se relaciona à função administrativa e de gestão.

Com relação à avaliação específica do setor hospitalar, objeto deste estudo, Machado, Martins e Martins (2013) apontam que foi no final dos anos 1980 que o monitoramento de desempenho clínico no cuidado hospitalar ganhou espaço mundialmente, tendo, como marco, a publicação das taxas de mortalidade hospitalar, em 1986, nos Estados Unidos, e, em 1988, na Inglaterra, sendo posteriormente incorporados outros indicadores do processo de cuidado e segurança do paciente.

Em concordância com Machado, Martins e Martins (2013), considera-se que as avaliações que tenham como propósito o monitoramento, a melhora contínua da qualidade do cuidado ou a vinculação a mecanismos de pagamento por desempenho não prescindem da definição prévia dos aspectos a serem mensurados e dos mecanismos que garantam a validade dos indicadores calculados. Ao contrário, falhas nestes aspectos podem impedir avanços na

eficiência e efetividade e ainda gerar impactos negativos e injustos aos serviços. Por outro lado, avaliações e monitoramento bem conduzidos podem ser utilizados para comparações do desempenho apresentado pelas organizações, favorecendo a elaboração de planos de melhoria a partir de parcerias entre as organizações ou estabelecimento de *benchmarking* (SOUZA *et al*2009).

Além disto, segundo Akim e Mergulhão (2015), estudos apontam que a medição de desempenho pode afetar significativamente o comportamento dos trabalhadores, das capacidades organizacionais e do desempenho organizacional, já que fornece uma comunicação mais clara dos objetivos e metas.

De acordo com a literatura estudada, observa-se que, embora alguns indicadores sejam amplamente utilizados, parece não haver ainda um consenso que possibilite uma sistematização do uso dos indicadores para área hospitalar e os aspectos que mensuram.

2.2 TRAJETÓRIA DA AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO SETOR SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO

Segundo Araújo (2010), os primeiros instrumentos normativos que se seguiram a criação do SUS contemplam apenas aspectos de natureza legal e fiscalizatória dos recursos financeiros utilizados. A partir de 1998 surgem dispositivos que incentivam o uso de indicadores como uma ferramenta gerencial, para possibilitar avaliação de resultados da gestão, sendo o primeiro deles o Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS, aprovado pela portaria ministerial nº 3 925/98.

De acordo com este Manual, após análise da realidade sanitária de cada município, os secretários estaduais devem propor metas para os indicadores elencados, que se referem basicamente a atividades de saúde e impacto nas condições de saúde da população. Após avaliação anual dos indicadores, os resultados são avaliados para negociação de novas metas e os estados que apresentarem resultados positivos recebem incentivos de valorização de resultados (BRASIL, 1998).

Também com relação a indicadores de gestão, a portaria do Gabinete do Ministério da Saúde- GM/MS nº 95, ao instituir a NOAS/SUS em 2001, trouxe alguns incentivos para a utilização dos indicadores pela gestão municipal, incluindo a exigência de apresentação de

indicadores por municípios habilitados em certas condições de gestão, como condição para recebimento de alguns recursos. (BRASIL, 2001). A portaria GM/MS nº 699/06 fortalece a relevância da avaliação ao explicitar que as unidades públicas prestadoras de serviço devem preferencialmente receber recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas nos planos e não por produção (BRASIL, 2006a).

Diante das dificuldades operacionais e estruturais para organizar as funções de Controle, Avaliação e Auditoria, a NOAS 01/2002 institui orientações para as esferas gestoras apresentarem as propostas de Controle, Regulação e Avaliação para Estados e Municípios aos respectivos Conselhos de Saúde. (BRASIL, 2002a). E a portaria da Secretaria de Assistência à Saúde- SAS nº. 423, de 26 de junho de 2002 (BRASIL, 2002b) apresenta como instrumentos de Controle, Regulação e Avaliação:

- a) Cadastro de Estabelecimentos de Saúde- CNES;
- b) Centrais de Regulação;
- c) Protocolos clínicos e operacionais;
- d) Comissões Autorizadoras;
- e) Indicadores e parâmetros de cobertura e produtividade;
- f) Manuais de Sistemas de Informação Hospitalar e ambulatorial;
- g) Mecanismos de acompanhamento da programação pactuada e integrada- PPI e da programação dos estabelecimentos, incluindo mecanismos que confronte o executado com o programado, de forma a possibilitar a realimentação do processo de programação pactuada;
- h) Relatórios técnicos;
- i) Sistemas de orçamento públicos;
- j) Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e satisfação do usuário;
- k) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares- PNASH.

Ainda em 2002 a portaria nº. 729 de 14 de outubro de 2002, da Secretaria de Assistência à Saúde, demonstra, através das normatizações, a intenção de um novo foco de avaliação, voltado para a qualidade do serviço e satisfação do usuário, através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH (BRASIL 2002c).

Em 2005 a Portaria GM/MS nº 382 de 10 de março de 2005 institui o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, como instrumento de avaliação vinculado ao repasse de verbas aos gestores locais (BRASIL, 2005). Esta preocupação

institucional em promover uma relação direta entre indicadores de desempenho e incentivos demonstra coerência com os princípios de uma administração voltada para resultados (ARAÚJO, 2010).

Em 2006, o Pacto pela Saúde, divulgado pela portaria GM/MS nº 399 em 22 de fevereiro, apresenta, entre os blocos de financiamento do SUS, o bloco para financiamento da gestão. A Regulação, Controle e Avaliação é um dos sub-blocos para este financiamento (BRASIL, 2006).

Em 2007, a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro, explicita que o bloco de financiamento de Gestão do SUS tem por finalidade apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema, e, entre os componentes para Qualificação da Gestão do SUS, apresentados no art. 30 estão a Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento.

Em 2012 o Decreto nº 7.866/2012, que regulamentou a gestão do Plano Plurianual do Governo Federal Brasileiro, privilegia a avaliação, ao estabelecer que a competência para executar as atividades avaliativas coexiste com as competências específicas dos órgãos e entidades do poder executivo no processo de formulação, implementação e produção de informações sobre as políticas públicas.

Em 2013, a Portaria GM nº 2.135, de 25 de setembro, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e dá ênfase aos indicadores na elaboração dos Planos de Saúde (BRASIL, 2013).

A análise destes dispositivos normativos aponta uma crescente preocupação institucional com a implantação de um modelo de gestão que prioriza os resultados e busca introduzir instrumentos de gestão que valorizem o controle e a avaliação, aos moldes do que orienta o novo gerencialismo público. Entretanto, apesar de ser notória a intenção de reafirmar e induzir procedimentos e mudanças institucionais pretendidas através de normas é evidente a dificuldade de mudança da capacidade institucional apenas através destas (ARAÚJO, 2010).

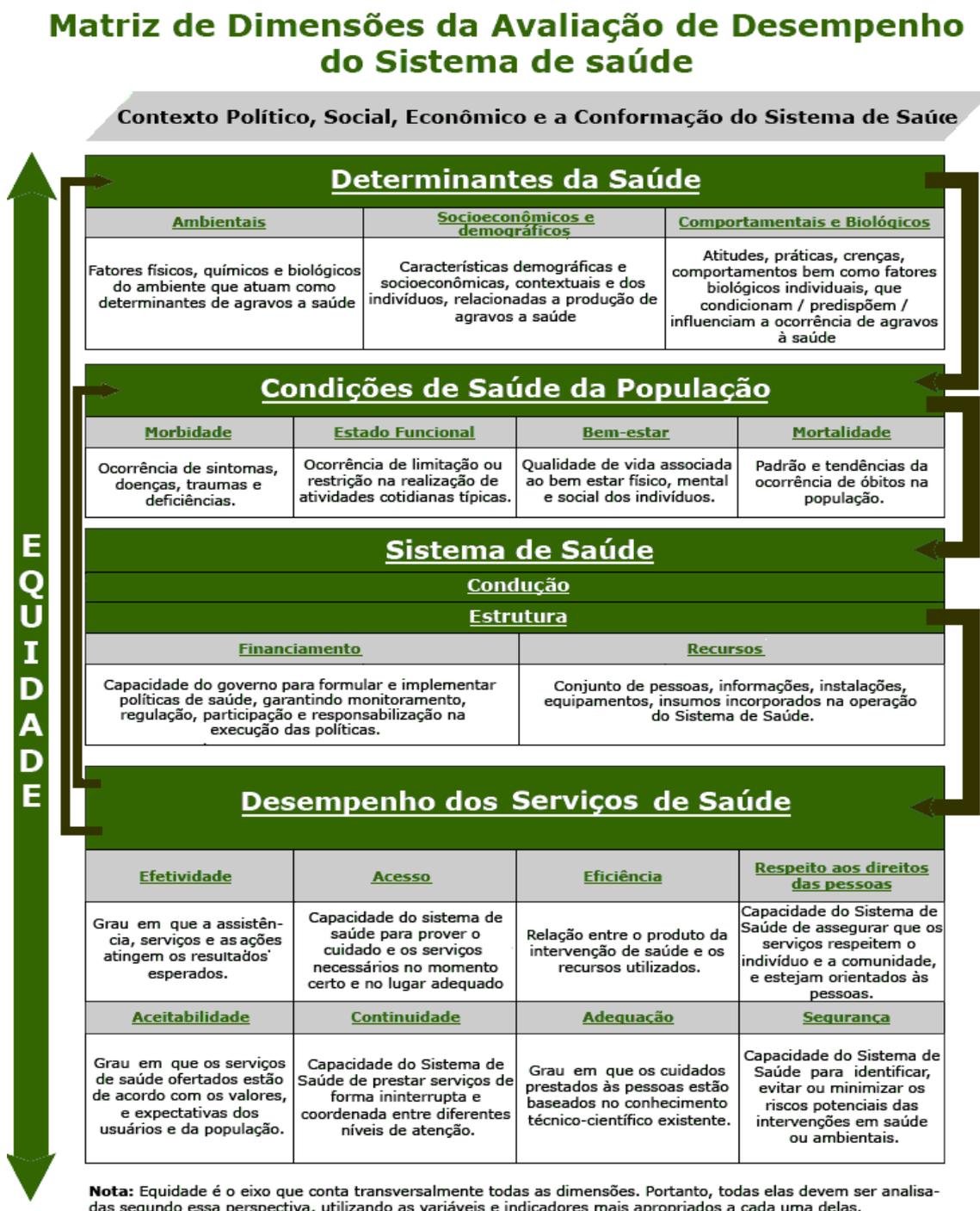
De fato, a área de avaliação pública em saúde no Brasil ainda se encontra em estágio incipiente, com pouco conhecimento dos profissionais sobre métodos avaliativos e pouco interesse dos gestores em saber os efeitos e impactos produzidos por suas políticas e projetos (SAMPAIO, 2011; GARCIA, 2015).

Com relação à Avaliação dos Sistemas de Saúde destaca-se a publicação, em junho de 2000, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), do documento World Health Report 2000

(WHR 2000), apresentando um ranking do desempenho dos sistemas de saúde de 191 países membros da OMS, a partir de indicadores de avaliação propostos. Esta publicação recebeu muitas críticas, principalmente de pesquisadores brasileiros, pela fragilidade conceitual e metodológica da proposta e dos indicadores elaborados, pela inadequação das técnicas de coleta e análise das informações utilizadas e pela falta de transparência na condução do processo de formulação da metodologia de avaliação.

Decidiu-se que, no Brasil, caberia à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) a proposta de elaboração de um modelo alternativo para avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro. Com o apoio da FINEP (empresa pública para institucionalizar o Fundo de Financiamento de Estudos de Projetos e Programas), foi constituído um grupo de pesquisadores de sete instituições para elaborar o Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS, que, em 2003, entregou um relatório final e propôs uma matriz conceitual apresentada na Figura 2 abaixo:

Figura 2- Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde



Fonte: PROADESS (2015)

Ressalta-se, como alerta Viacava (2015), que este é um modelo teórico e não tem como base a existência de dados para a avaliação em cada dimensão ou subdimensão proposta. Além disto, é preciso não confundir a avaliação dos sistemas de saúde com avaliação de serviços de saúde, já que a avaliação de sistemas tem determinantes socioeconômicos, ambientais e biológicos que devem ser levados em conta e implicam outras

ações, embora seja claro que melhorar a saúde da população seja o grande objetivo dos sistemas de saúde.

As discussões sobre a qualidade dos serviços hospitalares se ampliaram no final dos anos 1990, destacando-se a publicação do Manual de Normas para Hospitais e a formação do Consórcio Brasileiro para Acreditação- CBA, em 1998, que, entretanto, privilegia indicadores gerenciais.

No ano de 2002, houve um esforço no sentido da padronização da avaliação hospitalar no Brasil, quando a portaria SAS nº 312 estabeleceu a padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar para utilização nos hospitais integrantes do SUS, considerando a importância do censo como fonte primária de dados, e apresentou os indicadores relacionados ao desempenho da Administração hospitalar: Média de Pacientes- Dia, Média de Permanência, Taxa de Ocupação Hospitalar, taxa de Ocupação Operacional, Taxa de ocupação Planejada, Taxa de Mortalidade Institucional e suas fórmulas para medição (BRASIL 2002 d). E a portaria GM nº 1101 estabeleceu padrões de cobertura e apresentou fórmulas básicas para os seguintes indicadores hospitalares: Taxa de Produtividade; Taxa de Ocupação, que nesta portaria é apresentada com percentual, assim como a Taxa Média de Permanência; Taxa de Mortalidade Hospitalar, especificando dados para a Taxa de Mortalidade Operatória, Pós operatória, Materna Hospitalar e Neonatal Hospitalar; Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar; Taxa de Complicação Hospitalar; e Taxa de Intercorrência Obstétrica (BRASIL, 2002d)

Mas só em 2005 foi lançado um instrumento de avaliação vinculado ao repasse de verbas aos gestores locais, através do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde- PNASS. E, em 2011, a proposta de publicação do índice de qualidade do SUS (ID-SUS) no âmbito do Governo Federal relacionou a divulgação do índice de qualidade do SUS com a qualificação dos serviços.

Para o alcance do objetivo deste estudo de analisar os indicadores presentes nos contratos de gestão realizados entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia- SESAB e entidades não estatais ou privadas para a gestão hospitalar, no que se refere à prática da avaliação e controle da gestão terceirizada, se faz necessária uma reflexão sobre terceirização e sua utilização na administração pública, para entender que dimensões e critérios devem orientar a análise dos indicadores. A discussão apresentada no capítulo seguinte busca trazer os elementos considerados essenciais desta modalidade de gestão de hospitais públicos de saúde e que justificam sua utilização pela administração pública.

3 TERCEIRIZAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA E SEU IMPACTO NO SETOR SAÚDE

A terceirização, em sentido amplo, é o repasse para terceiros da operacionalização de algumas atividades, possibilitando à organização que terceiriza se concentrar em tarefas essenciais ou prioritárias. A utilização deste recurso possui raízes medievais, com a ruralização da indústria de lã que, para obter preços competitivos, passou a utilizar o trabalhador rural, livre das restrições e proteção das guildas. Este recurso foi facilitado e teve sua utilização ampliada com a evolução da tecnologia da informação e a redução da escala ótima de produção após a Segunda Guerra Mundial. (KON, 2004).

Entre as vantagens atribuídas à terceirização, Cabral (2006) aponta (i) vantagem econômica via transformação de custos fixos em variáveis; (ii) melhoria de padrão de eficiência operacional passível de ser aportada pela empresa terceirizada; (iii) focalização nas atividades fins da organização; e (iv) redução de custos de transação, através da possibilidade de executar o monitoramento *ex-post* dos funcionários e dos custos decorrentes de processos de adaptação contratual deficientes.

Desta forma, a terceirização vem sendo considerada como uma modalidade de administração baseada em processo de gestão com critérios, atendendo aos objetivos estratégicos da empresa, no sentido de alcançar a sua visão no horizonte temporal almejado. Com a justificativa de melhoria da gestão pública, a terceirização passou a ser utilizada também na administração pública.

Embora no Brasil a utilização da terceirização na administração pública tenha sido apresentada no ano de 1967, com o Decreto Lei- DL nº 200, sua ampliação se deu a partir do meado dos anos 1990, para responder às mudanças estruturais e institucionais, à pressão dos organismos financiadores internacionais e à evolução das políticas sociais, que seguem um padrão de universalização do acesso, consolidado pela Constituição de 1988. Para Penteado Filho (1996), a ampliação do acesso representou um desafio diante do contexto de magnitude dos historicamente desassistidos que, somada às transformações da situação mundial, em particular a crise dos Estados Nacionais, explicaria a tendência de busca de parcerias do setor estatal com o setor privado para prestação dos serviços públicos no Brasil.

Em 1995 o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado pelo então ministro Bresser Pereira, estimulou a terceirização, ao transformar as fundações públicas em

Organizações Sociais, portanto entidades de direito privado, sem fins lucrativos, mas com autorização do poder legislativo para celebrar contrato de gestão (BRASIL, 1995). Para Di Pietro (2012), a criação de Organizações Sociais - OS e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP foi uma forma de dar licitude ao uso da terceirização na administração pública. Os dois tipos de instituições apresentam características gerais muito semelhantes, são instituídas por particulares, atuam na prestação de serviços públicos não exclusivos do Estado, porém em colaboração com ele, portanto na área dos serviços sociais, que a Constituição prevê como serviço público, mas também como atividade que pode ser exercida pela iniciativa privada, a exemplo da saúde.

Ao receberem ajuda ou incentivo do Estado, as Organizações Sociais estão sujeitas ao controle pela administração pública e pelo Tribunal de Contas. No caso das OS, o instrumento que celebra a parceria é chamado de contrato de gestão; nos casos das OSCIP, é denominado termo de parceria e deve incluir como cláusulas essenciais o objeto, as metas e os resultados a serem atingidos e os respectivos prazos de execução, os critérios de avaliação de desempenho mediante indicadores de resultado, previsão de receitas e despesas e a obrigatoriedade de apresentação de relatório anual, comparando metas e resultados alcançados (DI PIETRO, 2012).

Em regra, a organização social exerce atividade de natureza privada com incentivo do Poder Público e não serviço público delegado pelo Estado. Porém, no caso da saúde, a Lei nº 9.637/98 prevê a prestação de serviço público pela organização social quando essa absorve as atividades de instituição extinta no âmbito da saúde. Nesse caso, o contrato de gestão, firmado entre a Organização Social e a esfera de governo que a criou, deverá considerar os princípios do Sistema Único de Saúde. Dessa forma a OS continuará prestando serviço público e não atividade privada, e, por consequência, estará sujeita a todas as normas constitucionais e legais que regem este serviço (BRASIL, 2007).

