

Processo decisório de terceirização em secretarias municipais de saúde*

CHRISTIAN MENDEZ ALCANTARA**

BELMIRO VALVERDE JOBIM CASTOR***

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Fundamentação teórico-empírica; 3. Metodologia; 4. Apresentação e análise dos dados; 5. Conclusões.

PALAVRAS-CHAVE: terceirização; processo decisório; secretarias de saúde.

Este artigo analisa o processo decisório de terceirização nas secretarias municipais de saúde de Almirante Tamandaré e Fazenda Rio Grande, situadas na região metropolitana de Curitiba. O artigo procura apresentar os principais aspectos da terceirização como modalidade de prestação de serviços públicos. Foram realizadas entrevistas em profundidade com dirigentes que participaram do processo decisório, bem como análise documental. É apresentada uma detalhada descrição dos dois casos, tendo sido observado que os principais motivos para a terceirização foram: maior agilidade, maior flexibilidade e menores custos. Constatou-se ainda que há dificuldade por parte destas secretarias em mensurar custos e desempenho do prestador. Também foi observado que a terceirização, por si só, não representou garantia de maior eficácia e eficiência. No caso de Almirante Tamandaré, a secretaria manifesta-se satisfeita com o prestador de serviço. No caso de Fazenda Rio Grande, fica evidente a insatisfação com a empresa-destino.

Decision making process of outsourcing in municipal health departments

This paper is to analyzes the decision making process of outsourcing at the health departments of Almirante Tamandaré and Fazenda Rio Grande, counties in the Curitiba metropolitan area, in the state of Paraná, Brazil. It presents the main aspects of outsourcing as a form of rendering public service.

* Artigo recebido em set. e aceito em nov. 1999.

** Cirurgião-dentista, advogado, mestre em administração pela UFPR, coordenador dos cursos de ACD e THD da ET/UFPR e professor do curso de administração da Universidade Tuiuti do Paraná (e-mail: cmalcantara@uol.com.br).

*** Doutor em administração pública e professor do curso de administração da UFPR.

The paper is based on detailed interviews with managers who were decision makers and on documental analysis. After describing the two cases, the paper concludes that the main reasons for outsourcing are: greater agility and flexibility, and lower costs. It was also evident that the health departments had difficulty in measuring the costs and the performance of the service suppliers. The paper also concludes that outsourcing, by itself, does not guarantee more efficiency or effectiveness. In the case of Almirante Tamandaré, so far the health department was satisfied. In case of Fazenda Rio Grande, it was clearly unsatisfied.

1. Introdução

A questão da terceirização tem sido muito estudada e explorada nas empresas privadas, mas poucos são os estudos que abordam este tema no setor público, especialmente no de prestação de serviços de saúde pública.

Segundo a literatura consultada, a terceirização pode ser um meio para que as organizações de saúde, públicas e privadas, adquiram maior eficácia, eficiência, agilidade e flexibilidade. Estes fatores contribuiriam para a melhor utilização dos recursos, geralmente escassos neste setor.

Este artigo procura contribuir na compreensão do processo decisório da terceirização em organizações públicas de saúde.

2. Fundamentação teórico-empírica

Terceirização

A terceirização diferenciar-se-ia da privatização pelo fato de, apesar de transferir a gestão e a operação de funções públicas para empresas, associações, cooperativas etc., o Estado ainda continuar responsável por elas, monitorando o desempenho dos novos gestores.

Para Jeger (1996), a *terceirização* de um serviço público pode ser considerada modalidade de *parceria* em que determinadas atividades de um ente público são transferidas a fornecedores particulares, conservando-se, entretanto, o controle estatal sobre quantidade, qualidade e preço dos bens e serviços fornecidos. *Este conceito de terceirização de Jeger é o que está mais próximo de nossa pesquisa.*

Sorber e Straight (1995) sugerem a observância dos seguintes passos para a terceirização de serviços públicos:

- ▼ promover competição entre os prestadores;

- ▼ mensurar o desempenho;
- ▼ enfatizar metas e missões, não regras e regulamentos;
- ▼ tratar os cidadãos como clientes e consumidores;
- ▼ manter o foco na qualidade de serviços;
- ▼ delegar responsabilidades.

Entretanto, é necessário lembrar que a terceirização, por si só, não é garantia de eficácia e eficiência. É importante, sempre que possível, que esteja presente a competição entre os prestadores de serviço, aumentando o poder de escolha do comprador. Em alguns casos, empresas privadas são tão ineficientes quanto as públicas (Prager, 1994). A competição entre os prestadores estimularia a eficácia e a eficiência (Sorber & Straight, 1995).

A terceirização compreende uma postura estratégica, que apresenta pontos fortes, entre os quais a conversão de custos fixos em variáveis, maior flexibilidade, a economia com gastos de pessoal, o enxugamento na estrutura organizacional e a maximização dos investimentos (Glickman et alii, 1996).

