



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

HANDERSON SILVA SANTOS

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO
NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE EM SALVADOR**

Salvador
2009

HANDERSON SILVA SANTOS

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO
NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE EM SALVADOR**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo

Salvador
2009

À

Anasûede, avó/mãe, que se imortalizou em minha vida por seu amor e por sua dedicação e carinho para com a minha educação.

Marcelina, avó querida, nossa convivência para mim foi de grande aprendizado.

Família Miranda São Mateus, por tudo!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua energia protetora.

À minha orientadora, Profa. Dra. Cristina Melo, por ter me dado novos e bons motivos para continuar estudar e tentar conhecer o que é a enfermagem. Estar ao seu lado é um aprendizado constante, não apenas de teorias, mas do mundo, da vida. O turbilhão de pensamentos, sensações e sentimentos que você nos provoca, instiga-nos a querer sempre buscar novos saberes. A nossa convivência ao longo desses três anos me fez crescer como pessoa, pesquisador e a querer seguir seu exemplo como profissional. Muito obrigado por tudo!

Às professoras Dra. Norma Fagundes e Dra. Heloniza Costa, pelo incentivo nos estudos. Vocês têm a minha admiração pelas profissionais que são. A nossa convivência foi de muita aprendizagem. Serei eternamente grato por tudo que me fizeram.

À Geovana Santana. Ter sido bolsista de seu projeto rendeu mais do que aprendizado acadêmico, rendeu nossa amizade. A sua dedicação, competência e o seu profissionalismo são exemplos a serem seguidos. Muito obrigado pelas sugestões na condução deste estudo.

À Silvone Santa Bárbara, pelas palavras de carinho, apoio e pelas valiosas sugestões neste estudo.

À professora Dra. Enoy Gusmão, pelas palavras de carinho e pelos gestos de apoio nessa minha caminhada.

À Fapesb e ao CNPq, pelo apoio das bolsas de iniciação científica ao longo desses dois anos.

À Residência dos Estudantes de Itapetinga (Resita), por me abrigar durante esses quatro e anos e meio de graduação. Serei sempre grato à esta instituição e a alguns de seus ilustres residentes que compartilharam comigo um teto, e mais do que isso, uma amizade: Camilo, Cristiano, Ebert, Givaldo, Josenilton, Juliana, Lidiane, Manuela, Marcelo, Queila, Saulo e Wesley e a tia Deca e Aurelina. Cada um, ao seu modo, ajudou a amenizar a convivência longe de casa.

À minha mãe. Muito obrigado por seu amor, seu apoio, suas palavras certas nas horas que mais precisei e por não me deixar abater nunca.

A Mateus, Lêda, Léo e Lísias. O meu reconhecimento pelo privilégio da convivência e do apoio de vocês.

À minha tia Eliude, pelo apoio durante esses anos, pelas palavras e gestos de incentivo; seu lar é meu porto seguro.

À Kally Cristina, sua paixão pelo SUS e seu profissionalismo marcaram minha formação profissional. Obrigado por tudo!

Ao Grupo Gerir pelo acolhimento, especialmente a Tatiane, Elaine, Neila, Melissa, Denise e Fernanda.

Às minhas colegas de turma, especialmente a Andiara, Andréa Guerra, Angélica, Cynthia, Lizandra, Nayara, Nara, Raquel, Samantha e Tatiane, conviver com vocês foi um prazer.

À minha namorada Stéfane Costa. Muito obrigado por entender minhas ausências durante esses anos, por sua companhia, pelo ombro amigo e pelo colo confortante nos momentos mais árduos. Você é muito especial para mim.

Aos amigos Fredy e Jackelline, conviver com vocês é aprender a cada encontro, por mais que nos últimos anos eles tenham tornado-se cada vez mais efêmeros, e não menos valiosos.

E a Anne Santos, César Almeida, Carmem Rech, Cristiane Gusmão, Emília Costa, Graça Soares, Gusluci Rocha, José Rech, Kátia Marina, Luciano, Odésia Amâncio, Romilda Oliveira, Valnice, Valter Almeida, Virgínia Brito, Wellington Freitas e Zuleide Soares. Todos sabem o motivo.

Não há utopia verdadeira fora da tensão entre a denúncia de um presente tornando-se cada vez mais intolerável e o anúncio de um futuro a ser criado, construído, política, estética e eticamente, por nós, mulheres e homens.

Paulo Freire

SANTOS, Handerson Silva. **Análise da implantação do processo de terceirização no sistema municipal de Saúde em Salvador**. 2009. 86 f. (trabalho de conclusão de curso). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar a implantação da terceirização no SUS com foco no seu contexto econômico, político e técnico no município de Salvador, Bahia. O referencial teórico está embasado na reforma do aparelho do Estado, na descentralização/municipalização da saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa. O tipo de estudo avaliativo adotado foi o de análise da implantação, sob o modelo político. Os dados primários foram obtidos através de entrevista semi-estruturada com ex-membros do Conselho Municipal de Saúde; com ex-membro da gestão da secretaria municipal da Saúde; com atores do movimento sindicalista; com uma representante do Legislativo municipal. Os dados secundários através da leitura das atas do Conselho Municipal de Saúde de Salvador entre os anos de 2001 a 2004, assim como de jornais de grande circulação e dos contratos de gestão. O desenho de análise, através de recursos da pesquisa histórico-contextual identificou as razões dos gestores municipais do Sistema Único de Saúde para assumirem a terceirização. Os resultados apontam a convergência política do município às propostas neoliberais, a falta de política de recursos humanos para o SUS e a exclusão da participação popular dos processos decisórios no âmbito da saúde como facilitadoras para a implantação da terceirização no SUS municipal. O impacto que esse processo trouxe para a saúde local foi a descontinuidade na prestação de serviços básicos de saúde e a evasão dos usuários, que preferem serviços de pronto atendimento, em detrimento de ações e serviços de promoção e prevenção. Esta situação é agravada por constantes denúncias de fraudes; instabilidade na manutenção dos contratos de gestão ou de trabalho; irregularidade no pagamento de salários dos trabalhadores e profissionais terceirizados; greves constantes, etc. É premente, portanto, uma profunda discussão e revisão sobre este modelo de gestão, uma vez que o mesmo se contrapõe à lógica de organização e consolidação do SUS.

Palavras-chave: Terceirização; Sistema Único de Saúde; Análise da Implantação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA	15
2.1	TIPO DE ESTUDO	15
2.2	LÓCUS DO ESTUDO	17
2.3	COLETA DE DADOS	17
2.4	ANÁLISE DOS DADOS	18
2.4	PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	19
3	CONTEXTO DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO BRASILEIRO	20
3.1	CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO ENTRE AS AGÊNCIAS FINANCIADORAS INTERNACIONAIS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	21
3.2	AS REFORMAS DE ESTADO NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL	22
4	A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	28
4.1	ABORGAGEM CONCEITUAL	28
4.2	O CONTEXTO HISTÓRICO DA DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE	30
4.2.1	Década de 1980: marcos na descentralização da saúde	31
4.3	O CONTEXTO EXTERNO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SALVADOR	36
4.4	O CONTEXTO INTERNO À DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SALVADOR	40
4.4.1	Panorama político do governo Antônio Imbassahy	40
4.4.2	Características da gestão da saúde no contexto da descentralização durante o governo Imbassahy: 1997-2004	41
5	A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE NO BRASIL	44
6	O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA TERCEIRIZAÇÃO NO SUS MUNICIPAL EM SALVADOR	47
6.1	ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE EM SALVADOR	53
6.1.1	Determinante contextual da implantação da terceirização do SUS municipal em salvador: a política econômica neoliberal	54
6.1.2	Determinante contextual da implantação da terceirização do SUS municipal em salvador: os recursos humanos	58
6.1.3	Determinante contextual da implantação da terceirização do SUS municipal em salvador: o controle social	63
7	LIÇÕES APRENDIDAS	71

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICES	81

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso é parte integrante da pesquisa intitulada Avaliação da Capacidade de Gestão Terceirizada de Unidades de Saúde do SUS Municipal (MELO e cols., 2007). Para a realização desta pesquisa conta-se com o apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia, através de bolsa de iniciação científica e financiamento do projeto guarda-chuva pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Para melhor entender a terceirização no Brasil, e sua interface com o setor público, especificamente na saúde, é preciso apreender na história o desencadeamento desse processo na administração pública. Para isso, aborda-se rapidamente o macro projeto político denominado reforma do aparelho do Estado, responsável por lançar as bases para a institucionalização da terceirização na administração pública, gerando mudanças no setor, o que abrange a ordem econômica à social.

A partir de sucessivas crises econômicas ao longo da história, as economias dos países desenvolvidos aprimoraram-se no sentido de se manterem estáveis. O que se seguiu na política ocidental após a Segunda Grande Guerra foi, segundo Habermas (1987), o reformismo social-democrata nas democracias de massa.

Então, se inaugura o chamado Estado de Bem-Estar Social que, com o passar do tempo é percebido nas grandes economias globais como limitado frente ao ideário liberal e capitalista. Em contraponto, para os países em desenvolvimento este modelo de Estado prevaleceu até o fim do século XX. Segundo Fiori¹ [199-], podemos definir o Estado de Bem-Estar como sendo de proteção social, voltado para as políticas sociais e com participação direta do Estado nessas ações, em outras palavras, este é considerado como um Estado de provisão social (ANDERSEN, 1991 *apud* FIORI, [199-]).

A década de 1970 ficou marcada por revelar os limites do projeto do Estado de Bem-Estar Social que, segundo Habermas (1987, p. 106), “perdeu a capacidade de abrir possibilidades futuras de uma vida coletivamente melhor e menos ameaçada”. O mesmo autor presumiu que poderia haver uma coexistência pacífica entre democracia e capitalismo, assegurada através da intervenção estatal. Mas para o capital privado, a intervenção do Estado

¹ Para melhor compreensão acerca do tema recomendo a referência: FIORI, J. L. **Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises**. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/iea/artigos/fioribemestarsocial.pdf>

representa uma ameaça tanto em relação à valorização do capital, quanto à proteção social excessiva, gerando ônus às empresas.

Foi a partir de então que ganhou força o processo macro político denominado globalização. Estados nacionais desenvolvidos, estimulados principalmente pelos Estados Unidos da América do Norte, desencadearam audaciosos processos de reformas no intuito de tornarem-se mais autônomos, eficientes, flexíveis e transparentes, principalmente em relação às suas políticas econômicas. No Brasil, a reforma do aparelho do Estado deu-se em caráter absoluto no governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, culminando em mudanças na forma de gestão dos serviços públicos com a introdução do Novo Gerencialismo Público (BRESSER PEREIRA, 2006).

Para Bresser-Pereira (1999), reconstruir o Estado envolve aspectos relativos à diminuição do seu tamanho; redefinição do seu papel regulador; recuperação da governança e o aumento da governabilidade ou da capacidade política do governo.

Kouzmim; Andrews (1998) referem que o primeiro aspecto relaciona-se com as privatizações, a terceirização e a transferência de serviços públicos para organizações não-governamentais. Para aumentar a governança seria necessário realizar o ajuste fiscal, implantar a administração gerencial e separar a formulação da implementação de políticas públicas. O aumento da governabilidade dar-se-ia através do reforço na democracia representativa e pela introdução do controle social.

Na administração pública, inclusive no setor saúde, as mudanças impressas pelo novo gerencialismo vieram sob diferentes formas, em particular a terceirização. Para Di Pietro (2005) esta significa a desregulação do Estado, desmonopolização de atividades econômicas, as contratações de terceiros, a privatização e a concessão de serviços públicos, reiterando o argumento de modernizar o Estado nas áreas definidas no Plano de Reforma do Aparelho do Estado (Pdrael), como não exclusivas.

Contudo, ao se analisar o texto da Constituição brasileira, em seu artigo 197 consta que a execução das ações e serviços de saúde poderá ser diretamente prestada pelo serviço público, como mediante contratação de terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado. Já o artigo 199 em seu § 1º garante a participação da iniciativa privada em caráter complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), dando prioridade às entidades filantrópicas.

Assim, a reforma brasileira buscou superar o chamado Estado burocrático e introduzir o Estado gerencial, regulador e democrático. Conseqüentemente se define o papel do

chamado Estado mínimo, ou seja, garantidor dos direitos sociais e promotor da competitividade do seu respectivo país (BRESSER-PEREIRA, 1997 *apud* KOUZMIM; ANDEWS, 1998). Para tanto, na reforma propõe-se o fortalecimento do núcleo estratégico do Estado e da autonomia das agências executivas, de organizações sociais (OS) e de outras organizações privadas.

A ligação entre o sistema público e privado _ em se tratando do setor saúde _ se faz pelo contrato de gestão, um instrumento que define competências, atribuições e responsabilidades das organizações, assim como as responsabilidades do Estado no controle de todo o processo (DI PIETRO, 2005).

Na Bahia, a criação da OS teve seu início em 1997 com a Lei 7.027 de 29 de janeiro de 1997, que instituiu o Programa de Incentivo às Organizações Sociais. Assim como na Bahia, outros estados no Brasil também instituíram leis referentes às organizações sociais antes mesmo da promulgação da Lei 9.637/98, pois o governo desde 1995 já anunciava, com o Pdrae, a intenção de criá-la.²

Em 2000 o município de Salvador inicia o processo de terceirização na saúde a partir da contratação de mão-de-obra para atender ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Combate as Endemias. Ainda em 2002 transfere a gestão e execução de ações do Programa Saúde da Família (PSF) à iniciativa privada. Em 2003 esse processo é estendido às unidades de atenção básica, com modelo de atenção tradicional, com atendimento ambulatorial e pronto atendimento com funcionamento 24 horas.

Desde 1998 entrou em vigor a regulamentação sobre a descentralização da gestão da saúde através da NOB 01/1996, reforçada posteriormente pela NOAS 01/2001. No entanto, apenas no ano de 2006 é que Salvador consegue a habilitação na condição de gestão plena do sistema municipal de saúde, um processo atrasado em relação às demais capitais do país.

A experiência do autor como bolsista de iniciação científica no projeto de pesquisa que deu a origem a este estudo aproximou-o desta realidade local e despertou-o para a problemática que é o processo de terceirização no SUS municipal³. Assim, pode-se perceber,

² A partir da Lei n. 9.637/98 o governo federal regulamentou as organizações sociais, organizações civis de interesse públicos (Oscip) e o processo de terceirização das chamadas áreas não-exclusivas do Estado como saúde, educação e cultura, definidas no Plano de Reforma do Aparelho do Estado.

³ O termo **SUS municipal** emerge consoante o aumento da responsabilização dos municípios pela gestão do Sistema Único de Saúde, dada através da NOB 01/96. Cada município caracteriza um subsistema de saúde, responsável pelas ações e serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS, também respondendo pelas relações entre o SUS e seus prestadores de serviços (públicos ou privados) (BARRETO JÚNIOR e SILVA, 2004). (Grifo nosso).

no contexto da terceirização da saúde municipal, a relevância do arcabouço técnico-político e econômico que induziram a opção por este modelo de gestão.

Por ser um tema controverso, a terceirização merece ponderação quando relacionada à serviços públicos, com destaque para os de saúde. Por serem garantidos em lei como direito de todos e dever do Estado, os serviços públicos de saúde no Brasil se configuram a partir do Sistema Único de Saúde. A institucionalização deste sistema demandou profundas mudanças para o setor Saúde, que consolida o ideário da Reforma Sanitária. A implantação do SUS estava inserida num processo maior de redemocratização da sociedade brasileira, em que também se lutava por igualdade na assistência a saúde dos brasileiros, então marcada por profundas discrepâncias entre as diferentes classes sociais.

Portanto, o Sistema Único de Saúde não pode apenas ser considerado como uma política isolada para a saúde. É necessário lançar vistas às intervenções sociais proporcionadas pelo sistema, como a adoção de um modelo de atenção focado na integralidade e resolutividade das ações, e na quebra do paradigma da exclusão social, através da participação popular na formulação e implementação de políticas públicas de saúde, além do seu controle.⁴

O que alguns autores trazem (STRALEN cols., 2006; MILANI, 2006; DAGNINO, 2004), e o que o autor observou com sua aproximação ao contexto local e ao tema, é que a participação popular ocorre, em muitas realidades, normativamente e/ou referendando ações do executivo municipal. Muitas vezes os atores do controle social desconhecem seus papéis nesses espaços; outras vezes não entendem a importância e o valor político deles. Na prática isso repercute no enfraquecimento político dos conselhos de saúde _ seja local ou municipal _, e conseqüentemente suas deliberações guardam pouca relação com os interesses da coletividade.

Nessa perspectiva, compreende-se que a análise da implantação do processo de terceirização no município de Salvador será relevante, uma vez que agregará elementos importantes para a discussão acerca deste processo polêmico e controverso diante dos princípios do SUS. Este estudo buscará sistematizá-lo em seu contexto, facilitando a compreensão dos argumentos utilizados pela gestão municipal e pela secretaria municipal da Saúde para sua adoção.

⁴ De acordo o artigo 198 da Constituição Federal o Sistema Único de Saúde é desenvolvido obedecendo a princípios organizativos e doutrinários tais como: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, controle social, regionalização e hierarquização.

Destaca-se que a compreensão desse processo poderá embasar as discussões das instâncias públicas, fóruns e entidades de trabalhadores e usuários que lutam contra este modelo de terceirização, por entendê-lo controverso aos princípios do SUS. Contribuirá, assim, para subsidiar possíveis mudanças no modelo de gestão de saúde consolidado no município, uma vez que o estudo busca articular os diferentes contextos (técnico, político e econômico) relacionados com a implantação da terceirização na saúde local, facilitando sua análise crítica.

Ressalte-se que a inexistência de estudos avaliativos sobre a terceirização na saúde municipal reforça a importância deste estudo, que também pode contribuir para a consolidação deste modelo de avaliação utilizado, que busca captar características contextuais, baseadas nos aspectos técnicos, políticos e econômicos que influenciaram na implantação da terceirização na saúde municipal. Além disso, reforça a produção bibliográfica acerca de um tema pouco discutido na literatura, contribuindo para o entendimento do processo de gestão na saúde municipal, e os modelos de gestão que podem ou não contribuir para a consolidação do SUS.

Com base no exposto, ressalta-se que o objeto desta investigação é a implantação do processo de terceirização no SUS municipal em Salvador, Bahia. A questão norteadora da pesquisa é: como se deu a implantação do processo de terceirização no sistema municipal de saúde em Salvador com base nos aspectos técnico, político e econômico?