Existem outras formas de se efetivar parcerias entre o setor público e o privado, no intuito de prestação de serviços públicos, a exemplo das concessões, incluindo uma modalidade recente de ajustes entre o setor público e o privado que vem sendo chamada de parceria pública privada ou PPP. Cada modalidade é orientada por legislações específicas. Cabe, entretanto esclarecer que a expressão “parcerias públicas privadas” abrange um sentido amplo e outro restrito. O sentido amplo, já vinha sendo largamente utilizado e engloba as diferentes possibilidades de ajustes entre o setor público e o privado; o sentido restrito se

refere a uma das modalidades de parceria, com regulamentação administrativa e jurídica própria.

A concessão disciplinada pela Lei nº 8.987/95 se constitui em um contrato administrativo pelo qual a administração pública transfere para a iniciativa privada a execução de um serviço, por sua conta e risco, sendo remunerado pelo usuário ou por outra forma de remuneração decorrente da exploração do serviço (BRASIL, 1995). Considerando o caráter universal, garantido constitucionalmente, do Sistema de Saúde público brasileiro, essa modalidade de concessão não é possível para este setor. Portanto, a descentralização possível para o setor da saúde é através da terceirização (em sentido estrito) ou de concessões administrativas, uma das espécies da denominada parceria público privada (DI PIETRO, 2012).

A modalidade PPP foi instituída pela Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2014, justificada como uma alternativa para o crescimento econômico do Brasil, com o objetivo de suprir demandas em áreas públicas com carências sociais e econômicas, incluindo a realização de obras de infraestrutura, para as quais o governo não dispõe de recursos suficientes. A referida Lei prevê duas modalidades de parceria, a concessão patrocinada, que possibilita cobrança de tarifa ao usuário e a concessão administrativa, na qual toda a remuneração é de responsabilidade do poder público, após o início da prestação do serviço (BRASIL, 2014). Nesta modalidade, quando a empresa privada assume a execução de obra, o poder público tem que prestar pesadas garantias previstas em lei e dividir os riscos do empreendimento com o contratado em caso de ocorrências extraordinárias, podendo-se falar em compartilhamento de riscos, o que se torna contraditório com a justificativa para a escolha desta modalidade de parceria (DI PIETRO, 2012).

O Quadro 1 abaixo demonstra as possibilidades legais de parcerias entre a administração pública e terceiros no Brasil a partir dos conteúdos apresentados por Di Pietro (2012)

Quadro 1 - Comparação entre modalidades de parcerias possíveis na Administração pública Brasileira

Modalidades	Parceiras Público Privadas			Parcerias com o Terceiro Setor	
	Concessão de serviço público	Concessão administrativa	Concessão patrocinada	Organizações Sociais- OS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público- OSCIP
Tipos					
Leis disciplinadoras	Lei Nº 8.987 de 13.2.95	Lei Nº 11.079	Lei Nº 11.079	Lei Nº 9.637/98	Lei Nº 9.790/99
	Lei Nº 9.074 de 7.4.95	Lei Nº 8.987	Lei Nº 8.987		
Remuneração	Paga pelo usuário ou outra forma de exploração do serviço.	Contraprestação pelo parceiro público.	Pode ser paga pelo usuário/outras formas alternativas e contraprestação pecuniária.	Contraprestação pelo parceiro público, mas com participação minoritária da sociedade através de compra de serviços ou doações. Dispensa licitação.	Contraprestação pelo parceiro público, mas com participação minoritária da sociedade através de compra de serviços ou doações.
Objeto	Execução de serviços públicos com ou sem execução de obras, mas sem formalismos da Adm. Pública			Execução de atividade de interesse público, mediante fomento do Estado.	

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de DI PIETRO, M. S. Z. (2011)

Na Bahia o Programa Estadual de Organizações Sociais foi instituído pela Lei Estadual nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997 e, posteriormente, pelos Decretos nº 7.007/97 e nº 7.008/97, que a regulamentaram. Em 29 de Julho de 2003, foi sancionada a Lei nº 8.647 e, em 22 de Janeiro de 2004, o Decreto nº 8.890, que se constituem no atual regramento. O objetivo apresentado foi estimular que entidades sem fins lucrativos, selecionadas e qualificadas como Organizações Sociais, absorvessem a gestão de atividades ou serviços públicos, sendo, portanto, parceiras dos dirigentes públicos no exercício da gestão e na busca por mais e melhores serviços públicos nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico e institucional, proteção e preservação do meio ambiente, saúde, trabalho, ação social, cultura, desporto e agropecuária (BAHIA, 1997; BAHIA, 2003).

Ressalta-se que a utilização da terceirização na saúde pública brasileira se insere nas diretrizes de descentralização. De acordo com o texto constitucional vigente, há duas concepções distintas de descentralização. Por um lado, a descentralização da esfera federal e

estadual para a esfera municipal, que representa uma estratégia política de expansão dos sistemas municipais e democratização da saúde. Por outro, a descentralização para o setor privado, incluindo a terceirização, ainda que preferencialmente para entidades sem fins lucrativos. Contudo, esta proposta de terceirização, compatível com as reformas administrativas propostas para o Estado brasileiro, justificadas como estratégia para enfrentar o contexto da crise econômica, tende a favorecer a expansão da direção privatista do SUS, fortemente combatida pelo movimento da reforma sanitária, cujo ideário contempla a descentralização da saúde como estratégia para consolidar a democratização do sistema de saúde, mantendo, porém, sua natureza pública e estatizante (SILVA, 2009).

Nesse sentido, o debate sobre a utilização do recurso da terceirização no âmbito da saúde pela administração pública tem apresentado defensores e críticos. Entre os defensores, esta é uma opção para aumentar a agilidade e qualidade dos serviços, já que a falta de autonomia na gestão de recursos humanos e materiais vêm sendo apontada como o fator principal que dificulta a gestão direta na saúde (SANTOS e AMARANTE, 2010).

Entre os opositores, a principal razão é a diferença de propósitos e naturezas entre a administração pública e a privada, evidenciada no caso da saúde pública brasileira, cujo caráter universal, representa uma conquista social.

Considerando a lógica mercadológica, o setor privado é orientado para atrair consumidores e oferecer diferentes produtos para atender as diferentes segmentações de mercado. No setor público, a lógica considera a equidade, de forma que todos os indivíduos devem ser tratados igualmente e o preço do serviço não visa maximizar o lucro, uma vez que não é este o propósito do setor público. Enquanto no setor privado o desafio é persuadir os consumidores a pagar um preço que gere lucro para a organização e satisfaça os consumidores a ponto de se manterem consumidores, no setor público, principalmente em situação de escassez de recurso, há que se empreenderem esforços no sentido de reforçar os critérios de elegibilidade para o uso dos recursos.

Neste contexto, considera-se que o serviço público é um monopólio, no qual os usuários têm pouca opção de escolha e, por esta razão, nem os gestores, nem os trabalhadores dos serviços públicos têm que se preocupar em satisfazer o consumidor a ponto de persuadi-lo a retornar, uma vez que este serviço é um monopólio (FLYN, 2009). Esta visão fere a definição constitucional da saúde como direito e não como bem de consumo.

Desta forma, para os opositores da utilização da terceirização na saúde, a composição híbrida, que sustenta a constituição de sujeitos coletivos com discursos e práticas distintas, pode ser uma forma de acomodar as tensões entre os vários segmentos de interesse na saúde, bem como uma decisão política de possibilitar a consolidação de um Sistema Único de Saúde, de cunho social, evitando enfrentamentos mais profundos (CAMPOS, 2009); ou pode dificultar a sua consolidação, de forma que não fique claro se a terceirização na saúde pode ser um remédio para salvar ou matar o SUS (FLEURY, 2013).

De toda forma, a terceirização no setor da saúde pública é possível e é regulamentada pelo sistema jurídico brasileiro. O instrumento legal que regulamenta as relações da administração pública com terceiros é o contrato, que deve obedecer à Lei nº 8.666/93, que determina as regras para contratação de serviços no âmbito da administração pública (DI PIETRO, 2006). Segundo o artigo 55 da Lei nº 8.666/93, todos os contratos firmados entre os gestores públicos da saúde e os prestadores de serviços devem conter as seguintes cláusulas:

- a) Objeto: conterà as especificações, inclusive quanto à quantidade a ser contratada, de forma clara e sucinta;
- b) Regime de execução dos serviços: discriminando, por exemplo, a espécie de internação, incluindo UTI, a assistência exigida, o tipo de acomodação das consultas, dos exames, das terapias, dos casos de urgência e emergência, das internações eletivas, e outras situações pertinentes aos serviços contratados, os critérios de avaliação e controle, a gratuidade dos serviços, a proibição de cobrança de valores complementares, dos acréscimos e/ou supressões de serviços contratados até os limites fixados em lei;
- c) Previsão do preço e suas condições de pagamento, os critérios desse pagamento, a data base e a periodicidade do reajuste de preços, os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento;
- d. previsão dos prazos de início e final da prestação de serviços;
- d) Crédito pelo qual correrá a despesa, com a sua classificação funcional programática e da categoria econômica;
- e) Previsão das obrigações e das responsabilidades das partes, as penalidades cabíveis e os valores de multas;
- f) Casos de rescisão;

- g) Reconhecimento dos direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa (no caso de inexecução total ou parcial do contrato);
- h) Vinculação ao Edital de Chamada Pública;
- i) Legislação aplicável à execução do contrato, especialmente aos casos omissos;
- j) Obrigação do contratado de manter, durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Chamada Pública.

As cláusulas obrigatórias devem prever:

- a) Obrigatoriedade de o prestador manter cadastro dos usuários, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços;
- b) O compromisso de o órgão ou entidade executora apresentar, na periodicidade ajustada, relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição;
- c) Que em internações de crianças, adolescentes e pessoas com mais de 60 anos, será assegurada a presença de acompanhante, em tempo integral, podendo a contratada acrescer à conta hospitalar as diárias do acompanhante, correspondentes a alojamento e alimentação conforme portarias do Ministério da Saúde;
- d) Permitir, respeitada a rotina do serviço, visita diária a pacientes do SUS internados, por período mínimo de duas (duas) horas;
- e) A possibilidade de atualização dos valores por ato da Administração ou por atualização dos valores da Tabela SUS;
- f) A obrigatoriedade de o órgão ou entidade executora manter registros contábeis específicos, para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o programa;
- g) A possibilidade de rescisão ou denúncia quando os serviços não forem executados de acordo com o contrato ou convênio, no caso de descumprimento de qualquer das cláusulas pactuadas;
- h) Os valores das multas.

Cumpra esclarecer que há outra possibilidade de relação com terceiros, visando à oferta pública de serviços hospitalares, através de relações com entidades filantrópicas que já ofereciam estes serviços. Nestes casos a relação entre a administração pública e as entidades filantrópicas não é de transferência de gestão e sim de compra de serviços, o que imputa diferentes propósitos para a avaliação, razão pela qual os instrumentos decorrentes destas relações não foram incluídos neste estudo.

Tanto nos contratos, como nos convênios de prestação de serviços de assistência à saúde, celebrados com entidades filantrópicas, privadas sem fins lucrativos, com fins lucrativos e organizações sociais, o estado e o município deverão estabelecer, além das cláusulas necessárias de que trata a legislação pertinente, outras decorrentes da especificidade das ações de assistência à saúde bem como da sua relevância pública e das políticas e diretrizes do Ministério da Saúde. Tais cláusulas estão elencadas e definidas na PT/GM nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006 e são fundamentais e obrigatórias. Assim todos os contratos com prestadores de assistência à saúde deverão ter as seguintes cláusulas:

- a) Os estabelecimentos contratados deverão estar com o cadastro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- b) Os estabelecimentos contratados serão submetidos à avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS;
- c) Os serviços contratados deverão estar submetidos à política de Regulação do seu gestor;
- d) O contratado deverá entregar ao usuário ou responsável, no ato da saída do atendimento, documento com o histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a informação da gratuidade do atendimento;
- e) Obrigação de apresentação de relatórios de atividades sempre que solicitado pelo gestor;
- f) Os serviços contratados e conveniados deverão garantir aos trabalhadores vínculo empregatício que assegure todos os direitos trabalhistas, sociais e previdenciários;
- g) Será garantido o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;
- h) Os serviços contratados deverão garantir aos usuários do SUS: redução das filas e o tempo de espera para atendimento; acesso com atendimento acolhedor e resolutivo

baseado em critérios de risco; nome dos profissionais que cuidam de sua saúde e são responsáveis por eles; acesso às informações; presença de acompanhante; bem como os demais direitos dos usuários do SUS.

Na perspectiva do Ministério da Saúde os contratos são relevantes instrumentos de gestão, que podem favorecer a melhoria da qualidade da assistência prestada, e para tanto publicou em 2007 um Manual de Orientações para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde, ressaltando a finalidade básica destes contratos de possibilitar a administração pública fixar metas e prazos de execução a serem cumpridos pela entidade privada ou pelo ente da administração indireta, a fim de permitir melhor controle de resultados (BRASIL, 2007)

Com relação à avaliação da gestão terceirizada de unidades de saúde, a exemplo dos hospitais, em concordância com Silva (1995), advoga-se que, ao optar por terceirizar sua gestão, não é necessário que a administração pública avalie todos os indicadores gerenciais. Isto é de responsabilidade dos executivos da organização que assumiram a gestão e que, portanto, devem ter o seu próprio sistema de avaliação. Cabe ao órgão da administração pública responsável pela avaliação da gestão terceirizada acompanhar os dados fundamentais que foram objeto do contrato e produzir informações para a própria administração pública, para os usuários e para a sociedade (SILVA, 1995).

De acordo com a literatura, o projeto da reforma do Estado defende a modalidade de gestão terceirizada como meio para o alcance da melhoria da eficiência, efetividade e eficácia da gestão pública, bem como para o alcance de uma maior participação da sociedade na avaliação dos serviços públicos, além da avaliação sobre a atuação dos gestores. Resta saber se os indicadores presentes nos contratos de gestão indicam e/ou trazem de fato evidências sobre o cumprimento de tais critérios, os quais têm justificado sua adoção pelos agentes públicos.

As estratégias e escolhas teóricas e metodológicas para a realização da avaliação dos indicadores presentes nos contratos de gestão firmados entre a SESAB e grupo privados para gerenciar os hospitais públicos do estado partem justamente destas premissas que vêm orientando a opção pela utilização da modalidade da terceirização e são apresentadas no capítulo seguinte deste trabalho.

4 ESCOLHAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

Para a análise dos indicadores existentes nos contratos da gestão hospitalar terceirizada, utilizou-se uma matriz analítica, identificando dimensões e critérios que avaliam se os indicadores informam sobre o desempenho da gestão terceirizada, nos aspectos que embasam a opção por esta modalidade de gestão pela administração pública.

As premissas que orientam a utilização da terceirização pautam-se no pressuposto de que esta modalidade eleva a melhoria da gestão dos serviços públicos. Nesse caso, é possível esperar que os indicadores previstos para a avaliação da gestão terceirizada informem sobre o desempenho da gestão terceirizada no que diz respeito aos critérios de eficiência, efetividade e eficácia, que, segundo Sano e Montenegro Filho (2013), são os principais critérios de desempenho. Além destes, considerando os princípios da administração pública e a diferença de propósitos entre o setor público e o privado, acrescenta-se o critério de acessibilidade.

Do mesmo modo, em face dos requisitos previstos pela normativa do SUS, a participação da sociedade na avaliação dos serviços prestados é também um fator de garantia da qualidade e do acesso aos serviços de saúde na perspectiva de garantia de um direito constitucional. Assim, espera-se que os indicadores previstos nos contratos de gestão terceirizada produzam informações para os principais interessados no desempenho dos serviços públicos de saúde, sendo, portanto, esta outra dimensão proposta para a análise dos indicadores existentes nos contratos de gestão terceirizada. Defende-se que, no caso da saúde pública, os principais interessados são: os usuários/ beneficiários, controle social, administração pública, organização gestora e profissionais relacionados ao cuidado do paciente.

Com base nessas premissas, foram identificadas duas dimensões importantes para a avaliação dos indicadores: 1) “Desempenho da Organização terceirizada- OT” e 2) “Informação aos *stakeholders*”. Para a primeira dimensão, foram elencados os seguintes critérios: eficácia, eficiência, efetividade e acessibilidade. Para a segunda, gestor do programa, administração pública, controle social, usuários e profissionais.

A fim de qualificar a análise dos resultados, buscou-se identificar na literatura quais os indicadores relacionados com os critérios identificados no contexto hospitalar, elencados na matriz analítica.

De acordo com o conceito de **eficácia** apresentado por Sano e Montenegro Filho (2013), que o relaciona com a verificação do cumprimento das metas propostas, considera-se possível admitir que o percentual do cumprimento quantitativo dos serviços contratados é o indicador clássico para informar sobre a eficácia da gestão terceirizada. Entretanto, considerando as justificativas apontadas pela literatura para a utilização da terceirização da gestão dos hospitais públicos, admite-se que os indicadores que informam sobre a eficácia clínica dos serviços hospitalares também são indicadores para revelar a efetividade da gestão terceirizada na execução destes serviços.

Vale ressaltar que a discussão sobre eficácia clínica traz à tona o conceito de qualidade em saúde, que é um conceito amplo, e aborda aspectos subjetivos com certa dificuldade de medição. Por esta razão, este conceito, assim como os respectivos indicadores dele derivados, não encontra consenso na literatura.

Segundo Machado, Martins e Martins (2013), a análise da publicação de estudos sobre a qualidade do cuidado hospitalar no Brasil ganhou volume principalmente a partir do ano de 2004, tendo destaque aqueles que exploraram a abordagem do processo e do resultado do cuidado. As autoras observaram que, no Brasil, é notória a preocupação com a abordagem dos recursos da estrutura, justificada pela deficiência na oferta de profissionais e ambientes adequados à prestação dos cuidados, o que raramente ocorre em estudos sobre esta questão em países desenvolvidos. Através de uma revisão da literatura sobre a qualidade dos serviços hospitalares produzida no período de 1990 a 2011, tais autoras encontraram que a maioria dos estudos utilizou como indicador, a taxa de mortalidade e alguns estudos utilizaram também a taxa de readmissão, medidas que também estão associadas à efetividade.

Com relação ao indicador “taxa de mortalidade”, Travassos e colaboradores (1999) alertam que sua utilização para avaliar a qualidade hospitalar deve estar voltada para a identificação dos óbitos que poderiam ser evitados. Desta forma, é possível identificar os problemas de qualidade no processo de cuidado ao paciente, que podem aumentar o risco de mortalidade, a exemplo de variações nas tecnologias médicas empregadas, da adequação do processo de cuidado ao paciente, e dos erros aleatórios.