Entre as desvantagens podem-se observar a perda de habilidades e competências em atividades estratégicas, a diminuição do poder da empresa-origem e a formação de grandes empresas-destino com forte poder de barganha (Brasil, 1993).

Outros pontos negativos relatados por Assis (1997) são: intensificação do absenteísmo diário, profissionais desqualificados, alta rotatividade, diferenças de treinamento e até a ocorrência de roubos.

A terceirização não pode ser adotada como panacéia. Uma grande estatal paulista, por exemplo, adotou uma política de não terceirizar e, em alguns casos, de reverter o processo de terceirização já iniciado (Pinto, 1995).

Uma análise das vantagens e desvantagens revela que a decisão de terceirizar não se vincula apenas à análise econômico-financeira, mas principalmente à avaliação das implicações estratégicas (Pinto, 1995).

Organizações de saúde

Os objetivos das organizações de saúde são mais complexos do que aqueles das indústrias de modo geral ou, mesmo, de outras organizações que prestam serviços (Azevedo, 1995). No caso da saúde, é importante que a terceirização não se restrinja apenas à redução de custos. Ao focar apenas este critério, é possível que a organização de saúde comprometa seu principal objetivo, que é o de melhorar a qualidade de vida de sua população-alvo.

Para Shortell e Kaluzny (1988), as organizações de saúde são diferentes de todos os outros tipos de organização em função deste elenco:

- ▼ os resultados por alcançar são de difícil definição e mensuração;

- ▼ o trabalho é variável e complexo;
- ▼ o compromisso dos profissionais qualificados é maior com a profissão do que com a organização;
- ▼ há relativo descontrole sobre os médicos por parte dos dirigentes;
- ▼ existe mais de uma linha de autoridade.

Prager (1994) relata que é comum a terceirização de serviços de saúde pública para organizações sem fins lucrativos. Entretanto, observa que não há razão para presumir que estas sejam mais eficazes que as organizações públicas: por este motivo, há necessidade de contínuo monitoramento. A observação de Prager é extremamente importante, se levarmos em conta que um dos principais tópicos da reforma administrativa é o repasse de atividades para organizações sem fins lucrativos, como as organizações sociais.

Para Mann et alii (1995), o público em geral considera que as organizações sem fins lucrativos prestariam serviços humanitários e de saúde com melhor qualidade do que as empresas lucrativas. As organizações sem fins lucrativos apresentariam ética e valores coletivos. Mann observa, entretanto, que esta percepção é subjetiva e necessita de estudos empíricos para uma adequada avaliação.

É recomendável que se comparem os custos e a qualidade da atividade antes e depois de sua terceirização (Brasil, 1993; Urdan, 1994). No setor de prestação de serviços de saúde, é difícil medir a qualidade, devido à intangibilidade e complexidade de boa parte das atividades. Na experiência inglesa de *managed competition* na área de saúde, a competição tem-se pautado sobretudo no preço, e não na qualidade dos serviços oferecidos (Ugá, 1995).

Num estudo realizado em 13 agências norte-americanas estatais e não-estatais com 17 programas de prevenção e tratamento do uso de drogas (Mann et alii, 1995), observou-se que as agências estatais, em sua maioria, apresentavam um serviço de melhor qualidade, mais barato. Estes resultados contrariavam as hipóteses iniciais do experimento. Outro dado preocupante foi a grande dependência política e financeira das organizações não-estatais em relação ao governo. Mas também houve resultados favoráveis às agências não-governamentais. Elas propiciariam acesso mais fácil aos usuários e seriam mais flexíveis. Este estudo indica que a terceirização de serviços na área de saúde deve ser analisada com cuidado.

3. Metodologia

A pergunta de pesquisa que norteou este artigo foi: *como se efetuou o processo decisório de terceirização nas secretarias municipais de saúde de Almirante Tamandaré e de Fazenda Rio Grande?*

A terceirização pode ser considerada um “processo de transferência, dentro da firma (empresa-origem), de funções que podem ser executadas por outra

empresa (empresa-destino)” (Brasil, 1993). Para Carvalho Neto “terceirização é todo o trabalho/serviço feito por terceiros”. Para Jeger, a terceirização de um serviço público pode ser considerada modalidade de parceria em que determinadas atividades de um ente público são transferidas a fornecedores particulares, conservando-se, entretanto, o controle estatal sobre quantidade, qualidade e preço dos bens e serviços fornecidos. *Este conceito de terceirização de Jeger é o que está mais próximo da perspectiva de nosso artigo.*

A população da pesquisa compreende os dirigentes das organizações que participaram do processo decisório de terceirização.