Como pressuposto, assume-se que o modelo econômico neoliberal vai de encontro aos princípios do SUS, e que a terceirização da saúde no município de Salvador instalou-se sobre um arcabouço político artificialmente construído para a aquiescência do modelo, excluindo do processo a participação popular e, acima de tudo, contando como um modelo de gestão não condizente com o que reza a Constituição Federal. Pressupõe-se também que a implantação da terceirização da gestão contribui para a desarticulação da organização e gestão da rede básica de serviços de saúde no município, além de fragilizar a gestão municipal da saúde.

Destarte, assume-se como objetivo geral analisar a implantação da gestão terceirizada de saúde no SUS municipal. E como objetivo específico: caracterizar os aspectos técnicos, políticos e econômicos da implantação do processo de terceirização no SUS municipal.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem caráter qualitativo. Como nos coloca Santos (2006), é característico desse tipo de estudo a não neutralidade do investigador e a não possibilidade de generalização de seus dados para replicação.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa que, como define Tanaka; Melo (2001), é um processo que permite um julgamento de uma intervenção para tomada de decisão e, como coloca Contandriopoulos e cols. (2002), usando métodos científicos.

Ainda, segundo Contandriopoulos e cols. (2002), a pesquisa avaliativa é definida como a emissão de um julgamento *ex-post* de uma intervenção, analisando sua pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos e rendimentos de uma intervenção. Esta pode ainda estar decomposta em seis tipos de análise, como:

- A análise estratégica, que avalia se a intervenção adotada foi pertinente com a situação-problema;
- A análise da intervenção, que reside em verificar a relação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados;
- A análise da produtividade, que estuda a relação entre os recursos empregados e os resultados alcançados nos serviços;
- A análise dos efeitos, que consiste em avaliar a influência dos serviços sobre os estados da saúde da população;
- A análise dos rendimentos (ou de eficiência), que consiste em relacionar a análise dos recursos empregados na ação com os efeitos produzidos;
- A análise da implantação, que consiste em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, assim como verificar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está sendo implantada.

Neste estudo adota-se o modelo avaliativo de análise da implantação, para estudar a implantação da terceirização na saúde municipal em Salvador. Para Contandriopoulos e cols. (2002) esse tipo de análise é importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes maneiras. Este tipo de análise busca entender as condições da implantação das intervenções, reconhecendo que o contexto político e social influencia nos resultados das ações e da avaliação, devendo esses valores ser percebidos em sua subjetividade (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; SANTOS, 2006).

Segundo os mesmos autores para realizar a análise da implantação faz-se necessário a adoção de um determinado modelo de avaliação, com base nos modelos organizacionais. Dentre os modelos existentes (modelo racional, modelo de desenvolvimento organizacional, modelo psicológico, modelo estrutural e modelo político) adota-se o modelo político. A razão dessa escolha está no conceito do próprio modelo, principalmente quando confrontado com o objeto de estudo desta pesquisa. O modelo político avalia a eficácia de uma intervenção com base: no suporte dado à intervenção pelos seus agentes; se esses agentes estão preparados a operacionalizar com eficácia a intervenção; se existe coerência entre os objetivos e a sustentação que é dada à intervenção.

Para Denis; Champagne (1997) uma análise da implantação que segue o modelo clássico deverá ser composta dos seguintes elementos: (1) análise dos determinantes contextuais do grau de implantação; (2) análise dos fatores que influenciam na variação da implantação; (3) análise da influência entre o contexto de implantação e a intervenção implantada. Para os mesmos autores a análise da implantação deve ser realizada após o conhecimento do delineamento traçado por uma intervenção, ou seja, dos efeitos por ela provocados. Por isso explica-se a necessidade premente, na análise da implantação, da exploração do contexto. Este pode ainda ser prospectado a partir dos cinco modelos organizacionais, já apresentados.

Para tanto, faz-se necessário abordar o conceito de política. Este é um conceito amplo e, segundo Max Weber em sua obra *Ciência e Política: duas vocações*, abrange toda espécie de atividade diretiva autônoma. O mesmo autor completa dizendo que política é o conjunto de esforços feitos visando a participação no poder ou na influência da divisão do poder. Vai além quando diz que a política é capaz de dividir, conservar ou transferir poder, condicionar um campo de atividades e finalmente determinar uma decisão.

Corroborar-se com a definição de Santos (2006, p. 45) de que “política implica na adoção de uma série de decisões ou de não decisões, que vão gerar ação ou inação dos diversos atores sociais”, ou seja, as ações ficam condicionadas pela trama de poder entre grupos e pessoas inseridas no contexto.

2.2 LÓCUS DO ESTUDO

O campo de investigação do estudo é o município de Salvador, no estado da Bahia. Este município, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 707 km². A sua organização político-administrativa compreende dezoito (18) Regiões Administrativas (RA) e doze (12) distritos sanitários (DS). Segundo estimativas do IBGE (2000), a população residente na região metropolitana é da ordem de 3.021.572 habitantes.

O município está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2006. Para a atenção básica dispõe de quarenta e sete (47) Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família, cinquenta e cinco (55) Unidades Básicas convencionais (UBS), sendo trinta e três (33) com a estratégia de Agente Comunitário de Saúde, três Postos de Saúde tradicionais, cento e quarenta e nove (149) equipes de saúde da família (ESF) e mil seiscientos e quatorze (1.614) agentes comunitários de saúde (SALVADOR, 2008).

2.3 COLETA DE DADOS

Foram coletados dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos a partir de entrevista semi-estruturada, que, segundo Laville e Dionne (1999, p. 333), consiste em uma “série de perguntas abertas feitas oralmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador tem a possibilidade de acrescentar perguntas de esclarecimento”. Após consentimento dos sujeitos, foi usado um gravador para registro da entrevista que posteriormente foi transcrita e analisada. Os sujeitos foram escolhidos assumindo-se um critério de seleção intencional. Foram selecionados sujeitos que de algum modo estiveram ou

que ainda estavam participando do processo de terceirização da saúde no município. Assim obtivemos o seguinte grupo:

- Uma representante do poder legislativo de Salvador (entrevistado 1);
- Um representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Salvador (entrevistado 2);
- Um ex-membro da gestão máxima da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador (entrevistado 3);
- Um representante sindical dos servidores da saúde (entrevistado 4).

Para coleta dos dados secundários utilizou-se documentos como jornais para corroborar com a estruturação do contexto da terceirização, coletados entre os anos de 2000 a 2008; o Plano Municipal de Saúde de Salvador, relatórios de gestão e as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Salvador entre os anos 2000 a 2004.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

O plano de análise é o responsável por organizar, sistematizar e extrair sentido dos dados de texto e/ou imagens (GUIMARÃES e cols., 2004; CRESWELL, 2007).

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise temática, com base nos fatores definidos pelo modelo político utilizado na análise da implantação. O conhecimento das técnicas de análise de dados deu-se através da leitura de autores que proporcionaram liberdade ao autor para o delineamento de um plano de análise que melhor se encaixasse ao objeto da pesquisa. Assim, foi utilizada a técnica de análise temática adotada por Melo (2001), adaptada de Bardin (1977), e com aproximações ao que diz Carmo-Neto (1993), Creswell (2007), Laville; Dionne (1999) e Bauer (2002) quanto à análise de conteúdo.

Para analisar a implantação da terceirização no SUS municipal o autor recorreu a um desenho de análise baseado no contexto histórico-cronológico do processo, buscando tangenciar-se por todos os contextos inerentes à terceirização municipal. A partir disso foi construído um mapa cronológico do processo, o que facilitou o seu entendimento e sua

análise. É importante relatar que a partir do mapa cronológico os dados foram cruzados, buscando identificar características, convergências e divergências enunciadas pelos sujeitos e dados secundários envolvidos nessa pesquisa. Assim, procurou-se dar validade aos resultados (CRESWELL, 2007). Porém, os passos dados nesta pesquisa em relação à validação ainda foram bastante incipientes, porém não menos importantes.

2.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa respeitou todos os princípios éticos da pesquisa, estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. É necessário esclarecer que uma vez originário de outro projeto, ao qual já passara pelo comitê de ética em pesquisa, este projeto fica, portanto, dispensado desse trâmite, dado que não houve modificações quanto aos sujeitos, abordagem e forma de coleta.

As despesas do projeto foram custeadas, em parte, por financiamento obtido em edital Cnpq n. 23/2006, que gerou o Projeto n. 409362/2006-9, e pelo incentivo à bolsa de iniciação científica concedida pela Fapesb.

Para coleta das informações com os sujeitos envolvidos na pesquisa contou-se com o apoio da Secretaria Municipal da Saúde, que autorizou o desenvolvimento do projeto. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram termo de consentimento livre e esclarecido antes de conceder as entrevistas; a realização de toda coleta de dados da pesquisa contou com o apoio de membro do Grupo de Pesquisa GERIR, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e foi realizada entre no período entre 2007 e 2008.

3 O CONTEXTO DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO BRASILEIRO

A reforma gerencial foi um desdobramento do ajuste estrutural da economia brasileira, que teve início com a adesão do governo de Fernando Collor (1990 – 1992) às recomendações do Consenso de Washington para a crise latino-americana. Em um primeiro momento, o discurso reformista incorporou as recomendações neoliberais, propondo uma redução do tamanho do Estado brasileiro e outras medidas de restrição da atuação estatal (TENÓRIO; SARAIVA, 2007).

Segundo Bresser-Pereira (2006), este novo modelo trata da superação do chamado Estado Burocrático, produtor-empresário, e a introdução do Estado gerencial, regulador e democrático. O argumento indutor da reforma é que o Estado brasileiro, a partir da década de 1970 cresceu desordenadamente, tornando-se incompatível com o novo arcabouço econômico mundial.

Este evento, aliado a crise econômica vivida na América Latina dos anos de 1980, ainda segundo o mesmo autor, são responsáveis pela redução do crescimento econômico, elevação de desemprego e aumento das taxas de inflação.

A estratégia da administração pública gerencial volta-se para: 1) definição precisa dos objetivos da administração, 2) garantia de autonomia do administrador quanto aos recursos humanos, materiais e financeiros para que possa atingir eficazmente seus objetivos, e 3) para o controle posterior dos resultados (BRASIL, 1995).

Assim, surge o Estado que garante direitos sociais e promove a competitividade no seu respectivo país. Na prática brasileira isso se traduziu na completa abertura do mercado nacional ao capital externo, implantada pelo governo Fernando Henrique Cardoso a partir de 1995. Isso atende ao pacote econômico, considerado estrutural, imposto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), que induzia para a América Latina políticas de abertura comercial e financeira aos mercados externos e redução de gastos governamentais, além do pagamento integral da dívida externa (TENÓRIO; SARAIVA, 2007; COHN, 2003).

3.1 CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO ENTRE AS AGÊNCIAS FINANCIADORAS INTERNACIONAIS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Para melhor compreensão do arcabouço político-econômico que ajudou a consolidar a globalização na América Latina, e especificamente no Brasil, sintetiza-se algumas análises de Rizzotto (2000) em sua tese de doutoramento, quando estudou as interferências do Banco Mundial (BM) nas políticas de saúde brasileira dos anos 1990.

A autora revela que a partir da crise sócio-econômica e da onda reformista que alcançou a América Latina no fim da década de 1980, o BM incorpora o discurso de combate a pobreza, no intuito de fortalecer o investimento do mercado privado no Brasil. Neste sentido, propõe uma série de reformas para o sistema de saúde do País. O que chama a atenção são os inúmeros estudos feitos pelo BM sobre a realidade da sociedade brasileira e a contrapartida que o Banco pedia para conceder o auxílio financeiro.

O Banco Mundial financiava o equivalente a apenas 1% dos gastos com a saúde no Brasil, mas queria opinar sobre o destino dos outros 99%, justificando a contribuição para aumentar a eficiência das despesas. É neste aspecto que a autora conclui que os interesses da instituição não se concentravam apenas em mudar a realidade do sistema de saúde brasileiro.

Ao analisar documentos produzidos pelo BM sobre o Brasil, sendo um em 1993 e outro em 1995, Rizzotto (2002) afirma que no último o BM faz duras críticas ao processo de implantação do SUS, referindo-se ao processo de descentralização como equivocado, criticando o fato de apenas Organizações Sociais e Organizações Sociais de Interesse Público poderem prestar serviços de saúde, apontando o serviço privado como sendo mais criativo, eficiente e de melhor qualidade, em detrimento do serviço público.

Nesta mesma ótica é que Suarez (2005) traça um perfil das reformas do Estado como sendo de agenda unificada, embasadas na lógica da eficiência, questionando sobre o próprio Estado, suas instituições e os serviços ofertados por elas.

Rizzotto (2000) classifica as análises do BM sobre o sistema de saúde brasileiro como generalistas, uma vez que revela parcialmente a problemática do setor, refletindo falta de conhecimento da realidade interna, além de suas propostas se caracterizarem por ser excessivamente econômicas, subordinando-se aos ajustes da economia e da estabilização fiscal e desconsiderando as demandas internas do setor.

Paradoxalmente ao discurso do combate a pobreza os impactos sociais da globalização logo foram sentidos. As propostas reformistas do BM e do FMI concentravam-se na

estabilidade monetária, com redução de gastos públicos e eliminação de desperdícios, logo os gastos com os setores sociais e de infra-estrutura _ considerados elementares para o desenvolvimento no longo prazo de uma nação _ foram relegados. O resultado dessa política foi o aumento da desigualdade social, da pobreza e a incidência de doenças anteriormente consideradas já sob controle. Além disso, princípios do SUS como equidade, universalidade, integralidade, parecem ter sido marginalizados da agenda das reformas (RIZZOTTO, 2000; BRASIL, 2003).

3.2 AS REFORMAS DE ESTADO NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL

O Estado é o núcleo de expressão das relações de poder entre interesses sociais conflitantes. As relações entre o Estado e a saúde se conformam a partir de uma trama complexa de natureza sócio-econômica e histórica. Sua gênese pode ser atribuída através da necessidade que o Estado tem de controlar a saúde da população, em função de uma nova ordem econômica que se estabeleceu a partir da pós-industrialização na Europa do século XIX (ELIAS, 2004).

Somente após a II Guerra Mundial é que se estreitam as relações entre o Estado e a saúde com a constituição do *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social; concomitante surge também a idéia de que o estado burocrático _ que não deve ser confundido com o Estado de Bem-Estar _ ameaça o seu oponente direto: o Estado liberal. Neste sentido, entende-se o estado social como representante da desmercantilização da saúde, com a elevação de seu estatuto de direito universal e nuclear para a cidadania plena (ELIAS, 2004).

Segundo Zermeño (1994) o comportamento do Estado neoliberal na sociedade está orientado para o desgaste do âmbito público. Na tentativa de entender como se deram as articulações entre o Estado e sociedade durante a chegada da globalização na América Latina, lista três características que ele chama de paradoxais, uma vez que muitos dos países latinos estavam retornando e/ou fortalecendo processos democráticos, alguns deles após terem vivido sobre o regime ditatorial, a partir de jogos partidários, sufrágio universal para os governantes, legalidade jurídica e institucional, equilíbrio entre os poderes, etc. Em contraponto, registra-se um acirramento das desigualdades sociais e debilidade dos setores populares; e finalmente destaca o surgimento da liderança personalizada.

Diniz (2001) chama a atenção para a visão neoliberal que conduz a reforma do Estado brasileiro como sendo puramente de teor administrativo e focada apenas no ajuste fiscal. Sublinha o foco puramente economicista da globalização como responsável pela marginalização das relações políticas na determinação de agendas, operando no sentido da fragmentação, da segmentação e da exclusão, principalmente nos países onde a industrialização e redemocratização se deram tardiamente.

Pires; Demo (2006) analisam que a globalização e a flexibilização do trabalho trazem sérias repercussões estruturais para os países subdesenvolvidos. Isso nos leva a indagar sobre quais as conseqüências que o Sistema Único de Saúde pode sofrer diante de um Estado neoliberal. Esse questionamento é pertinente uma vez que esse modelo é responsável por imprimir segregações sócio-econômicas a partir de sua política competitiva e excludente, indo de encontro aos princípios e diretrizes do SUS, norteados por uma ideologia de inclusão e justiça social.

A compreensão acerca da análise da implantação do SUS, e a partir de então de sua consolidação, diante de um Estado neoliberal se amplia em Minayo (2001, p. 33), quando esta afirma que

[...] o âmago das contradições que o SUS vive hoje se centra no descompasso entre sua proposta de uma política pública universalista e os projetos neoliberais de reforma do Estado que foram receitados a toda a América Latina, buscando desonerar o setor público e focalizar sua atuação.

Para Zermeño (1994), a onda neoliberal na América Latina se pauta sob os fenômenos da desorganização social, com a destruição das identidades coletivas; da divisão do mercado político entre excluídos e integrados; e da intervenção do Estado neoliberal para o esvaziamento do espaço público, com exclusão da participação popular.

Sobre a exclusão da participação popular a partir do novo modelo econômico o autor reflete que

A instauração de regimes democráticos, através do voto, não conduz a uma maior participação da sociedade nos assuntos públicos, mas antes, tais regimes apressam-se em inibi-la como único caminho para levar adiante a reforma neoliberal da economia. (ZERMEÑO, 1994, p. 160)

Deste modo, pode-se entender que na lógica da implantação do modelo econômico neoliberal para a América Latina o discurso da participação popular classifica-se como uma falácia, ou seja, apenas como um meio de legitimar o novo modelo, uma vez que a maioria desses países emergia de regimes antidemocráticos e, portanto, lutavam contra todo movimento político que remetesse à eles (ZERMEÑO, 1994; COHN, 2003).

Neste mesmo sentido Andrews (2006) critica o foco das avaliações sobre as reformas, uma vez que se concentram apenas nos resultados das reformas estruturais, ou seja, nos supostos ganhos de eficiência e na estabilidade econômica, sendo preteridas as questões que envolvem a legitimidade das mesmas.

Poderíamos traduzir as ações de ideologia reformista através do pensamento de Minayo (2001, p. 23), ao classificar tais atitudes como “tecnicistas como sinônimo de qualidade; [...] e de pragmatismo exacerbado traduzido no endeusamento das medidas quantitativas de eficácia e eficiência”. A autora é enfática ao afirmar que “nenhum ajuste, pelo mercado, será capaz de garantir os serviços sociais essenciais” (p. 34), pautados em uma Constituição que amplamente garante prerrogativas sociais às classes que dependem mais diretamente do Estado.

Corroborar-se com Cordeiro (2001, p. 321) quando afirma que “as propostas da Constituição de 1988 estiveram bem distantes das propostas internacionais e nacionais das políticas de ajuste”.

Com isso, o resultado foi a criação de programas, e até mesmo uma velada propaganda do SUS, como uma política para os pobres. Talvez uma forma de prestar contas à sociedade de que algo estava sendo feito para amenizar os efeitos da crise global sobre o País, conforme o discurso do então presidente Fernando Henrique:

É nosso dever dar uma resposta urgente e eficaz à população, que, ao me eleger Presidente da República, acreditou na capacidade deste Governo de mudar o Brasil, criando um modelo de justiça social, em que o direito à uma vida com dignidade lhe seja garantido (BRASIL, 1995, p. 8).

