

CHRISTIAN MENDEZ ALCANTARA

**RACIONALIDADE E POLÍTICA
NO PROCESSO DECISÓRIO DE TERCEIRIZAÇÃO:
ESTUDO COMPARATIVO DE CASOS**

**Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre. Centro de
Pesquisa de Pós-Graduação em Administração,
Setor de Ciências Sociais Aplicadas.
Universidade Federal do Paraná.**

Orientador: Prof. Dr. Belmiro Valverde Jobim Castor

CURITIBA

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS APLICADAS
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTRATÉGIA E ORGANIZAÇÕES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Racionalidade e Política
no Processo Decisório de Terceirização:
Estudo Comparativo de Casos.

AUTOR: CHRISTIAN MENDEZ ALCANTARA

CURITIBA, DEZEMBRO DE 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS APLICADAS
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTRATÉGIA E ORGANIZAÇÕES

Racionalidade e Política
no Processo Decisório de Terceirização:
Estudo Comparativo de Casos.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Curso de Mestrado em Administração, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.

Mestrando: Christian Mendez Alcantara

Orientador: Prof. Dr. Belmiro Valverde Jobim Castor

Curitiba, dezembro de 1998.

**“Não é função do governo fazer um pouco melhor, ou um pouco pior,
o que os outros podem fazer, e sim fazer o que ninguém pode fazer”.**

(Lord Keynes)

**Aos meus pais Almanzor e Marlene e
à memória do meu avô.**

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Belmiro Valverde Jobim Castor (segundo o Mazza, uma das melhores cabeças do Paraná) pela orientação segura, mas também pelas conversas sobre política, história, economia, etc.

Ao Professor Dr. Clóvis Machado-da-Silva pelo ensino altamente qualificado de teoria e metodologia em Organizações, bem como do exemplo de como administrar de forma eficiente e eficaz um Órgão de Ensino.

Ao Professor Dr. Marcos Schlemm pelas sugestões apresentadas durante a defesa da dissertação.

Às pessoas que possibilitaram as entrevistas nas Secretarias de Saúde: Artêmio J. Kreuz, Hamilton L. Wagner, José C. S. de Abreu, Maria Ledi e Nizan Pereira.

À Escola Técnica da UFPR e ao Colegiado dos Cursos de ACD e THD, por possibilitarem 1 ano de licença e horários compatíveis com as atividades do Mestrado.

À Carol Garcia pelo apoio desinteressado, em tempo recorde.

Ao Professor Virgílio Balestro pelas orientações relacionadas à Língua Portuguesa.

Ao casal amigo Gilberto e Patrícia, e agora também ao Gilbertinho, pelo convívio em Maringá, Londrina e São Paulo.

À minha vó Eugênia, à tia Ruth e aos meus irmãos Betina, Karen e Eduardo, pelo apoio de todas as horas.

À Ana Paula, por tudo..... e mais um pouco.

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT	12
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos do estudo	15
1.1.1 Objetivo geral	15
1.1.2 Objetivo específico	15
1.2 Justificativa teórica e prática	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	19
2.1 O público e o privado	19
2.1.1 Organizações não-governamentais	20
2.1.2 Interação público-privado	22
2.2 Organizações sociais	25
2.3 Privatização	31
2.4 Terceirização	32
2.4.1 Terceirização e recursos humanos	35
2.4.2 Terceirização e paradigmas da administração pública	35
2.4.3 Tipos de terceirização	38
2.4.4 Razões para terceirizar	39
2.4.5 Vantagens da terceirização	40

2.4.6 Desvantagens da terceirização	41
2.4.7 Objetivos da terceirização	43
2.4.8 Atividades geralmente terceirizáveis	46
2.4.9 Complexidade da terceirização em organizações de saúde	47
2.5 Processo decisório	52
2.5.1 O conceito de racionalidade em administração	55
2.5.2 Modelo racional de Allison	57
2.5.3 Modelo organizacional de Allison	60
2.5.4 Política nas organizações	62
2.5.5 Modelo político de Allison	64
3. METODOLOGIA	69
3.1 Especificação do problema	69
3.1.1 Perguntas de pesquisa	70
3.2 Apresentação das categorias analíticas	71
3.3 Definição constitutiva e operacional das categorias analíticas	71
3.5 População e amostragem	73
3.6 Delineamento da pesquisa	74
3.7 Coleta e tratamento de dados	74
3.8 Limitações da pesquisa	75
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	78
4.1 Secretaria municipal de saúde de Almirante Tamandaré	78
4.1.1 O caso	78
4.1.2 O município	79
4.1.3 Indicadores de saúde	79
4.1.4 Estrutura da secretaria de saúde	80

4.1.5 Processo decisório de terceirização de serviços médicos	81
4.2 Secretaria municipal de saúde de Araucária	105
4.2.1 O caso	105
4.2.2 O município	105
4.2.3 Indicadores de saúde	106
4.2.4 Estrutura da secretaria de saúde	107
4.2.5 Processo decisório de terceirização de exames	107
4.3 Secretaria municipal de saúde de Fazenda Rio Grande	117
4.3.1 O caso	117
4.3.2 O município	118
4.3.3 Indicadores de saúde	118
4.3.4 Estrutura da secretaria	119
4.3.5 Processo decisório de terceirização do hospital	120
5. CONCLUSÕES	138
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
7. ANEXOS	156

RESUMO

O principal objetivo desta dissertação é analisar a influência relativa dos fatores de racionalidade micro-econômica e dos fatores políticos no processo decisório de terceirização levado a cabo em Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba. Na fundamentação teórica-empírica procurou-se apresentar os principais aspectos da terceirização como modalidade de prestação de serviços públicos. Em relação ao processo decisório deu-se ênfase à interação entre os aspectos de racionalidade micro-econômica e fatores políticos, utilizando principalmente a classificação de Allison. Analisaram-se os casos das Secretarias de Saúde de Almirante Tamandaré, de Araucária e de Fazenda Rio Grande. Foram realizadas entrevistas em profundidade e análise documental, sendo que a população da pesquisa constitui-se dos dirigentes que participaram do processo decisório. Após detalhada descrição dos três casos, observou-se que os principais fatores racionais-econômicos que motivaram a terceirização foram: maior agilidade, maior flexibilidade e menores custos. Os principais fatores políticos intervenientes no processo decisório foram: interesses particulares, compromissos eleitorais e negociação política. 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, como ocorreu na Secretaria de Saúde de Fazenda Rio Grande. As demais Secretarias de Saúde demonstram-se satisfeitas com o prestador de serviço, até o presente momento.

ABSTRACT

The main purpose of this dissertation is to analyse the relative influence of microeconomic rationality factors and the political factors occurred at the Health Municipal Secretaries of Curitiba Metropolitan Region in the decisory process contracting out service. In the Empiric Theory Fundament was made an effort to present main aspects of service suppliers as a form of rendered public service. Regarding the decisory process, emphasis was given to the interaction between the microeconomic rationality aspects and the political factors, applying here mostly the Allison classification. This study refers to the Health Secretaries of Almirante Tamandare, Araucária and Fazenda Rio Grande. Acurate interviews were done along documental analysis and the searched population consisted of those managers participants in the decision process. After a detailed dissertation of the mentioned cases, it was observed that main economical-rational factors to induce contratcting out services was as follows: greater agility, greater flexibility and less cost. Private interests, electoral commitments and political bargains were the main factors interfering in the decision process. Those secretaries also had an evident difficulty in measuring the costs and the services suppliers performance. Outsourcing, by itself, does not offer a surety of more efficiency or effectiveness, as shown at Fazenda Rio Grande. The remaining Secretaries are showing satisfactory services performed by entrepreneurial initiative.

1. INTRODUÇÃO

Na perspectiva de busca do aprimoramento na gestão pública, tem-se procurado inúmeras alternativas. Uma delas são as diferentes parcerias entre setores público e privado.

O conceito tradicional de público relacionado ao Estado, e privado identificado com o mercado, vem sofrendo profundas transformações (REIS, 1995). O espaço público seria mais amplo que o estatal, a propriedade pública seria de todos para todos. A propriedade estatal faria parte integrante do aparelho do Estado, sendo regida pelo Direito Administrativo (BRESSER PEREIRA, 1996).

No campo das políticas sociais, que dificilmente serão privatizáveis (saúde e educação, por exemplo), as parcerias do setor público dão-se geralmente com organizações privadas com fins lucrativos ou não, buscando o aperfeiçoamento das funções executadas anteriormente pelo poder público. Estas parcerias podem ocorrer, por exemplo, na terceirização.

A participação do setor privado na prestação de serviços públicos não é fenômeno novo. O que surge como inovação são os parâmetros em que se assenta esta relação, não somente pela amplitude, como também pela diversificação dos modelos existentes em vários países e nos diversos serviços. Pode-se afirmar que estas relações se inserem, hoje, no quadro de uma política global de reestruturação dos serviços e de reforma incremental do Estado (FADUL, 1996).

Nessas formas de associação público/privado é preciso conciliar o papel social dos serviços públicos e os objetivos de eficácia e eficiência econômica do setor privado. A terceirização tem sido observada e citada como vetor de eficiência e eficácia no setor privado, bem como no setor público.

A questão aqui é analisar qual a lógica subjacente da decisão, partindo-se do pressuposto de que decisão significa fazer opção entre alternativas que versam sobre determinado assunto, e que toda a decisão é resultado de processo dinâmico influenciado por muitas forças. As decisões não se fundamentam apenas na razão micro-econômica, mas em acertos, negociações e coalizões entre os participantes da organização (SILVA, 1989).

O processo decisório de terceirização tem sido estudado principalmente em organizações privadas. Em geral, enfoca quase exclusivamente aspectos de racionalidade micro-econômica e relega a segundo plano características organizacionais e fatores¹ políticos.

Nas organizações públicas, em que os estudos sobre terceirização são mais escassos, observam-se características distintas das organizações privadas. Naquelas, além dos aspectos de racionalidade micro-econômica, há forte influência de características organizacionais e, principalmente, fatores políticos.

Em organizações públicas de saúde, objeto de nosso estudo, a presença de fatores políticos ainda é mais intensa, segundo a literatura consultada.

Com base nessas considerações, é proposta a problemática de estudo que será analisada nesta pesquisa de dissertação:

¹ Para AURÉLIO (1995, p. 291), fator é aquilo que contribui para um resultado.

“Qual a influência dos fatores de racionalidade micro-econômica e fatores políticos no processo decisório de terceirização em Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba: Almirante Tamandaré, Araucária e Fazenda Rio Grande ?”

1.1 Objetivos do estudo

1.1.1 Objetivo geral

- Analisar a influência dos fatores de racionalidade econômica e fatores políticos no processo decisório de terceirização em Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever e analisar o processo decisório de terceirização em Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba: Almirante Tamandaré, Araucária e Fazenda Rio Grande
- Identificar os fatores de racionalidade micro-econômica e fatores políticos presentes no processo decisório de terceirização em secretarias municipais de saúde

1.2 Justificativa teórica e prática

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 setor de prestações de serviços de saúde pública.

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

CARVALHO NETO (1996, p. 96) sintetiza a abrangência da terceirização nos anos 90 com a seguinte afirmação: “Em suma qualquer atividade, qualificada ou não, excluindo diretores e gerentes, pode ser terceirizada total, parcial ou residualmente, de forma ocasional, sazonal ou permanente.”

ASSIS (1997, p. 11) observa: “A terceirização cresceu tanto em algumas organizações que estas se viram obrigadas a contratar outra empresa para administrar e fiscalizar a prestação de serviços terceirizados”. Continua o autor : “... a empresa Tigre, iniciou o seu processo de terceirização em 1991, em duas áreas apenas: segurança patrimonial e limpeza. Na atualidade são 14 departamentos terceirizados, entre eles: assistência médica, transporte de pessoal, assessoria jurídica, informática, importação e assistência social”. As citações anteriores demonstram a intensidade da terceirização, instrumento gerencial que provavelmente não constitui mero modismo e talvez seja uma tendência irreversível.

Geralmente, o enfoque no que tange à decisão de terceirizar observa estes fatores: redução de custos, concentração no principal negócio, etc. Ou seja, a análise do processo decisório restringe-se, quase exclusivamente, a aspectos de racionalidade micro-econômica, relegando a segundo plano fatores políticos e características organizacionais. Sabemos da importância do componente político, principalmente em organizações públicas e, ainda em maior intensidade, no setor de saúde pública.

Num exemplo relatado por BUTLER (1992), em hospitais do Sistema de Saúde Britânico havia uma decisão facilmente identificável como a mais apropriada do ponto de vista de racionalidade micro-econômica, pois implicaria redução significativa de custos, entre outras vantagens. Esta decisão, porém contrariava interesses de médicos e laboratórios; só pôde ser implementada após quatro anos, quando faleceu um dos líderes da corporação médica envolvida.

MINTZBERG (1989) considera as organizações de saúde como organizações profissionais, pois os profissionais técnicos, principalmente os médicos, conservariam grande poder na tomada de decisões.

Para SORBER (1995), a terceirização para entidades não-estatais poderia ser um meio de despolitização das decisões públicas. Entretanto MANN (1995) observa que as organizações não-governamentais sem fins lucrativos dependem, comumente, do aparato estatal, financeiramente e politicamente.

DEAN (1993, 1996), como a maioria dos autores desta área, observa que o processo decisório orientado predominantemente por aspectos de racionalidade micro-econômica seria o mais eficaz. Nesta perspectiva, a decisão da terceirização

em organizações públicas pode vir a ser vital no seu aprimoramento, se nelas for introduzido ou prevalecer um maior número de procedimentos racionais.

Gostaríamos de ressaltar a postura de MORGAN (1996, p. 146). Para ele “a política e o jogo político podem ser um aspecto essencial da vida organizacional e **não necessariamente algo disfuncional**” [sem grifo no original]. Continua MORGAN: “a noção política nasce da idéia de que, quando os **interesses são divergentes**, a sociedade deverá oferecer meios de permitir aos indivíduos **reconciliarem as suas diferenças através da consulta e negociação**” [sem grifo no original]. Lembramos o posicionamento de PFEFFER (1981) de que a política pode ser benéfica pelo seu poder de adaptação.

O presente trabalho procura contribuir na compreensão do processo decisório da terceirização em organizações públicas de saúde.

Compreender o processo de definição e implementação de objetivos de uma organização é de importância fundamental para seus dirigentes e - por que não ? - para todos aqueles que são seus usuários e/ou nela trabalham. Em especial, para os dirigentes do setor saúde poderá contribuir para uma atuação gerencial mais eficiente e eficaz, nos seus diferentes níveis, no interior da organização e dos sistemas de saúde (LIMA, 1994, p. 39).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Neste capítulo da dissertação, serão apresentados os conceitos e pesquisas relevantes relacionados aos assuntos em estudo. O referencial teórico-empírico que segue visa a apresentar o conhecimento obtido na literatura especializada acessível, que fundamenta a lógica do pensamento deste trabalho.

2.1 O público e o privado

O modelo de administração pública implantado no Brasil a partir, principalmente, da Revolução de 1930 e do movimento militar de 1964, era caracterizado por forte presença do Estado na vida do país, pela inflação crescente e pelo desequilíbrio orçamentário crônico, fatores que minaram paulatinamente a capacidade do Estado prestar serviços. Somem-se a esses três fatores as sequelas do clientelismo, do corporativismo, do populismo e da corrupção. O clientelismo inchou de maneira desordenada os quadros humanos do Estado; o corporativismo criou privilégios injustificáveis para alguns estratos de funcionários das estatais à custa do contribuinte; o populismo aposentou precocemente milhões de pessoas graças a leis de favorecimento ou à simples ausência de controles previdenciários; e a corrupção disseminada em todos os níveis gerou uma relação nociva entre o Estado contratador e comprador, de um lado, e seus fornecedores e empreiteiros de obra, de outro. A todos esses fatores ainda soma-se a incapacidade do legislador,

dos órgãos de controle público e da burocracia para dotar o Estado de mecanismos de atuação mais ágeis. (CASTOR, 1994)

Atualmente, o conceito de público extrapolaria a esfera de atuação exclusivamente estatal. Este é um dos motivos da necessidade de redimensionar e redefinir o aparelho estatal.