Isto requer identificar a importância relativa de cada um dos fatores relacionados com a mortalidade hospitalar, o que inclui a definição da população de pacientes e o perfil de gravidade dos casos internados. Em um hospital que atenda pessoas com doenças terminais, por exemplo, a taxa de mortalidade será alta, embora o propósito desta instituição seja proporcionar qualidade funcional e de vida aos pacientes.

Outros indicadores de qualidade hospitalar, elencados por Bittar (2001) são: taxa bruta de infecções, taxa de cirurgias desnecessárias, taxa de complicações ou intercorrências, taxa de infecção hospitalar, taxa de mortalidade operatória, taxa de mortalidade pós-operatória, taxa de mortalidade por anestesia, taxa de mortalidade transoperatória.

Em relação ao critério da **efetividade**, Sano e Montenegro Filho (2013) consideram que, uma vez que esta está vinculada à mudança ocorrida com a ação, sua mensuração deve considerar a opinião da população atendida. Esta pesquisa adota a definição de efetividade apresentada pelo PROADESS (2015), que a considera como o “grau em que a assistência, serviços e as ações atingem os resultados esperados”.

Na maioria dos estudos identificados na revisão bibliométrica realizada por Machado, Martins e Martins (2013), a efetividade é calculada pela taxa de mortalidade hospitalar total ou específica, embora tenham sido encontrados estudos que utilizam a razão entre óbitos observados e óbitos esperados, óbitos por causas evitáveis, e taxa de readmissão.

Em relação à **eficiência**, destaca-se o indicador “tempo de média de permanência”, descrito na Portaria nº 1101 GM, de 12 de junho de 2002, como um indicador usado para definir rendimento/produzividade de leitos em cada especialidade, sendo considerado um dado importante tanto para os gerentes da Unidade, quanto para os gestores de saúde, podendo servir como base para tomada de decisões, ao possibilitar estimar o número de leitos necessários para o atendimento da população de uma área específica. É a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período e o total de doentes saídos (altas e óbitos) (ZUCHI *et al*, 2011; SANTOS *et al*, 2006; MACHADO, MARTINS e MARTINS, 2013, BRASIL, 2002e). Para avaliar este indicador, o Ministério da Saúde sugere utilizar as médias por especialidade. Entretanto, Santos e outros (2006) encontraram uma grande amplitude de dados, mesmo ao separar as médias por especialidades. Assim sugerem que, para se utilizar de uma maneira mais efetiva do indicador “média de permanência” a partir da análise dos dados estatísticos, sejam descartados os extremos da distribuição ou se agrupe os pacientes por patologias similares, utilizando capítulos da Classificação Internacional de Doenças- CID.

Além do “Tempo de Permanência”, Zuchi e outros (1998) sugerem como indicadores de produtividade: a) o índice de renovação ou giro de rotatividade, medido pela razão entre o número de saídas em determinado período e o número de leitos no mesmo período, que informa sobre a utilização do leito hospitalar durante o período considerado; b) o índice intervalo de substituição, medido pela relação entre a porcentagem de desocupação

multiplicada pela média de permanência, dividido pela porcentagem de ocupação, que informa sobre o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro; c) a relação funcionários por leito, que relaciona o número total de funcionários constantes da folha de pagamento dos hospitais e a soma do número de leitos existentes em operação. Este número inclui todos os profissionais do hospital, isto é, médicos, enfermeiros, técnicos, pessoal administrativo, cozinheiros, pessoal da limpeza, segurança e outros.

Já Marinho (2001) considera que para o cálculo da eficiência técnica dos hospitais, deve-se analisar a relação entre a utilização *de inputs*² e o nível de produção de *outputs*. Assim, uma organização hospitalar que produza o mesmo nível de output que outra, mas com maior utilização de inputs, não pode ser considerada mais eficiente. Neste sentido, a avaliação da eficiência recai no problema da definição de um padrão de comparação, que requer um traçado de fronteira de eficiência que indique a melhor prática de referência. Para tal autor, dada à natureza do serviço público, a busca por eficiência preferencialmente deve considerar a maximização de produção ou outputs, e não a redução de insumos, ou inputs, já que alguns aspectos, como a estabilidade dos servidores e a impossibilidade de vender as instalações, dificultam a redução dos insumos. Assim, apresenta como indicadores de eficiência hospitalar a “Taxa de Ocupação dos Leitos”, que mede a porcentagem total dos leitos hospitalares que está ocupada por pacientes em um determinado período de tempo, em um dado hospital, o “Prazo Médio de Permanência” (Internação), que mede a razão entre o número de dias de internação em um semestre e o número de pacientes no semestre, e a “Taxa de Rotatividade”, que mensura a razão entre o número de internações em um semestre e o número de leitos disponíveis no semestre.

Com relação à **acessibilidade**, Barroso (2011) esclarece os múltiplos enfoques que esse conceito engloba: geográfico, funcional, econômico e cultural. O aspecto geográfico prioriza as distâncias e os fluxos percorridos para receber atendimento; o aspecto funcional destaca os tipos de serviços oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade; o aspecto econômico considera os custos para receber atendimento; e o enfoque cultural ressalta a inserção dos serviços nos hábitos e costumes da população. Considera-se que a avaliação de cada um destes enfoques requer ferramentas distintas, que envolvem variáveis específicas, e cujas informações podem atender a diferentes propósitos. Um exemplo é o aspecto

²*Inputs*: número de leitos em operação, número de funcionários exclusive médicos, e número de médicos.
Output: número de pacientes atendidos (MARINHO, A, 2001).

geográfico, que está diretamente relacionado à heterogeneidade da urbanização brasileira e à distribuição dos serviços de saúde.

Disto decorre que a elaboração de indicadores de acessibilidade requer a compreensão da complexidade para ordenamento da oferta de serviços, de forma a alcançar a integralidade da saúde, considerando a economia de escala e escopo, em um país com as características geopolíticas e sociais do Brasil, agravadas por fatores exógenos ao SUS, como a malha viária que possibilite os deslocamentos necessários.

No Sistema Único de Saúde brasileiro, as estruturas responsáveis por organizar a relação entre as demandas por serviços e a disponibilidade de oferta são as Centrais de Regulação, organizadas nas esferas estadual, regionais e/ou municipais. Nestas Centrais, o médico regulador deve fazer a ‘advocacy’ entre as solicitações e as disponibilidades de respostas, conforme hierarquia técnica de necessidades, sem descuidar de documentar as ofertas não disponíveis, na perspectiva de orientar decisões gestoras (COELHO, 2010).

Segundo Machado, Martins e Martins (2013), os estudos que envolveram a dimensão acessibilidade medem o acesso a partir do tempo entre a indicação do procedimento e sua realização ou transferência entre setores/estabelecimentos e sua realização. Destaca-se que a análise do desempenho dos indicadores nestas duas situações revela aspectos distintos, ambos de grande relevância para a organização do Sistema de Saúde. Na primeira situação, o desempenho do indicador de acesso está relacionado a aspectos operacionais, de responsabilidade da organização responsável pela gestão terceirizada. Já na segunda situação, a transferência entre setores/ estabelecimentos é influenciada pela estruturação do sistema de saúde público, cujo desempenho informa sobre a adequação entre a oferta de serviços e o perfil de saúde da população; sobre a operacionalização das Centrais de Regulação, e sobre a disponibilidade de resposta dos estabelecimentos de saúde para os quais se solicitou transferência. Isto significa que, na segunda situação, a acessibilidade não depende apenas da Organização Terceirizada. Ao adotar a definição de acessibilidade utilizada pelo PROADESS (2015), “capacidade do sistema de Saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no local adequado”, este estudo considera as duas situações de acessibilidade apontadas por Machado, Martins e Martins (2013).

De acordo com o apresentado acima, parece claro que, entre as muitas lacunas a serem preenchidas e as controvérsias observadas a fim de implantar uma avaliação sistemática da gestão dos hospitais terceirizados, destaca-se a obtenção de consensos. É possível que o estabelecimento de consensos venha a permitir comparações entre situações semelhantes

desenvolvidas em diferentes espaços ou instituições (MACHADO, 2013; GARCIA, 2015). Por sua vez, as comparações favorecem a elaboração de planos de melhoria, a partir de parcerias entre as organizações ou estabelecimento de *benchmarking* (SOUZA *et al*, 2009).

4.1 PROCEDIMENTOS E ETAPAS DA PESQUISA

Esta pesquisa trata-se de um estudo exploratório sobre os indicadores presentes nos contratos de gestão hospitalar terceirizados pela SESAB, e se fundamenta nos estudos sobre terceirização e avaliação na administração pública.

A pesquisa realizada é do tipo qualitativo-normativa, a partir de dados secundários, baseado em análise dos documentos, quais sejam os contratos de gestão, disponibilizados na intranet da SESAB. Ressalta-se que a análise destes documentos foi autorizada pela Superintendência da Secretaria, responsável pelo setor de avaliação na época do início do estudo (2014). Para a análise dos indicadores identificados, utilizou-se o método Delphi adaptado, e contou-se, nas duas fases, com 18 e 14 participantes respectivamente.

O universo da pesquisa foram os 20 contratos de gestão hospitalar terceirizada para Organizações Sociais ou entidades privadas vigentes na SESAB até 2014, data em que se encerrou a coleta dos dados.

O primeiro passo para a análise dos indicadores presentes nos contratos consistiu em identificar, no organograma da SESAB, os setores com atividades relacionadas ao acompanhamento dos contratos de terceirização da gestão hospitalar, para então identificar os contratos. Identificados os contratos, procedeu-se o levantamento dos indicadores neles presentes.

Para a análise dos indicadores presentes nos contratos de gestão entre a SESAB e entes privados, construiu-se uma matriz analítica observando as seguintes etapas:

Etapa 1- Identificação das dimensões de análise, considerando o contexto da terceirização. Foram elencadas duas (02) dimensões: (i) **desempenho da organização terceirizada**; e (ii) **interesse dos stakeholders**.

Etapa 2- Identificação dos critérios de análise, considerando as dimensões identificadas. Para a dimensão **desempenho da gestão terceirizada** foram elencados três

critérios, apontados como justificativa para a utilização da terceirização na administração pública, bem como considerados fundamentais para avaliar o desempenho da gestão: eficácia, efetividade, eficiência. A estes critérios foi acrescido o critério acessibilidade, considerando os princípios de equidade e universalidade, norteadores do Sistema Único de Saúde brasileiro. Para a dimensão **interesse dos stakeholders**, foram elencados os seguintes interessados: usuários/ beneficiários, controle social, administração pública, organização gestora e profissionais relacionados ao cuidado do paciente.

Considerando a ausência de consensos em relação aos critérios elencados para o modelo de análise proposto, elaborou-se um quadro conceitual em que são explicitados os conceitos selecionados e adotados nesta pesquisa para orientar a coleta de dados e a análise dos seus resultados.

Quadro 2 - Critérios, conceitos, e fontes bibliográficas

Critério	Conceito	Fontes
“Desempenho da OT- Organização Terceirizada”		
Eficácia	Verificação do cumprimento das metas propostas	Sano e Montenegro Filho (2013)
Efetividade	Grau em que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados.	Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde- PROADESS (2015)
Eficiência	Relação entre o produto de saúde e os recursos utilizados.	Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde- PROADESS (2015)
Acessibilidade	Capacidade do sistema de Saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no local adequado	Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde- PROADESS (2015)
”Interesse para os stakeholders”		
Usuários/beneficiários	Indivíduos que usam o serviço. Pacientes, consumidores ou clientes	Vaitsman e Andrade (2005)
Controle Social	Instâncias de participação do cidadão na gestão pública	Ministério do Desenvolvimento Social. Disponível em: mds.gov.br (2015)
Administração Pública	Gestores responsáveis pelo programa, agentes do governo central, agentes do controle externo;	Ramos e Schabbach (2012)
Organização gestora	Organização que administra (terceirizada)	Ramos e Schabbach (2012)

Etapa 3. Elaboração da Matriz para avaliação dos indicadores, a fim de identificar, entre aqueles presentes nos contratos de gestão hospitalar terceirizada da SESAB, quais possibilitam a avaliação dos resultados esperados pela administração pública com adoção da gestão terceirizada, contempladas nas dimensões e critérios elencados. Esta Matriz foi utilizada para o levantamento dos dados na análise dos contratos, e também enviada para os especialistas que participaram da pesquisa realizada através do Método Delphi, para que procedessem à avaliação dos indicadores presentes nos contratos.

Figura 3 - Matriz Analítica

Matriz de Análise dos Indicadores									
Indicador/ Dimensão	Desempenho da OT- Organização Terceirizada				Interesse dos <i>stakeholders</i>				
Indicador/ Critério	Eficácia	Eficiência	Efetividade	Acessibilidade	Gestor do Programa	Adm. Pública	Controle Social	Usuário	Profissionais
Indicador 1									
Indicador 2									
Indicador 3									
Indicador 4									
.....									
Indicador x									

Etapa 4. Definição da metodologia para análise dos indicadores. Tendo em vista a necessidade de consensos para se realizar avaliações sistemáticas no âmbito das organizações, em particular as de natureza públicas, utilizou-se para o preenchimento da matriz proposta o método Delphi, adaptado para esta pesquisa, uma vez que este pode contribuir para a construção do consenso pretendido. O método Delphi consiste na identificação de um grupo de especialistas em uma determinada área do conhecimento que se posiciona sobre determinadas questões. O resultado é calculado considerando a mediana ou a média. A síntese é reenviada para novo posicionamento do grupo, que responde confirmando o consenso ou explicando divergências. Os participantes não se comunicam, para evitar a pressão de um sobre o outro, sendo esta uma das vantagens do método. O uso da média estatística também visa evitar influências. A participação pode ser enviada por meio eletrônico ou correio. Não há exigência de número de participantes (KAYO e SECURATO, 1997).

Cumprir esclarecer que o quadro conceitual apresentando os conceitos e fontes que fundamentaram a escolha dos critérios de análise propostos pela autora cumpriu o papel de

evitar vieses de análises, caso houvesse dissensos sobre estes conceitos entre os avaliadores participantes.

O método Delphi foi realizado em duas rodadas. Foram enviados para 26 *experts* em avaliação, entre eles profissionais que atuam na área da pesquisa e ensino, profissionais que trabalham na gestão pública, e profissionais que atuam nas duas situações. Deste conjunto de profissionais, 18 atenderam à solicitação da pesquisadora participando da 1ª rodada, quando a matriz foi enviada por meio eletrônico para apreciação e avaliação dos indicadores presentes nos contratos. Ressalta-se que a matriz foi previamente preenchida pela pesquisadora com os indicadores levantados e analisados nos contratos de gestão da SESAB, trabalho este realizado na primeira etapa do trabalho. Os especialistas avaliaram se aqueles indicadores de fato correspondiam àquela dimensão e critério, se estavam formulados de forma adequada, clara, e se eram indicados para avaliar de forma consistente e coerente o critério atribuído. Entre estes profissionais, todos têm nível superior, 08 (oito) trabalham na gestão pública, como assessores, coordenadores ou diretores em Secretarias do Estado da Bahia ou do Município de Salvador, 07 (sete) são professores universitários na Universidade Federal da Bahia-UFBA, 01 (um) é professor da Universidade de São Paulo- USP, 01 (um) é professor da Escola Nacional de Saúde Pública (Rio de Janeiro) e 01 (um) trabalha na gestão da Saúde e é professor de uma Universidade particular de Salvador.

Para o preenchimento da Matriz, foi solicitada a utilização do sistema binário, sendo a pontuação 1, indicando consistência do indicador com a variável, e a pontuação 0, a inconsistência. A tabulação dos resultados na primeira fase considerou como consistente os indicadores que receberam avaliação (1) por mais de 50% dos avaliadores participantes. Esta primeira fase objetivou identificar a consistência dos indicadores existentes para avaliação das dimensões e critérios elencados. Entretanto, a participação crítica dos avaliadores sobre os indicadores elencados ampliou e qualificou a discussão desta pesquisa. Ressalta-se que não foi solicitada aos avaliadores uma avaliação qualitativa dos indicadores, e sim uma opinião sobre a consistência ou não do indicador aos critérios propostos, conforme prévias adaptações feitas ao método Delphi. Isto porque, no primeiro passo, de identificação dos indicadores, a pesquisadora já havia verificado a existência de algumas formulações apresentadas como indicadores nos contratos, que não poderiam ser consideradas como tal, tendo em vista a definição de indicador assumida por esta pesquisa, já discutida no capítulo 2 deste trabalho.

Para análise dos resultados referentes à dimensão “interesse dos *stakeholders*” em concordância com Silva (1995), advoga-se que ao optar por terceirizar a gestão, não é

necessário que a administração pública avalie todos os indicadores gerenciais. Considera-se que os aspectos gerenciais, objeto inclusive do próprio contrato, são da responsabilidade dos executivos da organização que assumiram a gestão terceirizada, e que, portanto, devem ter o seu próprio sistema de avaliação. Como já analisado anteriormente neste trabalho, admite-se que cabe ao órgão da administração pública responsável pela avaliação da gestão terceirizada acompanhar se os resultados pretendidos com a contratualização da gestão do serviço estão sendo alcançados, bem como produzir informações para a própria administração pública, para os usuários e para a sociedade.

Assim, consideraram-se consistentes os indicadores que mais de 50% dos avaliadores identificaram como sendo do interesse dos usuários, ou da administração pública, ou dos profissionais da saúde, ou do controle social. Não foram considerados consistentes para esta dimensão de análise os indicadores considerados de interesse apenas da organização gestora.

Na segunda fase, os indicadores identificados, já qualificados para os critérios elencados pela pesquisa, foram reenviados para os avaliadores, a fim de que ratificassem ou não sua opinião, buscando a produção de consenso entre os participantes. Nesta segunda rodada, participaram 14 (catorze), dos 18 avaliadores, sendo 6 (seis) trabalhadores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 05 (cinco) professores universitários na Universidade Federal da Bahia-UFBA, 01 (um) professor da Universidade de São Paulo- USP, 01 (um), professor da Escola Nacional de Saúde Pública e 01 (uma) trabalhadora da SESAB e professora de uma Universidade particular de Salvador. Considerou-se consenso os indicadores que obtiveram 70% mais um de respostas iguais.

Chama atenção para o fato de que nesta segunda etapa do Método Delphi foram acrescentadas perguntas visando à contribuição para as discussões desta pesquisa. Esta alternativa agregou elementos qualitativos à avaliação enriquecendo assim a análise dos indicadores com dados de natureza qualitativa.