Obteve-se uma amostra intencional dos dirigentes participantes do processo decisório de terceirização das secretarias de saúde dos municípios da região metropolitana de Curitiba: Almirante Tamandaré e Fazenda Rio Grande.

A coleta e tratamento de dados foi a seguinte:

- ▼ *dados primários* — foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos dirigentes participantes do processo decisório da terceirização;
- ▼ *dados secundários* — foram obtidos em documentos organizacionais, tendo norteado a realização das entrevistas; realizou-se uma análise documental.

Em relação ao método utilizado, o pequeno número de casos estudados impossibilita sua aplicação em outras secretarias municipais de saúde.

Os processos decisórios de terceirização nas duas secretarias eram relativamente recentes, geralmente começando no início de 1997. Então, o período aproximado do estudo foi de um ano e meio (início de 1997 a meados de 1998). Para futuras pesquisas na área, recomenda-se que haja maior período de acompanhamento.

Em relação à análise documental, infelizmente não pudemos obter alguns dos contratos de terceirização. Aparentemente, havia certo temor dos entrevistados em cedê-los. Houve também dificuldade em acessar planilha de custos, relatórios etc. Neste caso, observa-se que nas secretarias pesquisadas, de municípios de pequeno e médio portes, há pouca documentação disponível sobre custos, avaliação de desempenho etc.

4. Apresentação e análise dos dados

Secretaria Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré

O município

Almirante Tamandaré tem seu limite sul com a região norte de Curitiba.

A estimativa de sua população, em 1997, estava em torno de 75.715 habitantes.

Entre as atividades econômicas de Almirante Tamandaré, destaca-se o setor agrícola, principalmente a produção de hortigranjeiros, destinados, em grande parte, ao consumo da capital.

Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde

A estrutura administrativa da Secretaria de Saúde compreende:

- ▼ nível de direção — secretário municipal de Saúde;
- ▼ nível de assessoramento — gabinete do secretário;
- ▼ nível de execução operacional — Departamento de Serviços de Saúde; Departamento de Vigilância de Saúde; Departamento de Saúde Comunitária.

A estrutura operacional da secretaria é composta de:

- ▼ seis unidades de saúde;
- ▼ uma unidade de saúde 17 horas (*objeto de nosso estudo*);
- ▼ quatro equipes odontológicas.

Há também um hospital privado com 64 leitos e uma central de marcação de consultas que operacionaliza o sistema de referência e contra-referência que monitora as consultas enviadas para Curitiba.

Processo decisório de terceirização de serviços médicos da unidade noite-dia de Almirante Tamandaré

CONSIDERAÇÕES GERAIS — No caso de Almirante Tamandaré, é importante frisar que a terceirização deu-se somente com os serviços médicos. Ou seja, a empresa privada contratada fornecia somente os médicos, que atuavam na única unidade noite-dia do município, prestando consultas eletivas, de urgência e emergência, realizando suturas, observando pacientes, verificando se havia necessidade de internação ou não. Os demais funcionários, de níveis médio e básico, eram funcionários da prefeitura.

A unidade noite-dia funcionava em prédio da Prefeitura Municipal de Almirante Tamandaré, e seus equipamentos e infra-estrutura também pertenciam à prefeitura.

Na terceirização de serviços médicos em Almirante Tamandaré houve consulta prévia à Procuradoria Jurídica do município, tendo sido obtida sua aprovação.

O PROCESSO DECISÓRIO PROPRIAMENTE DITO — O processo decisório da terceirização em Almirante Tamandaré teve seu início, conforme o relato dos entrevistados, durante a campanha eleitoral para a prefeitura do município. Foi uma decisão estratégica, pois implicaria diretamente a avaliação da gestão atual da prefeitura.

O compromisso assumido durante a campanha eleitoral era propiciar atendimento médico de maior complexidade do que o oferecido nas unidades básicas de saúde, a fim de que os moradores de Almirante Tamandaré não necessitassem ir a Curitiba.

A idéia inicialmente pensada era assumir, ou seja, municipalizar o hospital privado existente no município. Apesar do interesse dos proprietários do hospital na desapropriação, o hospital não foi municipalizado. O corpo técnico da secretaria municipal realizou um estudo demonstrando ao prefeito e à Câmara de Vereadores que a municipalização do hospital implicaria custo muito alto, pois dependeria, principalmente, de contratação de um grande número de profissionais.

Mas havia a necessidade de viabilizar um atendimento de maior complexidade e de emergência para a população. A municipalização estava descartada, o hospital privado não tinha condições financeiras de investir nesse serviço e, no entendimento dos entrevistados, também não apresentava condições técnicas satisfatórias para tal. Optou-se, então, por um atendimento ambulatorial com cobertura durante os sete dias da semana, inclusive feriados, e horário de atendimento entre as 7h e as 24h. Inicialmente pensou-se numa unidade 24 horas, mas no horário de 0h a 7h os casos geralmente seriam de maior gravidade, e a unidade, pelas suas características e limitações, não teria como resolvê-los. Por isso, esta hipótese foi descartada.