O setor privado, por sua vez, não abarcaria apenas instituições econômicas, mas também organizações civis, sejam de classe ou comunitárias (REIS, 1995). Para BRESSER PEREIRA (1996), as instituições de Direito Privado voltadas para o interesse público e não para o consumo privado, não seriam privadas, mas públicas não-estatais. Nesta perspectiva, emerge um segmento da sociedade que se fortalece institucionalmente para colaborar, de forma cada vez mais ativa, na produção de bens públicos, o terceiro setor (M.A.R.E., 1998).

Diante desses conceitos começa-se a vislumbrar a proposta das organizações não-governamentais.

2.1.1 Organizações não-governamentais

Para BAVA (1994), o principal objetivo das ONGs é o fortalecimento dos setores sociais excluídos ou discriminados, de toda a forma privados de seus direitos. As ONGs atuam em áreas como saúde, educação, moradia, etc. Bava observa que as ONGs existem no Brasil há muito tempo, novo seria o nome, dado pelo Banco Mundial.

Segundo FEICHAS (1995), as ONGs seriam organizações sem fins lucrativos, autônomas, ou seja, não teriam vínculo com governos. Elas estariam voltadas para o atendimento das necessidades de organizações de base popular, complementando a ação do Estado. Continua observando que as ONGs tinham inicialmente um caráter assistencialista, estando ligadas basicamente a grupos religiosos. Posteriormente passaram a atuar nas áreas de política social.

FEICHAS (1995,) considera que a sobrevivência das ONGs independe de mecanismos de mercado ou da existência de lucro. As ações seriam financiadas por agências de cooperação internacional, em função de projetos a serem desenvolvidos. Entretanto MANN (1995), em seu estudo sobre ONGs norte-americanas, observou grande dependência política e financeira destas em relação ao Estado.

Outro relato importante é o de AHRNE (1996). Segundo este autor, boa parte das associações voluntárias apresentariam uma tendência à oligarquia, e também seriam intolerantes. O autor cita como exemplo movimentos fundamentalistas religiosos. Talvez por estes motivos, algumas organizações voluntárias preferiram denominações como movimentos ou novos movimentos sociais. A idéia de movimento comportaria níveis menores de hierarquia e rigidez.

2.1.2 Interação público-privado

FADUL (1996) observa que, em setores que dificilmente serão privatizados, como saúde e educação, por exemplo, será introduzida participação maior ou menor de empresas privadas com ou sem fins lucrativos, o que redundará na inevitabilidade da reestruturação das arquiteturas institucionais e jurídicas das organizações públicas.

Atividades transferidas a entidades privadas implicariam a supressão de estruturas internas dos órgãos públicos, na redefinição de organogramas e competências regulamentares, desregulamentação, bem como na realocação ou demissão de pessoal. “Entre os setores público e privado, novas formas de interação diversificadas e flexíveis estão sendo preparadas, buscando-se articular os interesses dos produtores privados de serviços, dos usuários e dos administradores públicos” (FADUL, 1996, p. 14).

Entretanto REIS (1995) observa que esse convívio com o setor privado tem sido incapaz de produzir mudanças expressivas internas do Estado. Os modelos mais flexíveis das organizações privadas seriam incapazes de alterar as estruturas enrijecidas do ente estatal, não alterando de forma significativa o padrão de gestão do setor público.

Nessas formas de associação público/privado é preciso conciliar o papel social dos serviços e os objetivos de eficiência do setor privado. NASSIF (1998) observa que as empresas públicas têm fraquezas como a descontinuidade administrativa e a burocracia legal; mas também têm vantagens como o espírito público e a responsabilidade social de seus funcionários. Concordamos com NASSIF

e nosso trabalho não parte do pressuposto ou dogma de que o privado é bom, ou que o público é ruim.

BERNAREGGI (1992) identifica três tipos de gestão que envolvem a relação público-privado:

- **Gestão pública corrigida.** A Administração Pública financia e gera a prestação do serviço, adotando em sua gestão elementos do setor privado, através de participação consultiva dos agentes privados nas decisões públicas; e de participação na estrutura sóciojurídica do agente público.
- **Gestão delegada mista.** A Administração Pública e o setor privado participam da gestão, através da realização de acordos específicos, que se materializam em estruturas organizacionais específicas.
- **Gestão delegada pura.** A Administração Pública promove e garante a efetivação de atividades de sua competência, mas a execução e gestão ficam com um agente privado. Este é remunerado pela própria Administração Pública, pelos usuários privados ou pelos dois.

MOREIRA (1994) caracteriza as modalidades de interação entre o público e privado da seguinte forma:

- oferta pública de ações;
- oferta particular de ações;
- sistema misto (combinação das modalidades anteriores);

- venda a empregados e investidores;
- venda de ativos;
- contrato de administração ou arrendamento: o Estado mantém a propriedade, mas busca aprimorar o gerenciamento da empresa, através de contrato com o operador/administrador privado.

Nas cinco primeiras modalidades de interação público-privado haveria maior proximidade com a privatização. Na sexta modalidade, estaria a terceirização.

No Brasil, a venda de ativos e a transferência da titularidade, já citados por MOREIRA (1994), que se caracterizam de fato numa privatização, têm-se intensificado. Mas também têm proliferado complexos sistemas de articulação entre o setor público e o setor privado, que têm sido denominados de sistemas de parcerias, políticas de flexibilização ou cooperações público/privado. Estes processos estão redefinindo as formas tradicionais de gestão de serviços, da articulação entre o público e o privado (FADUL, 1996).

Essas parcerias proporcionariam maior efetividade da ação pública. Ou seja, enfocar principalmente o emprego de meios apropriados para o alcance de fins desejados (MARTINS, 1996).

“No contexto atual, ao mesmo tempo que crescem as pressões pela quebra de monopólios estatais, especialmente por parte de empresas com interesse na penetração de tais mercados, explicitam-se políticas públicas no sentido da desregulamentação, da privatização ou da delegação de serviços ao setor privado.” (FADUL, 1996).

Na perspectiva de modificar e aprimorar o aparato estatal, o atual governo federal propõe uma série de medidas, no seu conjunto conhecidas como Reforma do Estado ou Reforma Administrativa (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1995); entre elas está a proposição de parcerias com organizações sociais através de contratos de gestão.

2.2 Organizações sociais

Comentaremos alguns aspectos das organizações sociais, pois uma das principais propostas da Reforma Administrativa na área da Saúde, é a parceria com organizações sociais, já existindo até inclusive experiências de repasse da administração de dois hospitais para organizações sociais no Estado de São Paulo (MUGGIATI, 1998). Esta proposta de delegação a organizações sociais, no nosso entendimento, caracteriza-se como exemplo de terceirização. Os demais aspectos da Reforma Administrativa, pelas características e limitações de nosso trabalho, não serão abordados.

As organizações sociais seriam entidades públicas não-estatais de direito privado com autonomia financeira e administrativa, podendo participar do orçamento público (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1995). Para MODESTO (1997, p. 199): “as organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, criadas por iniciativa de particulares.....”. Continua MODESTO (p. 200): “De fato, as organizações sociais são

juridicamente entidades bastante semelhantes às tradicionais entidades privadas declaradas de utilidade pública.....”.

“Suponha que uma Santa Casa de Misericórdia, instituição tradicionalíssima no Brasil de prestação de serviços de saúde e assistência social, aceite adaptar os seus estatutos ao modelo de constituição e demais obrigações previstas na lei, recebendo posteriormente o título de organização social, bem como a permissão de uso de prédio público ocioso anteriormente utilizado por hospital público, recursos públicos de apoio ou fomento, etc;desde que assumisse metas e compromissos de realizar atividades especificadas num **acordo de gestão** com o Poder Público” [sem grifo no original, p.202].

Para MOREIRA NETO (1997), a delegação de funções para organizações sociais, anteriormente exercidas pelo poder público, também seria uma forma de despolitização de decisões. Continua o mesmo autor : “a *despolitização* vem a ser a eliminação do **conteúdo político desnecessário** [sem grifo no original] das decisões relativas a interesses públicos que podem ser tomadas com vantagem por entes técnicos ou comunitários” (MOREIRA NETO, 1997, p. 185). Para o mesmo autor, **o conteúdo político desnecessário seria a interferência inútil da política partidária e da burocracia** [sem grifo no original]. É interessante observar que, se o autor fala em conteúdo político desnecessário, provavelmente há um conteúdo necessário, mas infelizmente não explicita qual.

Entendemos que na maioria das ações com caráter público haverá necessariamente um conteúdo político, com diferentes intensidades, principalmente

na área de saúde pública. Consideramos também que política não é algo necessariamente disfuncional.

As organizações sociais não teriam finalidade lucrativa e o Poder Executivo ao escolhê-las, não necessitaria de processo licitatório. Esta escolha da organização social sem necessidade de processo licitatório tem sido muito criticada, principalmente pelo fato de que as organizações sociais podem receber dotações orçamentárias e bens públicos através de transferências (GONÇALVES, 1998; MUGGIATI, 1998).

As organizações sociais apresentariam maior flexibilidade, já que poderiam contratar funcionários sem a necessidade de concurso público e não precisariam submeter-se à Lei de Licitações (BIANCARELLI, 1998). Sem dúvida, as organizações sociais podem agilizar o serviço público e propiciar maior eficácia e eficiência, mas também podem possibilitar maior incidência de corrupção. Talvez um dos mecanismos para evitar desvios ou corrupção seja a participação de representantes da sociedade civil, prevista em torno de 20 a 30% do Conselho de Administração das Organizações Sociais.

No caso do Governo Federal, a regulamentação dá-se, no momento da redação da dissertação, por Medida Provisória, na época nº 1.648-6 (BRASIL, 1998).

No seu artigo 1º, lê-se:

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e **à saúde** [sem grifo no original], atendidos os requisitos previstos nesta Medida Provisória.

No Estado do Paraná, ao contrário de outros Estados, como, por exemplo, São Paulo e Bahia, até o momento da redação da dissertação não havia legislação específica sobre Organizações Sociais.

No município de Curitiba há a lei 9.226/97, que versa sobre os requisitos para que uma instituição seja qualificada como organização social (CURITIBA,1997). Durante o período de sua discussão e votação, houve grande polêmica, principalmente no que tange aos setores de saúde e educação. Ocorreram protestos veementes por partes dos sindicatos de professores e dos servidores municipais de saúde. A abrangência desta lei pode ser compreendida em seu artigo primeiro:

Fica o Poder Executivo autorizado a qualificar como Organizações Sociais as entidades constituídas sob a forma de fundação, associação ou sociedade civil, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam relacionadas com às áreas social, educacional, ambiental, de desenvolvimento científico e tecnológico, cultural, esportiva e de **saúde** [sem grifo no original], atendidas as condições estabelecidas nesta lei”.

Como já afirmamos anteriormente, durante o período de discussão houve grande polêmica e forte pressão dos sindicatos, que entendiam que esta lei permitiria a “privatização” dos setores de saúde e educação. E, de certa forma, aparentemente, esta pressão foi eficaz. Isto pode ser constatado pelo parágrafo único do artigo 1º, que não constava do projeto de lei inicial.

“Os serviços de assistência Médica em **Unidades de Saúde** mantidas pelo Município de Curitiba, e aqueles inerentes à educação, assim entendidas as atividades desenvolvidas a nível educacional prestadas aos alunos da Rede Municipal de Ensino, **não poderão ser atribuídos às Organizações Sociais**” [sem grifos no original].

No caso da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, as Unidades de Saúde encontram-se distribuídas principalmente nos bairros mais periféricos de Curitiba. Talvez este termo “Unidade de Saúde” englobe também as Unidades 24 Horas. Mas certamente este termo não se refere ao Laboratório Municipal de Análises Clínicas, tampouco ao Hospital Municipal do Bairro Novo, ambos, portanto, poderiam ser delegados, futuramente, a uma organização social.

Por esta lei municipal de Curitiba, de acordo com seu artigo 15, **há possibilidade de a organização social obter receitas do exercício de suas atividades**. Para BIANCARELLI (1998), isto também seria possível nas organizações sociais que recebessem esta qualificação pelo governo federal. Nestes casos, seria possível, por exemplo, atender pacientes particulares e convênios, e receber por isto.

Em relação ao contrato de gestão, ele seria instrumento gerencial originado da administração por objetivos com ênfase na avaliação em fatores quantitativos, em resultados e em acompanhamento sistemático do desempenho (LIMA, 1994). Para o M.A.R.E. (1998, p. 36): “o contrato de gestão é um compromisso institucional firmado entre o Estado, por intermédio de seus Ministérios e uma entidade pública estatal, a ser qualificada como Agência Executiva, ou uma entidade não-estatal, qualificada como Organização Social”.

O propósito do contrato de gestão seria: “contribuir ou reforçar o atingimento de objetivos de políticas públicas, mediante o desenvolvimento de um programa de melhoria de gestão, com vistas a atingir uma superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão” (MARE, 1998, p. 36).

FIER (1996), analisando as O.S. e suas futuras relações com o Sistema Único de Saúde, tece uma série de críticas às Organizações Sociais:

- a primeira organização social, segundo o autor, a Associação de Pioneiras Sociais, apresentaria altíssimo custo e ociosidade;
- as Organizações Sociais intensificariam o modelo de atendimento à saúde centrado no complexo industrial/médico/hospitalar;
- elas criariam dualidade de decisão e favoreceriam paralelismo de ações;
- não haveria concorrência pública para a formação e constituição das O.S..

Haveria também outras críticas do autor, mas estariam relacionadas mais ao conceito de Estado e com certo cunho ideológico. Sabemos que esta discussão é importante, mas foge das características de nosso trabalho. Lembramos que Florisvaldo Fier era deputado estadual pelo Partido dos Trabalhadores, no momento da redação do artigo, e em outubro de 1998 foi eleito deputado federal pelo mesmo partido.

No momento da elaboração desta dissertação, no nosso entendimento é prematura uma avaliação sobre o papel a ser desempenhado pelas organizações sociais, pois são uma realidade extremamente recente.

Pelo fato de serem organizações públicas não-estatais, as O.S. não precisariam de se submeter a uma série de restrições impostas pela legislação. Este

fato propiciaria maior agilidade, maior flexibilidade e talvez maior eficácia e eficiência. Entretanto também pode ocasionar maior nível de corrupção.

2.3 Privatização

Antes de abordarmos a questão da terceirização, que é objetivo de nosso trabalho, comentaremos alguns aspectos da privatização.

Privatização pode ser entendida como um projeto de redefinição do papel do Estado, bem como instrumento de elevação da eficiência global da economia (URDAN, 1994).

Para SOUZA PINTO(1995), a privatização seria alternativa mais radical do que a terceirização, pois poderia significar a extinção de inúmeros postos-de-trabalho, encontrando maior resistência por parte de políticos e sindicatos. A terceirização seria estratégia inteligente, viabilizando a sobrevivência das empresas do Estado. Esta postura de Souza Pinto parece não refletir o núcleo da questão. Por este motivo não concordamos com ele.

Na privatização o Estado retirar-se-ia totalmente do setor (PIMENTA, 1995). A privatização seria alternativa adequada, quando a instituição pudesse gerar todas as suas receitas da venda de seus produtos e serviços, e o mercado tivesse condições de assumir a coordenação das atividades. Como exemplo, poder-se-ia citar a privatização das empresas estatais (BRESSER PEREIRA, 1996).

Para CARVALHO NETO (1996), a privatização pode ocorrer na Bolsa de Valores ou na forma de venda direta à iniciativa privada. O Estado passaria de

acionista majoritário a minoritário ou venderia todas as suas ações. O mesmo autor observa que, na Grã-Bretanha, em algumas privatizações, houve limite máximo de ações para cada comprador.