O processo de reforma no aparato do Estado brasileiro não ocorreu diferentemente dos demais países da América Latina, mas com a peculiaridade relacionada ao SUS de que tais reformas foram diametralmente opostas à ideologia no novo sistema de saúde e deste modo criando barreiras à sua implantação e consolidação (COHN, 2003; MINAYO, 2001; CORDEIRO, 2001).

Seguindo fielmente as prescrições do FMI e do BM, o governo brasileiro pautou as discussões sobre a reforma do Estado em dois aspectos: tornar o Estado mais eficiente, eficaz e efetivo do ponto de vista político e administrativo; e revisar suas funções, ou seja, seu papel nas relações com o mercado e a sociedade (SANTANA, 2002).

Para Fernando Henrique Cardoso a crise brasileira era também uma crise do Estado (brurocrático), que “concentra e centraliza funções, e se caracteriza pela rigidez dos procedimentos e pelo excesso de normas e regulamentos” (BRASIL, 1995, p. 6). Deste modo seu governo cria o Ministério de Reforma do Aparelho do Estado (MARE), cujo ministro fora Luiz Carlos Bresser-Pereira. Este ministério lança o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, que, segundo o mesmo, ajudaria consolidar a estabilização e assegurar o crescimento da economia, além de ser a base para a modernização e racionalização da administração pública.

Fernando Henrique chegou a argumentar que o projeto de reforma do Estado “[...] conta com o apoio decido da população” (p. 7). Devemos deixar claro que sobre o termo população utilizado na frase acima deve-se excluir os funcionários públicos, que segundo o próprio FHC “por implicar a flexibilização da estabilidade do funcionalismo, a reforma administrativa tem sido identificada como contrária aos interesses dos servidores”, portanto, não contando com o apoio dos mesmos.

Esta declaração do presidente sobre a reforma do Estado evidencia a tentativa de tornar o processo não apenas legal, mas legítimo.

Habermas (1998 *apud* ANDREWS, 2006) entende a legislação como o principal instrumento de regulação social das democracias contemporâneas, mas reconhece seu caráter ambíguo, haja vista que, segundo o autor, legalidade não implica necessariamente legitimidade.

Na análise de Andrews (2006, p. 411)

[...] o funcionamento do sistema econômico e as decisões governamentais em relação a este sistema não desfrutam automaticamente de legitimidade pelo fato de estarem legalizadas. [...] a demanda por um nível mais amplo de legitimidade continua latente [...] por que alguns aspectos da coordenação social atuam além das instituições políticas formais.

No documento do Pdrae é intrigante perceber as tentativas de manobra que o governo fazia para negar o tipo de linha política a que vinha servindo ao desencadear o processo de reforma:

A reação imediata à crise [...] foi ignorá-la. **Uma segunda resposta igualmente inadequada foi a neoliberal, caracterizada pela ideologia do Estado mínimo.** Ambas revelaram-se irrealistas: a primeira, porque subestimou tal desequilíbrio; a segunda, porque utópica. Só em meados dos anos 90 surge uma resposta consistente com o desafio de superação da crise: a idéia da reforma ou reconstrução do Estado, de forma a resgatar sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas (BRASIL, 1995 p. 11). (grifo nosso).

Uma análise linguística desse trecho do Pdrae nos aproxima ao que John Austin (1965 *apud* SILVA, 2005) chama de ato de fala, ou seja, a comunicação (dizer) é transmitir informações, mas é também (e sobretudo) uma forma de agir sobre o interlocutor e sobre o mundo. De acordo com Austin, esse ato de fala do governo poderia ser classificado como um ato perlocucional, ou seja, o fato de dizer algo produz efeitos nos outros e em si próprio e, neste caso, ao negar a teoria neoliberal tenta nos convencer de que seu governo não se alinhava a essa política (KOUZMIM; ANDREWS, 1998). Para Corten (1996) a superestimação prática e teórica do ato perlocutório é responsável pelas ilusões sobre a participação na política.

Como já discutido neste estudo, reformar ou reconstruir o Estado na perspectiva neoliberal não é torná-lo mínimo? A resposta para este questionamento vem do próprio ministro da Reforma do Aparelho do Estado, Luiz Carlos Bresser-Perreira, que em 1997 declara, como já exposto neste trabalho, que a reforma do Estado significa a redução do seu papel; o que em outras palavras significa torná-lo mínimo.

Paradoxalmente à tentativa de negação por parte do governo Fernando Henrique do alinhamento do seu governo com a linha neoliberal percebe-se sua convergência com esta linha, quando o próprio documento do Pdrae, em dois momentos se aproxima do mesmo. O primeiro é quando conceitua a reforma do Estado como sendo a “transferência para o setor privado das atividades que podem ser controladas pelo mercado” (BRASIL, 1995, p. 12). A isso o Plano chama de publicização, ou seja, a transferência para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem diretamente o Estado, mas que necessitam de seu subsídio, como nos casos de educação, cultura, saúde e pesquisa científica. O segundo é quando afirma sobre a reforma do Estado que “deste modo o Estado reduz seu papel de executor [...], mantendo-se, entretanto, no papel de regulador ou provedor destes [...]” (p. 13).

Foi através da lógica de publicização que as fundações públicas foram transformadas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, e com autorização legislativa específica para celebrar contrato de gestão com o poder executivo, e

assim ter direito a dotação orçamentária (BRASIL, 1995). Sobre o arcabouço jurídico que sustenta às organizações sociais no Brasil discutir-se-á no quarto capítulo.

A partir de então o governo adota modelos de gestão do setor privado para gerir serviços públicos, aí incluso a terceirização. Porém, segundo Santana (2008) só se terá uma gestão de saúde pública voltada para os princípios do SUS quando esta for orientada para os interesses da coletividade. Assim, o sistema de saúde tornar-se-á resolutivo e capaz de atuar legitimamente sobre os problemas de saúde das diversas populações.

Assiste-se a uma não responsabilidade do Estado na prestação de serviços públicos de saúde, resultando em uma maior abertura para a atuação da iniciativa privada. As conseqüências de tal opção do governo repercutem sobre o cotidiano da população usuária dos serviços públicos de saúde, haja vista que a regulação de tais serviços fica a revelia do Estado, ou seja, não há (ou quando existe é frágil) controle dos processos de produção e gestão dos serviços.

Corroboro com Melo (2001) ao reconhecer que sendo inevitável a reversão das medidas de privatização dos serviços de saúde no Brasil, torna-se importante ampliar a discussão política em torno da matéria. A autora fundamenta seu argumento sob dois pontos básicos: 1) para a maioria da população brasileira o acesso a serviços de saúde se dá apenas pelo serviço público, ou seja, seria uma forma de garantir o direito à saúde; e 2) o reconhecimento de que as medidas gerenciais, isoladamente, não serão suficientes para resolver a crise do sistema de saúde.

Poderemos reconhecer esses dois movimentos políticos apontados por Melo (2001) a partir do processo de descentralização na saúde, ainda que com seus limites, que será abordado no próximo capítulo.

4 A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

4.1 ABORDAGEM CONCEITUAL

O termo descentralização é multifacetado e, portanto, de difícil compreensão. Para Silva (2001) a centralização e a descentralização são conceitos inerentes ao Estado e que não existem isoladamente, ou seja, não há um Estado puramente centralizado, assim como não há um Estado puramente descentralizado. Para o mesmo autor, a capacidade de o Estado dar a alguns de seus órgãos centrais o mínimo de poder indispensável para desenvolver e conduzir suas próprias atividades pode-se chamar de descentralização.

Em se tratando da área da saúde, descentralização é a transferência de poder para a esfera regional e/ou local, devendo estar aliada à capacidade de agregação de valores sócio-culturais, epidemiológicos e econômicos, e com autonomia implementar políticas sociais que tenham impacto positivo para a coletividade local, sendo imprescindível a participação da mesma para o fortalecimento e co-responsabilidade do processo (FELICÍSSIMO, 1992; CORDEIRO, 2001; JUNQUEIRA, 1997).

Em outras palavras, este processo não pode ser entendido apenas como a transferência de atribuições para o nível local. Não obstante, isso se conformaria na ação verticalizada e na consolidação do poder decisório do nível central, denunciada por muitos autores como prática comum em muitas cidades brasileiras.

A literatura é bem vasta em relação às tipificações da descentralização. Para este estudo assumem-se as classificações de Silva (2001), Felicíssimo (1992) e Guimarães (2002). Segundo os autores o processo de descentralização pode ser dividido em dois polos: o político e o econômico, ambos de fundamental importância para a composição da trama social que os envolve.

No polo político, a descentralização pode ser interpretada como componente da democratização do Estado; uma estratégia para redistribuição do poder político do Estado, do nível central para os níveis periféricos. Guimarães (2002) refere a descentralização como uma questão política por se tratar da democratização do poder, através da participação da sociedade e da pulverização de estruturas de poder, sempre em busca da eficiência da gestão pública. Isso nitidamente tem afetado as relações de poder, tornando-se um campo minado entre diferentes grupos na sociedade (DAGNINO, 2004).

No polo econômico, a descentralização pode ser interpretada como coadjuvante da nova ordem econômica neoliberal, ou seja, contribuindo para redução do déficit público e estabilização da economia.

É notório, portanto, que o polo econômico da descentralização teve maior destaque frente ao contexto, vivido na época, de crise econômica, principalmente na América Latina. Segundo Teixeira (1990 *apud* SILVA, 2001) o pragmatismo da descentralização recai sobre a privatização de setores sociais, em outras palavras, na transferência de responsabilidades antes exclusivas da esfera pública.

Para Felicíssimo (1992); Silva (2001) podemos classificar a descentralização em intragovernamental e interinstitucional. Na primeira tipologia a descentralização pode ser de dois modos: desconcentração e descentralização funcional.

A desconcentração seria uma delegação de responsabilidades aos níveis hierárquicos inferiores, sem a transferência de poder decisório. A descentralização funcional (podendo ser chamada de descentralização autárquica ou descentralização institucional), ou mesmo para Guimarães (2002) descentralização administrativa, pode ser entendida a partir da transferência de responsabilidades dentro de uma mesma estrutura de governo (empresas públicas, sociedades de economia mista, fundações, etc.) que passam a assumir funções que seriam da competência da administração direta do governo.

Nesta segunda tipologia, o poder decisório é transferido da instância governamental para outras entidades e pode ser entendida a partir da devolução e da delegação. Na devolução, há transferência do poder de agir e decidir entre diferentes níveis de governo. Segundo os autores, a devolução estimula a ampliação da autonomia local, ou seja, do poder local. Guimarães (2002, p. 3) justifica essa concepção de descentralização em função “da necessidade de se buscar maior eficácia na gestão pública, eliminação de intermediações burocráticas e maior proximidade com o cidadão”, isso geraria um senso mais prático ao Estado, uma vez que facilitaria as relações do usuário com o Estado, concedendo maior notoriedade às demandas sociais.

Na delegação há transferência de poder decisório a entidades da sociedade civil (ONG, OCIP, OS, etc.). A delegação, portanto, pode ser interpretada como uma das estratégias utilizadas a partir da organização das políticas sociais baseadas no modelo neoliberal, assim colocado a partir da Reforma do Aparelho do Estado brasileiro.

Sobre essas tipologias que classificam a descentralização, toma-se de empréstimo as críticas de Guimarães (2002, p. 6), de que

Todas essas tipologias têm sido objetos de críticas e consideradas apenas um exercício de taxonomia, não ajudando muito a entender o processo de descentralização como um todo, suas interfaces e complexidade. Além disso, a descentralização é um processo dinâmico, que envolve transferência de poder, portanto, gerador de conflitos e disputas, aspectos difíceis de serem contemplados em tipologias.

4.2 O CONTEXTO HISTÓRICO DA DESCENTRALIZAÇÃO NA SAÚDE

Resgata-se neste capítulo alguns dos pressupostos e movimentos que desencadeou o processo de descentralização na saúde no Brasil, a partir da crise na saúde na década de 1960.

O interesse em trazer esse recorte histórico da descentralização reside no fato de que com ele é possível reconhecer o quanto de interferências políticas _ seja no âmbito central ou dos movimentos sociais _ foi possível para se construir uma realidade social. O termo interferência política está aqui empregado no sentido estrito da palavra, ou seja, representando os meandros das ações políticas brasileiras na luta entre opositores e apoiadores do processo de descentralização e, conseqüentemente, suas conquistas e derrotas.

A década de 1960, precisamente no pós 64, ficou marcada no Brasil como o ápice do período considerado como o de crise aguda do sistema nacional de saúde. Os inúmeros cortes financeiros aos estados impediam que políticas públicas fossem implementadas ou mesmo que as existentes dessem conta das inúmeras demandas da população que, diga-se de passagem, não era integralmente assistida pelo sistema de saúde vigente (BRAGA e PAULA, 1981; SILVA, 2001; PAIM, 2008).

A política econômica de abertura da economia do País ao mercado estrangeiro, adotada na década de 1950, portanto anterior a este período da história, gerou o conhecido milagre econômico. Com ele houve um *boom* no processo de urbanização e aumento da massa trabalhadora. O sistema previdenciário⁵, por sua vez, mostrou-se incapaz de responder à crescente pressão das camadas assalariadas e que careciam de melhores serviços.

⁵ A evolução da medicina previdenciária se dá a partir de seu surgimento na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's); em 1967 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Há quem classifique a medicina previdenciária como um modelo de atenção à saúde daquela época. BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e previdência: Estudos de política social.** São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981, 226 p.

A reforma do setor previdenciário, na tentativa de dissolução da crise, culmina com a unificação dos sistemas previdenciários vigentes e, conseqüentemente, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), centralizando ainda mais o poder decisório sobre as políticas de saúde. A fusão dos institutos previdenciários foi a solução encontrada para servir aos interesses capitalistas, já arraigados na sociedade, uma vez que neste arcabouço prevaleciam as decisões centradas na esfera federal e na crescente participação do capital, principalmente estrangeiro, na prestação de serviços de saúde (BERTOLLI FILHO, 2000).

Apesar de alguns estudiosos considerarem os marcos iniciais da descentralização no Brasil a partir da década de 1960, com a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), a exemplo de Silvio Fernandes da Silva (2001) e Jairnilson Paim (2008), para a construção do marco teórico sobre a descentralização deste estudo aborda-se vários acontecimentos a partir da década de 1980, por considerá-la historicamente mais importante ao movimento de (re)democratização do país e, portanto, de maior interesse deste estudo.

4.2.1 Década de 1980: marcos da descentralização da saúde

No início da década de 1980, uma das primeiras experiências de descentralizar as políticas de saúde no Brasil foi a proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, conhecida como Prev-Saúde. Este projeto foi de autoria dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, e tinha como objetivo reorientar o sistema de saúde com a integração de ações dos dois ministérios, incluindo a participação das secretarias estaduais e municipais da Saúde. Pode-se considerar este movimento como o primeiro na tentativa de reforçar a atenção primária à saúde. Suas propostas continham idéias como regionalização, hierarquização, participação popular e atenção integral (SILVA, 2001).

Talvez devido à incipiência nas discussões e o choque de interesses com o modelo hegemônico de atenção a saúde vigente na época, ou mesmo pela baixa mobilidade social a favor deste projeto, ele não foi implantado (SILVA, 2001).

A crise financeira da previdência brasileira teve seu ápice em 1982, levando o governo a propor o Plano de Reorientação da Assistência no Âmbito de Previdência Social, que ficou conhecido como Plano Conasp, uma vez que a iniciativa de traçá-lo foi proposta pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Nele estavam contidas algumas idéias do então Prev-Saúde e as propostas do Movimento Sanitário

brasileiro, como a regionalização e a integração entre os diferentes níveis de governo. Entre os seus objetivos estava o aumento da produtividade e da eficiência do sistema de saúde, foi a partir deste plano surgiu, por exemplo, a proposta da Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), um modelo fragmentado e clientelista de cobrança e pagamento por serviço prestado no sistema público de saúde (SILVA, 2001).

O clima político brasileiro era de latência dos movimentos pró-democracia, que tiveram sua gênese ainda na década de 1970, movidos pelo espírito transformador de uma sociedade punida pela repressão militar. Neste momento, alguns governos estaduais e municipais, assim como alguns cargos no ministério da Saúde e em outras instâncias executivas, são ocupados por atores do movimento sanitário (SILVA, 2001; PAIM, 2008). Segundo Paim (2008), esse contexto ajudou a conter algumas políticas privatizantes originadas do ministério da Previdência Social e a transferência de recursos da previdência para o fortalecimento dos serviços públicos nos estados e municípios, bem como o estímulo à integração das ações de saúde.

Em 1984, uma parceria entre os ministérios da Saúde, da Educação e da Previdência e Assistência Social resultou na criação de uma estratégia para reorientação das políticas de saúde, conhecida como Ações Integradas de Saúde (AIS). Na prática, as AIS representaram um reforço a descentralização. Através dos seus fóruns colegiados de gestão ou Comissões Interinstitucionais de Saúde (nos âmbitos federal, estadual e local) é que mais tarde se originam os Conselhos de Saúde. Vale lembrar que as AIS representaram o marco para o estabelecimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implantado em 1987 (PAIM, 2008).

A vigência do SUDS, movimento considerado de caráter regionalizador e de busca da equidade, foi decisiva para a transferência ou descentralização de atribuições, recursos financeiros, pessoal de saúde vinculado ao INAMPS, assim como instalações físicas, de hospitais de grande porte para a gestão das secretarias estaduais e unidades básicas para a gestão das secretarias municipais da saúde. Às secretarias estaduais ainda foram atribuídas competências de planejamento, controle e avaliação, além da prestação de serviços, enquanto aos municípios coube a gestão do sistema local, gerenciamento das unidades e controle e avaliação de unidades filantrópicas (CORDEIRO, 2001).

O avanço do capitalismo e do modelo econômico por ele imposto já se fazia perceber no Brasil nos anos finais da década de 1980. Havia uma política de redução de custos em investimentos sociais, percebida através das sucessivas diminuições de repasses de verbas para a saúde em detrimento de outros setores da sociedade. Isso permite refletir que a saúde

parece nunca ter entrado na agenda dos sucessivos governos brasileiros. Na verdade cada governo obedecia a uma lógica política própria, em outras palavras, não havia atitudes de bom senso ou uso de diálogo com a sociedade, o que prevalecia era o jogo de interesses e as ações paternalistas e clientelistas, muitas vezes empregadas na tentativa dos governantes se perpetuarem no poder (MOTTA, 2007; CALIPO, 2002; COELHO, 2006; GOUVEIA e PALMA, 1999).