A partir destas escolhas teóricas e metodológicas, foi possível a avaliação dos indicadores presentes nos contratos de gestão efetuados pela SESAB com entidades privadas para a gestão de hospitais públicos. Os resultados estão apresentados nos capítulos seguintes.

5 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DOS INDICADORES PRESENTES NOS CONTRATOS DE GESTÃO CELEBRADOS ENTRE A SESAB E ENTIDADES PRIVADAS PARA GESTÃO TERCEIRIZADAS DE HOSPITAIS PÚBLICOS

Para ampliar a compreensão sobre o cenário em que os contratos aqui analisados foram efetuados, considera-se necessário conhecer a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Para tanto, são apresentados o contexto em que estes contratos de terceirização foram efetuados, identificando os setores responsáveis pelas atividades de monitoramento e avaliação das organizações terceirizadas, as diretrizes da política hospitalar do estado, a distribuição das instituições hospitalares estaduais e o percentual dos hospitais que estão sob gestão terceirizada, bem como as organizações que estão responsáveis pela gestão de cada um dos hospitais que se encontram com a gestão terceirizada.

De fato, estas informações são fundamentais quando se pretende compreender a responsabilidade da SESAB com relação à avaliação e o controle da gestão terceirizada na medida em que evidenciam parte da política adotada para a assistência hospitalar no Estado da Bahia. Ademais, as informações referidas possibilitam compreender as estratégias e ações da Secretaria Estadual de Saúde, gestora estadual do SUS, relacionadas à responsabilidade sobre o controle e a avaliação da gestão de unidades de saúde de média e alta complexidade, como os hospitais, essenciais para garantir a efetividade da integralidade da assistência à saúde prestada pela rede de serviços do SUS aos cidadãos baianos.

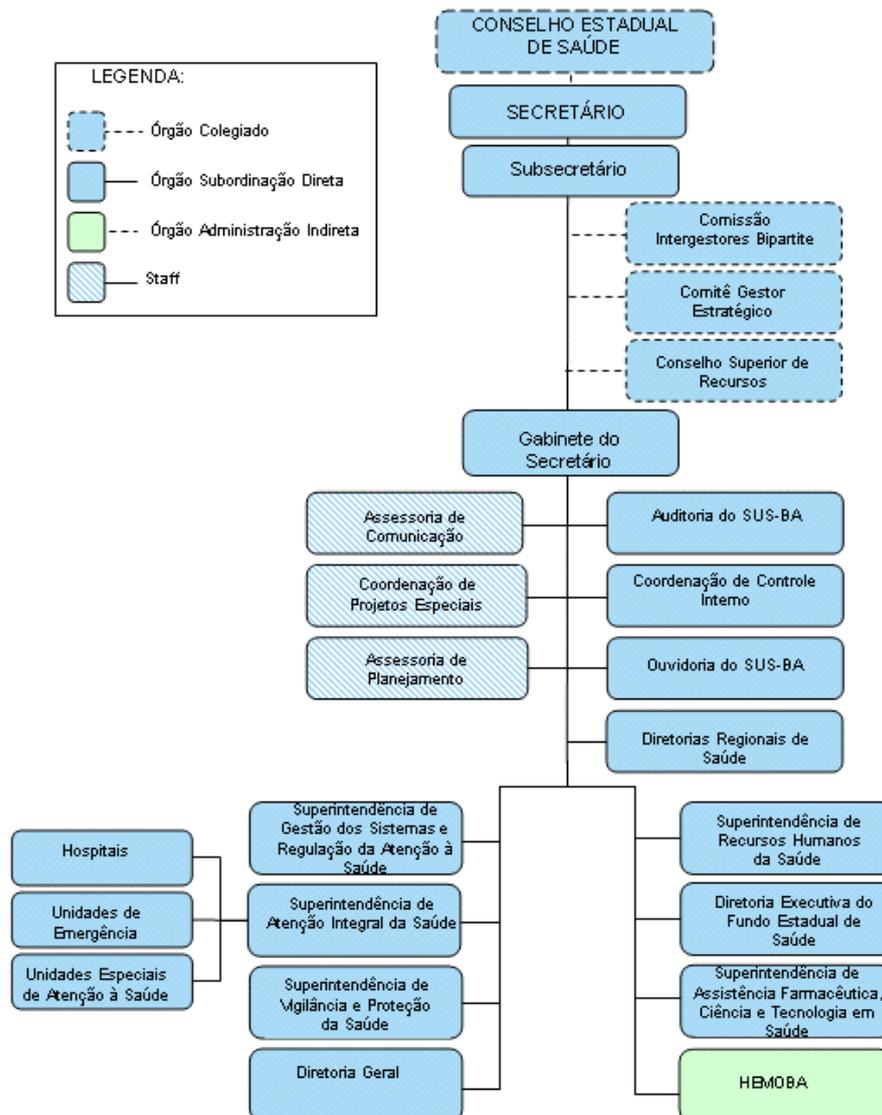
5.1 A ESTRUTURA DA ORGANIZAÇÃO ESTADUAL DA SAÚDE: O “LUGAR” DA AVALIAÇÃO NA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

De acordo com o Art. 1º do Regimento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, esta Secretaria foi criada pela Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966, e modificada pelas Leis nº 7.435, de 30 de dezembro de 1998, Lei nº 8.888, de 24 de novembro de 2003, Lei nº 9.831, de 01 de dezembro de 2005, e 10.955, de 21 de dezembro de 2007, e Lei nº 11.055 de 26 de junho de 2008. Tem por finalidade a formulação da política estadual de saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e

recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde/SUS.

A Figura 4 abaixo apresenta o organograma da SESAB vigente até 2014.

Figura 4 - Organograma da SESAB



Fonte: Site oficial da SESAB (2014)

Na organização estrutural da SESAB, a contratualização é feita em duas Superintendências distintas. A contratualização referente à transferência de gestão acontece na Superintendência de Atenção Integral à Saúde- SAIS, que, de acordo com o regimento da SESAB, tem por finalidade a formulação, o apoio e o acompanhamento da implementação da Política de Atenção à Saúde no Estado da Bahia, bem como gerenciar, controlar e avaliar as

unidades de saúde, sob administração direta e indireta, inclusive monitorar o desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde. Já a contratualização dos estabelecimentos filantrópicos é realizada na Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde-SUREGS, que, de acordo com o regimento, tem por finalidade a gestão de ações estratégicas voltadas para a regulação da assistência à saúde.

Cumprir esclarecer que estas duas situações requerem algumas distinções nas especificações contratuais. No primeiro caso, as unidades são públicas e a gestão é terceirizada. No segundo caso, as unidades são de entidades privadas, preferencialmente sem fins lucrativos, que atuam paralelamente ao Estado e podem firmar contratos com a administração pública para prestação de serviços, de forma total ou parcial, obedecendo aos princípios da administração pública. Não parece claro o motivo para a divisão de atividades de contratualização entre duas Superintendências distintas. Entretanto, estas especificidades requerem focos diferentes de avaliação, razão pela qual este estudo decidiu avaliar apenas os indicadores dos contratos de gestão terceirizada.

No momento do levantamento dos contratos de gestão e de outros documentos importantes para esta pesquisa nos órgãos e setores da SESAB, técnicos da SAIS informaram que a avaliação do desempenho da gestão terceirizada é feita através de Relatórios enviados mensalmente à SESAB pela organização terceirizada, contendo a informação do seu desempenho referente aos indicadores constantes nos contratos. De fato, consta nos contratos a informação que a contratada deverá encaminhar mensalmente até o 5º dia útil a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo hospital, incluindo a avaliação e valoração dos indicadores. O setor responsável na SESAB consolida os dados informados pela contratada para avaliar a pontuação dos indicadores, o que irá condicionar o repasse do pagamento do valor variável previsto no contrato.

Esta prática parece contraditória, uma vez que avaliar a gestão terceirizada através de relatórios informados pela própria contratada não é, convencionalmente, a estratégia de avaliação mais recomendada, em face dos possíveis conflitos de interesses entre contratada e contratante, os quais o desenho da avaliação proposto nos contratos deve procurar dirimir. Além disto, como aponta Serpa (2014), a independência do avaliador é um dos fatores-chaves para a avaliação. Esta contradição se torna mais evidente no caso da avaliação da gestão terceirizada de serviços públicos, considerando os diferentes propósitos e prioridades entre o setor privado e o público. Ainda de acordo com informações dos técnicos da SAIS, não há uma sistemática de devolutiva aos hospitais sobre a avaliação do seu desempenho, o que

dificulta a compreensão da utilidade da avaliação neste contexto, em que se espera que a avaliação ocorra para identificar possíveis problemas e subsidiar planos de melhoria. Embora estas informações fornecidas pelos técnicos da SAIS não tenham sido levantadas através de procedimentos metodológicos previamente definidos por esta pesquisa, ao surgirem no período do levantamento dos dados e se referirem ao objeto desta pesquisa, tornam-se importantes, uma vez que apontam indícios de lacunas de conhecimento sobre a avaliação da gestão terceirizada no âmbito do setor saúde, que podem ser focos e objetos de futuras pesquisas de avaliação neste campo.

Vale ainda ressaltar que os contratos de gestão terceirizada sob responsabilidade da SAIS estão disponíveis na intranet da SESAB, portanto de livre acesso aos funcionários da Instituição. Entretanto, o acesso à informação sobre os contratos ainda é uma tarefa difícil. No caso desta pesquisa, mesmo sendo sua autora, servidora da SESAB, a informação por parte dos técnicos da SAIS de que os contratos sob sua responsabilidade encontravam-se digitalizados e disponíveis na intranet, e portanto de fácil acesso a servidores, só foi viabilizada após uma solicitação formal enviada pelo Núcleo de Pós Graduação da Escola de Administração da UFBA, com assinatura do responsável da UFBA e avalizada pela então superintendente da SAIS/SESAB. Os contratos de responsabilidade da SUREGS não estão disponibilizados nem dentro do ambiente institucional. Esta dificuldade inicial para acesso a informações públicas confirma o que apontam Ramos e Schabbach (2012) e Garcia (2015): que entre os desafios para a implantação da avaliação na administração pública está a resistência de técnicos e de autoridades em decorrência ainda do predomínio de uma cultura autoritária.

Ressalta-se que a utilização da terceirização da gestão hospitalar na Bahia teve início no governo de Paulo Souto, de orientação política que se dizia aproximada do ideário da administração gerencialista, cujos princípios põem em relevância a participação da sociedade na avaliação dos serviços e gestores públicos. Pode-se admitir que tal ideário continua sendo adotado pelas gestões governamentais subsequentes a de Paulo Souto, com maior ênfase na participação social na gestão pública, considerando o histórico da orientação política do Partido dos Trabalhadores, ao qual os então governadores são filiados. Contudo, este contexto não reduziu as dificuldades de acesso a informações sobre a terceirização da gestão de unidades públicas de saúde, tampouco conferiu maior transparência à contratualização dos serviços prestados ou contribuiu para a divulgação dos resultados da gestão terceirizada para a população. Ainda persistem algumas dificuldades quando se trata de informações para

avaliação dos serviços públicos, não apenas por resistências ou viés autoritário, formalista e burocrático, como também por ausência de sistemas de informação organizados e de fácil manejo.

Com relação à avaliação, de fato, o art. 2º do Regimento da SESAB, que descreve a sua estrutura, indica que as ações de avaliação são de responsabilidade da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), que tem por finalidade a formulação, o apoio e o acompanhamento da implementação da Política de Atenção à Saúde no Estado da Bahia, bem como gerenciar, controlar e avaliar as unidades de saúde sob administração direta e indireta, inclusive monitorando o desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde. Além disso, identifica-se também que a Diretoria Executiva do Fundo Estadual de Saúde tem por finalidade gerir os recursos do Fundo Estadual de Saúde (FES/BA) executando as atividades de administração financeira e de contabilidade, de planejamento, programação, orçamentação, acompanhamento e avaliação de estudos e análises na aplicação dos recursos do FES/BA, em estreita articulação com os Sistemas Estadual de Planejamento e Financeiro e de Contabilidade do Estado.

Destaca-se ainda, no regimento da SESAB, a existência de ações de avaliação e controle no componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, que tem por finalidade promover a fiscalização técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e dos serviços de saúde do SUS/BA e na Ouvidoria do SUS/BA. Esta é vinculada tecnicamente à Ouvidoria Geral do Estado e administrativamente à SESAB, e tem por finalidade receber, examinar e encaminhar denúncias e sugestões dos cidadãos relativas à prestação de serviços do SUS/BA. Além disso, cabe ainda à ouvidoria do SUS examinar representações contra o exercício negligente ou abusivo de cargos e funções da administração pública estadual na área da saúde, em articulação com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/Ministério da Saúde, na forma prevista em lei. Entretanto, constata-se que ainda não existem protocolos ou fluxo de informação entre estes sistemas e os setores responsáveis pela avaliação dos serviços sob gestão terceirizada.

Percebe-se, nesta estrutura organizacional apresentada, lacunas com relação à avaliação da gestão, principalmente no que tange à avaliação do desempenho das unidades de saúde e à comparação de desempenho entre as unidades sob gestão direta e sob gestão terceirizada, ou indireta, o que seria fundamental para consolidar a responsabilidade da administração pública em relação à prestação de contas à sociedade.

Em 11 de dezembro de 2014, a Lei nº 13.204 modificou a estrutura organizacional da administração pública do Poder Executivo Estadual, incluindo a Secretaria de Saúde. Foram criadas cinco novas unidades na Secretaria de Saúde. Destas, quatro apresentam entre suas responsabilidades atividades relacionadas à avaliação, controle ou monitoramento: 1) a Corregedoria da Saúde, com a finalidade de acompanhar, controlar e avaliar a regularidade da atuação funcional e da conduta dos servidores da SESAB, em estreita articulação com o órgão central do Sistema de Correição Estadual; 2) a Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, com a finalidade de acompanhar as atividades finalísticas da área de saúde; 3) a Coordenação Executiva de Infraestrutura da Rede Física, com a finalidade de avaliar a necessidade de serviços de engenharia, bem como executar a construção, ampliação, reforma, manutenção, conservação, urbanização e paisagismo dos prédios sob gestão da Secretaria da Saúde, observadas as diretrizes estabelecidas pela Secretaria da Administração; e 4) a Central de Aquisições e Contratações da Saúde, com a finalidade de planejar, executar e controlar as aquisições e contratações de bens e serviços de apoio à rede própria do serviço de saúde.

Esta alteração estrutural na organização da SESAB parece revelar uma intencionalidade gestora em privilegiar a avaliação. Contudo, até o final desta pesquisa não foram apresentadas alterações no regimento da SESAB que possam esclarecer o foco que será dado à avaliação e quais atividades serão de responsabilidade de cada órgão. Numa análise preliminar, observa-se que parece haver superposições de atividades. Espera-se que o novo regimento possa esclarecer a existência ou não da aparente superposição.

Considerando o caráter polissêmico das noções de avaliação e monitoramento, que vão desde a sinonímia até a consideração de que o monitoramento é parte da avaliação, (BOULLOSA e RODRIGUES, 2014) a compreensão da organização das atividades de avaliação na nova estrutura proposta pela SESAB requer a elaboração, por parte desta, de um glossário explicativo que informe quais conceitos fundamentaram esta proposta organizacional. É possível que a SAIS, que, no organograma atual compõe o conjunto de Superintendências, seja responsável pelas atividades de monitoramento do cumprimento dos contratos de gestão terceirizada, cabendo a esta, portanto, as medidas necessárias para garantir o bom desempenho das organizações. Infere-se, desta forma, que a nova Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, que está ligada diretamente ao gabinete do secretário, tenha por finalidade o processamento da avaliação dos dados do monitoramento das unidades de saúde, de forma a repassar para o secretário as informações pertinentes,

capazes de produzir aprendizagem institucional e subsidiar tomada de decisões. No caso da avaliação do desempenho das unidades hospitalares, a comparação do desempenho entre as organizações também integra os processos avaliativos, já que planos de melhoria para unidades que apresentam um desempenho insatisfatório podem ser desenvolvidos a partir de parcerias entre as organizações, através do estabelecimento de *benchmarking* (SOUZA *et al* 2009), aproveitando as tecnologias exitosas de organizações de melhor desempenho. A transferência de tecnologias entre unidades pode se dar inclusive entre unidades de gestão terceirizada e gestão direta, potencializando possíveis vantagens advindas da utilização da terceirização e que justificaram sua adoção pela administração pública.

5.2 A POLÍTICA HOSPITALAR NO ESTADO DA BAHIA: O QUE DIZEM OS DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

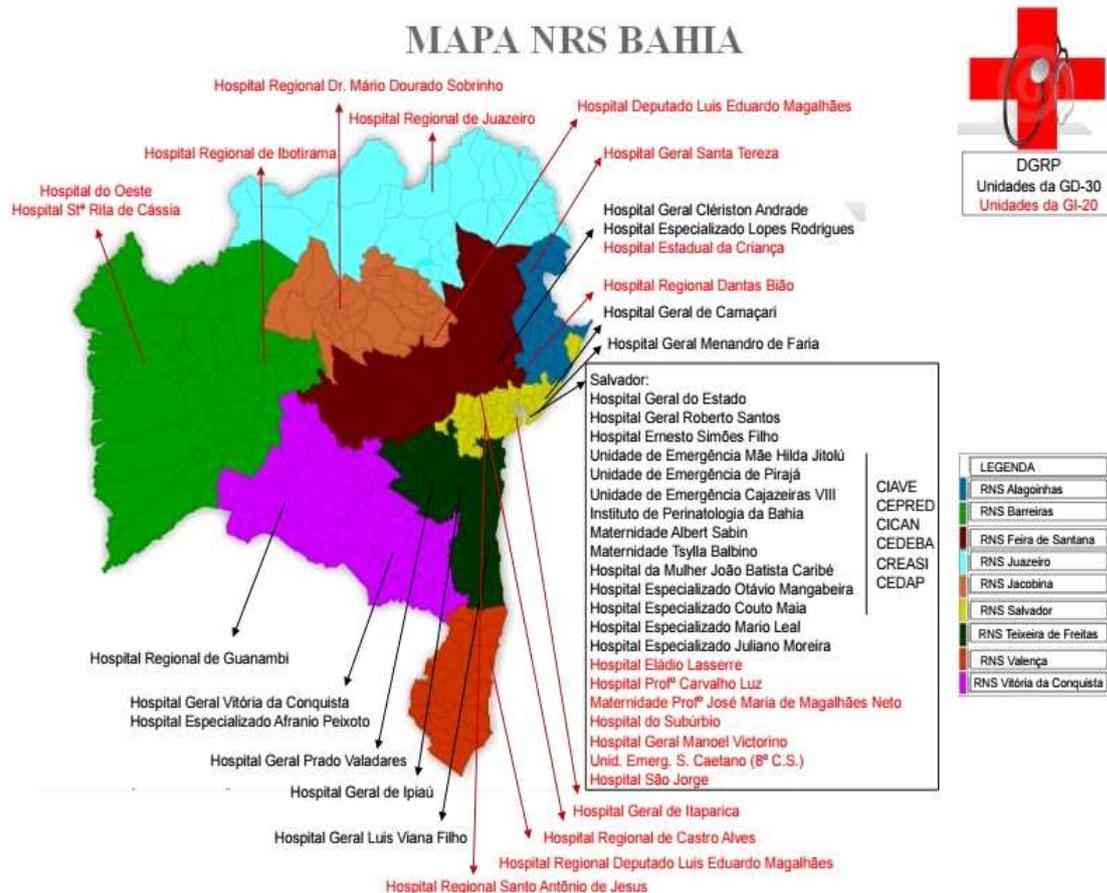
De acordo com a portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013)

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 informa que a Política de Atenção Hospitalar do Estado da Bahia, em 2010, tem o objetivo de induzir a reestruturação e reorganização da rede de serviços hospitalares de forma regionalizada. Desta forma, os hospitais foram classificados, segundo o seu papel nas redes loco regionais de atenção à saúde, em: Hospitais de Referência Estadual, Hospitais de Referência Macrorregional, Hospitais de Referência Microrregional, Hospitais Complementares de Microrregião e Hospitais Locais.