2.4 Terceirização

A terceirização diferenciar-se-ia da privatização: apesar de transferir a gestão e a operação de funções públicas para empresas, associações, cooperativas, etc, o Estado ainda continuaria responsável pela função, monitorando o desempenho dos novos gestores.

Existiriam serviços que dificilmente deixarão de ser mantidos sob responsabilidade direta do Estado. Mesmo para esses é necessário procurar alternativas para a adequada satisfação das necessidades e desejos do cidadão, que deveriam ser sua principal finalidade. Infelizmente, grande parte de órgãos e empresas públicas prestariam maior atenção à própria estrutura hierárquica, aos políticos e dignitários do executivo que influem em seus destinos (URDAN, 1994).

Entre as alternativas, para atender melhor as necessidades e desejos do cidadão, estaria a terceirização, que seria geralmente a transferência à iniciativa privada, mediante contratos, da prestação de determinados serviços. Ela, inclusive, poderia ser, direta ou indiretamente, um vetor de competitividade, eficiência e eficácia. Essa transferência também possibilitaria a despolitização das decisões e o incentivo à inovação (SORBER, 1995).

Para JEGER (1996), a **terceirização** de um serviço público pode ser considerada como 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 (1995) sugere a observância dos seguintes passos para a terceirização de serviços públicos:

- promover competição entre os prestadores;
- mensurar o desempenho;
- ênfase nas metas e missões, não em regras e regulamentos;
- tratar os cidadãos como clientes e consumidores;
- foco na qualidade de serviços;
- delegação de responsabilidades.

Entretanto é necessário lembrar que a terceirização não é garantia de eficácia e eficiência, por si só. É importante, sempre que possível, que esteja presente a competição entre os prestadores de serviço, aumentando o poder de escolha do comprador de serviço. 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, 1995).

Terceirização não se caracterizaria como mera contratação de mão-de-obra. As empresas prestadoras de serviços assumiriam o compromisso formal de dirigir e executar atividades específicas e pré-determinadas através de contrato. A seguir

mostramos um quadro comparativo para melhor compreensão das diferenças entre contratação de mão-de-obra e contratação de serviços (LEIRIA , 1992).

- Contratação de mão de obra:

1. coloca somente mão-de-obra à disposição de outrem;
2. permitida por lei somente no trabalho temporário;

- Contratação de serviços:

1. a contratante efetua encomenda de serviços da empresa especializada;
2. não há restrição legal, prática internacional.

A terceirização, via subcontratação de empresas privadas, é a solução mais citada numa extensa pesquisa sobre serviços públicos em municípios nos EUA (SAVAS, 1990).

Em levantamento realizado no Brasil pela Coopers & Librand (1994), com 87 grandes empresas brasileiras, a terceirização dá-se prioritariamente em áreas de apoio (limpeza, alimentação, segurança, etc); mas pesquisas recentes têm indicado aumento na subcontratação da produção ou da prestação direta de serviços (LEITE, 1994) .

WILLCOCKS (1995) observa que há aumento generalizado na terceirização de informação tecnológica a partir dos anos 90. Entretanto 70% das organizações analisadas pelo mesmo autor não apresentam política de terceirização.

2.4.1 Terceirização e recursos humanos

O processo de terceirização pode ocorrer tanto pela transferência de parte da produção para terceiros externos, quanto pela presença de trabalhadores de terceiros, que executam tarefas ao lado de funcionários com vínculo empregatício direto com a empresa terceirizadora (DIEESE, 1993). Neste caso, pode haver dificuldade de integração dos parceiros, podendo ocorrer choque cultural entre as empresas envolvidas e perda da identidade cultural por parte dos recursos humanos envolvidos (BATISTA, 1994).

Um indivíduo que não se identifica culturalmente com a organização a que pertence ou cuja identidade começa a desvirtuar-se da identidade cultural característica dos demais membros da sua organização, começará a desenvolver, consciente ou inconscientemente, esforços cada vez menores ou até mesmo negativos para a consecução dos objetivos organizacionais (BATISTA, 1994).

Em levantamento com 30 organizações, WILLCOCKS (1995) relata que todos os respondentes confirmaram a necessidade de maior sensibilidade com os recursos humanos envolvidos. Também observou a importância da motivação dos recursos humanos da empresa-destino em relação ao contrato.

Segundo o DIEESE (1994), a terceirização estaria associada a demissões, salários menores, perdas de benefícios e de vínculos empregatícios, condições de segurança precárias e crescimento do trabalho temporário.

2.4.2 Terceirização e paradigmas da administração pública

A terceirização não é fenômeno novo na administração pública. O que é inovador é o repasse de atividades, realizadas anteriormente pelo ente público para um prestador de serviços privado, sendo que este repasse se insere numa estratégia de reformulação radical do papel do Estado, ou seja, numa mudança de paradigma.

Para KUHN (1978), paradigmas são teorias, fatos, noções científicas aceitas na prática científica real; são modelos de que nascem as tradições coerentes e específicas da pesquisa científica.

A terceirização estaria relacionada com uma abordagem liberal de administração pública (MARTINS, 1996).

Esta abordagem partiu de uma imagem altamente negativa da burocracia pública: negligência no interesse público; excesso de gastos; desperdício; falta de interesse direto do funcionalismo na obtenção de resultados; monopólio de funções; adoção, pelos burocratas, das políticas mais convenientes aos seus interesses próprios; etc.... prescrevem um modelo de modernização baseado na imposição de severos limites à ação pública, numa clara tentativa de conter, não superar, a patologia burocrática que denunciam (MARTINS, 1996, p. 423).

A terceirização também estaria presente no paradigma de empresarização do Estado, que seria uma alternativa crítica do modelo burocrático ortodoxo; este paradigma centra-se na adoção de métodos de gestão e avaliação do mercado aplicados a organizações públicas (MARTINS, 1996).

Para BRESSER PEREIRA (1996), uma reforma administrativa deveria promover a transição de uma administração burocrática, lenta e ineficiente, para uma administração pública gerencial, descentralizada, eficiente e voltada para o atendimento dos cidadãos. A administração pública gerencial também se

caracterizaria, segundo o autor, pela recompensa ao mérito pessoal desvinculada do tempo de serviço, incentivo à iniciativa e à criatividade do administrador público ao gerenciar seus recursos humanos e materiais. Neste mesmo paradigma, há a proposição de efetuar parcerias com organizações sociais. É interessante observar que o próprio autor reconhece que o paradigma de administração pública gerencial também é denominado como paradigma empresarial de governo.

Segundo OSBORNE (1996), para a reformulação da administração pública, o governo deveria observar os seguintes pressupostos:

- deixar de ser provedor direto para ser promotor;
- estimular a competição e evitar os monopólios;
- mudar o enfoque de procedimentos e regras para missões e resultados;
- ser voltado para o cliente.

Outros paradigmas relatados são o “public management” e o “public choice” que seriam superiores ao paradigma do “public administration” (BOYNE, 1996).

O paradigma “public administration” estaria relacionado à burocracia, hierarquia e autoridade, segundo BOYNE (1996).

O “public management” teria como característica a redefinição da missão, da linguagem e das bases teóricas do setor público. Este paradigma também estaria relacionado à busca da melhoria de qualidade dos serviços, na perspectiva dos clientes deste serviço.

O paradigma “public choice” não se preocuparia com simplicidade e simetria, mas com diversidade, variedade e responsabilidade em relação à preferência dos cidadãos.

Tanto no “public management”, como no “public choice” há preocupação em promover competição entre os prestadores de serviço. Também estaria presente em ambos o ceticismo em relação à capacidade da burocracia política de propiciar serviços de forma eficaz e eficiente (BOYNE, 1996).

2.4.3 Tipos de terceirização

Para WILLCOCKS (1995), existiriam 3 principais espécies de terceirização de informação tecnológica: incremental, aprendizado difícil (“hard learning”) e abordagem estratégica. Apesar da particularidade do setor, pensamos que ela pode ser utilizada por organizações de outros setores.

- **Terceirização incremental.** É a terceirização de atividades discretas, geralmente objetivando redução de custos, ou por falta de perícia no interior da organização.
- **Aprendizagem complexa.** Há terceirização em larga escala, mas com pouca experiência de gerenciá-la. Há ocorrência de vários erros ao longo de contratos geralmente longos, de vários anos. Após um período, que pode durar de 4 a 8 anos, a organização identifica a necessidade de desenvolver uma estratégia de terceirização. Seria uma espécie de aprendizado de tentativa e erro.
- **Abordagem estratégica de terceirização.** Nesta há ênfase em desenvolver uma estratégia de terceirização. Geralmente não ocorre terceirização em larga escala. Há

uma terceirização seletiva. A organização deve saber qual é o seu objetivo com a terceirização, o que deve ser mantido e o que deve ser terceirizado. Todos os fatores críticos devem ser analisados antes da efetiva terceirização. Uma decisão estratégica de terceirização requer capacidade para selecionar adequadamente a empresa-destino, negociar o contrato e romper o contrato.

Em levantamento realizado em 30 organizações pelo mesmo autor, cinco em vários níveis seguiram o caminho do “hard learning”, ocorrendo o aprendizado após certo período de tempo. Mas há formas de se reduzir esse período de aprendizado de como terceirizar. A maioria das organizações segue a abordagem de terceirização seletiva. É importante lembrar que uma decisão equivocada de terceirização geralmente comporta alto custo: as organizações superestimam sua capacidade de negociação de um contrato de terceirização.

2.4.4 Razões para terceirizar

Sobre os fatores que levaram as empresas privadas a optar pela terceirização, a pesquisa realizada pela Foco Gerenciamento de Serviços em 80 empresas privadas (apud ASSIS, 1997) observou os seguintes objetivos:

- 28%, como estratégia de concentrar toda a atenção no próprio negócio.
- 22%, como redução de custos
- 11%, para a simplificação do processo operacional.
- 11%, visando ao aumento de produtividade.

- 9%, para melhor utilização do pessoal interno.
- 8%, em busca de fornecedores especializados na atividade.
- 7%, para lograr respostas mais rápidas às variações de demanda.
- 3%, em face da indisponibilidade de competência interna.

Para ELFRING (1994), a decisão de fazer em casa ou terceirizar deve observar os seguintes fatores:

- **fatores estratégicos:** são o “core business” da organização;
- **fatores ambientais:** regulamentação governamental, grau de competição entre fornecedores;
- **fatores operacionais:** custos de produção e economias de escala.

A contratação externa deve ser tratada como ação estratégica, norteadas por critérios de qualidade e produtividade, inseridas em contexto de modernização administrativa (MARINHO, 1994).

2.4.5 Vantagens da terceirização

A terceirização compreende uma postura estratégica, que apresenta pontos fortes, mas também debilidades; entre aqueles pode-se citar: conversão de custos fixos em variáveis, maior flexibilidade, economia com gastos de pessoal, enxugamento na estrutura organizacional, maximização dos investimentos, entre outros (GLICKMAN, 1996).

CROSS (1995) relata que o setor de Tecnologia da Informação da British Petroleum reduziu seu pessoal em 80% e os custos caíram de 360 milhões de dólares para 132 milhões, no período de 1989 a 1994; além de ganhar flexibilidade e qualidade nos serviços de informação tecnológica.

A terceirização geralmente está associada a funções de apoio, atividades-meios, não-estratégicas, tais como: serviços administrativos, serviços de limpeza, vigilância, preparação e distribuição de alimentos, etc. A empresa ganharia mais tempo para suas principais atividades, as mais estratégicas (URDAN, 1994).

2.4.6 Desvantagens da terceirização

Entre as desvantagens pode-se observar a perda de habilidades e competências em atividades estratégicas, diminuição do poder da empresa-origem e a formação de grandes empresas-destinos com forte poder de barganha (BRASIL, H. G., 1993a). Deve-se evitar um único fornecedor; geralmente recomenda-se a existência de alguns fornecedores, estimulando até a competição entre eles, mas isso pode propiciar conflito e diminuir a cooperação entre os fornecedores (CROSS, 1995).

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. O problema com recursos humanos é comum também na área de tecnologia do conhecimento (ELFRING, 1994).

Para KARDEL (1996) um problema freqüente é o desconhecimento, por parte da prestadora do serviço, da estrutura e das políticas da empresa-origem.

A terceirização não pode ser adotada como panacéia, existe até o caso de uma grande estatal paulista, que adotou uma política de não terceirizar e em alguns casos de reverter o processo de terceirização, já iniciado (SOUZA PINTO, 1995). Há também o relato de fechamento de creches municipais que haviam sido terceirizadas no município de São Paulo (SCHIVARTCHE, 1997).

Para ASSIS (1997) e PRAGER (1994) o problema geralmente não é a implantação do processo de terceirização, mas o gerenciamento dos contratos e o monitoramento da prestação de serviços. SORBER (1995) considera, em concordância com os autores anteriores, que o monitoramento e a avaliação da prestação dos serviços estão entre os principais aspectos do processo de terceirização. O contrato deve possibilitar adequada mensuração, mas sem ser excessivamente extenso, pois neste caso prejudicaria a flexibilidade da prestação de serviço (SORBER, 1995).

Deve-se verificar a idoneidade da empresa contratada antes do contrato e durante o seu curso. A falta de qualidade do fornecedor pode comprometer os produtos da organização contratante. Na empresa Tubos e Conexões Tigre, as avaliações são realizadas de seis em seis meses. A avaliação envolve obrigações fiscais, saúde financeira e política de recursos humanos (ASSIS, 1997).

Analisando as vantagens e desvantagens, pode-se observar que a decisão de terceirizar não se vincula apenas à análise econômica-financeira, mas principalmente à avaliação das implicações estratégicas (SOUZA PINTO, 1995).

2.4.7 Objetivos da terceirização

Objetivos são fins almejados pelas empresas (MORAES, 1996). São metas para a qual a organização direciona seus esforços (CERTO, 1993). Para ETZIONI (1984), os objetivos são estados futuros desejados que definiriam o escopo das ações organizacionais para dentro e para fora.

As organizações que têm objetivos apresentariam duas evidências: eles representariam as intenções das pessoas que os materializariam em ações e atividades, as quais se expressariam em produtos (MINTZBERG, 1989).

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 destas organizações, é importante que a terceirização não se restrinja a apenas redução de custos. Focando 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 alcançar resultados em quaisquer organizações é preciso definir que objetivos se pretendem alcançar e, mais, ter responsabilidade e compromisso com a sua consecução; portanto a ineficiência e a ineficácia existentes na maioria das organizações em parte se explicariam porque não há clareza em seus objetivos (LIMA, 1994).

O bom desempenho gerencial requer, entre outras habilidades, a capacidade de transformar objetivos, valores e conhecimentos em formas efetivas de ação (MOTTA, 1991).

Geralmente, em organizações públicas, os objetivos mais gerais podem ser fixados por uma autoridade externa. Podem estar presentes outras dimensões, além das técnicas, com eventuais contradições entre os objetivos (DUSSAULT, 1992).

Na definição dos objetivos da organização, devem ser observadas as seguintes questões (LIMA, 1994):

- Quais são os objetivos da organização ?
- Quem os define ?
- Os objetivos são da organização ou das pessoas ?
- Existe consenso entre os membros quanto aos objetivos ?
- Coexistem diferentes objetivos ?
- O ambiente influencia a definição dos objetivos ?
- Definidos, devem ser permanentes ou constantemente revistos ?

Inicialmente na terceirização, muitas empresas focavam quase só a redução de custos; no entanto outros objetivos tornam-se cada vez mais importantes, tais como responsabilidade pelo serviço, qualidade e satisfação do consumidor (CROSS, 1995).

No caso de empresas estatais, mesmo sendo pessoas jurídicas de direito privado, têm de observar algumas normas específicas de Direito Público; por este motivo apresentam particularidades. O termo estatal geralmente é utilizado para identificar as organizações controladas pelo Estado, independentemente da forma jurídica de que se revestem. A maioria das compras de bens ou serviços deve ser efetuada através de uma das modalidades de licitação previstas na lei 8666/93

(SOUZA PINTO, 1995). A lei prevê 3 tipos básicos de licitação: de menor preço; de melhor técnica; e de melhor técnica e preço (MEIRELLES, 1997).