Sobre a década de 1990 podemos inferir que esta foi marcada por avanços e retrocessos em relação ao Sistema Único de Saúde. A consolidação do sistema através de um arcabouço jurídico que garantia uma saúde pública calcada em mecanismos como a descentralização e a participação popular. No entanto, identifica-se o descumprimento da Constituição Federal e a implantação da descentralização como um processo mais administrativo (CORDEIRO, 2001).

Em outras palavras, vislumbrava-se como um modo de redução das responsabilidades do poder central (SANTOS, 2006). Assim, ampliaram-se os espaços para projetos de saúde voltados para os interesses do mercado. Neste clima tensionado entre o projeto de Reforma Sanitária e o projeto neoliberal, articulado pela reforma do Estado, é que nasce o Sistema Único de Saúde.

No Quadro 1 resume-se o arcabouço jurídico-legal do SUS e das políticas de saúde no Brasil, configurado a partir de edições de leis que vão desde 1990 até 2006.

Quadro 1 – Arcabouço jurídico-legal do SUS e das políticas de saúde do Brasil entre de 1990 até 2006.

PERÍODO	REGULAMENTAÇÃO NA CF/1988	CONSEQUÊNCIA(S) PARA A SAÚDE
Setembro de 1990	Aprovação da Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080/90	Institucionalização do Sistema Único de Saúde.
Dezembro de 1990	Aprovação da Lei n. 8.142/90	Participação popular para o controle e execução de políticas de saúde.
1991	Norma Operacional Básica NOB SUS 01/91	Descentralização; Financiamento por produção; Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA).
1992	NOB SUS 01/92	Poucas mudanças em relação à NOB 01/91.
1993	NOB SUS 01/93	Classifica a gestão da saúde dos municípios em: incipiente, parcial e semiplena; Cria as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite; Repasse de verbas fundo a fundo.
1996	NOB SUS 01/96	(Re)classifica a gestão municipal em: Gestão da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde; para os estados: gestão avançada e gestão plena do sistema estadual; Financiamento <i>per capita</i> para a atenção básica; Pacs e PSF; PPI.
2001	Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS SUS 2001	Estabelece critérios de Regionalização (PDR); Ênfase no planejamento; Equidade na alocação de recursos e no acesso aos serviços.
2002	NOAS SUS 2002	Poucas alterações em relação às NOAS 2001; Maior ênfase à assistência.
2006	Pacto pela Saúde - Portaria n. 399/2006	Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; Pacto de Gestão.

Apesar de todo esse aparato legal, o que se percebe ao longo de vinte anos é que na prática, desde a promulgação da Constituição, o SUS é um sistema de saúde mal consolidado, portanto, fragmentado e frágil, com sérias dificuldades de legitimar-se diante da política neoliberal. Alguns autores classificam essas normas como tecnocráticas e burocráticas, uma vez que reescrevem o que já está previsto na Constituição Federal (CORDEIRO, 2001; CALIPO, 2002).

Para Luz (2001 *apud* SANTOS, 2006, p. 26) a descentralização deveria ser entendida como desconcentração de recursos, pulverização e segmentação das ações governamentais. Porém, baseado na ordem econômica neoliberal o mesmo autor entende que o Estado “fez o que pode para se livrar do ônus político, social e econômico que representam saúde e previdência” (p. 26). Corroboro com Santos (2006) de que deste modo a descentralização é entendida como uma atitude de desresponsabilização do Estado para as atividades que lhes são inerentes.

Porém, do ponto de vista do poder local a descentralização representou a guinada das relações de poder de decisão da esfera central para as deliberações locorregionais. Na prática, trouxe para o contexto local a capacidade de planejamento, previsão, provisão, execução, avaliação e regulação sobre as políticas públicas de saúde.

Apesar de tantos contrasensos e paradoxos Gouveia e Palma (1999) destacam a importância do SUS, diante do capitalismo, como uma política social que caminha na contramão dos atuais processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social.

No caso do Brasil é evidente que a descentralização moldou-se à forma de organização do poder, adaptando-se as condições de formatação do sistema político neoliberal. Apesar nos notórios avanços que a descentralização da saúde trouxe para o país, principalmente em relação ao controle social, não se deve perder de vista que esse processo obedeceu a uma lógica conservadora e elitista. Portanto, como nos alerta Habermas (1987), deve-se levar em consideração que a descentralização é uma condição necessária, mas não absoluta para a prática democrática.

A partir de então, aprofundarei no caso de Salvador, Bahia, como foi concebido o processo de descentralização da saúde no município, o que mais tarde resulta na implantação do processo de terceirização da saúde local, objeto deste estudo.

4.3 O CONTEXTO EXTERNO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SALVADOR

As discussões trazidas até aqui sobre o capitalismo, o neoliberalismo e a política de descentralização nos permite asseverar que a essência das ações do Estado capitalista levando em consideração as relações sociais de produção e distribuição são, necessariamente, descentralizadoras e privatistas.

Para análise da trama política que resultou tanto na descentralização da saúde em Salvador como na conseqüente terceirização da mesma, apresentarei um resgate histórico-contextual do panorama político do município e sua interface com as esferas estadual e federal.

De longe podemos atribuir a responsabilidade pelos dois processos referidos (de descentralização e terceirização) às coalizões políticas no plano local, estadual e nacional; à relação entre a gestão municipal com a Câmara de Vereadores, com o governo do estado e com os movimentos sociais; e o contexto econômico enfrentado pelas duas gestões do executivo municipal envolvidas nos processos. As gestões a que me refiro são, respectivamente, a gestão Lídice da Mata (1992/1996), que assume a construção do arcabouço político-social da descentralização e a gestão Antônio Imbassahy (1997/2004), que assume a terceirização na saúde local.

A Bahia é um estado que historicamente viveu sua política sob a hegemonia de determinado seguimento político, neste caso me refiro especificamente ao carlismo⁶, centrado na figura de Antônio Carlos Magalhães (ACM), político conservador de direita e liderança personalizada no Estado da Bahia:

⁶ *Carlismo* é uma alcunha política largamente utilizada na Bahia para denotar um seguimento político (elitista) que tinha como líder Antônio Carlos Magalhães, doravante ACM. O carlismo é caracterizado por adotar uma linha política com base em práticas centralistas e autoritárias, consolidando-se uma hegemonia em todo o Estado da Bahia. Mas, segundo Fernandes (2004), a força que o grupo detinha no Estado não alcançava dentro da capital (Salvador) a mesma legitimidade hegemônica, fruto do desgaste da imagem de ACM que estava diretamente ligada aos militares, dos quais mantinha estreitas relações, sendo inclusive nomeado governador da Bahia (1966) na época da ditadura militar, fato considerado marco para o advento do carlismo (DANTAS NETO, 2003). Os insucessos eleitorais da década de 1980 são a maior prova disto. As trajetórias eleitorais na Bahia e, particularmente em Salvador, têm sido marcadas pela oscilação do apoio dos eleitores às candidaturas vinculadas ao carlismo e ao anticarlismo. Fernandes (2004) analisa que o grupo político, ligado ao extinto PFL, partido de seu líder, seguia um padrão de administração baseada no processo decisório fechado, além de seu líder ter uma capacidade de formar quadros tecnocráticos de perfil dinâmico e pragmático, porém avessos a mecanismos de participação popular. A figura política de ACM, líder de um grupo que tinha hegemonia política na Bahia encaixa-se na leitura de Zermeño quando analisa as relações entre a globalização e o Estado e aponta a “liderança personalizada” como um dos fatores determinantes. Em 2006 o carlismo sofreu uma perda: o governo do Estado para o PT, com a eleição de Jaques Wagner para o governo do estado. O carlismo foi abalado em sua expressão hegemônica após a morte de seu líder, em 20 de julho de 2007.

[...] o carlismo histórico [...] tratado como instituição da política baiana e nacional, parte constitutiva e constituinte de uma situação política que [...] é um arranjo regionalmente peculiar de elementos presentes na política brasileira do último **meio século** (DANTAS NETO, 2003) (grifo nosso).

Com a redemocratização do País as três primeiras eleições para prefeito na capital baiana foram marcadas pela derrota do grupo de ACM. Já em 1985, sob o regime democrático, é eleito prefeito de Salvador Mário Kertész (PMDB); em 1988 Fernando José, também PMDB e, por último, em 1992 Lídice da Matta. À eleição que se segue o carlismo retoma suas forças políticas na capital e consegue eleger em 1997 Antônio Imbassahy (PFL), reeleito em 2000.

Ainda no bojo da (re)democratização do País o carlismo tem outra grande derrota nas eleições de 1986, com a vitória de Waldir Pires ao governo do Estado. Para o setor saúde o governo de Pires representou a aproximação do Estado com o movimento sanitário brasileiro, a partir da inserção de atores do movimento no âmbito da secretaria da Saúde do estado (Sesab), segundo Silva (2001) e Paim (2008).

Segundo Melo (2001) o processo de descentralização em Salvador inicia-se a partir de 1987, com a chegada de Waldir Pires ao governo do Estado, politicamente representando a ocupação do poder pela oposição. Ainda no final de 1986 o Estado da Bahia assina o convênio de adesão para implementação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), sendo, portanto, um dos primeiros estados a incorporar as diretrizes derivadas da VIII Conferência Nacional de Saúde. Além disso, o estado da Bahia também implantou as Ações Integradas de Saúde e foi neste mesmo período que os dois primeiros distritos sanitários foram implantados em Salvador, por iniciativa da Sesab.

A proposta de campanha para a saúde do governo Lídice da Mata empunhava o seguinte slogan: Governar a Saúde com a Frente Popular 1992 (MELO, 2001). A trajetória política de Lídice seguindo uma linha progressista, e na sua participação como edil na Câmara de Vereadores de Salvador, ajudou a conformar a descentralização como a marca do seu governo, como analisa Ivo (1999, p. 93 *apud* FERNANDES, 2004, p. 27):

[...] a própria Prefeita Lídice da Matta do PSDB tinha uma história ligada à luta pela reforma urbana, sobretudo no que se refere às questões de participação social e autonomia municipal, tendo sido vereadora entre 1982 e 1986 pelo PMDB, e participado ativamente na elaboração e aprovação de algumas leis importantes que criavam diversos mecanismos de participação social na gestão municipal.

Ao que parecia a oportunidade para que o município de Salvador tornasse-se um dos mais descentralizados do país, na prática não o foi. O governador do estado era ACM (1990/1994), e fizera questão de estabelecer um governo paralelo em Salvador, principalmente em relação ao planejamento e gestão de obras públicas (MELO, 2001; MILANI, 2006; FERNANDES, 2004).

Todas as grandes obras públicas realizadas na capital entre 1992 e 1996 foram feitas pelo governo do estado à revelia do município, ou seja, houve uma sobreposição da esfera estadual sobre a esfera municipal no planejamento e na gestão urbana da cidade (FERNANDES, 2005).

No plano local, Lídice não dispunha do apoio na Câmara de Vereadores, o que foi bastante desfavorável à sua governabilidade; o endividamento do município foi outra grande barreira encontrada por sua gestão. Em 1993 Salvador tornou-se insolvente, ou seja, inapto a arcar com empréstimos, sendo impedido de contraí-los, tanto para o curto quanto para o longo prazo (FERNANDES, 2005).

Deste modo, na arena política o que se seguiu foi um governo isolado pelo governo estado e pela União, haja vista o alinhamento político de ACM com a esfera política nacional. A aliança entre o PSDB (nacional) e o PFL (estadual) cria ainda mais barreiras para gestão a municipal. Em 1994, o PSDB baiano resolve apoiar a candidatura à presidência não do seu representante nacional (Fernando Henrique Cardoso), mas do petista Luís Inácio Lula da Silva, caracterizando a ruptura da prefeita com sua base política nacional. O que se viu durante toda a gestão municipal de Lídice, portanto, foi o completo abandono do município por parte dos governos estadual e federal, caracterizado pela ausência de apoio material, sendo repassadas apenas as verbas obrigatórias por lei (SILVA; ALCÂNTARA, 2005).

Para a saúde essa conjuntura desfavorável ao governo Lídice da Mata foi analisada por Melo (2001) da seguinte forma:

- A municipalização fazia parte do discurso dos dirigentes e técnicos da SMS mas, segundo a autora, havia uma percepção por parte de alguns técnicos da SMS de que o discurso dos dirigentes não se alinhava com a prática;
- Havia o reconhecimento da capacidade da SMS assumir a gestão dos distritos sanitários, haja vista a relação que já existia entre os distritos e a própria secretaria municipal da saúde através de trabalhos técnicos e reuniões sistemáticas, porém sem o reconhecimento da Sesab;

- O município, em 1994, apresenta proposta ao Conselho Estadual de Saúde de transferência de gestão para o nível municipal dos seguintes distritos sanitários: Pau da Lima, Barra/Rio Vermelho, Subúrbio Ferroviário e Cabula/Beirú, mas não alcança sucesso.

Ainda que pareça paradoxal ao discurso de campanha e até mesmo pela própria trajetória política de Lídice, a mesma autora revela que houve descaso por parte da administração central do município em relação ao processo de municipalização e exemplifica com os seguintes fatos:

- Inexistência de objetivos claramente definidos e de acompanhamento do processo pela administração municipal, assim como a falta de prazos definidos;
- Longo período entre a formulação da proposta de descentralização pela SMS e apresentação da mesma à Sesab (mais de um ano e meio), o que, no ponto de vista do grupo de técnicos da SMS, representava o descaso da administração municipal à proposta da SMS.

O tom de disputa e descaso por parte do governo do estado em querer colaborar com a descentralização da saúde para o município pode ser evidenciada a partir das discussões entre os membros de uma comissão montada para tal finalidade, sendo composta por técnicos de ambas as secretarias (SMS e Sesab) . Afinal, neste processo está presente a disputa de poder, ou melhor, a perda do mesmo – ou chamado *status quo* – por parte do governo do estado. As discussões nessa comissão se arrastaram sem nenhuma deliberação objetiva em torno do processo. A visão dos técnicos da alta gestão da SMS sobre o processo de descentralização da saúde é que o mesmo somente iria se iniciar quando o governo municipal fosse ocupado por algum político que adotasse a mesma linha política do governo estadual (MELO, 2001).

Esta análise feita pelos técnicos da SMS converge com o pensamento de Salisbury (1968 *apud* CASTRO, 1988, p. 36) de que o sistema político continua sendo decisivo na determinação do tipo de política adotada, ou seja, quais os grupos beneficiados, quais os prejudicados, qual a extensão e o grau de conflito existente. Assim, podemos inferir que as disputas políticas poderão influenciar diretamente sobre as políticas governamentais praticadas pelos governos locais.

Portanto, diante desse contexto político assevera-se que nesse período o município de Salvador encontrava-se marcado por baixo grau de descentralização administrativa, pela

divergência e dissociação da administração local em relação aos âmbitos estadual e federal, além das características conjunturais que imprimem à coalizão de governo um caráter bastante heterogêneo e desarticulado.

4.4 O CONTEXTO INTERNO À DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SALVADOR

Em 1991 o município incorpora na estrutura da secretaria municipal da Saúde os distritos sanitários e, com base na Lei Municipal n. 9.015/91, instala o Conselho Municipal de Saúde (CMS), além do Fundo Municipal de Saúde, regulamentado pela Lei n. 4301/91 (MELO, 2001). A autora analisa que esses avanços pouco representaram no sentido da descentralização, uma vez que não houve alterações na gestão da SMS, uma vez que os distritos eram ainda coordenados pela Sesab, além de não funcionarem na prática.

Souza (1996), ao analisar o impacto da descentralização e democratização no município de Salvador a partir de 1996, conclui que esta capital não se beneficiou com a descentralização política e financeira, uma vez que não pode sobreviver sem o aporte financeiro do Estado (principalmente do governo estadual) ou de empreiteiras. A autora aponta, como já discutido, para fatores políticos e econômicos como determinantes para os resultados da descentralização, sinalizando o maior dos seus limites que é a fragmentação do poder e o risco do afastamento das demandas sociais das agendas governamentais.

4.4.1 Panorama político do governo Antônio Imbassahy

As gestões de Antônio Imbassahy (PFL) à frente do executivo municipal trazem a herança política do carlismo, movimento político ao qual estava ligado. Uma das marcas da administração é o empreendedorismo local, que Ribeiro (1995 *apud* FERNANDES, 2005, p. 85) refere como sendo as iniciativas que os gestores municipais tiveram em desenvolver parcerias com o setor privado para superação da crise de governabilidade, através de políticas de desenvolvimento local.

Diferente do governo de Lídice da Mata, Imbassahy iniciou tanto o primeiro quanto o segundo mandato em conjuntura política extremamente favorável, com maioria na Câmara de Vereadores e forte apoio dos governos estadual e federal. A base aliada na Câmara, formada

pelo PFL, PTB, PL, PTC, PP, PRP e PTdoB contou, nos oito anos de governo, com apoio em alguns momentos do PSB, PMDB, PSDB e mesmo do PDT.

Até 2003 o governo Imbassahy não enfrentara oposição à sua gestão, nem no estado nem no governo federal, embora nacionalmente ACM tenha perdido prestígio ao final de segundo mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso, renunciando ao cargo de senador devido às acusações de violação do painel eletrônico de votações do Congresso Nacional, em 2001.

Segundo Fernandes (2005) o governo Imbassahy pode ser caracterizado como tutelado pelo governo do estado, além de uma gestão municipal fechada. Segundo o mesmo autor ainda em 1997 há um aumento de transferência na ordem de 70,8% de recursos do estado para o município, evidenciando a subordinação e tutela da prefeitura à esta esfera de governo, ou seja, ratificando a máxima de que só governava Salvador quem estivesse alinhado ao governo estadual, uma clara referência ao isolado governo Lídice da Matta.

4.4.2 Características da gestão da saúde no contexto da descentralização durante o governo Imbassahy: 1997/2004

Em março de 1997, sob a gestão de Aldely Rocha (1997/2004), a Secretaria Municipal da Saúde elabora um documento intitulado Descentralização da Gestão das Ações e Serviços de Saúde no Município de Salvador. É através deste projeto que a secretaria se propõe a organizar o processo de descentralização da saúde, tendo como estratégias o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), além da distritalização (MELO, 2001). Mas na análise desta autora, a proposta de incorporação dos distritos sanitários continuou a mesma da gestão anterior.

O Plano Municipal de Saúde 1998/2001 traz como diretrizes prioritárias a reorganização do modelo de gestão, buscando efetivar-se através do desenvolvimento institucional a partir da manutenção da administração central e modernização administrativa, esta última, inclusive, fortemente desenvolvida nas duas gestões de Imbassahy (MELO, 2001).