A unidade teria como proposta funcionar, e está funcionando, 365 dias por ano, passando a ser denominada, a partir de então, *unidade noite-dia*.

A unidade noite-dia, apesar de ter características predominantemente ambulatoriais, apresenta algumas de tratamento hospitalar: maior complexidade dos procedimentos e, principalmente, o horário e os dias de funcionamento. As demais unidades, em número de seis, na época da coleta de dados, funcionavam em horário comercial.

Definida a necessidade da existência da unidade noite-dia, o próximo passo foi implementá-la. Havia a pressão do prazo, que era curto; havia pressão popular e o compromisso político assumido pelo prefeito.

O primeiro passo, realizado pelo corpo administrativo da Secretaria de Saúde, foi avaliar a capacidade instalada e os recursos disponíveis, principalmente recursos humanos na própria secretaria.

Em relação à necessidade de recursos humanos para implementar a unidade noite-dia, durante o período das 7h às 24h, todos os dias, observou-

se que a secretaria não dispunha de número suficiente de médicos. Quanto aos profissionais de níveis médio e básico, o número era satisfatório.

Constatado o problema do número de médicos, o corpo técnico procurou alternativas. Uma delas seria a utilização de médicos plantonistas. No entanto, não havia regulamentação que previsse o cargo de médico plantonista, ou seja, teria de ser criada uma carreira específica. Neste caso, haveria uma série de requisitos legais: criação de lei específica, autorização para a abertura de concurso público, aumento do quadro de vagas etc. Segundo um dos entrevistados, esse processo formal poderia levar até um ano. Além do mais, implicaria a contratação em regime estatutário, o que foi muito criticado pelos entrevistados de Almirante Tamandaré. O principal fator criticado foi a estabilidade, pois esta impediria ou criaria dificuldades para a substituição de algum funcionário que não tivesse desempenho adequado. Isto pode ser observado pelo seguinte relato: “Um médico com relacionamento desarmonioso com os pacientes, nada posso fazer com ele. Persiste aquele clima de guerra”.

Dessa forma, a hipótese foi descartada.

Entretanto, era crucial um aumento do número de médicos, os quais, preferencialmente, não deveriam ser contratados diretamente via prefeitura; ficava clara a necessidade de optar por contratar serviços de terceiros ou de parceiros. Estava-se diante da possibilidade da terceirização ou parceria.

O passo seguinte era procurar possíveis organizações para o estabelecimento da parceria. Inicialmente, foram procurados hospitais universitários ou filantrópicos. Foi estabelecido contato com o Hospital Evangélico, bem como com o Hospital Cajuru, vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Em ambos, boa parte dos recursos humanos que poderiam interessar à secretaria de Almirante Tamandaré, estava comprometida com Curitiba e Fazenda Rio Grande. Mas este não foi o fator principal pelo não-estabelecimento da parceria. O que prevaleceu, segundo os entrevistados, foi o fato de que os hospitais universitários estavam principalmente preocupados em campo de estágio para seus alunos, e não em efetiva prestação de serviços: “O interesse era abrir campos de estágio para seus alunos”.

A alternativa mais apropriada naquele momento, lembrando que havia limitação de tempo, pressão popular e compromisso político, foi a realização de processo licitatório para a escolha da prestadora do serviço.

Na licitação via carta-convite, foi escolhido um grupo médico privado com fins lucrativos, a Clínica Médica e Odontológica Rio Branco. Entramos em contato telefônico com as outras empresas participantes e estas não questionaram a escolha da Secretaria de Saúde.

RESULTADOS DO PROCESSO DECISÓRIO — Uma das principais vantagens da terceirização, relatada por todos os entrevistados de Almirante Tamandaré, foi propiciar maior flexibilidade e agilidade: “Acho o caminho da terceirização um bom processo, porque ela pode permitir uma resposta de curto prazo, na emergência que a gente tinha. Do ponto de vista administrativo, ela era mais fácil”; “Houve certa flexibilidade de nossa parte também; eles não tinham um mé-

dico pediatra, que é um profissional raro no mercado; eles colocavam um clínico para atender crianças. Houve da nossa parte um jogo de cintura”.

Além da flexibilidade e da agilidade, outra vantagem do processo de terceirização foi a possibilidade de negociação, apesar dos obstáculos da burocracia legal. Segundo um dos entrevistados, é possível maior margem de negociação na administração pública quando se realiza a terceirização: “Depois dos três meses, vimos que era necessário mais um pediatra, aí negociamos; que era preciso um ginecologista mais de uma vez por semana”.