A terceirização pode ser uma estratégia das estatais, a fim de alcançarem eficiência e eficácia na produção de serviços de maior qualidade e menor custo.

Mesmo considerando que a contratação de terceiros costuma estar subordinada à licitação, a terceirização possibilita alguma flexibilidade e “agilidade de reposição” de recursos humanos. Isto é importante principalmente em setores de alta rotatividade, em geral de pouca ou nenhuma qualificação (SOUZA PINTO, 1995). A mesma autora sintetiza os seguintes motivos das estatais paulistas para terceirizar:

a) Sem relação direta com a administração estatal:

- menor custo;
- possibilidade de concentração de recursos na direção da missão da empresa;
- flexibilidade, estrutura mais leve, ágil;
- agilidade na execução dos serviços, rapidez na operacionalização;
- execução dos serviços por especialistas;
- despreocupação com a parte administrativa e jurídica dos funcionários terceirizados;
- responsabilidade dos serviços com a contratada.

b) Com relação direta com a administração estatal:

- reposição imediata dos funcionários;
- viabilidade de executar serviços para os quais a empresa não dispõe de recursos próprios;

- diminuir a trama trabalhista do setor público.

2.4.8 Atividades geralmente terceirizáveis

A escolha das atividades terceirizadas deve ser sempre considerada como decisão estratégica. Havendo algum equívoco no processo de terceirização, geralmente este acarreta grande prejuízo.

PEISCH (1995) observa que a maioria das empresas selecionam cuidadosamente as atividades terceirizadas, geralmente as não-especializadas. Optando por terceirizar funções críticas, a empresa deve redobrar os cuidados, de preferência formando alianças ou parcerias. O mesmo autor ressalta a formação criteriosa do contrato, com base em objetivos e resultados, no conhecimento do negócio, recomendando prazos de um a dois anos.

WILLCOCKS (1995) observa que a terceirização de determinadas atividades de informação tecnológica pode resultar em perda de futuras oportunidades de vantagem estratégica e diferencial competitivo. Atividades estratégicas, que são o diferencial da organização e propiciam vantagem competitiva, não deveriam ser terceirizadas.

As atividades poderiam ser terceirizadas quando: o impacto no negócio é baixo, não há ligação com a estratégia de negócios, o futuro do negócio é estável e a atividade não é estratégica e pode ser fornecida por um terceiro de forma similar ou melhor, a um custo mais baixo (WILLCOCKS, 1995).

SOUZA PINTO (1995), em levantamento realizado em estatais paulistas, observou que todas haviam terceirizado serviços de limpeza e vigilância. As estatais paulistas não se diferenciam das empresas privadas na terceirização destes dois serviços.

2.4.9 Complexidade da terceirização em organizações de saúde

“As organizações de saúde, particularmente os hospitais, são consideradas organizações de maior complexidade. Quanto aos hospitais, a complexidade, em parte, é ocasionada pelas particularidades de seu processo de trabalho e por características específicas de seu ambiente, especialmente as relacionadas com a administração pública” (LIMA, 1994, p. 39).

Para SHORTELL (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.

As organizações de saúde dependem em grande parte do corpo médico. Eles preservam grande autonomia, ao contrário do pessoal auxiliar; provavelmente

tentarão controlar a organização para manter seu poder sobre as decisões que influenciam seu trabalho (DUSSAULT, 1992). Nessas organizações, o poder dos gerentes, não-médicos, de nível superior e intermediário, é relativamente menor (LIMA, 1994).

BARBOSA (1996, p. 28) analisa a questão de médicos como dirigentes.

O médico ao se tornar diretor hospitalar, o faz como se parte fosse da própria carreira médica. Ele não se transforma profissionalmente nem mesmo se especializa. Essa atividade é em geral complementar, centrada no bom senso, na sua liderança inata, no seu poder pessoal de congregar e de negociar. A atividade profissionalizada não se desenvolve.

Para o mesmo autor, a complexidade crescente das organizações de saúde e hospitalar torna cada vez mais claro que a prática gerencial não-profissionalizada, por mais experiência que contenha, não será suficiente para o adequado desempenho profissional.

BARBOSA (1996, p. 29) sintetiza suas observações da seguinte forma: “O seu status e sua identidade é a de médico. Vale a lógica de que ele é médico, ainda que possa por vezes **estar** gerente”.

Como as organizações de serviços de saúde dependem em geral dos seus operadores, grande parte das normas e dos padrões provêm não da estrutura organizacional, mas de associações ou instituições profissionais. As decisões dependem em grande parte de julgamento profissional, especialmente no âmbito da distribuição de recursos (AZEVEDO, 1995).

Para MINTZBERG (1989), as organizações de saúde seriam organizações profissionais, nas quais os profissionais conservariam grande poder nas decisões referentes ao tipo e maneira de produzir os serviços.

Outra relação observada é a dependência de recursos públicos, tanto em hospitais públicos como privados. Estima-se que 70% da receita dos hospitais privados lucrativos e 85% da receita dos privados filantrópicos e beneficentes provém de recursos públicos (VIANA, 1995).

É possível também que surjam interesses conflitantes no próprio corpo médico, algumas vezes reflexos das diferentes subespecialidades e das diferentes abordagens dos problemas de saúde (LIMA, 1994).

Para AZEVEDO (1995), o tipo de gestão mais adequado para organizações de saúde seria o colegiado, que propiciaria maior participação dos profissionais na tomada de decisões, na formulação de objetivos e na avaliação de resultados.

Para RIVERA (1995), o contrato de gestão seria um instrumento adequado para as organizações públicas de saúde, porquanto se baseia em metas e objetivos, permitindo também autonomia financeira e administrativa. O contrato de gestão também é proposto para os contratos entre as futuras organizações sociais e o Poder Público.

KEE (1996) relata que os hospitais freqüentemente terceirizam serviços de hotelaria, limpeza e arrecadação; relacionam-nos à economia, mas poucos sabem mensurá-la.

É interessante observar a experiência de terceirização do Serviço Nacional de Saúde Britânico no período da administração Margareth Thatcher, que revelaram economias variando de 33 a 65% (URDAN, 1994).

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, isto é, as organizações sociais.

Ainda acerca das reformas de sistemas de saúde, DILULIO (apud BRESSER PEREIRA, 1995) observa que a maioria delas está baseada na descentralização para entidades regionais e na formação de uma espécie de mercado que promova a competição entre os fornecedores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados.

Para MANN (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.

Em relação a gastos com pessoal, a terceirização possibilitaria economia significativa principalmente em setores com grande aplicação de mão-de-obra, como é o caso do setor de prestação de serviços de saúde (RANADE, 1995).

Para PEREIRA (1997), a terceirização pode ser utilizada por hospitais para se manterem atualizados tecnologicamente. A terceirização dar-se-ia em parceria com clínicas formadas por médicos do próprio corpo clínico do hospital. Estas clínicas

podem mesmo funcionar nas dependências do hospital, caso em que os encargos financeiros seriam compartilhados.

Em alguns casos, relata-se resistência por parte do corpo médico em relação à terceirização de atividades do hospital, pois este perderia parte do controle dos serviços e procedimentos (GOODSTEIN,1996). O mesmo autor relata que há diferenças de gerenciamento em hospitais com fins lucrativos ou sem eles. Nos hospitais com finalidade lucrativa, há maior número, proporcionalmente de administradores profissionais; em hospitais sem fim lucrativo predominam os médicos no corpo diretivo; nesses haveria menor tendência de terceirização de atividades.

Recomenda-se que se comparem os custos e a qualidade da atividade antes e depois de ser terceirizada (BRASIL, H. G., 1993a; URDAN, 1994). No setor de prestação de serviços de saúde a mensuração de qualidade é uma dificuldade devida 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).

É importante a competição entre os prestadores; entretanto esta, no nosso entendimento, não pode estar limitada ao preço, pois comprometer-se-ia a qualidade da prestação de serviços de saúde e, como consequência, piorariam os indicadores de qualidade de vida da população.

Num estudo realizado em 13 agências norte-americanas estatais e não-estatais com 17 programas de prevenção e tratamento ao uso de drogas (MANN, 1995), observou-se o seguinte: as agências estatais, em sua maioria, apresentavam um serviço de melhor qualidade, mais barato. Estes resultados contrariavam as

hipóteses iniciais do experimento. Outros dados preocupantes foram a grande dependência das organizações não-estatais em relação ao governo, política e financeiramente. 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.

2.5 Modelos de processo decisório

Em nosso estudo abordaremos principalmente os aspectos de racionalidade microeconômica e aspectos políticos incidentes na decisão de terceirizar. Para isto utilizaremos os modelos propostos por Allison, por ser uma classificação clássica e muito útil na compreensão desses fatores.

Processo decisório pode ser considerado como procedimento de definição de problemas, avaliação de alternativas e escolha de uma diretriz de ações e/ou soluções (BRAGA, 1987). Estes estágios ou etapas seriam influenciados pela natureza do problema, pelo contexto organizacional, pelas características básicas de quem toma a decisão e pelo grau de limites cognitivos dos seres humanos, que teriam origem tanto nos fatores da situação como nos da personalidade (KATZ & KAHN, 1974).

SIMON (1979, p. 8) observa que: “os processos administrativos são processos decisórios, pois consistem no isolamento de certos elementos nas

decisões dos membros da organização, no estabelecimento de métodos de rotina para selecionar e determinar esses elementos, e na sua comunicação àqueles por eles afetados”.

Para MARCH e SIMON (1967), o processo decisório dos integrantes de uma organização pode ser influenciado pela percepção da necessidade de decisões coletivas, pela diversidade de objetivos e pela diferença de percepção da realidade.

Recentemente identificou-se a intuição, a simplicidade e o senso comum como recursos também válidos para a tomada da decisão. Nesta perspectiva enfatizam-se os aspectos supostamente ilógicos e não-rationais (LEMOS, 1995). A decisão intuitiva não utilizaria a lógica dos fatos conhecidos e sistematizados; ela seria um impulso à ação, contrapondo-se ao uso do raciocínio lógico (BRASIL, H. G., 1993b).

Em casos de tomada de decisões que podem levar ao conflito e à disputa pelo poder, algumas vezes a decisão pode ser postergada ou simplesmente retirada da agenda de discussão. Neste caso seria a hipótese da não-decisão. Para BACHRACH e BARATZ (1970), a não-decisão é tão ou mais importante que uma decisão efetivada, sendo relevante a pesquisa dos fatores que levaram a não decidir. Reconhecem, entretanto, as dificuldades epistemológicas e metodológicas para implementá-la.

Haveria também decisões tomadas antes do término do processo decisório ou mesmo antes do início do processo. Isto ocorreria por existir somente uma alternativa realista ou uma preferência clara por quem detinha maior parcela de poder de decisão. Seria a decisão aproximada ou “quasi-decision-making”, assim denominado pelo grupo de Bradford (MILLER, 1996).

Ao longo dos anos propuseram-se modelos de processo decisório. Os mais conhecidos são: o racional, o organizacional e o político, baseados na classificação proposta por ALLISON (1971). EISENHARDT (1992) analisando a tomada de decisões, propõe três paradigmas dominantes: racionalidade e racionalidade limitada, poder e política e, por último, o “garbage can”.

A variedade dos modelos mencionados na literatura não garante o entendimento completo do fenômeno decisório, mas auxilia a compreensão da complexa realidade decisória das organizações (LEMOS, 1995). Existe a possibilidade de até se analisar a mesma situação sob enfoques distintos tal como fez ALISSON (1971), analisando a crise dos mísseis de Cuba. Pode-se também haver a combinação das perspectivas como propôs ETZIONI (1986). Para SCHWENK (1988), as decisões geralmente são influenciadas em alguma extensão pelos três processos: racional, organizacional e político.

TRAGTENBERG (1977) considera que a lógica dos modelos padeceria de contradição: quanto mais pobre fosse, mais claro seria, porém seu valor explicativo seria menor. Quanto mais rico fosse, mais complexo, perderia seu valor explicativo. Continua o mesmo autor com suas considerações, observando que os modelos partiriam de uma hipótese preferencial, nunca seriam neutros. Seus fundamentos residiriam nos valores dos critérios que presidiriam a escolha das variáveis em jogo.

Apesar das colocações de TRAGTENBERG (1977), que são pertinentes e ressaltam as limitações do uso de modelos, utilizaremos, no referencial teórico, a classificação proposta por ALLISON (1971), pois ela proporciona três diferentes perspectivas que explicam grande parte das decisões organizacionais e é aceita

pela maioria dos pesquisadores do processo decisório (SCHWENK, 1988). O modelo “garbage can”, apesar da crescente importância, não será abordado, pois ainda carece de maiores comprovações empíricas (EISENHARDT, 1992) e pelas dificuldades metodológicas que apresenta.

2.5.1 O conceito de racionalidade em administração

Antes de descrevermos os modelos de ALLISON (1971), comentaremos brevemente alguns aspectos da racionalidade, comentários que têm como objetivo apenas situar o leitor sobre o tipo de racionalidade a que estaria relacionados os modelos de Allison.

Para WEBER (1994), a ação social poderia ser determinada de modo racional quanto a fins e valores. A ação seria racional com referência a fins quando ocorre ponderação sobre a relação entre meios e fins. Já a ação racional referente a valores ocorreria, quando a ação é norteadada por convicções éticas, religiosas ou estéticas, independentemente de resultados.

As ações baseadas nos costumes e na emoção não seriam consideradas racionais para WEBER (1994).

Para KALBERG (1980), a ação racional referente a meios e fins estaria relacionada a três espécies de racionalidade: prática, teórica e formal.

A racionalidade prática estaria relacionada aos interesses e ao egoísmo. A racionalidade teórica estudaria e tentaria explicar aspectos da ação racional referente aos meios e aos fins. A racionalidade formal estaria vinculada a regras, leis e regulamentos.

Para GUERREIRO RAMOS (1983), baseado em Mannheim, a ação racional referente a meios e fins estaria relacionada à racionalidade funcional. Em nosso estudo utilizaremos a conceituação de Guerreiro Ramos, por ela ser mais comum.

A ação racional referente a valores estaria relacionada à racionalidade substantiva (KALBERG, 1980), eventualmente também denominada por outros autores (GUERREIRO RAMOS, 1983; OLIVEIRA, 1993) como racionalidade substantiva ou material, respectivamente.

GUERREIRO RAMOS (1983) considera que o conceito de racionalidade em Administração geralmente se restringe à racionalidade funcional ou objetiva, desconsiderando a racionalidade substantiva.

Para CROZIER (1981), haveria duas racionalidades: o mundo do sentimentos e a racionalidade econômica.

Sob outro enfoque, SIMON (1979) observa que a racionalidade apresentaria limites. O mesmo autor salienta a dificuldade intelectual dos tomadores de decisão em lidar com grande número de informações e identificar todas as alternativas possíveis. As decisões seriam tomadas dentro de uma racionalidade limitada, visando à satisfação, ao invés da maximização de seus resultados. Tais limites foram comprovados por muitos estudos empíricos (EISENHARDT, 1992).

Para SIMON (1979) a racionalidade seria limitada em três aspectos:

- A racionalidade requereria um conhecimento completo e antecipado das conseqüências resultantes de cada opção. Na prática, porém, o conhecimento dessas conseqüências seria sempre fragmentário.

- A previsão das conseqüências somente poderia ser realizada de maneira imperfeita.
- A racionalidade preveria o domínio de todas as alternativas possíveis, porém na realidade só haveria conhecimento parcial das alternativas.

Para CROZIER (1981), a abordagem de Simon, através do seu conceito de racionalidade limitada, permite também uma forma mais realista de tratar os problemas de poder, pois permite analisar a racionalidade subjetiva de cada agente sob a influência de fatores psicológicos, sociológicos e das relações humanas.