Com bastante fragilidade a gestão municipal da saúde acomodava-se aos critérios de descentralização e participação popular exigidos pela legislação do SUS. No entanto não abria mão de adotar práticas características de uma gestão autenticamente carlista: seguindo a

cartilha do governo do estado, adoção de tramas de influência pessoal e processos decisórios verticalizados. Na prática o que se seguiu foi um processo de descentralização lento, que segundo Melo (2001, p. 88), contrariou

[...] as expectativas dos que apostavam na agilidade e melhor organização do processo de municipalização pelo simples fato de existir uma identidade política entre os dois grupos do governo (estadual e municipal) [...]

O processo de municipalização só tem início em julho de 1998, quando os distritos são assumidos pela SMS, incorporando a rede de atenção básica à saúde, até então sob gestão da Sesab, além da implantação no município do Programa de Agentes Comunitário de Saúde, em outubro do mesmo ano. A timidez com que o processo de descentralização da saúde foi implantado estende-se por longa data, demonstrando que o discurso do governo municipal e dos gestores da SMS, de participação social, de flexibilidade e descentralização, no que se refere à agenda da saúde, encobria a falta de vontade política para implantar, efetivamente, um processo de descentralização no município (MELO, 2001).

As discussões no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Salvador revelam esse fato, onde uma conselheira questiona

não entender como várias cidades do interior do estado já estariam enquadradas nesse nível de gestão [plena da atenção] e Salvador não [...]. Com tal enquadramento [do município à gestão plena] o município ampliaria a sua capacidade para garantir a atenção integral à saúde [...] isso já estaria previsto no Plano Plurianual, cuja execução se esgota em 2001 [...]. (Ata da 170ª reunião do CMS, 26 de julho de 2000) (*sic*).

A resposta ao questionamento da conselheira vem da secretária da Saúde – também conselheira representante da SMS – que afirma que para o município “ainda não haveria condições da assunção de tal gestão devido o município não ter estruturado a contento a sua atenção básica [...]”. Ao ser novamente questionada na plenária da 172ª reunião do CMS sobre o porquê do município ainda não estar sob a gestão plena da atenção à saúde, responde que “muitos dos problemas enfrentados na saúde do município não seriam resolvidos apenas com a municipalização [...]”. Isso evidencia que o processo de descentralização da saúde de Salvador não passava de discurso, além de não estar na agenda dos dirigentes.

Acera disso, pondera a vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde sobre a

[...] necessidade que se teria em aprofundar a discussão sobre municipalização plena em Salvador [...]. Não poderia deixar de reconhecer que a questão da saúde no estado da Bahia, pelo processo como sempre foi tratada, pela falta de investimento, pela centralização excessiva, por uma política extremamente contraditória a nível federal, estadual e municipal, implicaria na existência de sérios problemas os quais deveriam ser enfrentados, **não bastando apenas reconhecê-los**, pela necessidade que há em avançar-se no processo de municipalização, encarando sua complexidade [...]. (Ata da 172ª reunião do CMS, em 16 de agosto de 2000). (grifo nosso) (*sic*).

Ao longo do segundo semestre do ano de 2000 o Conselho Municipal de Saúde pressionou de vários modos a Secretaria Municipal da Saúde acerca do descaso com a gestão da saúde do município, uma vez que desde implantada a NOB/SUS 01/96 em 1998, esta não vinha sendo devidamente cumprida pela gestão municipal.

A atitude da SMS de rechaçar o mecanismo de controle social nos permite asseverar que o projeto político desta secretaria era outro que não o de consolidação do SUS. A leitura das atas do CMS permite-nos afirmar que a SMS encontrava no CMS uma barreira para a condução do SUS municipal em Salvador. Assim, é que se percebe quão frágil foi, e é, a consolidação do SUS na capital baiana, ainda reflexo da ausência de uma política voltada para os seus princípios.

5 A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE NO BRASIL

O processo de terceirização no Brasil tem início ainda durante o regime militar em 1981, durante o governo do general Figueiredo, permitindo a desestatização de empresas para o capital nacional. Mas foi durante o governo Sarney, em 1985, na pós-redemocratização do país, é que este processo se estendeu ao capital internacional (SANTOS e cols. 2004 *apud* SANTANA, 2008, p. 20).

Miola [199-] afirma que concernente a Administração Pública o termo terceirização emprega-se para identificar diferentes ações e iniciativas, que vão desde a privatização de empresas controladas pelo poder público e passam pela concessão, permissão, contratação de obras e serviços e até regulação da contratação de mão-de-obra.

A terceirização pode, também, ser interpretada sob a ótica de Pamplona Filho (2002) como uma intermediação de mão-de-obra, consistente na contratação por determinada empresa de serviços de terceiros para suas atividades meio, restando à empresa concentrar-se mais nas atividades fim, reduzindo custos e melhorando a qualidade dos serviços prestados. O autor também revela como ponto negativo para o trabalhador e, porque não, para sociedade, o aumento da rotatividade de trabalhadores, redução das retribuições trabalhistas e estímulo do subemprego e da informalidade.

O governo brasileiro, coadunando com a ideologia neoliberal, lança mão da Constituição Federal na tentativa de legitimar suas ações pró-mercado que, como descrito anteriormente, dispõe em seu artigo 197 sobre a possibilidade da terceirização dos serviços de saúde. As pressões sobre o governo e até mesmo sua própria ideologia o induziu a elaborar uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) em 1996, acrescentando a expressão “nos termos da Lei”, ao artigo 196⁷ da Constituição; isso abriria o caminho para o completo desmonte do SUS (VIANA; PIOLA; REIS, 1998 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 165-166).

O Brasil lança suas bases de adequação ao modelo mais autônomo e flexível com a reforma do Estado, a partir da Lei n. 9.637/98 regulamentando as chamadas Organizações Sociais, Organizações Cíveis de Interesse Públicos (Oscip) e o processo de terceirização das chamadas áreas não-exclusivas do Estado como saúde, educação e cultura. As OS e Oscip são entes jurídicos de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de interesse

⁷ Este artigo da Constituição Federal dispõe em seu texto que: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

social, criadas por iniciativa particular, porém reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado (MODESTO, 1997).

No País, a arena de poder montada sob a lógica descentralizada foi cenário de articulações que resultaram nos mais diversos meios de adequação dos estados e municípios brasileiros à política nacional neoliberal, a exemplo do alinhamento com a política de terceirização. Cidades como São Paulo, com a criação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) ou estados como Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia e Roraima, que desenvolveram legislação específica, como a criação do *status* jurídico de organizações sociais, também são exemplos de adequação à nova realidade trazida pela reforma do Estado, e a conseqüente redução do seu papel na sociedade (BRASIL, 1998).

Iluminado pelo pensamento de Di Pietro (2005), pode-se inferir que o processo de terceirização fere a Constituição Federal. Segundo esta autora, a iniciativa privada deverá participar de modo complementar na prestação de serviços públicos de saúde, sendo a terceirização permitida mediante contrato de prestação de serviços ou convênio, objetivando atividades que auxiliem na administração (atividades meio) e não a prestação direta dos serviços e ações de saúde (atividades fim), caracterizada pela transferência da gestão operacional para a iniciativa privada.

É evidente o desalinho entre o processo de terceirização da saúde e a legislação dada pela Lei n. 8.666/93 e Lei 8.883/94, que regulamentam a terceirização dos serviços públicos. Esta última considera serviços como

toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para administração pública, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais. (BRASIL, 1994).

Apesar de ir de encontro à legislação vigente, a terceirização dos serviços prestados a população, e até de atividades de gestão de programas e ações do sistema saúde, é um fato que se consolida nos estados e municípios brasileiros. A concepção do modelo de terceirização consiste no raciocínio do aumento da eficiência, flexibilidade, autonomia e transparência da gestão da saúde, além da melhoria da qualidade da assistência prestada e do estímulo a participação social, como já discutido neste estudo.

Como nos esclarece Di Pietro (2005), a terceirização na saúde é algo muito delicado e que depende de uma interpretação da legislação específica para a saúde. O que deve estar

claro é que a saúde está garantida em lei a todos os cidadãos, portanto não deve seus serviços ser prestados por terceiros através de concessão ou permissão, já que nessas modalidades os usuários pagam pelos serviços.

Porém, a Constituição Federal garante a terceirização na saúde. Mas essa modalidade deverá apresentar-se sob a forma de contratos ou convênios para execução de serviços complementares ao sistema de saúde, através de empresas privadas de caráter jurídico filantrópico, conhecidas como organizações sociais.

6 O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA TERCEIRIZAÇÃO NO SUS MUNICIPAL EM SALVADOR

A criação das OS na Bahia deu-se através da edição da Lei Estadual n. 7.027/97, que instituiu o Programa de Incentivo às Organizações Sociais. Esta lei é revogada pelo artigo 46 da Lei n. 8.647, de 29 de julho de 2003, que passa a dispor sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais, redefinido pelo Decreto Estadual n. 8.890/2004. Porém, as alterações deram-se apenas na semântica e não na essência, uma vez que em quase nada alterou do projeto original.

Na Bahia, a reforma do aparelho estatal foi coordenada pela secretaria da Administração do estado da Bahia (Saeb), que tinha como objetivo solucionar a crise fiscal, tornando o estado mais ágil, especialmente na área social, agregando maior qualidade aos serviços, além de redução de custos, com ênfase em resultados, de forma mais flexível e com foco orientado no cidadão-usuário mediante o controle social (Saeb, 2009).

Na Bahia, o primeiro contrato de gestão assinado entre o Estado e uma organização social data de 1999 e tinha como foco na organização hospitalar. Esse contrato foi celebrado entre o governo do estado da Bahia e o Instituto de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social de Irecê, e tinha como finalidade organizar, prestar assistência e gerenciar o Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho.

Além deste hospital, outros hospitais do estado foram entregues à gestão de OS: em Barreiras, o Hospital do Oeste, gerenciado pelas Obras Sociais Irmã Dulce; em Alagoinhas, o Hospital Dantas Bião, e em Porto Seguro o Hospital Luis Eduardo Magalhães gerenciados pela Fundação Monte Tabor/Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária; em Ribeira do Pombal o Hospital Geral Santa Tereza gerenciado pela Fundação José Silveira; em Macaúbas o Hospital Antenor Alves da Silveira, gerenciado pela Fundação de Saúde de Paramirim e em Salvador a Maternidade José Maria de Magalhães Neto, gerenciada pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia e o Incoba, gerenciado pelo Hospital da Cidade (SANTOS; SOARES, 2007).

Na análise das mesmas autoras a terceirização via OS ou via instituições filantrópicas, na gestão do governador Paulo Souto, no período 2003/2006 prosseguiu sem muitos entraves.

No mesmo período em que o Estado lançava mão do arcabouço legal para criação das OS o município de Salvador faz um movimento para editar uma lei similar de incentivo às organizações sociais, mas as pressões exercidas pelo CMS à época, e de outros movimentos sociais inibem a edição da mesma. Ainda assim a gestão municipal não abandona a

característica e tendência privatista do governo Imbassahy e da gestão da saúde conduzida por Aldely Rocha.

Não abrindo mão de seu ideário, a opção da administração municipal foi a de assumir outra modalidade de relação entre o público e o privado na saúde. Assim, inicia em 2000 a terceirização na saúde através da contratação de trabalhadores para os Programas Pacs e PSF _ em 2002 tanto a gestão quanto a prestação de serviços nas unidades de saúde da família eram terceirizados __, e em 2003 amplia este processo terceirizando quatro das suas unidades básicas de saúde com serviço de pronto atendimento nas 24 horas.

O processo de terceirização no município de Salvador, diferente do que ocorreu no plano estadual, esteve focado no setor da atenção básica, uma vez que o município estava vivendo o processo de descentralização da saúde e reorganização do sistema de saúde local, com a introdução de programas como o Pacs e o PSF.

Dagnino (2004) analisa que a busca por parcerias na administração pública depende dos governos locais e de seus projetos políticos⁸. Isso resulta na busca por parceiros confiáveis, além do distanciamento da politização da interlocução com os movimentos sociais e com as organizações de trabalhadores.

Diante da inexistência de estudos que trate sobre a implantação da terceirização da saúde em Salvador⁹, tomou-se por base as entrevistas realizadas pela pesquisa “Avaliação da Capacidade de Gestão Terceirizada de Unidades Básicas de Saúde do SUS municipal” (Melo *et al.*, 2007), realizada com informantes-chave que de alguma forma estiveram envolvidos no processo para que fosse descrito o contexto em que a SMS decidiu pelo modelo terceirizado de gestão do SUS. As entrevistas foram realizadas com dois conselheiros de saúde municipais (representante de usuário e trabalhador); uma representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Estado da Bahia (SINDSAÚDE); uma representante do poder Legislativo municipal; e uma ex-gestora intermediária da SMS. Outros mecanismos de coleta de dados que facilitou a consecução desta abordagem histórico-contextual que ora apresentada foi a leitura das atas das reuniões do CMS entre 2000 a 2004 e a coleta de dados no jornal A Tarde, o principal veículo diário da cidade, entre os anos de 2000 a 2008.

⁸ A autora baseia-se no conceito gramsciano para definir projeto político como um conjunto de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que deve ser a vida em sociedade, resultando na orientação da ação política dos diferentes sujeitos.

⁹ O trabalho de conclusão de curso de Santos; Soares (2007) e a dissertação de mestrado de Santana (2008), também originaram-se do projeto *mater* deste estudo. O primeiro foi o resultado do estudo piloto sobre a “Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde do SUS municipal”; o segundo foi um estudo de caso de uma unidade de saúde com gestão terceirizada. Para a análise do contexto da terceirização as autoras abordaram sobre a implantação do processo no SUS municipal, porém de modo bastante pontual. Assim, posso considerar inédita a natureza deste estudo.

As principais informações sobre o processo de terceirização na saúde em Salvador estão no mapa cronológico do processo de terceirização em Salvador, a seguir:

Mapa cronológico do processo de implantação da terceirização no SUS municipal

Janeiro de 1997 _ Antônio Imbassahy, então filiado ao PFL, assume a gestão da prefeitura de Salvador para cumprir o seu primeiro mandato. Aldely Rocha Dias assume a gestão da secretaria municipal da Saúde.

Abril de 1997 _ O CMS defere que para a composição do quadro de profissionais da equipe do Programa Saúde da Família, que ora se implantaria, a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde seria via fundação pública de direito privado e apontam a Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão/FAPEX, da Universidade Federal da Bahia, substituindo a forma de contratação do projeto original que seria via cooperativas.

Maior de 1998 _ É promulgada a Lei Federal n. 9.637/98, que cria as Organizações Sociais pelo governo Fernando Henrique Cardoso.

Outubro de 2000 _ A SMS celebra convênio com a Associação Baiana de Medicina (ABM) para contratação e capacitação de pessoal para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, recebendo críticas do CMS, principalmente por não ter sido deliberada em plenária tal parceria, uma vez que esta envolve recursos públicos.

Dezembro de 2000 _ É aprovado na Câmara de Vereadores o Projeto de Lei n. 180/2000, que dispõe sobre a redução do número de membros do CMS de 32 para 16, assim como a mudança de estrutura de cargos, onde a presidência passava a ser exercida exclusivamente pelo secretário da Saúde. Os representantes compõem o novo CMS são da confiança da administração municipal. Os conselheiros cassados fundam o Fórum de Entidades de Trabalhadores e Usuários de Saúde. Este Fórum passa a lutar pela redemocratização do controle social em Salvador e contra a terceirização.

Janeiro de 2001 _ Antônio Imbassahy toma posse no seu segundo mandato. Aldely Rocha Dias permanece no comando da saúde.

Fevereiro de 2001 _ Tomam posse, a portas fechadas e com presença de seguranças, os novos representantes no Conselho Municipal de Saúde.

Março de 2001 _ É aprovado o parecer da extinta Comissão de Orçamento e Finanças do CMS sobre a prestação de contas da SMS de 1999. Segundo a relatora da Comissão, pairavam dúvidas quanto a contratação de pessoal pela Fapex para atuação no Programa de Combate a Dengue do município. Para o convencimento favorável a aprovação da prestação de contas, a secretária usa o seguinte argumento: “[...] em nenhum momento a SMS estaria se voltando para utilizar Organização Social para contratação de pessoal [...]” (Ata da 183ª reunião do CMS, em 28 de março de 2001) (*sic*).

Mai de 2001 _ O município implanta do Programa Saúde Legal, o qual consistia na realização de feiras de saúde, e segundo a secretária a SMS tem “[...] como parceiros na realização das feiras (algumas instituições), ressaltando que na ultima feira realizada houve a participação do Hospital Português [...], **o qual procurou a SMS** para firmar convênio [...]” (Ata da 186ª reunião do CMS, em 09 de maio de 2001). (grifo nosso) (*sic*).

Julho de 2001 _ A secretária da saúde informa que o Hospital Espanhol **procurou** a SMS para que estabelecessem uma parceria. (grifo nosso).

Agosto de 2001 _ A SMS lança mão de um decreto de emergência para contratar pessoal para o combate a dengue sem licitação. O município analisa uma provável parceria com a Fundação José Silveira, também para contratação de pessoal para os programas controle de endemias.

Outubro de 2001 _ Durante a análise do Relatório de Gestão da SMS no primeiro quadrimestre do ano, o relator chega a seguinte conclusão: “Na área de convênios a SMS estabeleceu diversos com instituições filantrópicas, públicas e organizações não governamentais”. E destaca a ausência no relatório da forma de contratação do pessoal terceirizado (Ata da 193ª reunião do CMS, em 17 de outubro de 2001).

Dezembro de 2001 _ A SMS convida o Hospital Português, o Hospital Espanhol, a Fundação Monte Tabor e a Federação das Santas Casas de Misericórdia da Bahia para concorrerem num processo licitatório para a cessão da gestão de unidades de Pronto Atendimento que haviam sido reformados ou construídos pelo município. Apenas o Hospital Espanhol manifestou-se favorável. A secretária da Saúde informa em reunião do CMS de que

fizera contrato de recursos humanos para suprir falta de pessoal nas unidades ambulatoriais.

Fevereiro de 2002 _ 82 médicos são contratados, via convênio SMS e a Associação Baiana de Medicina, em caráter emergencial e portanto com dispensa de licitação.

Março de 2002 _ A SMS estabelece um convênio com a Real Sociedade Espanhola de Beneficência para atuação nos programas de endemias do município. Não há registro de discussão e aprovação da medida no CMS.

Mai de 2002 _ O CMS aprova um projeto de prevenção de doenças cardiovasculares (Projeto HAVA), desenvolvido pela Associação Baiana de Medicina (ABM)/Federação Baiana de Medicina (Fabamed), a ser implantado nas unidades de referência do município. Um dos autores do HAVA era um membro do CMS, representante da ABM.

Julho 2002 _ O CMS aprova o pleito do município em habilitar-se na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Dezembro de 2002 _ É sugerido pela subsecretária da saúde mudança no inciso XVI do Art. 3º do regimento interno, que estabelece como competência do CMS: “Propor e aprovar critérios para a celebração de contratos e ou convênios, estabelecidos com a rede complementar, de conformidade com as normas ministeriais”; a palavra “propor” seria substituída pela palavra “acompanhar”.