Considerando as maternidades, as unidades de emergência e os centros de referência, a rede própria hospitalar da SESAB é composta por 50 unidades, embora a maioria dos leitos disponibilizados esteja localizada na capital Salvador e região metropolitana correspondente. Desta rede, 30 unidades encontram-se sob gestão direta, ou seja, com gestão realizada pela própria SESAB, e 20 estão sob gestão indireta, ou gestão terceirizada para organizações

privadas, Organizações Sociais ou Parceria Pública-Privada, distribuída conforme mapa apresentado na Figura 5 abaixo.

Figura 5 - Mapa com Identificação do Quadro de Hospitais da SESAB distribuídos por Núcleos Regionais



Fonte: SESAB/SAIS/DGRP/DIRP/GI (2014)

Ainda de acordo com o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, a análise da relação entre a quantidade de leitos complementares e de internação por habitante é de 2,3 leitos de internação por 1.000 habitantes, portanto, está em conformidade com o que preconiza a Portaria GM/MS nº 1.101/2002, que estabelece uma média de 2,5 a 3 leitos/1.000 habitantes. O grande desafio enfrentado pelo estado se refere à distribuição destes leitos entre as distintas regiões, sendo que na macrorregião Leste esta relação é de 2,7 leitos/1.000 hab. Isto pode favorecer a inferência de que a utilização da terceirização está relacionada com o enfrentamento deste desafio. De fato, nos Núcleos Regionais Oeste, Norte e Nordeste esta relação é de menos de 2,0 leitos por 1.000 habitantes e as instituições hospitalares estaduais existentes estão sob gestão terceirizada. Entretanto, na região Leste, onde a relação

leito/habitante está dentro do que preconiza a portaria ministerial, existem também instituições hospitalares sob gestão terceirizada, parecendo indicar que a escolha pela utilização da terceirização não guarda relação com este indicador. Contudo, é possível que exista uma racionalidade para explicar a escolha pela gestão terceirizada nestas situações, ressaltando, porém, que esta explicação não foi foco de análise desta pesquisa.

A distribuição de unidades hospitalares no estado da Bahia demonstra que em alguns Núcleos Regionais existe apenas um hospital estadual de gestão terceirizada, classificado pela Política estadual como regional, e que, portanto deve atender, dentro das especificações, à população de toda região. Considerando que em uma relação contratual cabe à contratante avaliar se a contratada está cumprindo com os compromissos de sua responsabilidade, deduz-se que cabe à SESAB avaliar se os princípios de universalidade e equanimidade, definidos constitucionalmente para a assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, estão sendo garantidos pelo contratado a partir da gestão terceirizada.

O cenário de organizações contratadas para a gestão dos hospitais estaduais na Bahia, no período do estudo, apresenta-se da seguinte forma:

Quadro 3 - Natureza das diferentes organizações gestoras terceirizadas de hospitais públicos e suas respectivas localizações no Estado da Bahia, 2014

Natureza da Organização Gestora	Organização Gestora	Localização da Organização	Instituição Hospitalar/ Município
Privada	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda	Conceição do Jacuípe-BA	Hospital Regional de Ibotirama/ Ibotirama
			Hosp. Eládio Lassère/ Salvador
Organizações Sociais	Monte Tabor Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária	Salvador-BA	Hosp. Reg. Dantas Bião/ Alagoinhas
			Hosp. Luís Ed. Magalhães/Porto Seguro
	IMIP-Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira	Recife- PE	Hosp. Regional de Juazeiro/ Juazeiro
			Hosp. Estadual da Criança/ Feira de Santana
	Pró Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar	Mairi- BA	Hosp. Luis Eduardo Magalhães/ Mairi
	Instituto Fernando Figueiras-IFF	Lauro de Freitas- BA	Hosp. Geral de Itaparica/Itaparica
			Hosp. Carvalho Luz/Salvador
	Fundação José Silveira	Salvador-BA	Hosp. Geral Stª Tereza/ Ribeira do Pombal
	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar- IBDAH	Guanambi-BA	Unid. Emerg. São Caetano/Salvador
			Hosp. Manoel Vitorino/Salvador
Santa Casa de Misericórdia	Salvador-BA	Maternidade de Referência José Maria de Magalhães/ Salvador	
Associação Obras Sociais Irmã Dulce	Salvador- BA	Hospital Eurídice Santana/ Sta Rita de Cássia	
		Hospital São Jorge/ Salvador	
		Hospital Regional Dr Mário Dourado Sobrinho/ Irecê	
		Hospital do Oeste/Barreiras	
Parceria Público Privada	Prodal Saúde S/A	Salvador-BA	Hospital do Subúrbio

Fonte: Autora, a partir das informações da SESAB/SAIS/DGRP/DIRP/GI (2014)

De acordo com o art. 55 da Lei nº 8.666/93, os contratos celebrados pela administração pública devem conter cláusulas que informem sobre:

- O objeto do contrato;
- O regime de execução dos serviços;
- A previsão do preço e suas condições e critérios de pagamento;
- A previsão dos prazos de início e final da prestação de serviços;

- O crédito pelo qual correrá a despesa;
- A previsão das obrigações e das responsabilidades das partes, as penalidades cabíveis e os valores de multas;
- Casos de rescisão;
- Reconhecimento dos direitos da administração, em caso de rescisão administrativa e demais obrigações.

Com relação à prestação dos serviços de saúde as cláusulas explicitam:

- A obrigatoriedade de o prestador manter cadastro dos usuários, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços;
- O compromisso de pontualidade na entrega de relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição;
- A garantia de acompanhamento para crianças, adolescentes e pessoas com mais de 60anos;
- A permissão de visitas diárias ao paciente, respeitada a rotina do serviço; a adaptação da Unidade à política de Regulação;
- A garantia de entrega ao usuário ou responsável, no ato da saída do atendimento, documento com o histórico do atendimento prestado ou resumo de alta.

Os serviços contratados e conveniados deverão garantir aos trabalhadores vínculo empregatício que assegure todos os direitos trabalhistas, sociais e previdenciários. Salienta-se que em 2007 o Ministério da Saúde publicou um Manual de Orientações para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde, apresentando as normatizações.

A contratualização de terceiros para gestão de hospitais da rede estadual iniciou-se na administração pública baiana em 1997, com a expectativa de aumentar a eficiência operacional para manter ou ampliar a qualidade dos serviços e diminuir os custos, priorizando uma gestão voltada para resultados. Neste contexto é de se esperar que os contratos de terceirização da gestão hospitalar explicitem objetivos e apresentem indicadores cuja análise seja capaz de orientar a gestão por resultados. Assim, a análise dos indicadores presentes nos contratos celebrados entre a SESAB e organizações privadas, é objeto da discussão no item seguinte deste capítulo de resultados.

5.3 O QUE DIZEM OS INDICADORES?

5.3.1 Apresentações e Conteúdos Propostos

Na análise dos contratos que fizeram parte deste estudo, revelou-se que, de modo geral, tais contratos cumprem as exigências normativas da Lei nº 8666/93, que regulamenta as relações da administração pública com terceiros, apresentando o objeto, as cláusulas contratuais, os compromissos e um anexo técnico referente à avaliação e indicadores.

Entretanto, o conteúdo e até a forma de apresentação do referido Anexo confirmam o que aponta a literatura (SAMPAIO, 2011; GARCIA, 2015): que a área de avaliação pública em saúde no Brasil ainda se encontra em estágio incipiente, com pouco conhecimento dos profissionais sobre métodos avaliativos e pouco interesse dos gestores em saber os efeitos e impactos produzidos por suas políticas e projetos.

Nos Anexos referentes à Valoração dos indicadores se observa que não há padronização na apresentação dos indicadores, e que os indicadores não estão diretamente relacionados aos objetivos que se pretende avaliar, como seria esperado de indicadores de resultados (BRASIL, 2007). A falta de padronização dificulta comparações do desempenho apresentado pelas organizações, o que poderia favorecer a aprendizagem da gestão e a elaboração de planos de melhoria a partir de parcerias entre as organizações ou estabelecimento de *benchmarking* (SOUZA *et al* 2009). Por sua vez, a inexistência de vinculação do indicador com seu objetivo dificulta a análise do resultado do indicador com relação ao esperado, o que pode induzir a falhas que impeçam avanços na eficiência e efetividade e ainda gerar impactos negativos e injustos aos serviços (MACHADO, MARTINS e MARTINS, 2013).

Em 05 (cinco) contratos os indicadores estão apresentados em forma de uma única Tabela, contendo os seguintes tópicos: “Descrição”, “Indicador”, “Critérios de Avaliação” e “Ponderação”. Em 01 (um) contrato os indicadores também estão apresentados em uma Tabela, mas os tópicos da Tabela são: “Indicador”, “Operação”, “Produto”, “Meta” e “Fonte de Verificação”. Nos 14 demais contratos os indicadores estão apresentados em Tabela, separados por dimensões de análise. Mas as dimensões não são as mesmas em todos os

contratos. Nos diferentes contratos há divergência entre as operações elencadas e as dimensões apresentadas.

Em um dos 14 contratos onde os indicadores são separados por dimensão de análise, são apresentadas quatro dimensões, para as quais se correlacionam as seguintes operações:

Quadro 4 - Exemplo 1 de Relação Entre Dimensões e Operações

Dimensões	Operações
Auditoria Operacional	Implantar e Implementar Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Implantar e Implementar Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente Implantar e Implementar a Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos Implantar e Implementar Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho- CIPA Implantar e Implementar Comissão de Ética Médica Implantar e Implementar Comissão de Ética de Enfermagem Implantar e Implementar o Comitê de Farmácia e Terapêutica Implantar e Implementar a Comissão de Humanização da Assistência
Qualidade da Atenção	Mortalidade Geral Taxa de ocupação Tempo de Permanência Média
Gestão de Pessoas	Número de reuniões realizadas com os profissionais da equipe multiprofissional da Unidade, objetivando a educação permanente
Desempenho da Área de Controle Social	Prover meio de escuta dos usuários: implantar o SAC Avaliação da satisfação do cliente ou sua família

Fonte: autora, a partir dos dados dos contratos.

Observa-se que, à exceção da dimensão “Qualidade da Atenção”, todas as operações referem-se a processos, relacionados ao nível organizacional, e não com resultados finalísticos, objeto de avaliação que cabe à SESAB.

Em outro dos 14 contratos, as dimensões são cinco, tendo sido acrescida a dimensão Inserção no Sistema de Saúde. Com relação à dimensão “Qualidade da Atenção”, só é apresentada uma operação.

Quadro 5–Exemplo 2 de Relação Entre Dimensões e Operações

Dimensões	Operações
Auditoria Operacional	Implantar e Implementar Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Implantar e Implementar Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente Implantar e Implementar a Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos Implantar e Implementar Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho- CIPA Implantar e Implementar Comissão de Ética Médica Implantar e Implementar Comissão de Ética de Enfermagem Implantar e Implementar o Comitê de Farmácia e Terapêutica Implantar e Implementar a Comissão de Humanização da Assistência Implantar e Implementar a Comissão de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de violência
Qualidade da Atenção	Mortalidade Geral
Gestão de Pessoas	Número de reuniões realizadas com os profissionais da equipe multiprofissional da Unidade, objetivando a educação permanente
Inserção no Sistema de Saúde	Percentual de visitas institucionais realizadas no trimestre
Desempenho da Área de Controle Social	Prover meio de escuta dos usuários: implantar o SAC
	Avaliação da satisfação do cliente ou sua família

Fonte: autora, a partir dos dados dos contratos

Em seis contratos são descritas seis dimensões, como demonstrado no Quadro que se segue. As operações destacadas em negrito não estão presentes nos seis contratos.

Quadro 6– Exemplo 3 de Relação Entre Dimensões e Operações

Dimensões	Operações
Auditoria Operacional	Implantar e Implementar Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
	Implantar e Implementar Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente
	Implantar e Implementar a Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos
	Implantar e Implementar a Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos Materno infantil
	Implantar e Implementar Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho- CIPA
	Implantar e Implementar Comissão de Ética Médica
	Implantar e Implementar Comissão de Ética de Enfermagem
	Implantar e Implementar o Comitê de Farmácia e Terapêutica
	Implantar e Implementara Comissão de Humanização da Assistência
	Implantar e Implementara Comissão de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de violência
	Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos
	Implantar e Implementar a Comissão de Mortalidade materna
	Implantar e Implementar a Comissão de mortalidade Neonatal
Desempenho da Atenção	Taxa de Ocupação hospitalar

Dimensões	Operações
	Taxa Média de permanência
	Taxa de cesariana
Qualidade da Atenção	Mortalidade Geral
	Mortalidade Institucional
	Taxa de infecção Hospitalar
	Percentual de prontuários de pacientes contendo linha guia de alta
	Percentual de parturientes de risco habitual residentes no município de Itaparica
Gestão de Pessoas	Número de reuniões realizadas com os profissionais da equipe multiprofissional da Unidade, objetivando a educação permanente.
	Relação enfermeiro/ leito
Gestão da Clínica	Percentual de casos discutidos pela equipe multiprofissional no trimestre
	Percentual de consultas compartilhadas (interconsultas) realizadas no trimestre
	Percentual de garantia de continuidade da atenção
Inserção no Sistema de Saúde	Percentual de visitas institucionais realizadas no trimestre
Desempenho da Área de Controle Social	Prover meio de escuta dos usuários: implantar o SAC
	Avaliação da satisfação do cliente ou sua família
Desempenho na área de Humanização	Percentual de cuidadores treinados para alta do paciente através de atividades de educação em saúde

Fonte: autora, a partir dos dados dos contratos

Já em outro contrato, as dimensões são as mesmas, acrescida a dimensão “Indicadores Exclusivos da Rede Cegonha”, como pode se ver no Quadro abaixo. Embora não se possa dizer que “Indicadores Exclusivos da Rede Cegonha” possa adquirir o status de uma dimensão de análise, a inclusão destes indicadores, que poderiam ser abarcados em outras dimensões já elencadas, pode ser justificada pela incorporação de novas estratégias da política pública de saúde, como a estruturação da Rede Cegonha que traz a necessidades de novos indicadores.

Quadro 7– Exemplo 4 de Relação Entre Dimensões e Operações

Dimensões	Operações
Auditoria Operacional	Implantar e Implementar Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Implantar e Implementar Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente Implantar e Implementar a Comissão de Mortalidade Materna Implantar e Implementar a Comissão de Mortalidade Neonatal Implantar e Implementar Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho- CIPA Implantar e Implementar Comissão de Ética Médica Implantar e Implementar Comissão de Ética de Enfermagem Implantar e Implementar o Comitê de Fármaco, Tecno e Vigilância Implantar e Implementar Manutenção Predial e Manutenção Corretiva e Preventiva dos Equipamentos
Desempenho da Atenção	Taxa de Ocupação hospitalar Taxa Média de permanência Taxa de cesariana
Qualidade da Atenção	Mortalidade Geral Mortalidade Institucional Taxa de infecção Hospitalar
	Mortalidade Materna Hospitalar Mortalidade Neonatal Hospitalar
Gestão de Pessoas	Número de reuniões realizadas com os profissionais da equipe multiprofissional da Unidade, objetivando a educação permanente.
Gestão da Clínica	Total de atividades educativas na sala de espera do ambulatório da Maternidade Implantar e implementar protocolos obstétricos para as patologias mais prevalentes na gestação de alto risco Percentual de gestantes que visitaram a Maternidade antes do parto, vinculadas desde o pré-natal
Inserção no Sistema de Saúde	Percentual de visitas institucionais realizadas no trimestre
Desempenho da Área de Controle Social	Prover meio de escuta dos usuários: implantar o SAC Avaliação da satisfação do cliente ou sua família
Desempenho na área de Humanização	Percentual de cuidadores treinados para alta do paciente através de atividades de educação em saúde
Indicadores exclusivos da Rede Cegonha	Taxa de Episiotomia Aleitamento materno na 1ª hora de vida RN com direito a acompanhante na UTI e UCI Colegiado Gestor materno-infantil funcionante composto por representantes das categorias multiprofissionais APGAR maior que 7 no 5º minuto Proporção de mulheres com quadro de abortamento que receberam atenção humanizada com utilização de tecnologia apropriada

Fonte: autora, a partir dos dados dos contratos.

Acredita-se que a inclusão de dimensões na apresentação do Anexo referente à avaliação dos contratos representa um esforço da administração da SESAB na definição dos problemas e ações desenhadas e programadas, a fim de qualificar a elaboração dos

indicadores dos contratos. Entretanto as dimensões apresentadas não parecem suficientes para revelar sobre a eficácia, eficiência, efetividade e acessibilidade que se espera da organização terceirizada ao se definir pela utilização da terceirização.

Ainda que as dimensões apresentadas se revelassem adequadas, os indicadores relacionados não parecem os mais adequados e incontestes para revelar evidências sobre estas dimensões, como se pode observar nos exemplos abaixo:

Quadro 8 - Exemplo 5 de Relação Entre Dimensões e Operações

Dimensão	Operação
Gestão de Pessoas	Número de reuniões realizadas com os profissionais da equipe multiprofissional da Unidade, objetivando a educação permanente.