BUTLER (1992) observa os seguintes fatores que limitariam a racionalidade:

- freqüentemente decisões seriam tomadas anteriormente ao término do processo decisório;
- haveria limites cognitivos, que impossibilitariam a solução ideal;
- geralmente haveria limites de tempo, com eventual insuficiência de informações;
- o processo decisório, muitas vezes, seria descontínuo e incremental;
- a tomada de decisão poderia ser influenciada pela intuição e pela escolha satisfatória de preferência à melhor.

2.5.2 Modelo racional de Allison

Neste modelo haveria seleção entre um conjunto de determinadas alternativas, cada uma das quais com certo conjunto de conseqüências: o agente selecionaria a alternativa, cujas conseqüências são preferidas em termos da

utilidade funcional do agente, que posicionaria cada conjunto de conseqüências em ordem de preferência (ALLISON, 1971)

“A escolha racional supõe um conjunto consistente de objetivos e metas, de alternativas de cursos de ação, ligadas a um conjunto de resultados para serem alcançados em uma situação em particular” (FONSECA, 1992, p.13).

Este modelo é baseado na visão de que as estratégias são formuladas e escolhidas conscientemente pelos executivos (SCHWENK, 1988). Está relacionado com técnicas matemáticas, estatísticas e com abordagem econômica neo-clássica (MILLER, 1996).

“O modelo é fundamentado, basicamente, na racionalidade que adequa os meios aos fins pretendidos e pretende a maximização da eficiência no alcance das metas organizacionais” (SILVA, 1989, p.20).

Este modelo considera que a tomada de decisão é uma seqüência de etapas; seguindo-as, elas conduziriam à melhor solução (BUTLER, 1992). Ele seguiria os seguintes passos: o problema; as alternativas; os custos e vantagens associados a cada alternativa, o que se observa como padrão para tomar decisões em situações similares (SILVA, 1989). Entretanto, MINTZBERG (1976) observa, após a análise de 25 processos de decisões estratégicas, que o processo decisório não segue necessariamente esta seqüência.

Na perspectiva do modelo racional haveria clara definição de objetivos e da efficientização dos meios para alcançá-los (LIMA, 1994).

Esse modelo geralmente é seguido em decisões rotineiras ou programadas, também denominadas computacionais (BUTLER, 1992). Usualmente, essas decisões não são estratégicas (MILLER, 1996). Para SIMON (1979); as decisões

programadas seriam repetitivas, rotineiras; haveria um sistema desenvolvido de regras; as não-programadas seriam novidades, não-estruturadas, complexas, e não haveria modo predeterminado de lidar com elas.

SILVA (1989) afirma que o modelo racional apresenta melhores resultados nas decisões operacionais, predominando em ambientes fechados onde os dados são precisos e o grau de burocratização é alto.

Neste modelo, os atores ou decisores teriam informação adequada, os objetivos seriam claros e desenvolver-se-ia uma série de alternativas, escolhendo-se a melhor (EISENHARDT, 1992). Para a autora, isto dificilmente acontece na realidade; e, comprovadas empiricamente, há limitações deste modelo em cada etapa do processo decisório.

O modelo racional é válido em parte, mas geralmente não segue uma seqüência causal ou simples. O decisor é racional em alguns momentos, mas em outros não (BUTLER, 1992).

No âmbito das organizações públicas, a amplitude da decisão geralmente é mais limitada (DUSSAULT, 1992); o processo decisório não é tão racional quanto aquele da empresa privada, pois não enfrentaria as mesmas ameaças, nem buscaria as mesmas oportunidades (AZEVEDO, 1995).

Para BRASIL, H. G. (1993b) haveria cinco aspectos que impediriam a tomada de decisões conforme o modelo racional na administração pública:

- multiplicidade de problemas, objetivos e compromissos políticos, impostos ou ocultos por elementos da unidade administrativa;
- obstáculos à coleta adequada de informações;
- necessidades pessoais e compromissos;

- dificuldades estruturais;
- comportamento divergente de administradores.

CROZIER (1981) observa que um sistema completamente racional é inviável, já que excluiria forçosamente as relações de poder. Para o mesmo autor, este sistema só seria viável se fosse possível acreditar na existência de apenas uma solução única e perfeita para cada problema que surgisse.

Para EISENHARDT (1988), o processo decisório racional seria utilizado mais intensamente por empresas de sucesso do que por empresas em decadência. O modelo racional seria mais eficaz na consecução dos objetivos do que o modelo político (DEAN, 1996).

Para DAVIS (1996), o modelo racional estaria relacionado predominantemente com a idéia de eficiência econômica. A decisão racional seria a orientada pelas metas organizacionais. Para o mesmo autor, este conceito de eficiência teria certo cunho ideológico e deixaria em plano secundário fatores como democracia, justiça, equidade e ética.

Pelo exposto acima, entendemos que o modelo racional de ALLISON (1971) estaria relacionado à ação social referente a meios e fins, ou seja, à racionalidade funcional. No caso deste modelo, racionalidade predominantemente econômica.

2.5.3 Modelo organizacional de Allison

No modelo organizacional, os decisores perceberiam e compreenderiam os problemas através dos “sensores organizacionais” (ALISSON, 1971); ou das características organizacionais: processos, programas e estruturas (SCHWENK, 1988). O processo organizacional também estaria relacionado ao processo grupal e a grupos de trabalho (SILVA, 1989). A decisão também seria influenciada por motivações e hábitos (RODRIGUES, 1985).

Nesta abordagem, a decisão tomada não é a ótima, nem a melhor ou a correta; é substituída pela decisão satisfatória (BRASIL, H. G., 1993b; SILVA, 1989).

Segundo este modelo, a tomada de decisões é predominantemente “output” organizacional e não uma escolha deliberada. A decisão pode não ser determinada, mas é influenciada pelos procedimentos, regras e rotinas organizacionais (ALISSON, 1971). Para o mesmo autor, as organizações que, muitas vezes, têm grande autonomia, também influenciariam a decisão por causa de seus interesses e demandas.

As alternativas e conseqüências do processo decisório também seriam influenciadas pelo processo de informação organizacional. O comportamento dos decisores é influenciado pelas rotinas organizacionais: planejamento normativo ou estratégico, avaliação e sistemas de recompensa. Por exemplo, a rotina de planejamento normativo, em determinada organização, poderia inibir decisões inovadoras (SCHWENK, 1988).

MINTZBERG (1976) observou que em decisões “não-estruturadas”, o processo de decisão organizacional pode ser cíclico e não estritamente seqüencial,

como propunha o modelo racional, envolvendo três fases básicas: **identificação, desenvolvimento e seleção:**

- fase de identificação, composta pela decisão da rotina de reconhecimento e rotina de diagnóstico;
- fase de desenvolvimento, composta pelas rotinas de pesquisa e o desenho da rotina;
- fase de seleção, rotina de limpeza, rotina da avaliação e escolha, e rotina de autorização.

2.5.4 Política nas Organizações

Antes de descrevermos o modelo político de Allison, comentaremos alguns aspectos da dimensão política nas organizações.

PFEFFER (1981) define política como uso do poder e outros recursos para obter a escolha preferida numa situação em que há incerteza ou discordância entre as opções.

GUERREIRO RAMOS (1983, p. 53) afirma: “A política e o poder deixaram de ser manifestações clandestinas na organização e ganharam hoje um quadro formal na teoria administrativa”.

Com postura similar àquela de GUERREIRO RAMOS, MORGAN (1996, p. 146) observa que: “.... a política e o jogo político podem ser um aspecto essencial da vida organizacional e não necessariamente algo disfuncional ...”; “...a noção política nasce da idéia de que, quando os interesses são divergentes, a sociedade deverá

oferecer meios de permitir aos indivíduos reconciliarem as suas diferenças através da consulta e negociação”. Continua o autor.

Ao reconhecer que a organização é intrinsecamente política, no sentido de que devem ser encontradas formas de criar ordem e direção entre pessoas com interesses potencialmente diversos e conflitantes, muito pode ser aprendido sobre os problemas e legitimidade da administração como processo de governo e sobre a relação entre organização e sociedade (MORGAN, 1996, p. 146).

Para MORGAN (1996), quando se utilizam os termos **autocracia, burocracia e tecnocracia**, implicitamente tecem-se paralelos entre as organizações e os sistemas políticos.

Autocracia seria “governo absoluto em que o poder é sustentado por um indivíduo ou pequeno grupo e apoiado pelo controle de recursos críticos, pelo direito de propriedade ou posse de direitos, tradição, carisma e outras razões para invocar privilégios pessoais” (MORGAN, 1996, p. 149).

Burocracia para WEBER (1971) seria regida pelos princípios de competência, definida por regras, estatutos e regulamentos; pela documentação; pela hierarquia funcional; e pela especialização profissional. Para GUERREIRO RAMOS (1983) esta definição de WEBER seria o conceito positivo de burocracia. O conceito negativo estaria relacionado à rigidez de comportamento, ao culto de normas abstratas, ao regime de papelada, ao parasitismo, entre outras coisas.

GOULDNER (1971) considera que Weber teria descrito dois tipos de burocracia, e não apenas um. A primeira seria a forma representativa, baseada em normas estabelecidas por acordo, regras que seriam tecnicamente justificadas e administradas por pessoal especialmente qualificado. A segunda, que poderia ser

denominada de punitiva, seria baseada na imposição de normas e na obediência pura e simples.

Tecnocracia ocorreria quando o poder decorre do conhecimento e da habilidade de resolução de problemas relevantes. É o poder dos especialistas (MORGAN, 1996).

2.5.5 Modelo político de Allison

Neste modelo, considera-se que as pessoas são individualmente racionais, mas não coletivamente. As organizações seriam sistemas políticos. Isto se daria porque os indivíduos podem ter preferências diversas, não apenas por seus interesses pessoais, mas também sobre os rumos da organização, por exemplo: o crescimento dela ou a distribuição dos lucros aos acionários. Esta distinta postura pode ser influenciada pela posição pessoal na organização, pelas ambições e interesses particulares (EISENHARDT, 1992).

“O paradigma básico deste modelo fundamenta-se nas negociações e coalizões entre grupos para a tomada de decisões entre os envolvidos” (SILVA, 1989, p.27). Tais negociações e coalizões teriam como objetivo formar um **poder** dominante e assim influenciar ou definir a decisão. A negociação também poderia ter como objetivo a solução do conflito (EISENHARDT, 1992).

Para MILLER (1996), o modelo político estaria relacionado ao uso do poder, podendo este ser legítimo ou não. No primeiro caso, o poder é distribuído de acordo com as posições na cadeia hierárquica. No caso do poder que não seria legítimo,

haveria predominância de interesses pessoais sobre os organizacionais, com eventual manipulação de informações e várias formas de barganha. Para CROZIER (1981), haveria também o poder do perito, oriundo de sua capacidade pessoal para controlar determinada tipo de incerteza, e o poder hierárquico funcional.

O conceito de poder está intimamente relacionado ao modelo político. Para MORGAN (1996), as fontes mais importantes de poder nas organizações seriam: autoridade formal; controle sobre recursos escassos; uso da estrutura organizacional, regras e regulamentos; controle do processo de tomada de decisão; controle do conhecimento e da informação; controle dos limites; habilidade de lidar com a incerteza; controle da tecnologia; alianças interpessoais, redes e controle da “organização informal”; controle das contra-organizações; simbolismo e administração do significado; sexo e administração das relações entre os sexos; fatores estruturais que definem o estágio da ação e o poder que já se tem.

Para FOUCAULT (1995) não há teoria geral do poder. Segundo o mesmo autor o poder não seria algo unitário e global. Haveria formas díspares e heterogêneas de poder, em constante mutação. O poder não seria objeto natural, ou coisa, seria prática social.

Na perspectiva deste modelo, as organizações não seriam grupos homogêneos e predominariam cooptação, manipulação de informações, negociações, preferências e interesses dos atores, incerteza das conseqüências, conflito, poder e coalizões (ALLISON, 1971).

SELZNICK (1971, p. 93) define cooptação como “o processo de absorção de novos elementos na liderança ou estrutura de decisões políticas de uma organização, como meio de evitar ameaças à sua estabilidade ou existência”. O

mesmo autor considera que haveria dois tipos de cooptação: a formal, quando haveria necessidade de estabelecer a legitimidade da autoridade ou de tornar a administração acessível ao público a que se dirige; e a informal, quando haveria necessidade de ajustamento às pressões de centros específicos de poder na sociedade.

As preferências, neste modelo, não versariam somente sobre tecnologia, por exemplo; mas são influenciadas pela hierarquia e pelos interesses do decisor (EISENHARDT, 1992). A barganha ou negociação envolve diferentes níveis hierárquicos. Estas influenciam a percepção dos decisores.

Em relação aos interesses, DEAN (1996) observa que eles são influenciados pelas pessoas dependendo de suas posições funcionais, hierárquicas, além de fatores pessoais.

Esse modelo tem sido estudado principalmente em organizações governamentais, universidades, grandes corporações e empresas com alto teor tecnológico (RODRIGUES, 1985).

Para EISENHARDT (1988), o modelo político não está constituído por alianças temporárias e mutáveis, mas em estáveis coalizões baseadas em características demográficas, como idade e localização do escritório. Entretanto, para BUTLER (1992), as alianças podem ser provisórias, e poderiam ocorrer apenas para uma única decisão.

ALLISON (1971) e EISENHARDT (1988) relatam que nas decisões estratégicas é usual a presença de componentes políticos. Para MINTZBERG (1976), decisão estratégica pode ser definida como aquela decisão que é importante para a organização, em termos de ações tomadas e dos recursos comprometidos.

Geralmente se caracterizam pela inovação, complexidade, ambiguidade e implicam importantes consequências para o futuro da organização.

Mesmo em decisões aparentemente simples, nas quais a melhor solução técnica é facilmente visualizável, podem existir situações políticas complexas se ocorrerem diferentes interesses. Num caso relatado por BUTLER (1992), o Serviço Nacional de Saúde Britânico preconizava uma decisão para alguns hospitais, a qual não era questionada tecnicamente, mas contrariava interesses de médicos, enfermeiras, laboratórios, etc. A solução somente foi implementada após a formação de uma coalisão com poder suficiente para sobrepujar os opositores.

Nesse modelo, as decisões não são as mais acertadas, mas as que ficaram acordadas pelos integrantes do grupo interessado.

Na perspectiva do modelo político, mesmo quando as pessoas, nas organizações, estão perseguindo objetivos organizacionais, certamente estão buscando também alcançar seus objetivos pessoais (PRESTES MOTTA apud LIMA, 1994). Os objetivos poderiam ser definidos como as intenções e os fins desejados pelos indivíduos ou pelas coalizões, mas dificilmente um único indivíduo é poderoso o suficiente para determinar completamente os objetivos (LIMA, 1994).

Prossegue LIMA (1994, p. 54).

Continuam sendo objetivos da organização a eficiência e a sobrevivência. Só que agora esses objetivos já não são uma abstração e tampouco se revestem de uma pseudoneutralidade administrativa, pois estão associados aos interesses de indivíduos e de grupos. Estes, para fazerem prevalecer seus objetivos perante os demais, necessitam da eficiência enquanto recurso para sobreviver e acumular poder.

Pode-se observar que, mesmo na perspectiva do modelo político, a eficácia em relação aos objetivos, além de ser importante para a sobrevivência e crescimento da organização, também é relevante para a sobrevivência e crescimento das pessoas, dos grupos e das coalizões nela existentes. Ou seja, mesmo no modelo político há espaço para a racionalidade econômica.

O modelo político estaria relacionado com as pessoas que tentam influenciar a decisão por interesses pessoais ou grupais, ou com o desempenho ruim da organização (DEAN, 1996). Este desempenho ruim seria propiciado principalmente pela distorção de informações e pelo consumo de tempo e energia não direcionados à tomada de decisão propriamente dita (EISENHARDT, 1988). Os dirigentes tomariam decisões baseadas em informações inadequadas ou incorretas. Entretanto PFEFFER (1981) observa que a política pode ser benéfica, principalmente em ambientes de alta turbulência, pelo seu poder de adaptação.