Junho de 2003 _ O município de Salvador obtém habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Eleva-se a pressão do governo do estado sobre o município para que este assumira a gestão das unidades básicas de saúde com pronto-atendimento, até então sob a responsabilidade da secretaria estadual da Saúde.

Final de 2003 _ É assinado o contrato de gestão terceirizada do Pronto Atendimento e Centro de Referência em Cardiologia Dr. Adriano Pondé, com dispensa de licitação. Vence a Real Sociedade Portuguesa de Beneficência.

Fevereiro de 2004 _ Ano eleitoral. Renova-se o contrato de gestão terceirizada do Centro de Referência em Cardiologia Dr Adriano Pondé. Realiza-se a dispensa pública de licitação para a terceirização da gestão do 5º, 12º e 16º Centro de Saúde, todos com serviço de pronto atendimento.

Abril a setembro de 2004 _ A SMS obtém dispensa de licitação para a terceirização da gestão de unidades básicas com pronto atendimento nas 24 horas. Os contratos são feitos com entidades de natureza privada e filantrópica. Assumem a gestão dos contratos a Fundação Monte Tabor; a Sociedade Portuguesa de Beneficência; o Hospital Evangélico; o Hospital Sagrada Família.

Dezembro de 2004 _ O texto final no regimento interno do CMS, que rezava sobre o papel deste referente aos processos de contratação de prestadores de serviços e de terceirizações sofre nova alteração: “Propor critérios para celebração de contratos e/ou convênios, estabelecidos com instituições co-gestoras e a rede complementar, de conformidade com as normas ministeriais”. Sendo excluída a palavra “aprovar” e incluídas as palavras: “contratos e/ou convênios” e “instituições co-gestoras”, não existentes na última versão alterada em 2002.

Este mapa cronológico do processo de terceirização ratifica, através dos fatos, que este tipo de gestão para a saúde foi um projeto político da gestão Imbassahy. A partir da reforma administrativa engendrada em sua primeira gestão é que se percebe a gênese da terceirização da saúde, daí por diante os fatos revelam que não foram poupados esforços para levar a diante tal projeto.

Visto que a proposta deste estudo também foi a de agregar conhecimentos sobre a contextualização da implantação da gestão terceirizada, o mapa cronológico revelado poderá servir de subsídio para o entendimento dos constrangimentos e potencialidades para sua implantação no município de Salvador.

6.1 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE EM SALVADOR

Com base no exposto no capítulo anterior, analisarei os depoimentos dos atores e os documentos utilizados nesta pesquisa a partir do ponto de vista dos determinantes contextuais da implantação da terceirização no SUS municipal em Salvador. É necessário colocar que o período o qual considero neste estudo como sendo de implantação da terceirização está compreendido entre os anos de 2000 a 2003.

Sendo assim, lançarei mão de autores que dialoguem com os dados encontrados nas entrevistas e nos documentos analisados, buscando identificar características, convergências e divergências enunciadas pelos atores e dados secundários envolvidos nessa pesquisa, principalmente quando comparados com a Constituição Federal e os princípios do Sistema Único de Saúde.

Deste modo, ao analisar os dados encontrados, surgiram três temas relevantes e que estão relacionados ao contexto da implantação da terceirização do SUS municipal em Salvador. A escolha passa ainda por um critério intencional de abordagem temática com base nos aspectos econômico, técnico e político que induziram a terceirização. Deve-se esclarecer que diante dos inúmeros dados encontrados, a análise dos temas selecionados para este trabalho não se esgota. São esses os temas selecionados:

- Política econômica neoliberal;
- Recursos Humanos;
- Controle Social.

Apresentarei os temas centrais através de quadros esquemáticos, segundo a descrição dos atores envolvidos e dos documentos analisados, atribuindo para cada determinante contextual um valor que represente facilidade ou dificuldade para a implantação da terceirização no SUS municipal em Salvador.

6.1.1 Determinante contextual da implantação da terceirização do SUS municipal em Salvador: a política econômica neoliberal

Na América Latina e, especificamente, no Brasil a política neoliberal foi o arcabouço prático-ideológico de sustentação das reformas administrativas. Esse conjunto de reformas pode ser compreendido a partir dos ajustes administrativos praticados pelos governos nacionais de acordo com os propósitos políticos. Deste modo, o projeto neoliberal trouxe nova dinâmica à sociedade civil: o crescimento e desenvolvimento de organizações não-governamentais, dando ênfase para o terceiro setor e para as fundações empresariais, com destaque para uma filantropia redefinida e em detrimento dos movimentos sociais _ neste cenário ganha destaque a criação, através de legislação federal, da organização social. (DAGNINO, 2004).

A aceitação no Brasil do novo modelo econômico e social, caracterizado por pouca contestação da sociedade, também foi facilitada pelo caráter resolutivo assumido pela reforma diante da crise fiscal e do Estado; pelo fortalecimento da economia a partir do Plano Real, além (da promessa) de uma nova estrutura para o funcionamento eficiente do aparelho do Estado (SOUZA; CARVALHO, 1999).

Para as mesmas autoras uma das formas que os Estados encontraram para se adequarem à nova ideologia de reformas foi revisitar sua capacidade administrativa _ em busca de melhor desempenho _ e institucional, voltada para o aumento da governabilidade.

Ao analisar os achados, descritos no quadro abaixo, nota-se que a partir do final da primeira gestão à frente do executivo municipal, Antônio Imbassahy inicia o que chamou de modernização administrativa no âmbito da administração pública municipal, com ênfase na terceirização da saúde, coincidentemente paralelo a adoção da mesma política no âmbito estadual.

Quadro 3 – Atribuição de valor ao processo de implantação da terceirização no Sistema Único de Saúde de Salvador relacionado ao tema política econômica neoliberal, segundo atores do processo e documentos analisados, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Ator/fonte	Repercussão para o processo de terceirização
Política econômica neoliberal	[...] o secretário [estadual da saúde] José Maria de Magalhães assegura que a alternativa [da terceirização] foi adotada a partir da necessidade de ampliar os serviços à população ante a impossibilidade de construir unidades de saúde proporcionalmente à demanda, às dificuldades de contratação de pessoal e a busca da melhoria da qualidade com menor custo.	A Tarde, 05 de agosto de 2000.	Facilidade: ampliar a rede de serviços à população; flexibilidade para contratação de RH
	Então [...] o estado [da Bahia], por 16 anos sob a égide de um grupo político que pensava que o Estado tem que ser cada vez menor, e que serviços essenciais podem ter sua gestão transferida e feita por terceiros [...].	Entrevistado 4	Facilidade: demonstra o alinhamento do governo do estado da Bahia com a proposta de Estado-mínimo
	[...] com o processo de modernização administrativa [...] referiu que a relação com o setor privado foi retomada de forma diferente, com controle mais efetivo da prestação de serviços, e a nova forma de negociação com base em resultados e parâmetros voltados para a qualidade. (<i>sic</i>)	Gestora da saúde. Ata da 186ª reunião do CMS em 09 de maio de 2001.	Facilidade: alinhamento do município quanto à adoção da política neoliberal por facilitar a relação com o setor privado
	[...] a falência declarada do poder público em gerir o serviço abre espaço para o estabelecimento de parcerias com organizações sociais. [...]	A Tarde, 09 fevereiro de 2006.	Facilidade: estabelecimento de parcerias com organizações sociais

Os dados obtidos a partir da leitura dos jornais e das entrevistas, além da leitura de autores como Fernandes (2004, 2005); Silva; Alcântara (2005) e Milani (2006) permitem asseverar que o alinhamento das esferas de poder municipal e estadual foi responsável pela aproximação do município ao sistema político-econômico neoliberal. A política de saúde adotada pelo governo estadual era também característica de adoção de formas terceirizadas de gestão e da contratação de trabalhadores. Em 2000, mais de 12 unidades hospitalares estaduais já estavam sob o controle de empresas privadas e 57% dos internamentos do SUS, no estado, eram realizados na rede privada.

A relação entre o projeto modernizador da administração municipal de Salvador com o modelo econômico neoliberal e, conseqüentemente, a implantação da terceirização na saúde local fica evidenciada a partir do discurso da secretária Aldely Rocha em reunião do Conselho Municipal de Saúde, como aponta o quadro acima.

Nesta perspectiva, percebe-se a aproximação da gestão municipal com a política neoliberal. A característica marcante que permite sustentar tal afirmativa é o posicionamento dos gestores (municipal e da Saúde), ao argumentarem que as mudanças estruturantes implementadas no aparelho executivo municipal dava-se no plano de corte de gastos, aumento de eficiência e da terceirização. Segundo Bresser-Pereira e Grau (1999) a exigência de uma administração pública menos onerosa e mais eficiente emerge junto com a globalização, numa tentativa de se contrapor à crise financeira e de governabilidade do setor público. Nesse sentido é que crescem a importância, ainda segundo os mesmos autores, de uma forma nem privada nem estatal de execução dos serviços sociais garantidos pelo Estado.

Para Coelho (2006), o neoliberalismo no Brasil encontrou espaço para se instalar a partir de fragilidades no plano político-ideológico, econômico e cultural do país, a exemplo do forte discurso de excesso de intervenção estatal na economia em detrimento da baixa cultura de incentivo a participação popular na esfera pública. O ápice da convergência do Brasil à política neoliberal dá-se a partir da reforma do aparelho do Estado, com base nas propostas de Estado-mínimo proposto pela globalização econômica e reflete-se sobre as unidades federadas, como na Bahia, por exemplo.

Outro posicionamento comum aos adeptos da política neoliberal é o discurso da falência do setor público. Esse discurso emerge com o governo Fernando Henrique e torna-se retórica do governo da Bahia. Em se tratando do setor saúde, como pano de fundo para tal posicionamento, tem-se a implantação da terceirização na saúde. Registros das atas do CMS também indicam a presença de tais argumentos no discurso dos gestores municipais.

Lançando olhar sobre a história do país, precisamente no final da década de 1980 e início da década de 1990, o que se percebe como alternativa encontrada pelos governantes na busca por resolução da crise do Estado _ reconhecido como portador de uma estrutura arcaica, centralizada, pouco flexível e, portanto, inviável _ é a adoção de um discurso único e de apologia às características negativas da capacidade do Estado responder às demandas sociais, sem considerar que o mesmo Estado acabara de emergir de uma crise política e atravessava uma crise financeira. Discursos como o do secretário estadual da Saúde da Bahia, como citado, eram recorrentes entre os gestores públicos. Por traz disso havia uma intenção política que conduzia o estado da Bahia à adoção da terceirização como uma ferramenta de gestão do

sistema público de saúde, pautada pela desqualificação do sistema de saúde do estado e pela desvalorização da política de recursos humanos para o SUS, além da falta de vontade política em alterar o quadro em que se encontrava o SUS no estado.

Ao analisar a inserção do neoliberalismo na sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que surgia a Constituição cidadã e o Sistema Único de Saúde, ambos de escopo ideológico contrários a proposta neoliberal, me coloco favorável ao que Coelho (2006) e Gouveia e Palma (1999) analisam como sendo o paradoxo da saúde, indicando que a implantação da terceirização *pari passu* ao modelo neoliberal representa um retrocesso aos avanços logrados com a Reforma Sanitária e ao modelo de vigilância à saúde proposto pelo SUS. Ao comparar as propostas para os setores sociais, trazidas pelo neoliberalismo, com alguns dos princípios do SUS, nota-se o evidente choque de interesses entre ambos.

Em detrimento da universalidade, tem-se uma política de saúde focalizada na doença, propostas como as do Consenso de Washington e de agências como o FMI e o BM iam de encontro ao modelo de vigilância à saúde (RIZZOTTO, 2000); contra a integralidade, a fragmentação do sistema de saúde a partir da adoção das leis de mercado, refletindo, principalmente, na inação quanto à políticas de recursos humanos necessários para implantar o SUS (GOUVEIA e PALMA, 1999); e contra a participação popular, com os baixos incentivos à educação e politização da população, o que acirra as diferenças sociais e suas conseqüências sócio-políticas e econômicas, resultando no afastamento da sociedade civil das instâncias públicas de decisão (SUAREZ, 2005).

Sendo assim, a política econômica neoliberal foi facilitadora para a implantação da terceirização no SUS municipal em Salvador, ainda que para a maioria dos entrevistados a política neoliberal é reconhecidamente danosa ao SUS.

6.1.2 Determinante contextual da implantação da terceirização do SUS municipal em Salvador: os recursos humanos

Nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e nas entrevistas, conforme apresentado no quadro 3a, tem-se a escassez de mão-de-obra da secretaria municipal da Saúde como um dos principais argumentos utilizados para justificar a implantação da terceirização no SUS municipal em Salvador.

Quadro 3a – Atribuição de valor ao processo de implantação da terceirização no Sistema Único de Saúde de Salvador relacionado ao tema recursos humanos, segundo atores do processo e documentos analisados, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Ator / fonte	Repercussão para o processo de terceirização
Recursos humanos	O problema sempre foi mais de recursos humanos e de você não ter condições, na época, de ta realmente gerenciando essas unidades. E se até hoje você tem essas unidades sob a gerência da Osid, José Silveira e tal, é porque não se consegue fazer concurso.	Entrevistado 3	Facilidade: do ponto de vista da implantação da terceirização esse foi o argumento mais forte utilizado pela SMS para que o processo pudesse lograr êxito
	Então, se a gente pensar enquanto não se resolver essa questão da política de recursos humanos no SUS, a gente vai estar se batendo com essas situações.	Entrevistado 3	Facilidade: ausência de política de recursos humanos para o SUS municipal
	[...] o ideal era que houvesse um concurso público, um vínculo permanente, um processo de avaliação de desempenho dos profissionais, da estabilidade, de formação de quadro de profissionais e técnicos, porque há um sentimento de muita insegurança, de instabilidade, as pessoas não sabem, sequer, se vão receber salário no final do mês.	Entrevistado 1	Facilidade: não há política de pessoas e de gestão do trabalho para o quadro de trabalhadores do SUS

O impacto provocado pela baixa capacidade da SMS para assumir as atribuições advindas após a descentralização da saúde, relacionado ao seu quadro de profissionais, é um fato. Sendo assim, resulta em uma facilidade para o processo de implantação da terceirização, porém apenas perceptível nos discursos dos técnicos da secretaria e da gestora da saúde. A leitura das atas das reuniões dos CMS, no período de janeiro a dezembro de 2000, e a

entrevista da representante sindical, revelam que havia uma preocupação dessas instâncias com a formação de um quadro permanente de profissionais para o SUS municipal através de concurso público, assim como discordância em relação a contratação temporária de profissionais através de empresas privadas:

[...] a gente tem o entendimento de que a saúde pública tem que ter recursos humanos próprios e que devem ser geridos por gestores da própria instituição e não por uma gestão terceirizada, por uma gestão que foi transferida, que teve seus serviços comprados. (Entrevistado 4)

Em 2000 a SMS realiza concurso para provimento de cargos, excluindo o CMS da discussão em torno do mesmo. Porém, a realização do concurso revelou a falta de planejamento da SMS quanto a municipalização da saúde, uma vez que o dimensionamento dos cargos e do perfil dos profissionais não foi suficiente para suprir as demandas de recursos humanos geradas com a nova estrutura de gestão do sistema público de saúde, principalmente em relação a implantação do Programa Saúde da Família, com a inauguração de novas unidades de saúde da família e das unidades de pronto atendimento, que a gestão estava sendo descentralizada.

Porque quando você entra na média e alta complexidade, você precisa de pessoal especializado e não consegue, precisa de alguém que saiba gerenciar um serviço e você não tem no quadro [...] porque na rede você não tem esses profissionais, você tem o pessoal da atenção primária. (Entrevistado 3)

A terceirização da gestão ocasionou também o estabelecimento de novas relações de trabalho, com a presença de diferentes vínculos no SUS. A flexibilização nas relações de trabalho introduzidas com o processo de terceirização, adotam formas precárias de contratação, através de cooperativas, via contratos temporários, ou de prestação de serviços, da existência de empresas interpostas para contratação de mão-de-obra, entre outros, o que mostra na adesão a modelos de trabalhos já utilizados no Brasil.

Recorrendo a Cherchglia (1999, p. 368) é importante destacar que:

No Brasil, o mercado de trabalho parece ter trilhado a variante americana, com desregulação das relações de trabalho, crescimento do trabalho informal, generalização de contratos temporários, subcontratações e terceirização.

De acordo com a Súmula n. 331 do Tribunal Superior do Trabalho, a contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, devendo o vínculo ser formado diretamente com o tomador do serviço. Assim, a terceirização da saúde em Salvador implanta-se de modo ilegal em relação à contratação de pessoal, uma vez que lançou mão de empresas privadas, a exemplo da FAPEX para contratação de agentes de endemias e agentes comunitários de saúde; da ABM, para contratação de médicos para o município, da Real Sociedade Espanhola de Beneficência para a contratação de pessoal e gestão das unidades de Saúde da Família; da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência para contratação de pessoal e gestão do Centro de Referência Cardiológica Dr. Adriano Pondé, e empresas como a Fundação Monte Tabor, Pró-Saúde, Obras Sociais Irmã Dulce e a Fundação José Silveira para atuarem na contratação de pessoal e gestão das unidades básicas de saúde com pronto atendimento nas 24h.

O caráter de contratação dessas empresas também extrapola o que reza a legislação das licitações (Lei n. 8.666/93) e seu complemento (Lei n. 8.883/94), uma vez que tais legislações admitem a terceirização apenas das chamadas atividade-meio. Reforça-se ainda, com o que diz a Constituição Federal em seu artigo 199, quando permite a participação de terceiros na prestação de serviços de saúde de forma complementar, porém, afastando a possibilidade de execução de contratos em que o cerne seja o próprio serviço de saúde, incluído a terceirização de sua gestão.

Um destaque dirige-se à forma considerada abusiva, usada pela SMS para a contratação das empresas ou mesmo dos profissionais e trabalhadores. A prática corriqueira para a contratação das empresas era por meio da dispensa de licitação, concedida pela procuradoria municipal, um modo de facilitar as contratações. Para viabilizar a contratação de pessoal lançava-se mão de decretos emergenciais, o que permitia a contratação imediata (principalmente de agentes de endemias e médicos), algo comum principalmente no verão, devido a infestação pelo mosquito transmissor da dengue em toda a cidade. Além do mais, também revela a falta de planejamento da SMS em relação à vigilância epidemiológica, uma vez que o município, em todo o verão sofria e sofre com a epidemia da doença.