Outro ponto positivo da terceirização foi o aumento do coeficiente de rendimento, neste caso mensurado pelo número de consultas por tempo trabalhado.

Alguns problemas aconteceram durante o período analisado. O primeiro foi a alta rotatividade dos profissionais médicos. Este problema também acontece com profissionais estatutários na região metropolitana, mas, segundo um dos entrevistados, intensificou-se com o processo de terceirização.

O segundo problema foi a falta de um quadro adequado de médicos na empresa contratada. Não havia substituição imediata; havia um lapso de tempo entre a saída de um médico e a entrada do outro.

AValiação DO PROCESSO DECISÓRIO — Ao analisarmos as vantagens e os problemas observados no processo de terceirização em Almirante Tamandaré, podemos afirmar que, segundo os entrevistados, o resultado tem sido positivo e que a unidade noite-dia tem atingido seus objetivos.

Segundo os entrevistados, o prefeito e os secretários de Administração e Finanças estariam ainda mais satisfeitos do que os dirigentes da Secretaria de Saúde. A experiência da unidade noite-dia teve aprovação unânime no Conselho Municipal de Saúde.

Para todos os entrevistados, a terceirização tem atingido seus principais objetivos, solucionado os problemas de média complexidade que antes eram encaminhados para Curitiba, reduzindo o deslocamento da população e, principalmente, propiciando atendimento em feriados, sábados, domingos e no período noturno. Já existe proposta para a criação de outra unidade noite-dia nos mesmos moldes da anterior.

Quanto à avaliação do processo de terceirização, os próprios entrevistados reconhecem que ainda não há maior sistematização e precisão, por parte da Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré, na avaliação da qualidade, desempenho e produtividade.

Secretaria Municipal de Saúde de Fazenda Rio Grande

O município

Fazenda Rio Grande está localizada ao sul de Curitiba.

Sua população, por estimativa do IBGE em 1996, está em torno de 45.299 habitantes, sendo 23.126 homens e 22.173 mulheres.

A população economicamente ativa é de 10.644 habitantes, distribuídos da seguinte maneira:

- ▼ renda até um salário mínimo — 2.126 habitantes;
- ▼ renda de um a três salários mínimos — 6.240 habitantes;
- ▼ renda de três a cinco salários mínimos — 490 habitantes;
- ▼ renda de cinco salários mínimos ou mais — 788 habitantes.

Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde

Esta estrutura compreende:

- ▼ secretário municipal de Saúde;
- ▼ superintendência;
- ▼ Departamento de Vigilância Epidemiológica;
- ▼ Departamento de Vigilância Sanitária;
- ▼ Departamento de Assistência à Saúde — assistência social e assessoria administrativa.

A estrutura operacional da secretaria é composta de:

- ▼ três unidades de saúde — Arlete Richa, Caic e Vila Madalena;
- ▼ Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida (*objeto de nosso estudo*).

Processo decisório de terceirização do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida

CONSIDERAÇÕES GERAIS — O início do processo decisório em Fazenda Rio Grande deu-se de forma muito similar ao de Almirante Tamandaré.

Na gestão municipal anterior funcionava um hospital municipal que, por dificuldades financeiras, foi fechado. Com o fechamento do hospital, começou-se a formar uma grande pressão popular para reabri-lo. A reabertura do hospital, segundo todos os entrevistados, foi um dos principais componentes da campanha eleitoral para a prefeitura municipal. Era um dos compromissos de campanha do atual prefeito. Esta situação é muito similar à observada em Al-

mirante Tamandaré. Além da pressão popular, havia também pressão de boa parte dos vereadores.

A decisão de reabrir o hospital era uma decisão estratégica, situação similar à de Almirante Tamandaré.

O PROCESSO DECISÓRIO PROPRIAMENTE DITO — A primeira alternativa pensada foi que a secretaria assumisse diretamente as funções do hospital, com pessoal próprio. Esta opção foi descartada por alguns motivos. Para a contratação definitiva de profissionais haveria necessidade, primeiramente, da criação de cargos, salários e carreiras para plantonistas do hospital. Os cargos existentes até então eram para profissionais de saúde, que somente atuavam em ambulatório, no decorrer da semana, durante 20, 30 ou 40 horas. Segundo um dos entrevistados, este processo levaria no mínimo três meses. Criada a carreira, haveria, então, a necessidade de realização de concurso público, que também demandaria dois ou três meses.

Outro motivo que influenciou esta decisão foi o fator estabilidade. Aparentemente, mesmo com o prazo de estágio probatório e a possibilidade de exoneração em determinados casos, há unanimidade dos entrevistados das duas secretarias acerca da grande dificuldade em exonerar um funcionário público.

Descartada a hipótese de assumir diretamente o Hospital Nossa Aparecida, a alternativa era o estabelecimento de uma parceria ou terceirização.