3. METODOLOGIA

3.1 Especificação do problema

No que tange às organizações públicas de saúde, LIMA (1994, p. 42, p. 60) observa: “... apresentam considerável dependência, maior que a de outras não pertencentes ao setor público, do **ambiente sóciopolítico** [sem grifo no original] em que se inserem” e “o processo de definição de objetivos de uma organização pública de saúde **é fundamentalmente político**” [sem grifo no original] . Por outro lado, a lógica implícita na decisão da terceirização seria o modelo racional-econômico. Por estes motivos, optamos por perguntas de pesquisa, e não por hipóteses.

Na terceirização em organizações públicas de saúde, teríamos dois modelos prováveis de processo decisório relacionando-se: o racional-econômico na terceirização e o político nas organizações públicas. Um dos objetivos de nosso trabalho é avaliar se efetivamente no processo decisório da terceirização nas organizações públicas de saúde, predominantemente políticas, ainda assim prevalecem ou estão presentes elementos de racionalidade microeconômica, conforme é relatado na literatura.

Os tipos de modelo de processo decisório precisariam responder a três critérios (DEAN, 1996):

1. ser representativo na literatura;
2. ser logicamente e empiricamente distinto dos demais;
3. ser teoricamente consistente e ter impacto na tomada decisão.

Na atualidade, responderiam facilmente a esses critérios os modelos político e racional (DEAN, 1996). Entretanto DEAN define como racional uma conjugação dos modelos racional e organizacional de Allison; o mesmo faz EISENHARDT (1992). Por este motivo, denominaremos fatores racionais, os fatores presentes nos modelos racional e organizacional de ALLISON (1971).

É importante observar que DEAN (1993), analisando 61 decisões, relata que os modelos racional e político são dimensões distintas do processo decisório, e não opostas. Ou seja, o oposto de racional é o irracional e não o político. Entre o racional e a irracionalidade estaria a racionalidade limitada. O autor relata ser possível, na mesma decisão, altos níveis do modelo racional, bem como do modelo político. Eles não seriam excludentes; entretanto o próprio autor ressalta a necessidade de outros trabalhos que corroborem seus achados.

3.1.1 Perguntas de Pesquisa

- Como se efetuou o processo decisório de terceirização em Secretarias Municipais de Saúde de Almirante Tamandaré, de Araucária e de Fazenda Rio Grande ?
- Quais os fatores de racionalidade microeconômica e políticos presentes no processo decisório de terceirização em Secretarias Municipais de Saúde de Almirante Tamandaré, de Araucária e de Fazenda Rio Grande ?

- Qual a influência dos fatores de racionalidade microeconômica e políticos no processo decisório de terceirização em Secretarias Municipais de Saúde de Almirante Tamandaré, de Araucária e de Fazenda Rio Grande ?

3.2 Apresentação das categorias analíticas

Fatores Racionais-Econômicos

Processo decisório de terceirização

Fatores Políticos

3.3 Definição constitutiva (D.C.) e operacional (D.O.) das categorias analíticas

Fatores racionais-econômicos

D.C.: Fatores envolvidos na coleta e análise de informações relevantes para a tomada de decisão (DEAN, 1996). Em nosso estudo fatores relacionados a critérios de terceirização: redução de custos, busca de maior flexibilidade e agilidade, etc.

D.O.: Os fatores racionais serão avaliados através de análise documental e entrevistas.

Fatores políticos

D.C.: Fatores relacionados ao conceito de que a decisão não seria tomada apenas para a solução de um problema; seria resultado de compromissos, de coalizões e de competição. A tomada de decisão teria conseqüências críticas não somente para o problema em estudo, mas também para os atores, suas reputações e interesses pessoais (ALISSON, 1971). Os principais fatores políticos relatados na literatura são: interesses, conflito, barganha, negociação, conciliação, uso do poder, objetivos e metas individuais, grupais ou associativas.

D.O.: Os fatores racionais serão avaliados através de análise documental e entrevistas.

Processo decisório de terceirização

D.C.: Envolve as pressões imediatas sobre o tomador de decisões, a análise do tipo de problema e de suas dimensões básicas, a busca de soluções alternativas e o exame de suas conseqüências, até mesmo a antecipação de vários tipos de conflito pós-decisório, e a escolha final (KATZ & KAHN, 1974).

D.O.: em nosso trabalho será analisado o processo decisório de terceirização em secretarias municipais de saúde. Terceirização pode ser considerada “processo de transferência, dentro da firma (empresa-origem), de funções que podem ser

executadas por outra empresa (empresa-destino).” (BRASIL, H. G. 1993a) ou “técnica administrativa que possibilita o estabelecimento de um processo gerenciado de transferência a terceiros das atividades acessórias e de apoio ao escopo das empresas, permitindo a esta concentrar-se no seu negócio, ou seja, no objetivo final” (QUEIROZ, 1992). Para CARVALHO NETO (1996) “terceirização é todo o trabalho/serviço feito por terceiros”. Para JEGER (1996), a terceirização de um serviço público pode ser considerada como 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 trabalho.

3.5 População e amostragem

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

A amostragem deu-se da seguinte forma:

- amostra intencional dos dirigentes participantes do processo decisório de terceirização das Secretarias de Saúde dos Municípios da Região Metropolitana de Curitiba: Almirante Tamandaré, Araucária e Fazenda Rio Grande.

No caso de Almirante Tamandaré, houve principalmente a participação de três dirigentes no processo decisório, mas foram entrevistados dois. No município de Araucária, houve participação de cinco pessoas, sendo entrevistadas três. E em Fazenda Rio Grande, de cinco dirigentes, foram entrevistados três.

3.6 Delineamento da pesquisa

O presente trabalho caracteriza-se como pesquisa não experimental, já que não propõe a manipulação de variáveis .

Será utilizado o estudo comparativo de casos ou para YIN (1987) o desenho de múltiplos casos, de forma descritivo-qualitativa, sendo avaliadas três organizações públicas semelhantes com atividades terceirizadas.

A perspectiva do trabalho foi seccional, com avaliação longitudinal, uma vez que se investigou o processo decisório durante tempo determinado.

O nível de análise é organizacional e a unidade de análise corresponde ao processo decisório de terceirização em secretarias municipais de saúde.

3.7 Coleta e tratamento de dados

a) Dados secundários serão obtidos através dos dados disponíveis em documentos organizacionais, será realizada análise documental. Estes dados nortearam a realização das entrevistas.

b) Dados primários serão obtidos através de entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas serão aplicadas aos dirigentes participantes do processo decisório da terceirização

Os dados serão analisados de forma descritivo-qualitativa. Utilizou-se a análise documental e a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo, conforme BARDIN (1979), é um conjunto de técnicas que têm por objetivo manipular a mensagem para identificar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem.

3.8 Limitações da pesquisa

Inicialmente, é importante ressaltar que a utilização dos modelos de processo decisório pode auxiliar na compreensão de alguns aspectos da complexidade da realidade decisória, mas pode dificultar a apreensão de outros aspectos inerentes à organização, como os aspectos culturais, por exemplo.

Em relação ao método utilizado, o estudo comparativo de casos, pelo pequeno número de casos estudados impossibilita a transferibilidade para outras Secretarias Municipais de Saúde. Há também, algumas características destas Secretarias, localizadas na Região Metropolitana de Curitiba, que podem influenciar

os resultados do estudo, que necessariamente não estariam presentes em outras Secretarias de Saúde.

Os processos decisórios de terceirização nas três Secretarias eram relativamente recentes, geralmente começando no início de 1997. Então o período aproximado do estudo foi de um ano e meio. No nosso entendimento, é um período relativamente curto, pois o processo decisório pode sofrer mudanças significativas durante o decorrer do tempo, como foi o caso da Secretaria de Fazenda Rio Grande. Recomenda-se para futuras pesquisas na área que haja maior período de acompanhamento.

Outra limitação de nosso trabalho foi não ter avaliado o nível de satisfação do consumidor dos serviços terceirizados. Neste caso, fica a recomendação para próximas pesquisas.

A técnica de entrevistas, adotada em nosso estudo para a coleta de dados primários, depende, em grande parte, da credibilidade dos informantes. É possível que, em algumas perguntas, o entrevistado responda não de acordo com o seu pensamento, mas conforme o que ele pensa ser a resposta mais adequada. Há a possibilidade também da resposta do entrevistado estar de acordo com o seu pensamento, mas este não refletir a realidade da sua ação.

Ainda, em relação aos entrevistados, em nosso estudo, observou-se em alguns momentos certo temor em estarem sendo avaliados na sua condução do processo de terceirização, se agiram adequadamente ou não. Tentamos minimizar essa limitação, utilizando entrevistas recorrentes e em profundidade.

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 dificuldades de acessar planilha de custos, relatórios, etc. Neste caso, observa-se que nas Secretarias pesquisadas, de municípios de pequeno e médio porte, há pouca documentação disponível sobre custos, avaliação de desempenho, etc.

No que tange à técnica de análise de dados utilizada, ou seja, a análise do conteúdo, mesmo com o rigor usado para manter a objetividade, não se pode assegurar a isenção da percepção do pesquisador.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.1 Secretaria municipal de saúde de Almirante Tamandaré

4.1.1 O caso

No município de Almirante Tamandaré o processo decisório de terceirização deu-se a partir de uma demanda explicitada durante a campanha eleitoral para a prefeitura. A população exigia atendimento de maior complexidade na área da saúde e principalmente horário mais acessível a ela. Para atender esta necessidade da população, a administração local optou por estender o funcionamento de uma Unidade de Saúde. Esta unidade funcionava em horário comercial e passou a atender a população durante dezessete horas diárias, funcionando também nos finais de semana e feriados. Para efetivar este atendimento optou-se pela terceirização de serviços médicos, através de um grupo privado com fins lucrativos. Foi realizado processo licitatório, em modalidade carta-convite.

A terceirização possibilitou maior rapidez na efetivação do atendimento na Unidade de Saúde Noite-Dia pois não foi necessário concurso público, criação de carreira de médico-plantonista, entre outras exigências legais, que existiriam se a prestação de serviço fosse realizada diretamente pela prefeitura.

A Secretaria está satisfeita com o prestador de serviço.

4.1.2 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. O número de mulheres em idade fértil, neste mesmo ano, era de 21.501; a população de menores girava em torno de 1.988 crianças.

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.

Neste município há produção de cal virgem, cal hidratado, minerais calcários e tijolos.

O setor terciário, em função da facilidade de acesso a Curitiba, tem oferta restrita de comércio e serviços.

4.1.3 Indicadores de saúde

Em relação a aspectos mais diretamente relacionados à saúde da população, observa-se que 80% dos domicílios apresentam água tratada, não havendo, entretanto, rede de esgoto.

O coeficiente de mortalidade infantil em 1997 foi de 13,90.

As principais causas de mortalidade em 1994 foram respectivamente: doenças do aparelho circulatório, sintomas e sinais mal-definidos, causas externas, doenças do aparelho respiratório e neoplasmas.

Em relação aos indicadores de morbidade, as principais doenças notificadas em 1997 são: sarampo, rubéola, hepatite, meningite e leptospirose. As principais causas de internação são pela ordem: parto normal, cesárea, gastroenterite, asma brônquica, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, causas externas e internações psiquiátricas.

4.1.4 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:

- 06 Unidade de Saúde
- 01 Unidade de Saúde 17 horas (objeto de nosso estudo)
- 04 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.

4.1.5: Processo decisório de terceirização de serviços médicos da Unidade Noite-Dia de Almirante Tamandaré.

4.1.5.1 Introdução

Neste 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 nível médio e básico, eram funcionários da prefeitura.

A Unidade Noite-Dia funcionava em prédio da Prefeitura Municipal de Almirante Tamandaré, 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, obtendo a aprovação desta. Entretanto é importante ressaltar que este tipo de terceirização pode implicar ,em alguns casos, problemas com a Justiça do Trabalho. Nesta área, não há legislação

específica, como ocorre em setores como Limpeza ou Vigilância. Como não há legislação específica, os autores e juízes orientam-se pelas decisões dos Tribunais, conhecidas como Jurisprudência. Nesta não há uma uniformidade, ou seja, as decisões apresentam importantes diferenças. Em algumas delas, este tipo de terceirização poderia ser considerado como fraude, ao evitar o concurso público. Haveria também discussão sobre quando se caracteriza a relação de subordinação entre o contratante e o prestador de serviço (COSTA, 1994).

Pode ser observada pelo relato dos entrevistados de Almirante Tamandaré certa preocupação em relação a eventuais problemas com a Justiça do Trabalho, conforme as seguintes colocações:

“Do ponto de vista legal há uma série de riscos, eis porque procurei conversar com advogados”.

“O advogado me deu alguns sustos”.

“Se a empresa que está prestando serviço para nós falir, o município pode responder por ela em questões trabalhistas”.

Esta última colocação tem sido motivo de grande discussão e polêmica na Justiça do Trabalho (COSTA, 1994).

É interessante observar ainda que a Justiça do Trabalho apresenta fortes características interventoras e protecionistas, mas recentemente tem-se observado tendência de flexibilização nas relações de trabalho, como, por exemplo, o aumento do prazo no contrato de trabalho temporário e a demissão temporária; pode, no futuro, facilitar terceirizações como essa de Almirante Tamandaré.

4.1.5.2 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. Este tipo de início do processo decisório vem ao encontro do relato de LIMA (1994), que observa que as organizações públicas de saúde (no nosso estudo, secretarias municipais de saúde) apresentam considerável dependência do ambiente sóciopolítico em que se inserem. Esta decisão pode ser considerada como decisão estratégica, pois implicaria diretamente em 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 deslocar-se a Curitiba. Dois relatos dos entrevistados demonstram a importância do compromisso político.

“O compromisso político não era mais nada do que expressão da demanda existente”;

“Se não houvesse o compromisso político, talvez as coisas não tivessem acontecido, porque a gente contou com a total colaboração do prefeito”.

A idéia inicialmente pensada era assumir, ou seja municipalizar o hospital privado, já existente no município. Os proprietários do hospital tinham interesse na

desapropriação, e isto pode ser constatado pelo relato de um dos entrevistados:

”Os proprietários tinham interesse, trabalharam diretamente com o Conselho Municipal de Saúde, com a Câmara de Vereadores e comunidade no sentido de que isso acontecesse”.

Apesar dessa atuação dos proprietários do hospital, segundo seus próprios interesses, este não foi municipalizado. O corpo técnico da Secretaria Municipal realizou um estudo e foi demonstrado 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. Todos os entrevistados frisaram que, apesar da municipalização do hospital ser tecnicamente não indicada, foi muito importante expor isso ao Prefeito, aos Secretários de Administração e Finanças, mas principalmente à Câmara de Vereadores, nesta sendo necessária certa articulação política.

Almirante Tamandaré, como outros municípios da Região Metropolitana, apresenta características de cidade-dormitório e tem incipiente arrecadação, ou seja, o orçamento municipal é diminuto. Pelos altos custos que representaria para o orçamento de Almirante Tamandaré, o Prefeito descartou a possibilidade de municipalizar o hospital particular.

“Bom, havia o compromisso político e a necessidade do ponto de vista de cobertura, de funcionamento nos finais de semana e de noite, de viabilizar um atendimento à população...”.

Conforme já afirmamos, 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, independente de feriados, e horário de atendimento entre as 7 e as 24 horas. Inicialmente pensou-se numa Unidade 24 Horas, mas no horário de 0:00 a 7:00 da manhã, os casos geralmente seriam de maior gravidade e a unidade, pelas suas características e limitações, não teria como resolvê-los. Por isto, esta hipótese foi descartada.