A avaliação da “Gestão de Pessoas” envolve muitos outros aspectos, além da educação permanente. Além disto, se o que se deseja saber é se a organização terceirizada está tendo um bom desempenho com relação à educação permanente dos seus profissionais, o indicador “número de reuniões” não é o mais adequado e consistente para mensurar esta informação.

O mesmo pode ser observado no exemplo seguinte, com relação à dimensão “Desempenho da Área de Controle Social”.

Quadro 9 - Exemplo 6 de Relação Entre Dimensões e Operações

Dimensão	Operação
Desempenho da Área de Controle Social	Prover meio de escuta dos usuários: implantar o SAC
	Avaliação da satisfação do cliente ou sua família

A inclusão desta dimensão parece ter a intenção de responder às novas demandas para a avaliação na administração pública, a partir do final dos anos 1990, que passam a levar em conta o ponto de vista dos diversos atores envolvidos e deixam de ser um campo reservado aos especialistas, enfatizando a negociação (DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2013).

Entretanto, a avaliação do desempenho do controle social envolve várias instâncias de participação do cidadão na gestão pública, o que não se consegue apenas provendo meio de escuta dos usuários e avaliando a satisfação do cliente ou sua família. Como alerta Araújo (2010), a aposta do SUS com relação à capacidade de fiscalização do cidadão está centrada nos Conselhos, apesar da recomendação de que a avaliação da qualidade da atenção pelos

gestores deva envolver a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários que considere a acessibilidade, a integralidade, a resolubilidade e a qualidade dos serviços.

Ressalta-se que o desempenho do controle social, de acordo com a definição de controle social apresentada no Quadro 2, não é de governança exclusiva da organização terceirizada, o que significa que a inclusão desta dimensão de análise para avaliar a gestão hospitalar terceirizada não parece ter utilidade, já que, como apontam Nsamzinshuti, Elslande e Alassane (2014), um dos requisitos importantes para os indicadores de desempenho é a controlabilidade. Se o que a administração deseja com a inclusão desta dimensão de análise é mensurar a participação dos usuários no controle e avaliação dos serviços da organização terceirizada, a fim de subsidiar decisões gerenciais, é preciso um indicador que utilize diferentes informações, incluindo a relação da quantidade de usuários participantes da avaliação e o total de usuários atendidos.

Além disto, a medição da satisfação dos cidadãos com os serviços públicos, através de um único instrumento de coleta de dados, no momento em que ele utilizou o serviço, é bastante questionada, pois foca num momento pontual muitas vezes não adequado para a realização de uma avaliação dos serviços ofertados³.

De toda forma, as operações elencadas para esta dimensão não informam sobre o desempenho do controle social. “Prover meio de escuta dos usuários: implantar o SAC” apresenta um processo de trabalho e uma estratégia visando o seu alcance. Já “Avaliação da satisfação do cliente ou sua família” pode ser adequado para informar sobre a efetividade da organização terceirizada, embora com as ressalvas feitas sobre a medição da satisfação do cliente em relação à qualidade dos serviços de saúde (SANO e MONTENEGRO FILHO, 2013), o que implica na necessidade de cruzamentos de informações decorrentes de outros indicadores, a fim de entender o que diz a participação dos usuários na avaliação dos serviços prestados.

³Com relação à avaliação da qualidade dos serviços de saúde e a avaliação da satisfação dos usuários há uma discussão na literatura, que inclui vários aspectos, entre estes a necessidade real e a potencial de utilização dos serviços; as expectativas dos pacientes, que podem não estar diretamente relacionadas à qualidade dos serviços de saúde prestados e até ao sentido do termo “qualidade”, que em sentido amplo reflete não só a satisfação com os serviços, mas também os custos, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança, a aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos e a adequação dos equipamentos. Desta forma, considera-se que a satisfação dos usuários com os serviços, não é em si, uma medida da qualidade da atenção (STARFIELD, 2004).

Assim, a inclusão de dimensões de análise e mudança de tópicos nas tabelas para Avaliação nos contratos não dirimiu a dificuldade para compreender o que, nos contratos, se define como indicador.

Além disto, ainda persiste a falta de padronização. Como pode ser observado nos exemplos apresentados, o indicador clássico, “Tempo de permanência”, pode ser visto em um contrato, relacionado à dimensão “qualidade da atenção” e, em outros, com a dimensão “desempenho da atenção”, embora seja mantida a dimensão “qualidade da atenção”.

Com relação à dimensão “qualidade da atenção”, em um contrato esta dimensão está associada apenas ao indicador “Mortalidade geral” e, em outros, a este indicador são acrescentado outros, como a “Taxa de infecção”. Ressalta-se que o indicador “Taxa de mortalidade” foi de fato o mais utilizado para avaliar qualidade hospitalar, nos estudos realizados no período de 1990 a 2011, conforme observaram Machado, Martins e Martins (2013).

Esta divergência e falta de padronização, incompreensíveis quando ocorre nos instrumentos de gestão de uma mesma instituição, confirmam a falta de consenso apontada na literatura estudada como uma entre as muitas lacunas a serem preenchidas a fim de implantar uma avaliação sistemática dos serviços hospitalares (MACHADO, MARTINS e MARTINS, 2013).

5.3.2 Formulação dos Indicadores

Nas diferentes formas de apresentação dos indicadores encontradas nos contratos não é possível identificar com clareza o que de fato está sendo chamado de indicador. Este achado se revelou o primeiro grande desafio a ser enfrentado na busca do alcance do objetivo deste estudo. Considerando que em alguns contratos a Tabela de apresentação de indicadores, apresenta indicadores clássicos em saúde, o tópico onde aparecem tais indicadores foi considerado como aquele definido pela SESAB para apresentar os indicadores.

No exemplo abaixo, onde a Tabela apresenta os tópicos: “Descrição”, “Indicador”, “Critérios de Avaliação” e “Ponderação”, pode-se inferir que, em se tratando de um Anexo intitulado “Avaliação e Valoração dos Indicadores”, o item “Descrição” apresente o indicador e o item “Indicador” apresente a sua fórmula e o que se espera que ele deva evidenciar.

Entretanto não é isto que se observa. O tópico onde aparecem indicadores clássicos de saúde é “Descrição”, portanto os conteúdos apresentados neste tópico foram considerados como indicadores. Apesar disto, o que está explicitado como “Descrição” parece apresentar uma sugestão de estratégia para alcance do objetivo de controlar a infecção hospitalar. E o conteúdo apresentado como “Indicador”, além de não estar compatível com a definição de indicador adotada por esta pesquisa, refere-se muito mais a uma fonte de informação, a exemplo de “Atas de reunião”, que pode até ser considerado um indicador de insumo, ao demonstrar a tendência de que a estratégia está sendo desenvolvida, mas não é, de fato, um indicador de resultado.

Quadro 10 - Exemplo 1 de Formulação de Indicadores

Descrição	Indicador	Crítérios de Avaliação
Garantir o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção hospitalar	Calendário de reuniões Ata de reuniões Temas apresentados para realização das atividades educativas mensais Relatórios mensais da CCIH	Nomeação de profissionais para a comissão Atas de reuniões do período Existência e funcionamento da Comissão de Controle Hospitalar Lista de frequência de atividades educativas mensais Recebimento mensal dos relatórios com resultados das avaliações realizadas

Neste exemplo, apesar da forma de apresentação dos indicadores não associar objetivos a serem atingidos, parece possível considerar que a contratante, a SESAB, tem como um dos resultados esperados para a gestão hospitalar terceirizada controlar a infecção hospitalar e para isto propõe que a organização contratada utilize a estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, qual seja a criação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH. Se for isto, o desempenho da “taxa de infecção hospitalar” se revelaria um indicador de resultado adequado para mensurar os índices de infecção hospitalar. Entretanto o objetivo não está apresentado no contrato e “taxa de infecção hospitalar” não aparece como indicador proposto.

Com relação ao conteúdo “Garantir o funcionamento da Comissão de Controle de infecção hospitalar”, alguns dos *experts* em avaliação, participantes desta pesquisa, teceram os seguintes comentários:

Se trata de uma determinação

Não é possível compreender o que significa garantia. Todos são elementos estruturais dos quais alguns podem contribuir para a melhoria da efetividade, mas funcionamento é o que, ter uma sala com responsável? Algumas destas Comissões são exigidas pelo CRM e MS;

Não se trata de um indicador clássico. Deveria estar descrito no contrato, nas obrigações da prestadora e regulamentados pelas cláusulas, que regem sobre as punições em relação ao descumprimento. A comissão é uma estratégia para manter a taxa de infecção hospitalar dentro dos parâmetros aceitáveis.

Ressalta-se que conteúdo semelhante ao apresentado no exemplo acima, em outro contrato aparece relacionado ao tópico “Operação”. Neste caso, os indicadores clássicos também estão apresentados como “Operação”.

Quadro 11 - Exemplo 2 de Formulação de Indicadores

Indicador	Operação	Produto	Meta	Fonte de verificação
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Implantar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Comissão Implantada e em funcionamento	Meta permanente: Reunião mensal com registro e ata identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas. Manual de rotinas e procedimentos implantado	Portaria de constituição e Registro das Atas.

Em outro exemplo, o conteúdo apresentado no tópico “Descrição” também parece se referir a uma sugestão de estratégia a ser utilizada pela contratada, a fim de alcançar o resultado desejado pela contratante, que seria usuários satisfeitos.

Quadro 12 - Exemplo 3 de Formulação de Indicadores

Descrição	Indicador	CrITÉrios de Avaliação
Instalar o serviço de atendimento ao cliente	Nomeação de profissionais destinados ao serviço; Existência de regulamento interno do serviço.	Apresentação da documentação comprobatória de nomeação dos profissionais e do regulamento

Neste caso, avaliar se o serviço de atendimento ao cliente foi instalado pode fazer sentido para observar o cumprimento das recomendações contratuais, caso esta tenha sido uma recomendação apontada. Mas a instalação do serviço não requer avaliações sistemáticas. Uma vez instalado o serviço, espera-se que a contratante avalie o desempenho da organização

terceirizada com relação à satisfação do usuário. Com relação aos conteúdos apresentados na coluna “Indicador” e na coluna nominada como “Critério de Avaliação” os teores são semelhantes, e ambos explicitam processos relacionados à implantação de um serviço de atendimento ao cliente. Da mesma forma que no exemplo 1, tais conteúdos podem indicar uma tendência de que o serviço foi instalado, mas não permitem avaliar se de fato o foi, nem mensurar o resultado desta implantação.

No mesmo contrato, observa-se outra descrição relacionada ao resultado esperado de usuários satisfeitos. Também neste exemplo, o conteúdo apresentado em “Descrição” explicita uma ação estanque, ou um processo relacionado a uma atividade. O conteúdo apresentado na coluna “Indicador” não requer avaliação sistemática e explicita apenas o instrumento a ser utilizado para o levantamento dos dados. Já no item “Critério de Avaliação” aparece um único indício de indicador de resultado referente à satisfação dos clientes, descrito como “Demonstrativo dos resultados da pesquisa”. Não há apresentação da fórmula do indicador, e os percentuais sugeridos são parâmetros a serem utilizados para a análise de indicadores, os quais deveriam inclusive estar explicitados, indicando o porquê do recorte de 5% e /ou de 80%.

Quadro 13 - Exemplo 4 de Formulação de Indicadores

Descrição	Indicador	Critérios de Avaliação
Implantar um modelo de pesquisa de satisfação do cliente	Existência de questionário de pesquisa aprovado pela SESAB	Aplicar questionário no mínimo 5% aos pacientes atendidos no ambulatório Aplicar questionário no mínimo em 80% dos pacientes de alta hospitalar Demonstrativo dos resultados das pesquisas

Se de fato o que a contratante quer avaliar é se a organização terceirizada está sendo eficaz em promover a satisfação dos clientes, “Instalar o serviço de atendimento ao cliente” e “Implantar um modelo de pesquisa de satisfação do cliente” são atividades importantes para alcançar o objetivo, e são da responsabilidade da organização terceirizada. Quanto aos resultados apresentados por estes serviços de atendimento ao cliente, cabe à SESAB, enquanto órgão da administração pública, avaliar se alcançam ou se aproximam dos parâmetros desejados.

Em outras situações, como no exemplo apresentado a seguir, o conteúdo do tópico “Descrição” parece se referir a um processo de trabalho, relacionado a uma cláusula contratual. E o que está explicitado como “Indicador” parece indicar uma tendência de realização do processo de trabalho descrito, ou a fonte onde é possível coletar dados que informem sobre o cumprimento do processo.

Quadro 14 - Exemplo 5 de Formulação de Indicadores

Descrição	Indicador	Crítérios de Avaliação
Realizar manutenção predial e de instalações físicas da Unidade	Disponer de plano de manutenção predial e aplicar 100% das intervenções previstas	Relatório de aplicação do Plano de manutenção Verificação das condições de manutenção predial

Com relação a este conteúdo, os avaliadores/ pesquisadores fizeram as seguintes observações:

se trata de uma determinação;

é um elemento da estrutura. Pode contribuir para maior eficiência e acesso (realização de determinado exame), mas sobretudo pode contribuir para a segurança do paciente”;

Não se trata de um indicador clássico. Deveria estar descrito no contrato, nas obrigações da prestadora, regulamentada pelas cláusulas que regem sobre as punições em relação ao descumprimento.

O mesmo ocorre no exemplo apresentado a seguir, onde nenhum conteúdo descrito pode ser associado à avaliação do desempenho da organização terceirizada. Ao que parece, tais conteúdos deveriam estar explicitados nas cláusulas contratuais referentes ao pagamento e não no Anexo referente à Avaliação.

Quadro 15 - Exemplo 6 de Formulação de Indicadores

Descrição	Indicador	Crítérios de Avaliação
Pontualidade no preenchimento dos dados de atividade e do financeiro (relatório mensal) até o 5º dia útil do mês subsequente.	Existência do recebimento do relatório mensal pela SESAB, com os dados completos, nos prazos estabelecidos.	A inexistência do recebimento do relatório mensal anula a possibilidade de pagamento da parte variável no período correspondente.

Com relação ao exemplo acima, alguns participantes/ avaliadores desta pesquisa apontaram que:

não me parece capaz de medir nenhuma dimensão de desempenho;
 não se trata de um indicador clássico. Acredito que a fragilidade entre a relação entre prestadores e contratante possa ter provocado a inclusão deste item.

Situação semelhante se repete no exemplo abaixo, onde o tópico considerado como o que apresenta os indicadores é “Operação.”

Quadro 16 - Exemplo 7 de Formulação de Indicadores

Indicador	Operação	Produto	Meta
Higienização das áreas hospitalares	Manter em perfeitas condições de limpeza e conservação as áreas físicas e instalações do Hospital	Plano de limpeza elaborado com aplicação das atividades planejadas	Meta permanente: evidência de aplicação do plano de limpeza diário e planos mensais, verificação das condições de limpeza da Unidade.

Não há dúvidas sobre a relevância da manutenção predial e de instalações físicas da Unidade, e da higienização das áreas hospitalares, entretanto o cumprimento destas atividades deve ser avaliado pelos gestores da organização terceirizada, nos seus processos de trabalho. De toda forma, “Higienização das áreas hospitalares” não é um indicador, de acordo com a definição de indicador apresentada por este estudo. O conteúdo apresentado como “Operação” apresenta um compromisso ou determinação, e o que aparece como “Produto” não é capaz de informar sobre o cumprimento do compromisso.

Sobre este conteúdo, os avaliadores participantes da pesquisa, apontaram tratar-se de :

uma determinação;

um elemento de estrutura importante (condição sine qua non para o funcionamento da Unidade. Mas diz o que das dimensões?);

Trata-se de processo de trabalho. Como avalia isto? uma parede necessitando de pintura significa descumprimento da Meta?.

Da mesma forma, no exemplo abaixo, o conteúdo apresentado no tópico “Indicador” não pode ser caracterizado como tal, o tópico “Operação” aparece em branco e os tópicos “Produto” e “Meta” parecem apresentar cláusulas contratuais.

Quadro 17- Exemplo 8 de Formulação de Indicadores

Indicador	Operação	Produto	Meta	Fonte de verificação
Relatório de informação Hospitalar (RIH)		Relatório mensal com os dados completos no prazo estabelecido.	Meta permanente: Envio à SESAB do RIH até o 5º dia útil do mês subseqüente	Protocolo SESAB Protocolo DIRPGI

Em outras situações, como no exemplo abaixo, pode-se observar que, apesar do esforço em apresentar uma fórmula de indicador, o conteúdo apresentado, “Percentual de garantia de continuidade da atenção”, é algo difícil de medir. Além disto, a continuidade da atenção é influenciada por variáveis, que não são de governabilidade da organização terceirizada. Neste exemplo o indicador está associado à dimensão “Gestão da Clínica”, contudo, não parece ser o mais adequado e consistente para mensurar eficiência, eficácia e efetividade da gestão da clínica.

Quadro 18 - Exemplo 9 de Formulação de Indicadores

Operação	Meta	Fonte de verificação
Percentual de garantia de continuidade da atenção: nº de saídas com prévio agendamento, no ambulatório para continuidade da atenção no trimestre/ nº de saídas x 100	Meta permanente: 80% dos pacientes que necessitaram de seguimento na Unidade	Relatório de Alta; RIH (Relatório de Informação Hospitalar)/ RAGI (Relatório de Avaliação da Gestão Indireta)/ SIH/SUS

Apesar dos exemplos descritos, foram também encontrados nos contratos indicadores clássicos, como apresentado no Quadro 19, onde o tópico “Indicador” descreve a fórmula de cálculo do Tempo de Permanência, um indicador clássico, descrito na Portaria nº 1101 GM, de 12 de junho de 2002, embora no referido exemplo, o tópico “Descrição” não inclua a palavra “Tempo”. Observa-se ainda que o que está explicitado no item “Critério de Avaliação” parece ser a meta acordada entre as partes.

Quadro 19 - Exemplo 10 de Formulação de Indicadores

Descrição	Indicador	Critérios de Avaliação
Permanência média	(Número de paciente-dia em determinado período/número de saídas no mesmo período) x 100	3,0%

Já no exemplo abaixo, os indicadores clássicos, já apresentados em portarias ministeriais, são postos no tópico “Indicador”, e o que aparece como “Produto” apresenta a fórmula do indicador. Não se verificou, entretanto, justificativas para a definição das metas como se elas se explicassem por si.