Definida a opção pela terceirização ou parceria, o passo a seguir era procurar possíveis organizações que poderiam oferecer o serviço necessitado. No caso de Fazenda Rio Grande, era necessário fornecer todos os recursos humanos necessários para que o hospital retomasse suas funções: emergência ambulatorial, cirurgia geral, atendimento à maternidade, obstetrícia, cirurgia ginecológica, pediatria, clínica cirúrgica e clínica de adultos. Neste caso, ao contrário de Almirante Tamandaré, não foram contratados apenas médicos, mas também enfermeiros, pessoal de nível técnico e auxiliar, bem como o pessoal necessário para a administração do hospital, ou seja, a administração do hospital seria responsabilidade da empresa contratada.

Tornado público que a Secretaria de Saúde de Fazenda Rio Grande estava procurando um parceiro para colocar em funcionamento o Hospital Nossa Senhora Aparecida, oito entidades manifestaram interesse em assumir o hospital, entre as quais: o Hospital Evangélico, de Curitiba; o Hospital Angelina Caron, de Campina Grande do Sul; o Hospital Cajuru, vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Paraná, e pequenos hospitais privados da região metropolitana.

No caso de Fazenda Rio Grande, não houve processo licitatório. Consultada pela Secretaria de Saúde, a Procuradoria Jurídica do município considerou que era um contrato de emergência, já que o hospital estava fechado, não havendo necessidade de licitação. Mesmo não havendo esta necessidade, o hospital somente foi reaberto em setembro. Começou a internar apenas em novembro. O início do processo decisório de reabertura do hospital deu-se em abril de 1997.

Analisadas as propostas, foi escolhido como parceiro o Hospital Cajuru. Segundo os entrevistados, não era a alternativa de menor preço, mas o Hospital Cajuru preenchia os requisitos de qualidade e tecnologia que eram exigidos pelo corpo administrativo da Secretaria de Saúde. Das oito organizações, conseguimos entrar em contato com cinco; nelas não houve questionamentos acerca da escolha do Hospital Cajuru.

A escolha do Hospital Cajuru contou com a ratificação do Conselho Municipal de Saúde. Do total de 20 conselheiros, 19 estavam presentes na sessão em que o hospital foi referendado: 18 votaram a favor e houve uma abstenção.

Em relação ao tempo de contrato da Secretaria de Saúde de Fazenda Rio Grande e o Hospital Cajuru, o prazo inicial estipulado foi de seis meses, mas prorrogável, dependendo do entendimento entre as partes; esta prorrogação talvez se dê apenas por um ou dois meses, apenas preenchendo o tempo até que o novo contrato entre em vigor.

No decorrer das entrevistas, pôde-se verificar que não havia interesse, por parte da Secretaria de Saúde, em renovar o contrato com o Hospital Cajuru. O principal motivo citado pelos entrevistados foi o alto custo mensal, segundo eles inesperado. Sem dúvida, o fator custo estava inviabilizando esta parceria. Isto pode ser observado pelo seguinte relato: “O gasto previsto era de R\$50 mil, a primeira fatura foi de R\$70 mil, e hoje nós estamos em torno de mais ou menos R\$150 mil, o que, para o nosso município, é muito dinheiro”.

Antes de iniciarmos a discussão sobre o custo da parceria, é importante lembrar que estavam reservados para a Secretaria Municipal de Saúde 33% do orçamento total do município. Segundo os entrevistados, um dos maiores orçamentos do Brasil, proporcionalmente. Cerca de 60% do que ia para a Secretaria de Saúde eram gastos com o hospital.

Para os entrevistados, este alto custo de operacionalização do hospital estava inviabilizando o investimento em outras unidades de saúde; nelas se daria uma real melhora nos indicadores de saúde. O seguinte relato exemplifica isso: “A maior parte dos gastos em saúde é empregada no hospital. Isto vem tirando o fôlego para investir na área primária, de três unidades que a gente tem; nós precisaríamos, imediatamente, no mínimo de seis unidades básicas. Há também necessidade de investimento na área odontológica; nós temos três cirurgões-dentistas para o município todo”.

RESULTADOS E AVALIAÇÃO — A seguir procuraremos explicar as causas desse alto custo proporcionado pela parceria com o Hospital Cajuru.

O maior problema identificado pelos entrevistados foi a capacitação dos recursos humanos. Isto pode ser observado pelo seguinte relato: “O que acontece, a estrutura que eu tenho aqui, está sendo administrada, em todos os níveis, por recém-formados, com tudo o que isso significa. Nada contra a qualidade dos profissionais ou da formação que eles tiveram, mas a falta de experiência acarreta insegurança, medo de assumir pacientes com maior comple-

xidade de problemas, medo de enfrentar situações que não foram vivenciadas adequadamente. Isto leva a um terceiro ônus: o paciente que tem qualquer coisa diferente do absolutamente normal, esperado para aquela situação, não fica aqui. Das 333 internações que aconteceriam em Fazenda Rio Grande, 145 ainda acontecem em Curitiba. E com certeza não são 145 pacientes graves”.