Esta unidade teria como proposta funcionar, e está funcionando, 365 dias por ano. A unidade passou a ser denominada, a partir de então, Unidade Noite-Dia, e sua localização teria de ser distinta do hospital; caso contrário, a população poderia não compreender o fechamento do hospital, tendo no seu lugar apenas um ambulatório. O relato de um dos entrevistados evidencia esta preocupação.

“Nós analisamos o problema e dissemos ao prefeito: Olha, se você pegar um hospital e transformar em um ambulatório, do ponto de vista de imagem para a população, é muito ruim, porque o prefeito fechou um hospital e só coloca um ambulatório”.

Continua o entrevistado, de certa forma, ironicamente.

“Como a pessoa vai ficar deitada? Receber soro colorido na veia ?”.

Para o leitor que não é da área da saúde, é interessante observar que a diferença básica entre ambulatório e hospital é que no primeiro são oferecidas consultas e acompanhamentos de curta duração; enquanto no hospital, em princípio, o tratamento é de maior complexidade e há realização de internamento. Como se pode esperar, o custo de um hospital é muito maior do que de um ambulatório. A Unidade Noite-Dia, apesar de ter características predominantes de ambulatório 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.

O que comumente acontecia era que, no momento em que os pais retornavam da jornada de trabalho, geralmente de Curitiba, deparavam-se, por exemplo, com a febre dos seus filhos; tinham de procurar um hospital ou uma Unidade 24 Horas em Curitiba, pois as Unidades de Saúde de Almirante Tamandaré fechavam às 17 horas. Isto pode ser observado pelos seguintes relatos.

“As pessoas percebiam os sintomas de seus filhos quando chegavam a casa”.

“O posto de saúde funcionava em horário comercial, era uma coisa perversa”.

“As pessoas ficavam doentes e não tinham aonde ir”.

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 Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação à necessidade de recursos humanos para implementar a Unidade Noite-Dia, durante o período das 7 às 24, todos os dias, observou-se que a Secretaria não dispunha de número suficiente de médicos. No que tange aos profissionais de níveis médio e básico, o número era satisfatório.

É importante observar que, pelas características e propostas da Unidade Noite-Dia, a presença efetiva do médico é ainda mais importante do que em outras Unidades Básicas de Saúde. A maior parte das ações da Unidade Noite-Dia, as de maior complexidade, estão centradas no médico.

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 de médico plantonista. Neste caso, haveria a presença de 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 1 ano. Esta hipótese foi descartada e pode ser explicada pela afirmação de um dos entrevistados.

“Era um processo longo e existia a necessidade de dar resposta de curto prazo”.

Outra alternativa seria a concessão de horas-extras para os médicos estatutários, que cumpriam jornada de 20 horas, ou a possibilidade de se estabelecer um segundo vínculo, sendo necessário novo concurso. Foi realizada

uma consulta informal com os eventuais interessados, e constatou-se que não havia interesse por parte da maioria.

As duas alternativas discutidas anteriormente implicariam a contratação em regime estatutário, com suas características delineadas principalmente a partir da Constituição de 1988, 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 estivesse desempenhando adequadamente o seu papel. Isto pode ser observado pelo seguinte relato:

“Um médico com relacionamento desarmônico com os pacientes, nada posso fazer com ele. Persiste aquele clima de guerra”.

Os entrevistados das três secretarias relataram dificuldades com o vínculo da estabilidade. Os entrevistados reconhecem a necessidade e os méritos da estabilidade, principalmente para evitar perseguições políticas, mas ressaltam que ela deve ser flexibilizada. Esta flexibilização da estabilidade é uma das principais propostas da Reforma Administrativa do Governo Federal.

Além da questão da estabilidade, outros fatores estiveram presentes para a decisão de não contratar profissionais via concurso público e regime estatutário: licença-prêmio, nível alto de absenteísmo dos médicos e custos mais altos. No que tange ao absenteísmo, podia-se observar em Almirante Tamandaré um nível aproximado em torno de 20%, determinado por fatores tais como: uso intenso de atestados médicos, permanência nas unidades em torno de duas a duas horas e 30 minutos, quando o correto seriam quatro horas. Havia um caso de um médico que

trabalhava um dia a menos por semana, porque ele morava em Curitiba e este um dia compensaria o seu deslocamento. O seguinte relato exemplifica o problema de absenteísmo dos médicos em Almirante Tamandaré.

“Nós reconhecemos a nossa fragilidade do ponto de vista gerencial de manter o médico quatro horas na unidade; o médico fica duas horas e meia, duas horas; é questão de fragilidade administrativa, motivada por nossa história”.

Para o leitor que não é da área da saúde, existe um crônico problema nas Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana, que é a escassez de médicos para seus postos de trabalho. Um dos fatores determinantes desse problema é a distância. O profissional prefere trabalhar num local mais próximo de sua residência. Uma forma de compensar este problema seria a concessão de uma espécie de auxílio-distância, mas isto é impossibilitado ou dificultado, muitas vezes, pela malha legislativa.

Constatada a necessidade da implantação da Unidade Noite-Dia, era crucial um aumento do número de médicos e que, preferencialmente, estes 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. Observa-se que há certo receio de assumir uma proposta de terceirização. Para muitos, no setor de saúde pública, um setor muito ideologizado, terceirização estaria intimamente relacionada com proposta de privatizar a saúde ou proposta neoliberal de assistência à saúde. Isto pode ser constatado pelos seguintes relatos:

“O setor da saúde é muito politizado”.

“A terceirização é discutível do ponto de vista ideológico”.

No caso da terceirização de serviços de saúde, parece-nos que aconteceu algo similar com o instituto da estabilidade. O gestor e o corpo técnico, vivenciando o dia-a-dia, repensaram a sua postura, principalmente tendo de solucionar problemas no seu cotidiano gerencial.

No que tange aos custos, não houve um estudo pormenorizado que conseguisse precisar a diminuição do custo, se fosse realizada a terceirização, apenas uma estimativa, que previa um custo em torno de 20% menor, do que se a contratação fosse via estatuto do servidor público. Na avaliação, mais adiante, veremos que o corpo técnico e gestor estão satisfeitos com os custos da terceirização.

Definido que a contratação de médicos se daria por terceiros, o passo a seguir era definir como essa contratação seria feita.

A partir do momento em que ficou claro que a Secretaria de Almirante Tamandaré tinha optado pela contratação de um parceiro, novamente o grupo do hospital privado tentou influenciar, para que isso fosse realizado com ele. A tentativa de influenciar deu-se da mesma maneira que a desapropriação: contatos com os vereadores, comunidade e Conselho Municipal de Saúde. O corpo administrativo descartou novamente o grupo do hospital, pois este não apresentava, segundo eles, resultados satisfatórios com os recursos que eram a ele repassados pelo município, via Sistema Único de Saúde. Observa-se que no início de prestação de serviços do grupo escolhido, o hospital privado deixou de atender pacientes em seu ambulatório,

gerando uma demanda inesperada; segundo um dos entrevistados, foi uma forma de boicote à Secretaria, posteriormente superada.

Descartada novamente a opção de estabelecer parceria com o hospital particular de Almirante Tamandaré, o passo seguinte era procurar possíveis organizações para o estabelecimento da parceria. Inicialmente foi relatada a procura por hospitais universitários ou filantrópicos. Foi estabelecido contato com o Hospital Evangélico. Este hospital tinha naquele momento e ainda mantém uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba no Hospital Bairro Novo e na Unidade 24 Horas da Região do Campo Comprido. Outro contactado foi o Hospital Cajuru, hospital universitário vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Em ambos, boa parte dos Recursos Humanos, que poderiam interessar à Secretaria de Almirante Tamandaré, estavam comprometidos 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 que pode ser evidenciado pelos seguintes depoimentos.

“Eles na verdade tinham interesse em manter uma parceria no sentido estritamente acadêmico”.

“O interesse era abrir campos de estágio para seus alunos”.

“Não era política destes hospitais ser vendedor de serviços médicos”.

Descartada a possibilidade de parceria com hospitais universitários, a Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré procurou a Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Saza Lattes. A APMI Saza Lattes é uma instituição privada sem fins lucrativos, reconhecida como sendo de utilidade pública. A APMI Saza Lattes apresenta condições muito similares ou contemplaria os requisitos das chamadas “organizações sociais”.

Retomando a possível parceria com a APMI Saza Lattes, esta não se efetivou pois sua capacidade de recursos humanos estava toda comprometida com a Secretaria Municipal de Curitiba. Eram cerca de 600 médicos, além de outros profissionais da área de saúde: cirurgiões-dentistas, enfermeiras, etc. Sem dúvida, é um número muito significativo.

Segundo o relato dos entrevistados, a APMI Saza Lattes apresentava planilha de custos que demonstrava dispêndio menor que a contratação via concurso público e pelo estatuto do servidor público. Conforme já se afirmou, este tipo de parceria pode apresentar problemas de cunho trabalhista.

Diante da sua capacidade comprometida, o corpo técnico da Saza Lattes sugeriu o estabelecimento de parceria com a própria APMI de Almirante Tamandaré. Esta sugestão foi levada ao Prefeito. Este porém, preferiu descartá-la, principalmente pelo fato de ser uma modalidade de parceria nova, que eventualmente poderia trazer futuros problemas com o Tribunal de Contas, por exemplo. Isto também poderia ser explorado politicamente, já que a Presidente da A.P.M.I. local é a esposa do Prefeito. A preocupação do Prefeito de Almirante Tamandaré é pertinente, pois o processo de terceirização é muito recente e ainda

não há legislação específica. Esta preocupação também foi manifestada pelos entrevistados de Almirante Tamandaré. O trecho a seguir exemplifica isso.

“A terceirização de serviços médicos não tem fundamentação legal muito explícita e sempre se fica preocupado”.

Constatado que a parceria com alguma A.P.M.I. ou com hospitais universitários, que eram as alternativas conhecidas, não seria possível, o grupo da Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré estava diante de uma necessidade de inovar. Um dos entrevistados relatou certa preocupação; segundo este, seria mais fácil aproveitar uma experiência que já estava dando certo, e adequá-la à realidade de Almirante Tamandaré, do que começar algo totalmente novo.

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. Foi consultada a Procuradoria Jurídica do Município, esta deu parecer favorável desde que seguisse, principalmente, a lei 8.666 (BRASIL, 1993). Abordaremos esta questão do processo licitatório na administração pública apenas relacionada ao processo de terceirização, pois é assunto amplo e complexo, e não é o principal objetivo da dissertação.

Apesar da pressão pela limitação do tempo, este processo decisório de terceirização iniciou-se em maio de 1997; o contrato com a empresa escolhida, Clínica Médica e Odontológica Rio Branco, iniciou-se em 11 de setembro de 1997. Para se ter uma idéia da limitação do tempo é ilustrativo este depoimento:

“Nós efetivamos isso em setembro.O Prefeito queria que a gente fizesse isso em maio!”.

O processo licitatório, em Almirante Tamandaré, poderia ter sido dispensado segundo um dos entrevistados, pois havia uma única opção no município, um grupo médico recém-instalado em Almirante Tamandaré. Havia também a justificativa de emergência, mas, mesmo assim, optou-se por processo licitatório mediante carta-convite. Apesar da declaração do entrevistado, o fato de ter apenas um prestador no município não nos parece justificativa para a dispensa de licitação, pois nada impede que um grupo de outro município preste serviços de saúde de qualidade em Almirante Tamandaré. O requisito de a empresa ser do município pode até caracterizar direcionamento do edital, ferindo um dos princípios da licitação, que é o da igualdade entre os licitantes. Não observado este princípio, o edital poderia ser anulado, via administrativa ou então via Poder Judiciário (MEIRELLES, 1997).

O caráter de emergência poderia justificar dispensa de licitação, conforme o art. 24, inc. IV, da lei 8.666 (BRASIL, 1993), desde que o prazo de contrato não ultrapassasse 180 dias.

Quanto ao uso de carta-convite pela Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré, MEIRELLES (1997, p. 292) observa.

Convite é a modalidade de licitação mais simples, destinada às contratações de pequeno valor, consistindo na solicitação escrita a pelo menos três interessados do ramo, registrados ou não, para que apresentem suas propostas no prazo mínimo de cinco dias úteis.

A Portaria MAFRE Nº 2.631 (BRASIL, 1996) estabelece o limite, para compras e serviços que não sejam de engenharia, de 38 mil reais para a realização de licitação via carta-convite. Observa-se que há um projeto de lei aprovado no Congresso Nacional, faltando apenas a sanção do Presidente da República, que aumentaria o valor para 80 mil reais (BUARIM JR., 1998), possibilitando maior flexibilidade na realização da licitação; mas também, por outro lado, maior possibilidade de corrupção. É ilustrativo o depoimento de um dos entrevistados.

“A carta-convite pode ser acerto de amigos; você traz outras duas propostas, é assim que funciona. Aqui não aconteceu”.

Os outros tipos de licitação são: concorrência, tomada de preços, concurso e leilão (MEIRELLES, 1997).

Realizada em Almirante Tamandaré, a licitação via modalidade carta-convite, o grupo escolhido foi um grupo médico privado com fins lucrativos, a Clínica Médica e Odontológica Rio Branco. Entramos em contato telefônico, com uma das outras empresas participantes e esta não questionou a escolha da Secretaria de Saúde.

O contrato de prestação de serviços inicialmente foi estabelecido em 3 meses, mais especificamente de setembro a dezembro de 1997, seria como disse um dos entrevistados, uma espécie de contrato de experiência.

“Faremos experiência por três meses; vamos neste processo aprender o que dá isso”.

Este contrato foi prorrogado por mais seis meses. Um dos entrevistados relatou a necessidade de contratos de maior duração, a fim de que o prestador possa planejar e investir para que possa prestar o serviço.

“Contratando a empresa por mais tempo, esta empresa pode investir na capacitação do médico, mas isso implica que ela tenha uma perspectiva de médio e longo prazo com a gente, porque um cara não vai montar uma equipe de médicos para prestar um serviço de três meses”.

Expirado o prazo de seis meses, que se dará no final de junho de 1998, a Secretaria de Saúde pretende abrir outro processo licitatório. Um dos entrevistados afirmou que é possível o interesse do grupo do hospital privado de Almirante Tamandaré, que se tem aprimorado tecnicamente. Para ele, isso é positivo, pois estabelece maior competitividade entre os possíveis prestadores, trazendo vantagens para a Secretaria.

Quanto à extensão do contrato, o Procurador do Município recomendou que fosse sucinto. Disse um dos entrevistados.

“A gente estabeleceu minimamente algumas questões; até por orientação do Procurador do Município: quando você não tem isso muito claro, você deixa aberto e negocia”.

4.1.5.3 Resultados do processo decisório

Uma das principais vantagens da terceirização, relatada por todos os entrevistados de Almirante Tamandaré, foi propiciar maior flexibilidade, bem como maior agilidade. Isto pode ser observado pelos seguintes relatos.

“Ela possibilita certa agilidade administrativa”.

“O grande ganho foi permitir agilidade na solução de um problema”.

“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 médico-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 que, para NASSIF (1998), juntamente com a descontinuidade administrativa, seriam as fraquezas das empresas públicas. Observa-se que, ainda assim, é possível maior margem de negociação na administração pública, quando se realiza a terceirização. Para se ter uma idéia da dificuldade em relação à burocracia legal, é ilustrativo este trecho de MEIRELLES (1997, p. 82): **“Enquanto na administração particular é lícito fazer tudo o que a lei não proíbe, na Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza”**. Depoimentos dos entrevistados também demonstram este tipo de dificuldade.

“O risco na administração pública é sempre interpretado como a possibilidade de haver fraude”.

“Se o planejamento estratégico exige movimentos rápidos, na instituição pública isso é impossível”.

Mas, apesar dos entraves legais (por exemplo a necessidade do processo licitatório), no caso de Almirante Tamandaré observou-se boa margem de negociação. Isto pode ser evidenciado pelos seguintes relatos dos entrevistados.

“A gente estabeleceu um limite e aí negociamos, houve processo de negociação com esta empresa”.