Quadro 20 - Exemplo 11 de Formulação de Indicadores

Indicador	Operação	Produto	Meta	Fonte de verificação
Tempode Permanência Média		Nº de paciente dia em determinado período/ nº de saídas no mesmo período	Meta permanente: 06 dias	RIH
Taxa de Ocupação		Nº de paciente dia em determinado período/ nº de leitos no mesmo período x 100	Meta permanente: 80%	RIH

Conforme já sinalizado anteriormente, em concordância com Silva (1995), considera-se que ao optar por terceirizar a gestão, não é necessário que a administração pública avalie todos os indicadores gerenciais. Isto é de responsabilidade dos executivos da organização que assumem a gestão e dos quais se espera uma *expertise* gestora que justificou sua contratação, incluído aí um sistema de avaliação. Cabe, portanto, ao órgão da administração pública, responsável pela avaliação da gestão terceirizada, acompanhar os resultados fundamentais que foram objeto do contrato e produzir as informações relevantes para subsidiar a tomada de decisões e para informar aos principais *stakeholders* ou interessados os resultados da contratualização dos serviços (STEYTLER, 2010, SILVA, 1995).

Ressalta-se que o excesso de informação desinforma (GARCIA, 2015). Uma vez que os decisores estão submetidos a uma grande quantidade de informações, defende-se que para a avaliação da gestão terceirizada devem-se escolher poucos indicadores, mas que apresentem o máximo de características apontadas pelos estudiosos (NSAMZINSHUTI, ELSLANDE e ALASSANE, 2014) como fundamentais para quantificar a eficiência, efetividade, eficácia e acessibilidade. O acompanhamento de indicadores não pertinentes se torna ineficiente, por desperdiçar recursos, e ineficaz, por dispersar esforços e prejudicar o alcance dos resultados (GONÇALVES, BRAGA e CAMPOS *et al* 2011), o que pode tornar injustificável a decisão de terceirizar a gestão.

Ressalta-se ainda a importância da independência da avaliação, principalmente no contexto da terceirização de serviços públicos, onde o sistema de avaliação dos contratos é fundamental para controlar ou dirimir eventuais conflitos de interesses relacionados às

diferenças de propósitos entre o setor público e o privado. Assim, no exemplo apresentado abaixo, chama a atenção o conteúdo descrito no tópico “Fonte de Verificação”. Não faz sentido que, entre as três fontes de verificação apresentadas, duas tenham como base dados informados pela própria organização terceirizada, o Relatório de Informação Hospitalar- RIH, e o Relatório de Avaliação da Gestão Indireta- RAGI, que são elaborados a partir dos dados do RIH. O SIH/SUS é uma fonte de dados oficial do SUS, mas tem a desvantagem de lapso do tempo para a disponibilização da informação.

Quadro 21 - Exemplo 12de Formulação de Indicadores

Operação	Meta	Fonte de verificação
Taxa de ocupação hospitalar: N° de pacientes dia, em determinado período/ N° de leitos dia, no mesmo período x 100	Meta permanente: 80%	RIH(Relatório de informação Hospitalar)/ RAGI (Relatório de Avaliação da Gestão indireta)/SIH/SUS

A falta de padronização observada na apresentação e a dificuldade para compreender o que está sendo definido como indicadores nos contratos de gestão efetuados entre a SESAB e entidades privadas torna-se um desafio para estudos comparativos sobre os desempenhos apresentados entre unidades sob gestão terceirizada de mesmo perfil, bem como para os estudos comparativos entre a gestão pública estatal e a gestão privada ou terceirizada de unidades públicas. Estes resultados encontrados confirmam o que aponta a literatura estudada (RAMOS e SCHABACH; 2012; SANO e MONTENEGRO FILHO, 2013; GONÇALVES, BRAGA e CAMPOS, 2011, GARCIA, 2015), que a falta de clareza dos indicadores de desempenho é um dos desafios para a implementação de uma avaliação sistemática na administração pública.

Ressaltadas as observações feitas e explicitadas as dificuldades para definição do que seria considerado indicador no conteúdo dos contratos analisados, a quantidade observada de indicadores por contrato variou entre 14 a 32 indicadores. Não foi encontrada correlação entre a quantidade de indicadores e o tipo de organização gestora.

Para dar prosseguimento à metodologia da pesquisa, a tabulação dos indicadores procurou manter a descrição original do contrato. Dois tipos de concessões foram feitas. A primeira delas, com o objetivo de facilitar a construção da Matriz para avaliação, se relaciona a abreviações, tendo o cuidado de não alterar o conteúdo. Exemplo: o indicador “pontualidade nos preenchimentos dos dados de atividades e financeiro (relatório mensal) até o 5º dia útil”

teve os termos em parênteses suprimidos, ficando: “Pontualidade no preenchimento dos dados de atividades e financeiro até o 5º dia útil do mês subsequente”. A segunda teve o objetivo de evitar erros de interpretação dos resultados, ao considerar como indicadores distintos aqueles cujas descrições demonstravam mensuraras mesmas atividades. Assim consistiu em abarcar, sob a mesma descrição de indicador, construções textuais que, de acordo com o critério de avaliação ou fonte de verificação associado, demonstravam se tratar do mesmo conteúdo. Exemplo: Em um contrato constava o indicador “Garantir a Comissão de Ética médica”, relacionado ao calendário de reuniões e atas de reuniões, a existência e funcionamento da Comissão e a nomeação de profissionais para a Comissão. Em outro contrato o indicador “Implementar a Comissão de Ética Médica” se relacionava a reuniões mensais com registro em ata, calendário de reuniões e portaria de constituição de registro de ata. Desta forma, ambas as construções descritivas foram tabuladas como “Garantia de Comissão de Ética Médica”. Considera-se que, ao não se tomar este cuidado, poderia se incorrer na interpretação de que a SESAB usa uma quantidade maior de indicadores distintos do que ocorre na realidade. Considerando todos os contratos analisados, foram encontrados 69 indicadores distintos.

Dos indicadores existentes nos contratos, apenas dois (02) estão presentes em 100% dos contratos analisados: “Garantia da Comissão de Prontuários” e “Garantia do funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – CIPA”. Este resultado surpreendeu a expectativa de encontrar, em todos os contratos, pelo menos os indicadores de desempenho hospitalar clássicos e descritos em portarias ministeriais, a exemplo da “Taxa de Permanência”, descrito na Portaria GM nº 1101 de 12 de junho de 2002.

5.4 INDICADORES PARA AVALIAR A GESTÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS TERCEIRIZADOS: UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO

De acordo com o resultado da primeira rodada do método Delphi, 29 indicadores foram considerados consistentes para avaliar a gestão terceirizada nas dimensões de análise propostas pelo estudo: “desempenho da organização terceirizada” e “informação aos *stakeholders*”. Em concordância com Silva (1995) que aponta: que cabe à organização terceirizada acompanhar os indicadores gerenciais, através de seu próprio sistema de

avaliação, não seriam considerados consistentes os indicadores que os avaliadores relacionassem como de interesse apenas da organização terceirizada. Esta situação entretanto não ocorreu.

Na segunda rodada, este elenco reduzido de indicadores, relacionados com os critérios propostos pela maioria de mais de 50% dos participantes, foi encaminhado aos 18 participantes. Esta etapa teve como objetivo possibilitar aos participantes retificar ou ratificar sua opinião, a partir do conhecimento da opinião da maioria. Além disto, com vistas a embasar as discussões desta pesquisa, foi solicitado o posicionamento dos participantes sobre a formulação dos indicadores e sobre a manutenção destes nos contratos.

Nesta segunda rodada, responderam 14 participantes. Para o resultado do consenso final, foi considerado 70% mais um. Os indicadores considerados consistentes pelos avaliadores para medir a eficiência, eficácia, efetividade e acessibilidade da gestão hospitalar terceirizada, entre aqueles presentes nos contratos de gestão analisados, estão apresentados no Quadro abaixo.

Quadro 22 - Indicadores considerados consistentes pelos avaliadores da pesquisa para avaliar os critérios de eficiência, eficácia, efetividade e acessibilidade na gestão hospitalar terceirizada

Eficiência	Eficácia	Efetividade	Acessibilidade
Permanência média	Taxa de cesárea	Taxa de cesárea	Percentual de gestantes que visitaram a Maternidade antes do parto, vinculadas ao pré-natal
Taxa de Ocupação Hospitalar	Mortalidade Institucional	Mortalidade Institucional	Percentual de mulheres com quadro de abortamento que receberam atenção humanizada e tratamento adequado
Relação enfermeiro/leito	Mortalidade Geral	Infecção Hospitalar	RN com direito a acompanhante na UTI e UCI
Intervalo de tempo para realização de cirurgia de emergência	Infecção Hospitalar	Grau de satisfação do Cliente e sua família	
	Mortalidade materna hospitalar	Taxa de Mortalidade da ID	
	Taxa de episiotomia	Percentual de APGAR>7 no quinto minuto	
	Mortalidade Neonatal hospitalar	Taxa de mortalidade operatória	

	Percentual de APGAR>7 no quinto minuto		
	Taxa de reingresso na UTI-adulto durante mesma internação		
	Densidade de infecção hospitalar, associada a cateter venoso/UTI adulto		
	Taxa de mortalidade operatória		
	Taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio		

Observa-se no quadro acima que, dos 69 diferentes indicadores encontrados nos contratos de terceirização da gestão hospitalar elaborados pela SESAB, apenas 21 foram considerados pelos avaliadores consistentes para avaliar a gestão terceirizada nas dimensões e critérios propostos, a partir das orientações conceituais adotadas por esta pesquisa. A maioria dos indicadores existentes nos contratos, ou não foram considerados indicadores ou foram considerados referentes a processos e não a resultados finalísticos, foco da avaliação que compete à SESAB realizar e monitorar.

Alguns indicadores estão associados a dois critérios: eficácia e efetividade. Embora alguns avaliadores tenham sugerido manter só um destes critérios, decidiu-se por manter os dois, considerando o que apontam Sano e Montenegro Filho (2013) sobre a vinculação entre a efetividade e a opinião da população atendida.

Entre os 12 indicadores de eficácia cinco são específicos para maternidades e atendem às recomendações da política de atenção à saúde materno infantil, o que parece reforçar o pressuposto desta pesquisa de que são as normatizações que fundamentam a elaboração dos indicadores nos contratos de gestão terceirizada da SESAB. Todos os indicadores considerados consistentes para mensurar a acessibilidade se referem à atenção da saúde materna e neonatal, o que, neste caso, reduz a amplitude da avaliação dos serviços prestados pelos hospitais terceirizados. Nesse sentido, no que diz respeito ao critério da acessibilidade, será necessário uma análise mais qualificada e contextualizada de indicadores a serem utilizados pela SESAB para proceder esta avaliação.

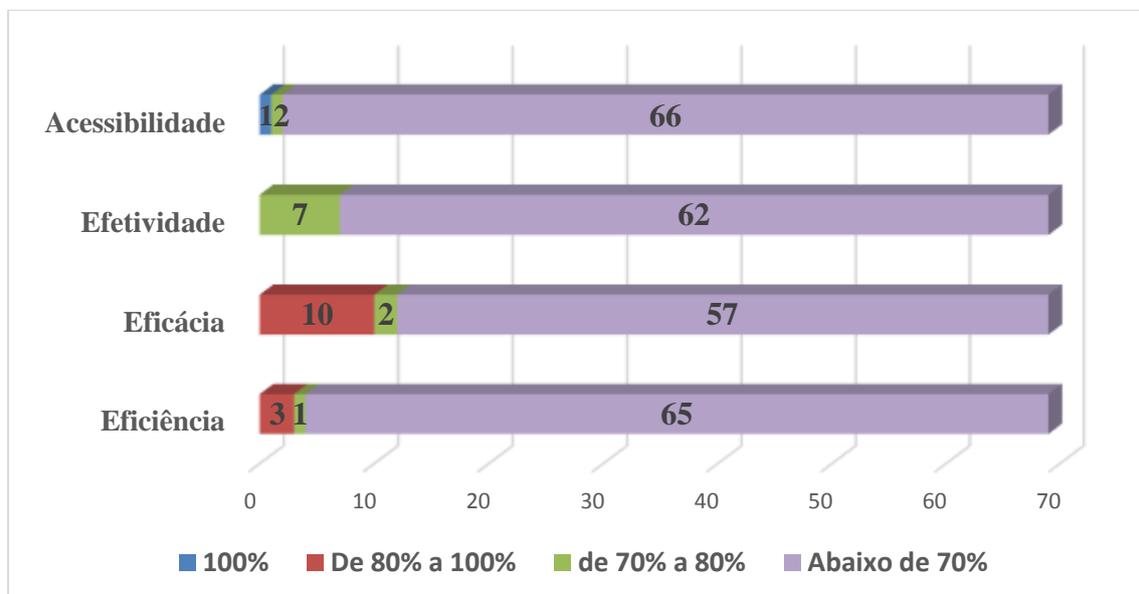
É importante ressaltar que no Quadro 8, apresentado anteriormente, consta um elenco de indicadores que representa o resultado da avaliação daqueles existentes nos contratos elaborados pela SESAB, analisados por esta pesquisa a partir da Matriz elaborada pela sua autora e validada pelos especialistas que dela participaram. Isto significa que, entre todos os indicadores presentes, apenas estes contemplaram as características requeridas para avaliar os

critérios propostos: eficácia, eficiência, efetividade e acessibilidade da gestão hospitalar terceirizada, a partir das orientações conceituais adotadas.

Ressalta-se que só um destes indicadores, “percentual de gestores que visitaram a maternidade antes do parto, vinculadas ao pré-natal”, referente à acessibilidade, foi considerado consistente pela unanimidade dos avaliadores. Esperava-se encontrar unanimidade também em indicadores clássicos, já referidos em estudos e normatizações com algum dos critérios propostos, a exemplo do “tempo de permanência”, descrito na Portaria nº 1101 GM, de 12 de junho de 2002, como um indicador usado para definir rendimento/produktividade de leitos em cada especialidade, sendo, portanto, considerado um indicador de eficiência. Esta falta de consenso entre os avaliadores participantes da pesquisa confirma o que apontam Machado, Martins e Martins (2013) que consideram que a falta de consensos é uma das razões que explicam por que pensar em avaliação no campo da saúde pública é uma tarefa analítica e prática complexa.

A Figura 6 a seguir, apresenta o panorama do consenso observado entre os participantes desta pesquisa com relação à avaliação da consistência dos indicadores com os critérios elencados.

Figura 6 - Panorama do Consenso entre os participantes da Pesquisa



Fonte: autora

Por fim, ainda que tenham sido identificados nos contratos analisados alguns indicadores considerados consistentes para os critérios propostos, é importante reforçar que os

achados referem-se aos indicadores presentes nos contratos da SESAB, o que não significa que sejam os mais incontestes e adequados para mensurar os critérios propostos. Além disso, os indicadores são apresentados nos contratos da SESAB sem estar associados aos objetivos que se deseja alcançar, e a maioria não apresenta uma fonte para coleta de dados confiável e adequada, de forma que não se revelam apropriados para responder sobre os aspectos e critérios que devem ser avaliados e acompanhados pelos contratados e contratantes. Isto autoriza a inferir que sua formulação não tenha sido precedida de escolhas fundamentais, que devem orientar a SESAB ao transferir a gestão de hospitais públicos para entes privados, com ou sem fins lucrativos.

Apesar disso, a inclusão desta matriz síntese, apresentada no Quadro 3, decorrente do trabalho de avaliação realizada pelos avaliadores especialistas e pela autora desta pesquisa, está aqui considerada como um resultado desta pesquisa, cumprindo dois objetivos: (i) um de natureza metodológica em que busca referendar a adequabilidade da matriz analítica proposta para a avaliação dos indicadores presentes em contratos de gestão de hospitais terceirizados; e (ii) outro, de natureza analítica e propositiva, ao apresentar um elenco de indicadores considerados consistentes para a avaliação da gestão terceirizadas de hospitais, por especialistas na temática. Vale ressaltar que se trata de uma proposta a ser complementada e validada pelos “*stakeholders*”, mesmo porque os resultados obtidos reforçam que o contexto da administração pública ainda não contempla a institucionalização de práticas avaliativas, o que explica o caráter incipiente, predominantemente normativo e burocrático observado na formulação da maioria dos indicadores e das estratégias propostas para a avaliação dos contratos de gestão terceirizada de hospitais públicos, confirmando o pressuposto desta pesquisa.

Este contexto interfere e determina o “lugar” e a consistência, ou a falta desta, dos desenhos avaliativos propostos, o que requer uma formulação de indicadores que contemplem os requisitos recomendados na literatura e privilegiem estratégias viáveis para a obtenção dos resultados pretendidos.

Ressalta-se que, em última instância, avaliar a gestão terceirizada se relaciona não apenas ao repasse de recursos públicos para outros setores da sociedade, o que por si só já exige rigor na avaliação proposta, mas, também e principalmente, se relaciona com a garantia do acesso aos serviços públicos pelo cidadão contribuinte, portador de direitos fundamentais como o de receber a assistência hospitalar necessária e de qualidade, nos momentos em que dela necessitar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu do pressuposto de que os indicadores presentes nos contratos de gestão de hospitais públicos e entes privados, visando à terceirização da saúde no âmbito da administração pública, não atendem aos requisitos de qualidade dos indicadores, reforçando a fragilidade e insuficiência de práticas sistemáticas avaliativas no âmbito da gestão pública, decorrente da ausência de uma cultura de avaliação do desempenho dos serviços públicos prestados à população.

As dificuldades encontradas para compreender o apresentado como indicador nos contratos, a falta de padronização desta apresentação e a variabilidade de indicadores listados, confirmam a frágil compreensão sobre o que é um indicador e os requisitos exigidos para que ele seja capaz de revelar evidências sobre o que está sendo avaliado e de possibilitar o conhecimento sobre o processo e os resultados da situação avaliada, por parte dos elaboradores do contrato.

Tais dificuldades, se não reduzidas, comprometeriam o alcance do objetivo desta pesquisa, ou seja, a avaliação dos indicadores presentes nos contratos. Por esta razão, fez-se necessária a elaboração de uma matriz analítica, contemplando dimensões consideradas adequadas para a análise dos indicadores no contexto da terceirização.

A construção da referida matriz analítica requereu um trabalho prévio de identificação de subsídios teóricos que fundamentassem sua construção, de forma que se revelasse válida para avaliar o objeto pretendido, na situação apresentada. Apesar disto, admite-se que as escolhas das dimensões de análise e dos critérios que compuseram a matriz não estão isentas de concepções e valores da autora. Entretanto, a sua utilização para avaliar os indicadores presentes nos contratos de gestão privilegiado por este estudo, incluindo inclusive a participação ampliada de especialistas em avaliação, a validou como modelo de análise. Espera-se que esta matriz permita que outros estudiosos sobre o tema se posicionem criticamente, contribuindo para a sua validação ou para a construção de novos modelos que, uma vez legitimados e validados, possam favorecer a construção de consensos sobre quais indicadores se revelam mais adequados para avaliação do desempenho da gestão terceirizada de serviços de natureza pública.