Apesar de o depoimento ser longo, pareceu-nos oportuno transcrevê-lo pela riqueza de detalhes nele expostos. Pode-se observar neste depoimento, que é do secretário de Saúde, que um dos maiores problemas nesta parceria era a baixa resolutividade do corpo clínico do hospital. Boa parte dos problemas que poderiam ser resolvidos no próprio hospital era encaminhada a Curitiba. Conseqüências desta baixa resolutividade: baixa produtividade e grande nível de ociosidade, resultando num custo insuportável, segundo os entrevistados.

Ainda em relação aos recursos humanos, havia grande expectativa em relação aos residentes, neste caso cursando a residência em medicina geral comunitária. Isto pode ser observado pelo relato: “A residência estava prevista como critério de qualidade e uniria o ensino e o trabalho”.

Entretanto, esta expectativa foi frustrada, pois os residentes não realizavam a maior parte de suas atividades no Hospital Nossa Senhora Aparecida. Eles passavam apenas um mês nesse hospital, e o restante no Hospital Cajuru. O relato demonstra esta frustração em relação à utilização de residentes: “O único investimento da universidade foi o interesse em que a prefeitura financiasse bolsas de residência. O residente viria passar um mês no hospital, e o restante ele ficaria prestando serviço no Hospital Cajuru. É muito pouco; o interesse não é em trazer o residente para cá, mas sim receber o dinheiro da bolsa”.

Outro problema ainda relacionado aos recursos humanos é que a Secretaria Municipal de Saúde não tinha gerência direta sobre eles. Neste caso, pode-se observar que a terceirização, da forma como se deu, deixou o corpo gestor da secretaria, como eles próprios definiram: “de mãos atadas”. É interessante observar que problemas com recursos humanos em processos de terceirização são amplamente relatados na literatura (Batista, 1994; Elfring & Baven, 1994; Willcocks et alii, 1995; Assis, 1997).

Para agravar este quadro, pela forma em que foi estabelecido o contrato de prestação de serviços, o baixo índice de resolutividade e o alto grau de ociosidade não tiveram influência sobre a quantia que o Hospital Cajuru recebia mensalmente, ou seja, ela independia de produtividade.

Infelizmente não foi possível ter acesso ao contrato da Secretaria de Saúde de Fazenda Rio Grande com o Hospital Cajuru. Houve a solicitação, mas a resposta foi negativa. Mesmo sem ele, pode-se afirmar que, além do problema de recursos humanos, o outro grande problema desta parceria foram as cláusulas contratuais, que, segundo os entrevistados, permitiram um total descompromisso, por parte do Hospital Cajuru, com a produtividade da prestação de serviços de saúde. Sem dúvida, um dos pontos mais importantes no processo de terceirização é o estabelecimento das cláusulas contratuais. No

caso de Fazenda Rio Grande, o estabelecimento de uma ou mais cláusulas de forma equivocada propiciou um altíssimo custo para a Secretaria de Saúde e inviabilizou a médio prazo esta parceria.

Pelos motivos abordados, observa-se grande descontentamento por parte dos membros da Secretaria de Saúde de Fazenda Rio Grande: “A universidade está usando o espaço do hospital para se servir, colocando o seu profissional egresso. Para ela é bom, mas ela não está preocupada com o resultado disso para a comunidade”.

Atualmente, o Hospital Nossa Senhora Aparecida, gerenciado pelo Hospital Cajuru, presta cerca de 2.100 consultas e realiza em torno de 160 a 180 internações por mês.

5. Conclusões

A decisão de terceirizar nas duas secretarias de saúde deu-se na forma de processo — sujeito a interrupções, mudanças etc. —, e não apenas num momento. Por este motivo, durante a maior parte do artigo, optamos por utilizar a expressão “processo decisório” da terceirização, e não apenas “decisão” de terceirização.

Os processos decisórios de Almirante Tamandaré e Fazenda Rio Grande apresentaram grande similaridade. A decisão de terceirizar era estratégica, o serviço a ser prestado era similar.

Nas duas secretarias foram relatadas muitas dificuldades propiciadas pelo ordenamento jurídico a que elas deveriam se submeter, entre as quais estavam: a rigidez nos planos de carreira; a necessidade de concurso público e a demora de seu trâmite; a estabilidade protegendo servidores inadequados.

A demora e as dificuldades propiciadas pelas exigências do ordenamento jurídico foram um dos principais motivos para a terceirização. Um funcionário terceirizado que não esteja atuando adequadamente pode ser substituído imediatamente. Um prestador de serviço que não atue a contento pode ser substituído após o término do contrato, ou mesmo antes, através do rompimento deste.