Destarte, se entende que a transferência da gestão da saúde em Salvador para empresas privadas implantou-se contra toda a legislação específica de prestação de serviços públicos. Mais grave ainda é quando se confronta esse quadro de terceirização com a Lei Orgânica da Saúde e com a própria Constituição Federal. A respeito dessa última, assiste-se ao afastamento do município de Salvador do seu dever constitucional de garantir e prestar os serviços de saúde para todos os cidadãos.

A análise das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde permitiu observar que a gestão da SMS, que esteve à frente da implantação da terceirização, não adotou nenhum tipo de política de recursos humanos para o SUS. Este fato ratifica a facilidade na implantação do processo de terceirização da saúde no município. Possivelmente pode-se relacionar essa inação da gestão da SMS ao jogo de interesses políticos a que estavam destinadas tanto a gestão municipal quanto esta secretaria. Ainda relacionado a isso, reconheço que o insulamento do CMS, imposto pela gestão da SMS, teve impacto direto sobre a ausência de políticas de profissionais e trabalhadores do SUS, uma vez que as deliberações desta instância eram pouco reconhecidas e acatadas pela secretária Aldely Rocha.

Vale destacar que na análise dos dados, relacionados ao tema recursos humanos, em nenhum momento apareceu alguma descrição que se caracterizasse como uma dificuldade à implantação da terceirização no SUS em Salvador. Portanto, revela que as ações e inações da SMS, relacionadas ao processo que envolvia os recursos humanos, serviram para justificar a implantação do modelo de gestão terceirizada da saúde.

Para melhor compreensão das conseqüências da terceirização para o trabalho em saúde, tomo de empréstimo os ensinamentos de Cherchglia (1999, p. 382), de que:

A terceirização estaria ligada à precarização do trabalho, pois tem acarretado: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos e níveis mais altos de rotatividade [...] fragmentação e desmobilização dos trabalhadores [...]

Os fatos ocorridos no município em relação ao trabalho na saúde após a implantação da terceirização comprovam o que diz a autora acima. Em 2005, 55,3% dos funcionários da SMS eram terceirizados (Ata da 282ª reunião do CMS, em 25 de outubro de 2006). A maioria dos contratos tomava por base o regime da CLT, porém esse tipo de regime era comum para as profissionais do campo da enfermagem, os odontólogos e para os trabalhadores de nível médio e fundamental. Para os médicos, os tipos de contratos que prevaleciam eram pela via das cooperativas, dos contratos temporários de trabalho ou mesmo da prestação de serviços, configurando-se, portanto, nas formas mais precárias de trabalho encontradas no SUS municipal.

Um fato curioso e danoso aos recursos financeiros da saúde era o tipo de vínculo que alguns profissionais (de nível superior) do quadro da SMS passaram a ter após a implantação da terceirização. Em reunião no dia 12 de julho de 2000, o CMS delibera que para a composição das Equipes de Saúde da Família devia-se utilizar os profissionais existentes no

quadro da secretaria e que manifestassem interesse de atuar no programa, mediante um processo seletivo interno. Em conversa informal com profissionais que participaram dessa seleção e que ainda hoje atuam no PSF, tomei conhecimento de que esses profissionais mantinham dois vínculos de trabalho (um com a prefeitura, por serem concursados e outro com a empresa terceirizadora), sendo remunerados, portanto, duas vezes para fazerem o mesmo trabalho. Este fato revela a falta de compromisso da SMS com o SUS, sua legislação e com o erário público.

Os impactos da terceirização e das relações precárias de trabalho não deixaram de ser sentidos no Sistema Único de Saúde municipal. A experiência de ter participado da coleta de dados da pesquisa da qual se originou esse trabalho permitiu-me constatar também que há um sentimento de insegurança e de ausência de vínculo dos trabalhadores em relação ao seu trabalho, e mais grave ainda, a desorganização dos serviços de saúde gerada pela alta rotatividade dos profissionais nas unidades básicas de saúde, acarretando numa descontinuidade da assistência, evasão dos usuários dos programas e impedimento quanto à implantar o modelo de atenção de vigilância à saúde, proposto pelo SUS.

Pelo exposto, não pairam dúvidas de que, do ponto de vista da política de recursos humanos, a implantação da terceirização, além de ser considerada inconstitucional, causou desgastes na relação usuário-profissional-trabalho, com consequências negativas para o SUS. Ainda que a 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e a Conferência de Gestão, Trabalho, Saúde e Educação tenham deliberado contra as terceirizações, o único avanço nesse sentido foi o rompimento dos contratos dos trabalhadores terceirizados apenas do PSF, em fevereiro de 2008, e a retomada da gestão das unidades de saúde da família para o município, mesmo após sete meses de descumprimento do Termo de Ajuste de Conduta (TAC), estabelecido pelo Ministério Público do Trabalho à Prefeitura de Salvador em julho de 2007.

Porém, ainda hoje persistem contratos precários de trabalho e de gestão terceirizada, a exemplo da gestão de algumas das unidades básicas de saúde com serviço de pronto atendimento. Apesar de existir aparentemente uma maior resolutividade do serviço em função da não descontinuidade da assistência, ou seja, são raras as unidades terceirizadas que têm problemas com a ausência de profissionais de saúde, apesar das dificuldades de contrato e manutenção de médicos, deve-se lançar vistas à atenção integralizada da saúde do município como um todo. Neste aspecto, nota-se que a organização dos serviços e das práticas profissionais (Mattos, 2001) da atenção básica no SUS municipal em Salvador ainda se distancia do princípio da integralidade, um dos fatores para isso é, inegavelmente, a opção do município por formas precárias de relação de trabalho com o SUS.

6.1.3 Determinante contextual da implantação da terceirização do SUS municipal em salvador: o controle social

A análise do contexto político que envolveu a implantação da terceirização no SUS municipal em Salvador está fortemente ligada ao mecanismo do controle social. Devido a amplitude desse contexto, naturalmente por tangenciar todo o processo de terceirização, a escolha do tema a ser discutido nesta seção foi difícil. Assim, optei pelo tema do controle social, que será apresentado no quadro 3b, por entendê-lo de grande relevância dentro do contexto da implantação da terceirização.

Quadro 3b – Atribuição de valor ao processo de implantação da terceirização no Sistema Único de Saúde de Salvador relacionado ao tema controle social, segundo atores do processo e documentos analisados, Salvador, Bahia, 2009.

Tema central	Como é descrito	Ator / fonte	Repercussão para o processo de terceirização
Controle social	Os detalhes são muito escassos, os contratos eram feitos e a gente não tinha nenhum tipo de participação, a gente nem sabia que as unidades iam terceirizar, só sabíamos através dos jornais [...] Porque era um conselho que mesmo na gestão de Imbassahy ainda tinha a composição e a legislação do governo Lídice [...] a partir da expulsão da gente [é] que a legislação mudou.	Entrevistado 2	Dificuldade: exclusão do CMS do processo decisório sobre a terceirização por oposição ao processo. Mudança da legislação do conselho de saúde e da composição
	[...] mas não foi uma surpresa porque nós temos contado com os últimos governos [...] com os últimos 16 anos [...] com governos que não tinham interesse em manter os serviços públicos de saúde [...]. Existiam e existem interesses outros que seriam aqueles [...] de burlar a Constituição, burlar a lei do SUS. [...] Desrespeitam leis que foram construídas pela vontade popular [...] que prevê o controle social e a municipalização dos serviços de saúde.	Entrevistado 4	Facilidade: desrespeito da SMS à legislação do SUS na relação com o CMS. Ausência de vontade política em manter serviços públicos próprios.

A única dificuldade encontrada pela gestão da SMS para implantar a terceirização na saúde municipal foi o CMS. Os registros das atas das reuniões do Conselho revelam a

oposição que esta instância fazia à terceirização. Isso resultou na cassação de seus membros e a substituição por conselheiros que fossem favoráveis ao novo modelo de gestão de saúde adotado pela SMS. Assim, de longe, o fato político que facilitou a implantação da terceirização no SUS municipal foi a aprovação na Câmara Municipal de Vereadores do Projeto de Lei n. 180/00.

Segundo o ex-membro do CMS “o prefeito consegue reduzir o conselho e **fazer um conselho mais maleável**, aí eles avançam nesse processo [de terceirização]” (grifo nosso).

Porque legítimo é. Uma vez feito por um prefeito eleito por mais de 50% da população de Salvador, nenhum decreto, nenhuma recomendação ministerial, nem de Conselho Nacional de Saúde pode derrubar uma lei homologada por um prefeito, mas aprovada por uma Câmara de Vereadores que tem legitimidade do povo. [...] Fizemos durante quatro anos um conselho onde a presidência não foi do secretário e infelizmente terminamos constatando que era fantoche [...] (Ata da 182ª reunião do CMS, 14 de março de 2001). (*sic*)

Esse recorte do discurso da secretária Aldely Rocha na instalação do CMS e de sua posse como presidente do mesmo em 2001, revela claramente uma postura centralizadora e antidemocrática, marcas da sua gestão e da administração municipal em relação aos mecanismos democráticos de participação popular nas instâncias públicas de decisão.

Para a dissolução do Conselho, o prefeito contou com o apoio da bancada de vereadores ligados à sua gestão para reformular e aprovar um novo regimento do CMS. A cassação do Conselho ocorreu devido à oposição que algumas entidades faziam ao processo de terceirização, principalmente porque os conselheiros não tinham acesso às informações importantes, como por exemplo, os valores dos contratos. No entanto, as entidades que foram cassadas do CMS formaram o Fórum de Entidades de Trabalhadores e Usuários em Saúde, onde continuavam questionando as terceirizações das unidades.

Como anteriormente descrito neste estudo, o CMS de Salvador fora implantado sob a Lei Municipal n. 9.015/91, ainda no governo Lídice da Mata. Desde então vinha trabalhando sob as prerrogativas democráticas e descentralizadoras que envolvia o País e os assuntos relativos à saúde. A presidência do CMS era ocupada, em tese, por um de seus membros escolhidos mediante eleição direta entre seus pares.

A análise da atuação do CMS através das atas de suas reuniões, durante o período de janeiro a dezembro de 2000 permite asseverar que era um Conselho atuante e preocupado com as questões da saúde local, uma vez que propunha, avaliava, fiscalizava as políticas de saúde e a gestão da mesma. Os discursos dos conselheiros eram permeados por uma disputa

política democrática, em que todas as representações tinham voz e voto. Apesar das dificuldades enfrentadas diante da gestão caracterizada como autoritária na SMS, em que as posições do CMS fora muitas vezes preterido, este não se deixava abater. Cobrava e reivindicava da secretaria uma maior atenção e respeito para com a legislação do SUS.

Corroboro com Stralen e cols. (2006) de que os conselhos de saúde têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde, e não apenas como uma mera instância técnica. Os Conselhos de Saúde podem extrapolar o papel de apenas fazer o controle social e o *accountability*, atuando como espaços de expressão de demandas e expectativas dos diversos segmentos que o compõem.

A relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a secretaria da Saúde durante o período analisado permite afirmar que as gestões municipais da saúde preocupavam-se em seguir as ordens do executivo municipal, mesmo que estas fossem à revelia da Constituição, desobedecendo a Lei n. 8.142/90. Além disso, mostrou-se uma relação excludente por parte da SMS quanto ao acesso por parte dos conselheiros às informações, além de dar pouco apoio ao mecanismo de controle social. A gestão da SMS era caracterizada pelo centralismo nas decisões na figura da secretária, que procurava manter-se afastada das reuniões do CMS, mesmo quando esta assumira a representação da SMS neste Conselho, em maio de 2000. No Quadro 2, apresento como se dava a relação entre a gestão da SMS com o CMS, segundo as atas das reuniões.

Quadro 2 – Características da relação entre a Secretaria Municipal da Saúde de Salvador e o Conselho Municipal de Saúde de Salvador no ano de 2000.

CARACTERÍSTICAS	FATOS
Posicionamentos antidemocráticos	SMS lança edital para concurso público sem que previamente fosse discutido no CMS. O CMS aprova a suspensão do edital do concurso para que o mesmo possa ser apreciado e aprovado em plenário. A SMS desrespeitando a deliberação do CMS realiza o concurso público.
	O CMS reitera deliberação pretérita de que a implantação do PSF dar-se-ia após discussão sobre composição da equipe de profissionais, a forma de remuneração, contratação e o salário a ser pago;
	Divulgado no Diário Oficial do Município o decreto do executivo implantando o PSF no D.S. Subúrbio Ferroviário, sem o parecer da Comissão Técnica para Assuntos Especiais do CMS;
	Há uma denúncia no CMS de que profissionais do DSBRV que apoiavam os CLS estavam sofrendo perseguições, inclusive com transferências aleatórias;
Suspensão de informações ao CMS	SMS celebra convênio com a ABM para treinamento de pessoal sem discussão prévia em plenário do CMS. Este toma conhecimento do convênio através da mídia;
	Há um consenso no CMS de que a SMS retarda o envio de documentos solicitados para esclarecimentos em relação a programas, projetos e prestações de contas;
Inexistência de investimento para a atuação dos Conselhos	O Parecer sobre os Conselhos Locais de Saúde apresentado pela coordenação técnica do CMS revela, dentre outros, falta de investimento da SMS para estímulo, apoio e capacitação tanto ao CMS quanto aos CLS;
Intervenção no CMS	O executivo municipal consegue aprovação no Legislativo do Projeto de Lei nº 180/00, que dizia respeito a alterações quanto ao número de conselheiros e quanto ao regimento interno do CMS. Tal fato leva a dissolução da composição do CMS atuante.

Melo (2001) em seu estudo sobre Inovação em Gestão Pública na Saúde analisa como autoritária a condução da gestão da saúde em Salvador, uma vez que o nível central da SMS lançava mão de artifícios antidemocráticos, como o uso de pressão sobre os gerentes de unidades de saúde; não atendimento da SMS quanto às demandas das unidades; desrespeito com os trabalhadores da saúde e com os mecanismos de controle social, uma vez que a autora afirma que durante a realização de sua pesquisa gerentes de unidades foram demitidas sem nenhuma explicação, mesmo quando solicitada pelos conselhos locais de saúde.

A secretária da Saúde chegou a candidatar-se ao cargo de presidente do CMS durante a gestão 1997/2000, sendo derrotada em eleição direta, assumindo a presidência do CMS o representante da Igreja Católica, reeleito para um segundo mandato (MELO, 2001). Porém, o Decreto-Lei n. 12.968/01 alterando a composição do CMS em detrimento do Decreto 9.015/91 que o criou, passa a vigorar a partir de janeiro de 2001, impedindo que o presidente eleito pudesse assumir suas funções e alterando a composição do Conselho Municipal de Saúde.

A partir de então a presidência do Conselho passou a ser exercida pela secretária da Saúde, contrariando as Resoluções n. 33, de 1992 e n. 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, que definem regras do funcionamento dos conselhos e garantem a representação dos usuários. A Resolução n. 33, por exemplo, recomenda a eleição direta para a presidência do Conselho. A permanência do secretário da Saúde como presidente do CMS assinala uma restrição da autonomia e legitimidade das ações e deliberações do mesmo.

A composição do novo conselho de saúde refletia o projeto político da gestão Aldely Rocha (DAGNINO, 2004). As entidades privadas e prestadoras de serviços do SUS passaram a ter representatividade no CMS, o que antes não ocorria. Apesar dos prestadores terem assento garantido em lei, o interesse da participação de tais entidades nesse colegiado ultrapassava o limite do controle social:

[...] [a secretária] informa que o secretário da Saúde do estado havia-lhe recomendado a contratação de médicos via cooperativas. Sendo interpelada pelo conselheiro Ângelo Castro Lima [representante da Associação Baiana de Medicina/ABM], **reiterando a sugestão do secretário estadual e informando que a ABM fundara recentemente uma cooperativa, a COPEBEM.** (Ata da 195ª reunião do CMS em 19 de dezembro de 2001). (grifo nosso).

O forte componente personalista marcou a atuação de determinados membros do CMS a partir de 2001. Evidencia-se a atuação de grupos de membros preferenciais que mantinham fortes relações com o Estado, seja ele em nível local ou estadual. Além disso, alguns de seus membros gozavam de certas prerrogativas sociais como escrever artigos para jornais de grande circulação e até mesmo conseguir audiências com o governador do estado. Segundo Motta (2007) essas atitudes afastam os cidadãos comuns da gestão pública. Além disso, nota-se que havia pouca preocupação em relação às questões sociais, prevalecendo um jogo de interesses das entidades privadas para com seus contratos de prestação de serviços, a exemplo da afirmativa do conselheiro [representante da Associação de Hospitais e Serviços de Saúde

do Estado da Bahia] quando afirma “que se o CMS desejará cobrar um atendimento com qualidade dever-se-ia estabelecer que **não se importa se o serviço é público, privado lucrativo ou filantrópico** [...]” (Ata da 188ª reunião do CMS em 11 de julho de 2001) (grifo nosso).

Outra prática comum à gestão Aldely Rocha, tanto na SMS quanto no CMS, é a da manipulação e cooptação, apontada por Motta (2007) como fragilizadora das instituições democráticas de representação política e de ação administrativa. Eram recorrentes as vezes que a secretária convidava individualmente ao seu gabinete determinados conselheiros para discutirem sobre assuntos trazidos nas reuniões, argumentando buscar aprofundar a discussão com o(s) mesmo(s), uma vez que estas deveriam ocorrer em plenário.

Motta (2007, p. 90) afirma que na

administração pública, dirigentes, normalmente prepostos de líderes políticos, tendem a inserir suas opções pessoais como fator diferenciador. Desprezam, assim, não só o racionalmente instituído como também opções e conquistas de seus antecessores. A descontinuidade é justificada como necessária à inovação. Na verdade, resulta mais em garantir acesso a novos grupos de poder e ressaltar a liderança de uma pessoa e menos em modernizar a gestão.

Observa-se na atuação do CMS a partir de 2001 obstáculos à livre expressão dos conselheiros. Diante da leitura das atas das reuniões nota-se que a presença da secretária tolhia os conselheiros quanto a questionamentos, e mesmo quando o faziam procuravam lançar mão de eufemismos em suas falas, sempre usando adjetivos positivos em relação à gestão da SMS. Havia falta de transparência na apresentação de relatórios de gestão e prestação de contas da SMS; além da falta de estrutura física adequada para o funcionamento do conselho. Foram extintas as comissões técnicas que havia na antiga estrutura do conselho. Os pareceres sobre os diversos temas tratados no CMS ficaram a cargo de conselheiros que espontaneamente se dispunham para elaborá-los. O que se identifica na leitura das atas é a repetição dos mesmos conselheiros para a emissão de diversos pareceres.