Os resultados deste estudo constataam a existência de um total de 69 indicadores distintos nos contratos de terceirização da gestão hospitalar da SESAB. Destes, apenas 21 foram considerados consistentes para informar sobre o desempenho da gestão das organizações terceirizadas em relação às dimensões e critérios definidos pela pesquisa. Ainda assim, em relação à dimensão acessibilidade, os três indicadores encontrados só se aplicam às maternidades.

Observa-se que 48 indicadores, ou seja aproximadamente 70% do total presente nos contratos de gestão analisados, são considerados inadequados, ou por falhas na sua construção/formulação ou por serem considerados indicadores relacionados a processos de trabalho e não a resultados, foco da avaliação que compete ao contratante avaliar e monitorar. Além disso, a existência de muitos indicadores sem a devida análise de viabilidade, coerência e consistência não é recomendável, pois, como foi visto na literatura, dificulta a utilização dos resultados para apoiar os tomadores de decisão, pois o excesso de informação desinforma.

É possível também inferir, a partir da análise dos 69 indicadores presentes nos 20 contratos analisados que a maioria destes não demonstra coerência com o foco da avaliação pretendida, nem com a natureza das evidências que se busca obter ao terceirizar a gestão de hospitais públicos, numa clara demonstração de que a seleção dos indicadores não foi precedida, por uma concepção estratégica sobre a avaliação e sim por uma visão normativa, que a reduz à definição de metas e cumprimento de normas.

Estes resultados apontam para a avaliação no contexto da administração pública, como sendo “a grande ausente⁴”, por ser desligada das obrigações dos entes públicos.

Estas considerações reforçam os resultados desta pesquisa, ao considerar que a formulação e seleção dos indicadores presentes nos contratos analisados revelam um possível “desconhecimento”, ou um conhecimento limitado, sobre avaliação e sobre indicadores, ou um “descompromisso” ou “descrédito” em relação à avaliação dos resultados na gestão pública, o que reforça a ausência de uma cultura avaliativa neste contexto.

Mesmo não tendo sido objetivo deste estudo analisar se os indicadores considerados consistentes são os mais adequados, válidos e incontestes para informar sobre as dimensões e os critérios definidos pela pesquisa, foi possível identificar que alguns indicadores considerados pela literatura estudada com os associados aos critérios selecionados por esta

⁴TROSA, Sylvie (2001) ao analisar a “gestão pública por resultados” considera que a avaliação ainda é a “grande ausente” nas discussões sobre políticas públicas, mesmo num contexto que a tendência internacional se concentre nos resultados das organizações visando maior transparência e eficácia.

pesquisa coincidem com os encontrados nos contratos estudados. Um exemplo é a “Taxa de ocupação de leitos”, apontado por Marinho (2001), como um indicador de eficiência. Entretanto persiste ainda a necessidade de um avanço na construção de consensos com relação ao uso de indicadores na avaliação da gestão da saúde.

É importante destacar o fato de que a existência de indicadores nos contratos é apenas o primeiro passo ou a condição *ex ante* da avaliação. A efetiva avaliação e o controle da gestão terceirizada pela administração pública dependem da qualidade da avaliação, dos indicadores propostos e da fonte para coleta dos dados. Já a utilidade da avaliação depende das ações decorrentes da análise dos resultados do desempenho dos indicadores, incluindo sua publicização.

Neste sentido, é importante afastar a avaliação das práticas de auditoria e de inspeções tradicionais, as quais, embora importantes e necessárias, diferem da prática da avaliação, que deve estar focada prioritariamente na busca de soluções e de propósitos para o aperfeiçoamento e melhoria dos serviços prestados.

A apresentação da síntese dos indicadores presentes nos contratos da SESAB, avaliados como consistentes por esta pesquisa, toma um caráter propositivo por considerar que possibilita a otimização e promove a eficiência dos processos relacionados à atividade avaliativa da administração pública na área da saúde. Com relação à otimização, argumenta-se que, por melhor que sejam os avaliadores, a qualidade da avaliação depende da qualidade dos indicadores elencados. Já a promoção da eficiência na gestão se justifica, uma vez que a utilização de indicadores inadequados pode levar a desperdício de recursos.

Ressalta-se ainda que a utilização de indicadores padronizados, pertinentes e validados favorece a comparação de desempenho entre diferentes organizações e entre a gestão terceirizada e direta, podendo favorecer o *benchmarking*, bem como sua divulgação para a sociedade promove a transparência e *accountability* esperada dos governos democráticos.

Sugere-se que os indicadores considerados consistentes sejam analisados quanto a sua incontestabilidade, pertinência e demais características apontadas pelos estudiosos como requisitos para a formulação de indicadores. A estes sejam acrescidos outros considerados adequados, principalmente para atender ao critério da acessibilidade. Defende-se que o elenco de indicadores identificado pode ser utilizado para avaliar tanto a gestão terceirizada quanto a gestão direta. A comparação do desempenho destas diferentes modalidades pode fornecer subsídios para analisar se a opção por terceirizar realmente produz melhores resultados para a

sociedade como vem sendo justificada a escolha por esta modalidade de gestão na área da saúde.

É oportuno ainda ressaltar, o fato dos resultados desta pesquisa demonstrarem a existência de 21 indicadores considerados consistentes, mesmo com a possibilidade de não serem os mais adequados, válidos e incontestes para analisar os critérios propostos. Contudo, sua presença nos contratos aponta condições de se avaliar a gestão terceirizada e produzir, com a análise de seus resultados, lições de aprendizagem para a gestão pública, além de possibilitar a administração pública divulgar e publicizar alguns resultados da gestão terceirizada de hospitais públicos, cumprindo assim com sua responsabilidade de prestar contas à sociedade.

Por fim, defende-se a importância de se ampliar a concepção de avaliação na administração pública, buscando ultrapassar o predomínio do viés normativo ainda verificado. Isto é de relevância para que a avaliação não continue reduzida a um mero processo de gerenciamento metodológico, sem explorar a sua possibilidade de servir como instrumento de melhoria dos serviços prestados à população, objetivo maior a ser perseguido por uma gestão pública responsável.

REFERÊNCIAS

AKIM, E. K. ; Mergulhão, R. C. Panorama da produção intelectual sobre a medição de desempenho na gestão pública. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 337-366, mar./abr. 2015

ALEXANDRINO, Marcelo e PAULO, Vicente. **Direito Administrativo Descomplicado**. 20ª ed. Revista e Atualizada. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2012

ARAÚJO, M. A. D. Responsabilização pelo Controle de Resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2010.

BAHIA. Lei Nº 8.647 de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado [da] Bahia**, Salvador, 30 jul. 2003.

_____. Lei Nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado [da] Bahia**, Salvador, 30 jan. 1997.

BARROSO, S.M. Urbanização e acessibilidade como critérios na avaliação de serviços públicos de saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n.3, p.734-743 jul./set. 2011

BASTOS, P. S. e ALMEIDA, W. A. A adoção do Sistema de Custeio Padrão e do Custo-meta em Órgãos Públicos: subsidiando a criação de valor público. **Pensar Contábil**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 31, 2006.

BESANKO, D.; DRANOVE, D.; SHANLEY, M. e SCHAFEFER, S. **A Economia da Estratégia**.3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2006

BITTAR, O. J. N. Indicadores de Qualidade e Quantidade em Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 3, n. 12, jul./set. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 7.866, de 19 de dezembro de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.593, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Plano Plurianual da União para o período de 2012 a 2015. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, Brasília, DF, 20 dez. 2012

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS 1654, de 19 de julho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-

AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.034, de 05 de maio de 2010 Revoga a portaria nº 3.277 e dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS, **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, Brasília, DF, 6 mai. 2010

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31, jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de Orientações para Contratação de Serviços do SUS/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas, Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A – Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.277 DE 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados da assistência à saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº699 /GM de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº399 /GM de 22 fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº382 de 10 de março de 2005 institui o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde-PNASS e dá outras providências. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mar. 2005.

_____. Portaria Ministerial Nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, que institui a NOAS/SUS em 2002, **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 fev. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n. ° 423, de 9 de Julho de 2002. Detalha as atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2002b. Seção 1. p. 74.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n. ° 729 de 14 de outubro de 2002. Estabelece os indicadores de avaliação, bem como os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência e dá outras providências. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n. °312, de 02 de maio de 2002. Estabelece a padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar, para utilização nos hospitais integrantes do SUS. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002d

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1101 de 12 de junho de 2002. Estabelece padrões de cobertura e apresenta fórmulas básicas para os seguintes indicadores hospitalares. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n° 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar /Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116).

_____. Portaria Ministerial 3.925/98 de 13 de novembro de 1998 que aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS, **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, Imprensa Nacional, 1995.

_____. Lei 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 fev. 1995.

_____. Lei n° 8666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 jun. 1993 e retificado em 6. Jul. 1994.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 05 dez. 2012.

_____. Decreto-Lei n° 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial [dos] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 fev. 1967. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acesso em: 05 dez. 2013.

BOULLOSA, R. F. e RODRIGUES, R. W. Avaliação e monitoramento em Gestão Social: Notas Introdutórias. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**. Salvador, v. 3, n. 3, p. 145-176, set./dez. 2014

BRESSER PEREIRA, L. C. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista de Serviços Públicos**, ano 47, v, 120, n. 1, jan./abr. 1996.

BRICKLEY, J.A.; SMITH JR, C. W.; ZIMMERMAN, J. L. **Managerial Economics and Organization Architecture**. Third Edition. New York: Irwin McGraw-Hill, 2007, Cap 10 e 12.

CABRAL et al. Outsourcing Failure and Reintegration: The Influence of Contractual and External Factors. **Long Range Planning**, v. 47, p. 365-378, 2014. Disponível em <http://dx.org/10.1016/j.lrp.2013.08.005>.

_____; LAZZARINI, S. G. Impactos da Participação Privada no Sistema Prisional: Evidências a partir da Terceirização de Prisões no Paraná. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 3, art. 1, p. 395-413, mai./jun., 2010. Disponível em <http://www.anpad.org.br/rac> Acesso em 30 de setembro de 2013

_____. “**Além das Grades**”: Uma Análise Comparada das Modalidades de Gestão do Sistema Prisional. 2006, 293f. Tese (Doutorado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

CAMPOS, G.W de S. Modo de co-produção singular do Sistema único de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v 33, n. 81, p 47-55, jan./abr.2009.

COELHO, S.M.P.S. **Trajetórias e Desafios da Regulação da Assistência à Saúde no Estado da Bahia**. 2010, f. 50 Monografia (Especialização em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia) - Escola Estadual de Saúde Pública do Estado da Bahia, Salvador, 2010

COHN, A. A Reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614:1619, jul. 2009.

COSTA, F. L. e CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-92, set./out. 2003

DITTERICH et al. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p.615-627, abr. 2012.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na Administração Pública**: Concessão, Permissão, Franquia, Terceirização, Parceria Público-Privada e Outras formas. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F. e BILODEAU, H. **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013

FLEURY, Sonia. Um remédio para matar ou salvar o SUS?. **Le Monde Diplomatique Brasil**, Brasil, p. 10, 02 out. 2012. Disponível em www.diplomatique.org.br/artigo.php?Id=1267. Acesso em: 11.12.2014

FLYN, N. **Public Sector Management**. SAGE Publications Inc. Los Angeles. London. New Dehli. Singapoure. Washignton D.C., 2009

GARCIA, R. C. Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental. Planejamento e Avaliação de Políticas Públicas. In: JUNIOR CARDOSO, J. C.; CUNHA, A. S. (Org.) **Pensamento Estratégico, Planejamento Governamental e Desenvolvimento no Brasil Contemporâneo**, Brasília: IPEA, 2015

GONÇALVES, E.; BRAGA, F. M.S.; CAMPOS, E. S. A. Avaliação executiva de indicadores no governo do estado de Minas Gerais: análise da implementação de uma ferramenta de monitoramento e avaliação. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1891-1914, nov./dez. 2011

GUIMARÃES, M. C. L. *et al.* Avaliação da Capacidade de Gestão de Organizações Sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov./dez. 2004.

INAMINE, R.; ERDMAN, R.H, e MARCHI, J.J. Análise do Sistema eletrônico de Compras do Governo Federal Brasileiro sob a Perspectiva da Criação de Valor Público. **Revista de Adm.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 124-139, jan./fev./mar. 2012

JANNUZZI, P. M.. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n.2, p. 137-160, abr./jun. 2005

KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método Delphi: Fundamentos, Críticas e Vieses. **Cadernos de Pesquisa em Administração**. São Paulo, v. 1, n. 4, p 51-61, 1 sem. 1997

KISSLER, L. e HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-499, mai./jun. 2006

KON, A.. **Economia de Serviços: Teoria e Evolução no Brasil** - inclui uma análise sobre o impacto do setor de serviços no desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro: Elsevier Ed. Ltda.: Ed Campos. 2004

LIMA, S. M. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 101-138, set./out. 1996

LIMA, S. M. L. e RIVERA, F.J.U. A Contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 9, jan./set. 2012

LUEDY, A; MENDES, V. L. P. S. E RIBEIRO JÚNIOR, H. Gestão Pública por Resultados: Contrato de Gestão como Indutor de Melhorias em um Hospital Universitário. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 19, n. 63, p. 641-659, out./dez. 2012

MACHADO, J.P. ; MARTINS, A. C. M; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, jun. 2013.

MARINHO, A. Estudo de Eficiência em Alguns Hospitais Públicos e Privados com a Geração de Rankings. Rio de Janeiro: IPEA, maio de 2001 (Texto para Discussão Nº 794).

MCIVOR, R. **The Outsourcing Process Strategies for Evaluation and Management**. Cambridge University Press, New York, 2005

MENARD, C. Hybrid Organization of Production and Distribution. **Revista de Análisis Económico**, v. 21, n. 2, dec. 2006

NSAMZINSHUTI, A.; VON ELSLANDE, C.; BALLE ALASSANE, N. **Managing Hospital Efficiency and Effectiveness: Designing a Hospital Performance Measurement System** Logistic and Operations Management International Conference Rabat, Morocco. June, 2014

OLIVEIRA, G. **Análise da Implementação do Contrato de Gestão nas Empresas Estatais Gaúchas**. 1998, 208 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998

PENTEADO FILHO, P. A. O público e o privado nas políticas sociais. In: SILVA, Carlos Eduardo de Souza e. Contratos de gestão nas empresas estatais: estrutura, problemas e acompanhamento. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 60-73, out./dez. 1995

PINTO, I. C. M. **Ascensão e Queda de uma questão na Agenda Governamental: o caso das Organizações Sociais da Saúde da Bahia**. 2004, 239f. Tese (Doutorado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PROJETO AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE. Disponível em www.brasil.gov.br; www.sic.gov.br , Acesso em: 22.05.2015

RAMOS, M. P. e SCHABBACH, L. M. O Estado da arte da avaliação das políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-294, set./out. 2012.

SAMPAIO, J. ; CARVALHO, E. M.F.; PEREIRA, G. F. C.; MELLO, F.M.B. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, 2011.

SANO, H. e MONTENEGRO FILHO, J.F. As Técnicas de Avaliação da Eficiência, Eficácia e Efetividade na Gestão Pública e sua Relevância para o Desenvolvimento Social e das Ações Públicas. **Desenvolvimento em Questão**. Editora Unijuí, ano 11, n 22, jan./abr. 2013

SANTOS, N. R. e AMARANTE, P. D. C (Org). **Gestão Pública e Relação Pública Privada**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

SANTOS, S. M. C et al. Subsídios para Avaliação da Gestão Pública: Processos de Construção de Indicadores para Avaliação da Capacidade de Gestão de Organizações Sociais. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 13, n. 37, p. 109-124, 2006

SARAVIA, E; Introdução à Teoria da Política Pública. In: SARAIVA, E.; Ferrarezi, E. (Org.). **Políticas Públicas Coletânea**, Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2006, v. 1

SERPA, S. H.C. **Uma Leitura do Uso da Avaliação na Administração Pública do Brasil a partir da Caracterização dos Sistemas de Avaliação dos Programas Governamentais**. 2014, 325 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SILVA, Carlos Eduardo de Souza e. Contratos de gestão nas empresas estatais: estrutura, problemas e acompanhamento. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 29, n.4, p.60-73, out./dez, 1995.

SILVA, Pedro Luiz Barros; MELLO, Marcus André Barreto de. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: NEPP/Unicamp, 2000.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p 38-46, jan./abr. 2009.

SOUZA, A. A. et al. Controle de Gestão em Organizações Hospitalares. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v 16, n. 3, p. 15-29, jul./set. 2009.

SOUZA. R.A e FADUL, E. Revisitando a Administração Pública Brasileira através dos seus Processos de Reforma. **Revista de Controle e Administração**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1 jan./jun. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

STEYTLER, V. R. **Perspectivas para Avaliação de Indicadores de Desempenho de Programas de Governo**. 2010, 38f. Monografia (Especialização em Orçamento Público) – Instituto Serzedello Corrêa-TCU, Brasília- DF, 2010.

TRAVASSOS, C; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2. 1999.

TROSA, Sylvie. **Gestão Pública por Resultados: quando o estado se compromete**. Rio de Janeiro: Editora REVAN, 2001

VAITSMAN, J. e ANDRADE, G. R. B. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.599:613, 2005

VELLOSO, Catarina Coelho. **A (In) Eficiência da CNDT como Instrumento capaz de Evitar a Responsabilização da Administração Pública Contratante de Serviços**

Terceirizados. 2013,148f. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v.9, n.3, jul./set. 2004.

VIANA, Márcio Túlio; DELGADO, Gabriela Neves; AMORIM, Helder Santos. Terceirização: aspectos gerais – a última decisão do STF e a Súmula n. 331 do TST – novos enfoques. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 54-84, jan./mar. 2011.

YALTA, N. S. VII congresso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de La Administracion Publica. Lisboa, 2002. In: ARAÚJO, M A D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**; v. 27, p. 3, p. 230-236. 2010.

ZUCHI, P.et al. Produtividade em Hospitais de Ensino no estado de São Paulo. Revista. **Panam Salud Publica/Pan Am. J. Public Health**, Washington, v. 4, n.5, p. 311-316, nov.1998