No que tange aos custos, a Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré está satisfeita, mas não foi possível determinar se a terceirização efetivamente propiciou uma redução. Não há levantamento confiável e documentado sobre isto. Em Fazenda Rio Grande, o descontentamento em relação ao desembolso financeiro era gritante, mas a opção era mudar o prestador, e não prestar o serviço diretamente. Nas duas secretarias, observaram-se dificuldades na mensuração de custos e de desempenho do prestador de serviços. Em nosso estudo, não se pode afirmar que a terceirização propiciou menores custos.

A terceirização propriamente dita introduziu alguns fatores não muito comuns na administração pública. Em Almirante Tamandaré e Fazenda Rio Grande, houve negociação em relação a preço, a número de médicos etc.

A terceirização, por si só, não garante maior eficácia e eficiência. A experiência de Fazenda Rio Grande demonstra isso, com seu custo excessivo. Depende da escolha do parceiro adequado e do estabelecimento de um contrato com cláusulas claras e objetivas, entre outros fatores. Como em outras atividades, pelo menos inicialmente, é recomendável que o período do contrato seja curto, uma espécie de contrato de experiência.

Foram observados alguns problemas, além do custo excessivo em Fazenda Rio Grande. Em Almirante Tamandaré houve alta rotatividade dos profissionais. Em Fazenda Rio Grande, houve também terceirização da administração do hospital; talvez isso não seja recomendável, pelo menos nos termos em que se deu neste município.

No caso de Almirante Tamandaré, a secretaria manifesta-se satisfeita com o prestador de serviço. No caso de Fazenda Rio Grande, fica evidente a insatisfação com a empresa-destino.

Recomendações para novas pesquisas

Com base nas observações feitas neste artigo, recomendam-se novas investigações na relação estudada. Os seguintes pontos merecem mais atenção:

- ▼ avaliação do nível de satisfação do consumidor de serviços terceirizados (havendo possibilidade, deve-se avaliar este nível antes e após a terceirização);
- ▼ avaliação de instrumentos para mensurar desempenho, custos e níveis de qualidade dos serviços terceirizados de saúde, principalmente nas futuras organizações sociais;
- ▼ estímulo à competição entre prestadores de serviço de saúde, para obter melhor desempenho;
- ▼ acompanhamento do processo decisório de terceirização por um período maior (estas experiências são relativamente recentes e necessitam de um período maior para avaliação).

Referências bibliográficas

- Assis, V. Terceirização: depois da tempestade, vem a calmaria. *Ser Humano* (118):10-5, mar. 1997.
- Azevedo, C. S. Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 29(3):33-58, jul./set. 1995.

- Batista, L. C. A terceirização de serviços e seus efeitos nas relações interculturais. *Enanpad*, 18. *Anais*. 1994. p. 191-204.
- Brasil, H. G. A empresa e a estratégia da terceirização. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, 33(2):6-11, mar./abr. 1993
- Elfring, T. & Baven, G. Outsourcing technical services: stages of development. *Long Range Planning*, 27(5): 42-51, 1994.
- Glickman, S.; West J. & Seidner, A. G. Outsourcing investing services. *Healthcare Financial Management*, Nov. 1996. p. 94-7.
- Jeger, E. Parcerias público-privado. *Ensaio bibliográficos*, 120 (1):165-80, jan./abr. 1996.
- Mann, E. E.; McMillin, J. D.; Rienzi, B. & Eviston, L. Implementation research on contracting for social services delivery: testing some assumptions in a county substance abuse services program. *Public Administrative Quarterly*, Winter 1995. p. 383-415.
- Pinto, S. Souza. Terceirização e qualidade de serviços nas empresas estatais paulistas. São Paulo, USP, 1995. (Tese de Doutorado.)
- Prager, J. Contracting out government services: lessons from the private sector. *Public Administration Review*, 54(2):176-84, Mar./Apr. 1994.
- Shortell, S. M. & Kaluzny, A. D. *Health care management, a text in organization, theory and behavior*. 2 ed. New York, Delmar, 1988.
- Sorber, K. & Straight, R. Competing contracting offices: working better, costing less. *Public Administrative Quarterly*, Fall 1995. p. 375-85.
- Ugá, Maria Alícia. Competição administrada pelo Estado: notas para discussão. *Saúde em Debate* (46), mar. 1995.
- Urdan, André Torres. O papel possível e os critérios necessários na tendência de terceirização no setor público. *Enanpad*, 18. *Anais*. 1994. p. 143-58.
- Willcocks, L.; Fitzgerald, G. & Feeny, D. Outsourcing IT: the strategic implications. *Long Range Planning*, 28(5):59-70, 1995.