Algo que deve ser levado em consideração é a ausência de proposições por parte dos conselheiros. As proposições pouco representavam avanços para a saúde do município como um todo. Há apenas indicações no plano da ausência de medicações e ou procedimentos em determinadas unidades de saúde, além das recorrentes lembranças à secretária da Saúde de que o município precisava ser habilitado na gestão plena. A práxis do CMS era de referendar as ações da SMS. Sublinho que entre 2001 a 2004 todas as propostas encaminhadas pela

secretaria da Saúde, incluindo a prestação de contas e relatórios de gestão, à plenária do Conselho foram aprovadas por unanimidade. Todos os aspectos registrados são respostas ou discussões superficiais sobre os temas. Nessa perspectiva é que análise tão restrita foi a atuação do CMS em relação ao processo de descentralização e de terceirização da saúde em Salvador. A atuação do CMS se reduz, portanto, a referendar as ações da secretaria.

Mesmo com as características de um CMS tutelado pela gestora da SMS, esta mais uma vez lançou mão de recursos antidemocráticos para a implantação da terceirização no SUS municipal, uma vez que em nenhum momento, durante a leitura das atas das reuniões do Conselho, observa-se algum tipo de discussão ou deliberação daquela instância sobre o tema da terceirização. Uma única vez em que a SMS foi questionada por um representante dos usuários se os convênios que a secretaria estabelecia com as empresas privadas não se constituiriam em gestão terceirizada da saúde, a secretária responde “não ser terceirização e sim uma co-gestão, muito diferente do que era feito pela SESAB” (Ata da 195ª reunião do CMS, em 19 de dezembro de 2001).

Nota-se nessa declaração da secretária uma tentativa de desvincular a imagem da SMS com a Sesab, parceira desta secretaria desde que o prefeito Imbassahy assumiu a gestão municipal, sendo inclusive quem orientava a SMS quanto à terceirização. A explicação para isso está no fato de que neste período, os movimentos sociais conseguiram tornar visível o processo de terceirização na saúde, com recursos ao Ministério Público e na mídia, principalmente em torno do processo de terceirização que a SESAB vinha adotando na rede hospitalar estadual, desde 1999.

Assim, a potencial dificuldade que o processo de terceirização na saúde iria enfrentar para ser implementado no município foi o conselho de saúde que foi cassado e sua legislação que foi alterada. Sendo assim, a terceirização teve suporte político, ainda que pela omissão do CMS e outras instâncias, para que fosse implantada no SUS municipal.

As ações do executivo municipal claramente evidenciavam a falta de compromisso com o controle social, e não só na saúde. Isso refletia nos diversos setores da administração, como a urbanização que, segundo Milani (2006), a aprovação do PDDU em 2004 esteve envolvida em um processo pouco transparente, autoritário e mergulhado em denúncias.

Posto isso, pode-se afirmar que a forma de organização e gestão da SMS obedecia menos a critérios democráticos para as relações com o CMS e até mesmo com os distritos sanitários e as gerências das unidades de saúde, e mais ao atendimento de interesses políticos, para manter coalizões de poder da esfera do executivo municipal e atender a grupos preferenciais como as instituições privadas e prestadoras de serviços do SUS local.

Corroboro com Nogueira (2001) de que a presença de grupos de interesses na administração dificulta a realização de um projeto coletivo, enxergando que o caminho para a consolidação do Sistema Único de Saúde está, também, no fortalecimento dessas instâncias de participação social, com supremacia do debate público em detrimento do individualismo corporativista. Reforço a idéia do mesmo autor de que das decisões em torno dos projetos coletivos devem ser afastadas as interferências tecnicistas ou de personalidades políticas. Sem isso, corre-se o risco de práticas decisórias verticalizadas e autoritárias, como parece ser o caso de Salvador.

7 LIÇÕES APRENDIDAS

A experiência enquanto bolsista do projeto que originou este estudo me proporcionou, dentre outras coisas, concluir que a terceirização da gestão da saúde municipal apresenta fragilidades e, portanto, torna-se imperativo ao gestor da saúde uma (re)visão sobre os impactos deste processo na saúde da população.

Participar dessa pesquisa fez-me reconhecer a importância da avaliação em saúde. O processo de avaliação e as discussões teórico-metodológicas que ela gera permitem uma aproximação com a gestão dos serviços de saúde, haja vista que um dos objetivos da avaliação é embasar a tomada de decisões.

A pesquisa me leva a refletir que gerir serviços de saúde não é apenas comandar atividades e/ou programas, mas que há uma necessidade premente de se construir pontes entre a gestão, os trabalhadores e usuários dos serviços, para que deste modo os serviços de saúde possam ser oferecidos mediante as demandas da comunidade e não verticalizados a partir de “planejamentos” elaborados para atender demandas burocráticas. Sobre que tipos de lições eu levarei para a minha futura prática profissional, este estudo fez-me reconhecer a importância do processo de gestão em saúde pautado no planejamento coletivo, na comunicação serviço-usuário, no controle social e na busca por ações de saúde norteadas pelo princípio da integralidade, que possibilitará um SUS de qualidade.

As dificuldades encontradas com a metodologia empregada fizeram-me mergulhar em estudos sobre o modelo qualitativo e sobre a análise da implantação, o que no final se transformou numa mola propulsora para um desenvolvimento da análise dos dados com poucas barreiras entre o autor e a metodologia.

Não posso furtar-me de relatar as angústias sofridas diante das leituras das atas do CMS e perceber como estava sendo mal tratado o SUS em Salvador, assim como seus profissionais e trabalhadores e os atores sociais que ajudaram e ajudam a fortalecer esse sistema nas diversas instâncias públicas.

Pude perceber que a instabilidade política na gestão municipal, assim como a manutenção do modelo de terceirização da gestão têm gerado insegurança entre os profissionais das unidades estudadas, pela possibilidade de perda do posto de trabalho, fato que se expressa nas dificuldades encontradas para a concessão das entrevistas e aplicação do questionário.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos de natureza avaliativa retratam uma situação e em determinado tempo específico, podendo ser comparada a uma fotografia. Assim, os resultados apontam para um momento do processo de implantação da terceirização no SUS municipal em Salvador (GUIMARÃES e cols., 2002).

Ao analisar a implantação da terceirização no SUS em Salvador, pode-se identificar que este processo foi conformado no bojo da macro-política neoliberal, adotada pelo governo federal, e seguida pelo governo do estado da Bahia. Consequentemente, por se conformarem dentro da mesma linha política, estado e município, assumem a terceirização como alternativas para a gestão do Sistema Único de Saúde. Destarte, o município inicia manobras políticas diversas para que seu projeto de terceirização na saúde pudesse ser levado a diante, não respeitando muitas vezes a legislação dos SUS e a própria Constituição Federal.

A crise sócio-política e econômica que na década de 1990 serviu de base não para o surgimento de alternativas que viabilizassem a equidade e igualdade de todos diante do Estado. Ao contrário, fez-se surgir alternativas, como a terceirização, que beneficia apenas aos que têm proximidade com o poder. Uma vez que naturalmente exclui ou desqualifica a participação popular. No caso de Salvador o conselho municipal de saúde foi transformado em uma instância burocratizada e de agenda tecnificada, contribuindo para que os projetos da secretaria da Saúde ganhassem uma nova dinâmica de aprovação, porém com exclusão do debate político (COHN, 2003).

Para os atores envolvidos nos movimentos sociais e no controle social do município a terceirização representou, nas próprias falas desses atores, a mais austera face do poder autoritário, tanto do governo do estado quanto do governo municipal e da própria gestão da secretaria da Saúde. O distanciamento da gestão da SMS do mecanismo de controle social facilitou a implantação da terceirização.

Sendo assim, constatei que não houve barreiras que fossem capazes de impedir que a terceirização fosse implantada no SUS em Salvador. Todo um arcabouço legal, ainda que não legítimo, foi construído para que o município pudesse receber essa nova modalidade de gestão. Desde a desqualificação do conselho de saúde, as reiteradas justificativas da SMS, ainda que veladas, sobre a necessidade de terceirizar devido a escassez de recursos humanos, passando pela reforma administrativa da gestão municipal, chegando à dissolução do CMS,

tudo contribuiu positivamente para que o projeto da SMS fosse levado à cabo. Os movimentos sociais contrários à terceirização não foram capazes de impedir sua implantação, nem mesmo retardá-la em seu tempo.

A forma como foi implantada a terceirização contribuiu para constatar também que a SMS não estava capacitada para assumir as demandas originadas com a descentralização e municipalização da saúde, principalmente em relação ao planejamento em saúde. Este fato confirma o que diz Motta (2007) quanto a descontinuidade dos projetos políticos quando da mudança de uma gestão para outra, algo muito comum no Brasil. Melo (2001) analisou que por diferenças políticas entre a gestão Lídice e o governo do estado não foi possível estabelecer um planejamento para a municipalização. Isso se reflete até hoje no município. Primeiro porque, por opção da administração, adotou-se a terceirização no SUS municipal; segundo porque esta opção retardou a municipalização. Salvador habilita-se na gestão plena da atenção à saúde em 2006. Terceiro porque contribuiu para a lenta implantação do PSF, com uma cobertura de apenas 13,5% (SALVADOR, 2008), além da deformidade de todo o Sistema Único de Saúde da capital baiana, reflexo da ausência de vontade política para transformar essa realidade.

Posto isto, recomendo aos sujeitos envolvidos nos movimentos sociais que lutam por uma saúde mais justa e de qualidade, aos membros do Conselho Municipal de Saúde de Salvador, assim como ao gestor da Saúde que revisitem, criticamente, esse modelo de gestão em sua origem. Deste modo, tornar-se-á mais fácil compreender que a terceirização tem se mostrado danosa ao Sistema Único de Saúde e principalmente aos mecanismos democráticos de gestão pública. Haja vista que os procedimentos adotados para sua aquiescência no município revelaram-se contrários ao que reza a Constituição Federal. Assim, será possível visualizar uma necessária mudança de atitude frente à terceirização. Ainda que já houvesse avanços diante do processo, como por exemplo, a reversão da terceirização do Programa de Saúde da Família, ainda persistem no município esta modalidade de gestão para unidades básicas de saúde com pronto atendimento nas 24 horas.

É premente que o município adote uma política de fortalecimento e consolidação do SUS, uma vez que grande parte da população da capital baiana tem acesso aos serviços de saúde apenas pelo sistema público e o encontra fragmentado, desarticulado e distante dos princípios que o norteiam.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, Christina. W. Investigando a legitimidade: estudos de atitudes de público em relação aos papéis do Estado e do mercado. **Opinião Pública**, Campinas, v. 12, n. 12, p. 407-431, 2006.

_____. KOUZMIN, Alexander. O discurso da nova administração pública. **Lua Nova - Revista de Cultura e Política**, São Paulo, v. 45, n. 45, p. 97-129, 1998.

BAHIA. Secretaria de Administração do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www.saeb.ba.gov.br/acoes_prog_org-sociais.asp>. Acessado em: 03 de fev. 2009.

BARRETO JÚNIOR, Irineu Francisco; SILVA, Zilda Pereira da. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.3, p.47-56, 2004.

BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 4º ed., 2000.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública**. Relator: Wagner Gonçalves. Disponível em: <<http://www.nesp.unb.br>>. Acessado em: 25 de out. 2007.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF: Presidência da República, 1995.

BRASIL. Lei n. 8.883, de 08 de junho de 1994. Altera dispositivos da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2003.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU Nuria Cunill *et al.* **O público Não-Estatal Na Reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, p.15-48, 1999.

_____. SPINK, Peter. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CALIPO, S. M. **Saúde, estado e ética-NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública na saúde?** 2002. (dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARMO-NETO, Dionísio. Como fazer uma análise de conteúdo. In: _____. Metodologia científica para principiantes. Salvador: Ed. Universitária Americana, 1993.

CASTRO, M. H. G. Governo local, processo político e equipamentos sociais: um balanço bibliográfico. (1988). Rio de Janeiro: IN: **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, n. 25, 1988.

CHERCHGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU**. 1 ed. Natal: Editora da UFRN, v. 1, 1999.

COELHO, R. M. **O exercício do controle social na política de Assistência Social na conjuntura recente**: um estudo sobre a experiência do município de Duque de Caxias no Estado do Rio de Janeiro. 2006. 140 f. (dissertação de mestrado). Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

COHN, Amélia. Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A-P *et al.* Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 49-88, 2002.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

CORTEN, A. A ordem do discurso: da participação à política. **Rev. Lua Nova**, n. 37, p. 191-208, 1996.

CRESWELL, John. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2^a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil em tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 95-110, 2004.

DANTAS NETO, P. F. “Surf” nas ondas do tempo: do carlismo histórico ao carlismo pós-carlista. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 213-255, 2003.

DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise da implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

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

DINIZ, E. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n.4, 2001.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

FELICÍSSIMO, J. R. Os impasses da descentralização político-administrativa na democratização do Brasil. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 6-15, 1992.

FERNANDES, A. S. A. A agenda internacional de gestão urbana e o caso do Programa Ribeira Azul. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo: FGV, n. 39, 33 p., 2004.

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

FIORI, J. L. **Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises**. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/iea/artigos/fioribemestarsocial.pdf>>. Acessado em: 15 de set. 2008.

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

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico. **Organizações e Sociedade**, v. 8, n. 23, 2002.

_____. SANTOS, Sandra Maria Chaves; MELO, Cristina Maria Meira de; SANCHES FILHO, Alvino. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 06, p. 1642-1650, 2004.

HABERMAS, Juergen. A nova intransparência: a crise do Estado de Bem-Estar Social e o esgotamento das energias utópicas. **Novos Estudos**, n. 18, p. 103-114, set. 1987.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, p.39-64, 2001.

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

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

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

MINAYO, M. C. DE S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S. F. DA. **Municipalização da Saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

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

MODESTO, P. E. G. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. **Revista Serviço Público**, n. 2, p. 27-57, 1997.

MOTTA, P. R. A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos. **RAP**, Rio de Janeiro, ed. especial comemorativa, p. 86-96, 2007.

NOGUEIRA, M. A. **Em defesa da política**. São Paulo: SENAC São Paulo, 2001.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 1 ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAMPLONA FILHO, R. Terceirização e responsabilidade patrimonial da administração pública. **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, n. 11, 2002.

PIRES, M.; DEMO, P. Políticas de saúde e a crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, p. 56-71, 2006.

Portal Salvador. Disponível em: < <http://www.salvador.ba.gov.br>>. Acessado em: 15 de ago. de 2008.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. 267 f. (tese de doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2006-2009)**. Salvador, Bahia, 2006.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório anual da Atenção Básica para manutenção do incentivo financeiro estadual**. Salvador, Bahia, 2008.

SANTANA, A. A reforma do Estado no Brasil: estratégias e resultados. In: **Anais do VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Lisboa, Portugal, 2002.

SANTANA, Geovana Raimunda Silva. **Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidade básica de saúde**. 2008. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família**. 2006. 130 f. (dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SANTOS, T. A.; SOARES, E. S. **Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidade básica de saúde do SUS municipal**. 2007. (Trabalho de Conclusão de Curso). Escola de enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SILVA, A. P. C.; ALCÂNTARA, D. M. **As políticas culturais no município de Salvador na gestão Lídice da Matta (1993 a 1996)**. Texto apresentado no I Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, realizado em Salvador, Bahia, em 14 e 15 de abril de 2005.

SILVA, G. A.P. **Teoria dos atos de fala**. Cadernos do CNLF (CiFEFil), v. I, p. 259-263, 2005

SILVA, S. F. DA. **Municipalização da Saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, C. Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. **São Paulo em Perspectiva**, v. 10, n. 3, p. 103-112, 1996.

SOUZA, C.; CARVALHO, I. M. M. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova: Revista de cultura e política**, 1999.

STRALEN, C. J. V. *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

SUAREZ, Júlio. **As funções essenciais de saúde pública: um panorama das Américas**. In: I Encontro de gestores estaduais, provinciais e departamentos de Sistemas Sul-Americanos de Saúde. CONASS e OPAS. Brasília, 2005.

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

TENÓRIO, F. G.; SARAIVA, E. J. Escorços sobre gestão pública e gestão social. In: MARTINS, P. E. M.; PIERANTI, O. C. (Org.). **Estado e gestão pública**: visões do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

WEBER, M. Ciência e Política: duas vocações. Ed. Martin Claret. São Paulo, 2006.

ZERMEÑO, S. O Estado neoliberal e o esvaziamento do espaço público. In: MALAGUITI, M. L.; CARCANHOLO, M. D.; CARCANHOLO, R. A. (Org.) **A quem pertence o amanhã**: Ensaio sobre o neoliberalismo. São Paulo: Loyola, 1998. (artigo publicado em "El Estado neoliberal y el vaciamiento de lo público", Coyuntura, junio de 1994, p. 19.)



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.

ESCOLA DE ENFERMAGEM.

TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE EM SALVADOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Cristina Maria Meira Melo, (pesquisadora-responsável), Handerson Silva Santos (pesquisador-colaborador) estamos convidando você a participar como entrevistado de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a capacidade de gestão terceirizada de unidades básicas de saúde do SUS municipal. Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão aos gestores do SUS municipal conhecer a capacidade de gestão terceirizada no setor saúde. Os profissionais de saúde e gestores terão como benefício a qualificação dos técnicos do SUS, para a incorporação da avaliação como instrumento de gestão.

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

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

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

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

Salvador, ____ de _____ de 2007.

Entrevistado

Pesquisadora



APÊNDICE B – ENTREVISTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.
ESCOLA DE ENFERMAGEM.
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO
PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE
SAÚDE EM SALVADOR

ENTREVISTA COM EX-MEMBRO DO CMS

ROTEIRO:

- 1) Gostaríamos que você fizesse um relato sobre o processo de terceirização dos postos de saúde em Salvador no período em que você fez parte do CMS. Gostaríamos que você resgatasse essa experiência.



APÊNDICE C – ENTREVISTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.
ESCOLA DE ENFERMAGEM.
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO
PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE
SAÚDE EM SALVADOR

ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DO LEGISLATIVO MUNICIPAL

ROTEIRO:

- 1) Gostaríamos que você fizesse um relato sobre o processo de terceirização dos postos de saúde em Salvador.



APÊNDICE D – ENTREVISTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.
ESCOLA DE ENFERMAGEM.
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO
PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE
SAÚDE EM SALVADOR

ENTREVISTA COM REPRESENTANTE SINDICAL

ROTEIRO:

- 1) Gostaríamos que você fizesse um relato sobre o processo de terceirização dos postos de saúde em Salvador. Gostaríamos que você resgatasse essa experiência como diretora do SindSaúde.



APÊNDICE E – ENTREVISTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.
ESCOLA DE ENFERMAGEM.
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO
PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE
SAÚDE EM SALVADOR

ENTREVISTA COM EX-MEMBRO DA ALTA GESTÃO DA SMS

ROTEIRO:

- 1) Gostaríamos que você fizesse um relato sobre o processo de terceirização dos postos de saúde em Salvador.