“Depois dos três meses, vimos que era necessário mais um pediatra, aí negociamos; que era preciso um ginecologista mais de uma vez por semana”.

“Há uma relação de negociação, eu quero comprar pelo menor preço e eles querem vender pelo maior preço”.

É importante observar que a terceirização, propiciando maior margem de negociação do poder público, não foi relatada pela nossa literatura consultada.

A negociação observada em Almirante Tamandaré teve como objetivo a melhoria na relação custo-benefício, e não foram identificados nas entrevistas interesses pessoais.

Outro ponto positivo da terceirização efetuada em Almirante Tamandaré foi o aumento do coeficiente de rendimento, neste caso mensurado pelo número de

consultas por tempo trabalhado. Na Unidade Noite-Dia este coeficiente é maior que nas demais unidades, segundo os entrevistados.

O contrato assinado entre a Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré e o grupo privado apresenta características de contrato de prestação de serviços. Para MEIRELLES (1997, p. 236): “o contrato de serviço é todo ajuste administrativo que tem por objeto uma atividade prestada à Administração, para atendimento de suas necessidades ou de seus administrados”. Neste contrato estavam presentes: horário dos médicos, critérios de produção, número de consultas-dia, tipos de consulta, etc. Havia também uma cláusula que previa a substituição de funcionários, neste caso, médicos, se estes não desempenhassem a contento suas funções. Se o prestador não realizasse a substituição, caracterizar-se-ia não cumprimento do contrato e em consequência o seu rompimento. Como já se comentou, todos os entrevistados ressaltaram as dificuldades que o atual conceito de estabilidade proporciona; esta cláusula permitiria a substituição imediata do funcionário. Infelizmente não foi possível a obtenção de cópia deste contrato.

Como já comentamos as vantagens ou os pontos-fortes da terceirização, neste momento mencionaremos alguns problemas que aconteceram durante este período analisado. O primeiro problema observado 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 médico está ali para prestar serviços unicamente, e não sabe se vai permanecer muito tempo; isso cria certa dificuldade para o seu vínculo para com a unidade e com

o paciente principalmente. O sujeito volta lá, para buscar determinado doutor, e o doutor não está mais ”.

O segundo problema era que a empresa não tinha quadro adequado de médicos. Não havia substituição imediata; havia lapso de tempo entre a saída de um médico e a entrada de novo médico. É ilustrativo o depoimento:

“Não foi um mar de rosas, houve dificuldades na reposição de médicos”.

Parecido com este segundo problema foi a ausência por um ou dois dias de determinados médicos, principalmente na época de final de ano, entre o Natal e o Ano Novo. Porém, neste caso, o próprio médico proprietário da empresa foi substituí-los.

Outro problema que aconteceu, mas não diretamente relacionado à Secretaria de Saúde, foi certo desentendimento entre os sócios. Um deles entendia que a Prefeitura estava inadimplente com ele, mas foi demonstrado pela Secretaria que ela havia cumprido o contrato e que ele deveria discutir isso com o outro sócio. Não aconteceu, mas se houvesse rompimento da sociedade, poderia trazer graves problemas para a Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré.

Um novo problema que pode vir a acontecer é uma eventual ação trabalhista por parte de algum médico. Não houve nenhum caso deste tipo, mas a experiência é muito recente e é possível que aconteça alguma ação.

No caso de Almirante Tamandaré, pelo relato dos entrevistados, o custo da terceirização é compatível com a receita do município. O passo inicial, neste caso, foi pesquisar os valores do mercado, conforme os seguintes relatos.

“A gente tinha uma expectativa de receita; pesquisamos os valores médios de mercado”.

“Pesquisou-se quanto se pagava em média num hospital da Região Metropolitana para ter plantonistas no final de semana”.

Infelizmente, não foi possível a obtenção de uma previsão mais precisa de custos, mas o repasse para o grupo privado está em torno de 12.500 reais e o valor obtido pela remuneração do S.U.S. é de aproximadamente 7.000 reais. A Prefeitura tem de arcar com aproximadamente 5.500 reais por mês. Para a totalidade dos entrevistados é um custo razoável pelo serviço prestado.

4.1.5.4 Avaliação do processo decisório

Analisando as vantagens e os problemas observados no processo de terceirização em Almirante Tamandaré, pode-se afirmar que, segundo os entrevistados, o resultado tem sido positivo e que a Unidade Noite-Dia tem atingido seus objetivos.

No início da gestão do atual prefeito antes, portanto, da Unidade Noite-Dia, havia sido realizada uma pesquisa sobre os serviços de saúde, e o grau de satisfação estava em torno de 30%. Decorrido o prazo de um ano, o grau de

satisfação havia dobrado. Infelizmente, não tivemos acesso à pesquisa, nem à sua metodologia, mas pode ser utilizada como indicativo. Também é necessário observar que a pesquisa se referia a serviços de saúde em geral e não apenas à Unidade Noite-Dia; mas segundo os entrevistados, a Unidade Noite-Dia teria influência fundamental na melhora da satisfação do usuário. Sem dúvida, seria necessária uma avaliação da satisfação do consumidor da Unidade Noite-Dia. Também seria interessante uma análise mais rigorosa em relação ao impacto dos serviços da Unidade Noite-Dia na avaliação pela população dos serviços de saúde.

Retornando à avaliação do processo de terceirização, segundo os entrevistados, o Prefeito, os Secretários de Administração e Finanças estariam ainda mais satisfeitos que os dirigentes da Secretaria da Saúde. A experiência da Unidade Noite-Dia teve sua 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 dias e em horários que antes inexistia: feriados, sábados, domingos e no período noturno. Já existe proposta para a criação de outra Unidade Noite-Dia nos mesmos moldes da anterior.

No concernente à avaliação do processo de terceirização, os próprios entrevistados reconhecem que ainda não há maior sistematização e precisão por parte da Secretaria de Almirante Tamandaré, no processo de avaliação da qualidade, desempenho e da produtividade, etc. No caso dos serviços de saúde, ainda há o agravante da dificuldade de mensuração conforme já foi observado por UGÁ (1995).

4.1.5.5 Fatores racionais e políticos

Avaliando o processo decisório de terceirização em Almirante Tamandaré, pode-se observar que o seu início se deu durante a campanha eleitoral, com compromissos e pressão popular, ou seja, um início eminentemente político. Concordamos com MORGAN (1996, p. 146), quando afirma que “a política e o jogo político podem ser um aspecto essencial da vida organizacional e não necessariamente algo disfuncional”.

Ademais, observou-se atuação intensa do grupo do hospital privado, segundo seus interesses, para eventual desapropriação do hospital ou mesmo no estabelecimento da parceria com o grupo médico do hospital. Estes interesses, neste caso de um grupo, são amplamente relatados pela literatura, por exemplo ALLISON (1971), DEAN (1993) e EISENHARDT (1992). Essa presença de componentes políticos em organizações públicas de saúde já foi observada por LIMA (1994).

Na definição pela opção da terceirização ou parceria em detrimento da prestação direta de serviços, no nosso entendimento, predominou a influência de fatores que estariam vinculados eminentemente ao modelo racional: menor custo, busca da agilidade, da flexibilidade, e fuga da estabilidade do servidor público e das amarras legislativas do setor público. Estes fatores, boa parte deles, também foram observados por SOUZA PINTO (1995) em seu estudo das estatais paulistas. Frisasse, entretanto, que sempre o Corpo Administrativo da Secretaria de Almirante

Tamandaré trabalhou sob a pressão do fator tempo, o que caracterizaria o conceito de racionalidade limitada de SIMON (1979).

Na escolha do parceiro também predominaram aspectos do modelo racional. Foi descartado o hospital municipal pela sua incapacidade técnica, a despeito da sua tentativa de influenciar o processo de escolha, neste caso presente o interesse, componente do modelo político. Um dos hospitais universitários não foi escolhido pelo seu predominante interesse em assegurar apenas um campo de estágio, relegando a prestação de serviço para segundo plano. Lembramos também que a escolha do parceiro se deu por processo licitatório.

No caso de Almirante Tamandaré, é aplicável a afirmação de SORBER (1995) de que a terceirização poderia despolitizar algumas decisões do setor público e propiciar inovações. Neste caso, a possibilidade de negociação entre tomador e prestador de serviços. Também é possível observar a influência de fatores políticos no processo decisório, principalmente no seu início, bem como de fatores racionais-econômicos como a busca de maior agilidade e flexibilidade.

4.2 Secretaria municipal de saúde de Araucária

4.2.1 O caso

No município de Araucária os serviços terceirizados foram os exames de radiologia e de ultra-sonografia. A terceirização deu-se principalmente pela impossibilidade da prefeitura prestar estes serviços diretamente. A escolha dos parceiros deu-se em editais distintos, através de processo licitatório na modalidade tomada de preços. As prestadoras escolhidas foram duas organizações privadas, uma filantrópica com sede em Araucária, e a outra com fins lucrativos com sede em Curitiba. No caso dos exames ultra-sonográficos houve tentativa de manipulação no processo de escolha para beneficiar uma empresa de Araucária.

A Secretaria está satisfeita com os prestadores com ressalvas em relação ao custos dos serviços prestados.

4.2.2 O município

Araucária está situada a sudoeste de Curitiba, compondo a Região Metropolitana deste município.

A população de Araucária em 1996, segundo levantamento do IBGE, estava em torno de 76.684 habitantes. Em 1991, 87% da população situava-se em região urbana.

Na cidade de Araucária 48,34% dos chefes de família ganham dois salários mínimos ou menos e 79,26% têm baixa escolarização, ou seja, apenas o 1º grau incompleto.

4.2.3 Indicadores de saúde

Neste município, 90,07% dos domicílios urbanos estão ligados à rede de abastecimento de água, entretanto 4,66% não têm canalização dentro de casa. Na zona rural apenas 4,93% dos municípios estão ligados à rede, sendo que 2,25% não têm canalização interna.

Na cidade, 11,37% dos domicílios estão conectados à rede de esgoto, na zona rural não há rede de esgoto.

Há coleta de lixo em 91,95% dos domicílios na zona urbana, na zona rural há apenas 1,05% dos domicílios atendidos.

O coeficiente de mortalidade infantil em 1996 foi de 28,00.

No primeiro ano de vida os problemas mais comuns são: desidratação, diarreia, gripes, desnutrição e dificuldades para andar e falar.

Até os 14 anos os principais problemas de saúde são: cáries dentárias, acidentes domésticos, atropelamentos, afogamentos e problemas de comportamento. Em relação a problemas de comportamento observa-se abuso de drogas, principalmente o álcool, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada.

Na faixa etária entre 14 e 45 anos, a mortalidade é baixa, sendo que a maior parte dos problemas de saúde estão relacionados à violência (homicídio, suicídio, acidentes de trânsito, acidentes no trabalho, etc). Há também a presença da AIDS. Acima dos 30 anos há problemas de pressão alta, excesso de peso, diabetes, lombalgias, estresse, entre outros.

Acima dos 45 anos há problemas cardíacos, câncer, derrames, doenças respiratórias, diabetes, cirrose e outros.

4.2.4 Estrutura da secretaria saúde

A Secretaria de Saúde de Araucária compreende, no nível estratégico, o Secretário e a Direção Geral.

Há também três departamentos: Departamento de Assistência à Saúde, Departamento de Coordenação de Serviços de Saúde e Departamento de Saúde Coletiva. O Departamento de Saúde Coletiva compreende as Divisões de Epidemiologia e de Vigilância Sanitária.

Existem atualmente 16 unidades de saúde no município de Araucária.

4.2.5 Processo decisório de terceirização de exames ultra-sonográficos e radiológicos em Araucária

4.2.5.1 Introdução

O processo decisório de terceirização dos exames de Radiologia e Ultra-Sonografia em Araucária apresenta algumas características distintas dos processos decisórios de Almirante Tamandaré e de Fazenda Rio Grande. Este processo decisório em Araucária apresenta menos importância para a organização do que nos outros dois municípios. Em Araucária esta decisão não teria as mesmas características estratégicas que em Almirante Tamandaré e Fazenda Rio Grande. A decisão em Araucária estaria mais próxima de uma decisão programada, e não teria característica inovadora, como nos dois outros municípios.

Durante o decorrer do trabalho, chegamos a pensar em não coletar os dados de Araucária, pelas suas características, distintas das demais, de decisão não-estratégica e programada. Entretanto, em contato com 12 municípios, dos 25 que compõem Curitiba e sua Região Metropolitana, observamos que apenas nos municípios de Almirante Tamandaré, Araucária, Curitiba e Fazenda Rio Grande, havia experiências de terceirização de serviços de saúde. E já observávamos que haveria dificuldades em coletar dados em Curitiba, o que acabou inviabilizando a pesquisa neste município. Por estes motivos, optamos por manter o município de Araucária.

Retomando o caso de Araucária, o processo decisório deu-se através de processo licitatório. Antes de abordar o processo licitatório, apresentaremos e analisaremos os motivos da terceirização. Os principais motivos da terceirização em Araucária foram o fato de que o município não apresentava todos os aparelhos necessários para realizar os exames e, principalmente, a dificuldade de obter os recursos humanos que seriam necessários para operá-los. Existe um aparelho de

Raio X, mas não há profissionais para operá-lo e realizar sua manutenção, bem como analisar os exames e assinar laudos, neste caso médico-radiologista.

No caso do médico-radiologista, um dos entrevistados ressalta a dificuldade de conseguir um profissional dessa especialidade com o salário oferecido pela Prefeitura. Para médicos especializados, o salário oferecido pela Prefeitura de Araucária estaria muito abaixo do mercado. Para oferecer uma remuneração maior haveria dificuldades em relação ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários do Município. Haveria, também, necessidade de um projeto de lei municipal específico.

No que tange às dificuldades de manutenção, seria necessário um Engenheiro com formação específica na área, com as mesmas dificuldades do médico-radiologista. A preocupação com o custo de recursos humanos nesta área, é demonstrada pelos relatos.

“O que o médico-radiologista ganha para fazer esse exame fora, ele não vai ganhar nunca dentro do serviço”.

“A manutenção do equipamento radiológico é uma fortuna”.

A Secretaria de Saúde de Araucária tem intenção de montar o Serviço de Radiologia, pois já dispõe de aparelho de Raio X, doado pelo Ministério de Saúde. Os exames seriam realizados pela Prefeitura por um técnico em Raio X; a análise dos exames feita por médico-radiologista, e a manutenção do equipamento seria terceirizado. Entretanto, nesse momento, esta intenção não está sendo concretizada por falta de recursos financeiros.

Diante da impossibilidade de assumir a realização dos exames, a única alternativa que restava era a terceirização dos exames. Isto também foi relatado por

SOUZA PINTO (1995), quando identifica os motivos para a terceirização relacionados com a administração estatal. Um deles é a viabilidade de executar serviços para os quais a empresa não dispõe de recursos próprios.

Cumpra observar que um dos entrevistados apresentou ressalvas, no nosso entendimento pertinentes, quanto ao processo de terceirização.

“O serviço terceirizado só é bom, se ele for fiscalizado e avaliado periodicamente”.

Esta afirmação está respaldada pela literatura: ASSIS (1997), PRAGER (1994) e SORBER (1995). Na área de saúde pública, uma das tentativas de controle e fiscalização dá-se via Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, conforme o que dispõe o parágrafo 2º do artigo 1º da lei 8.142 (BRASIL, 1990): “Compete aos Conselhos de Saúde: atuar na formulação de estratégias da política de saúde, e no **controle** da execução da política de saúde, **incluídos os aspectos econômicos e financeiros**” [sem grifo no original]. Há também a necessidade do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, para que o município possa gerir de forma autônoma os recursos financeiros na área da saúde. Sem dúvida, é uma tentativa efetiva de controle social, já que 50% dos integrantes dos Conselhos de Saúde são representantes da sociedade civil; entretanto, algumas vezes, os Conselhos têm sua função desvirtuada e servem apenas para legitimar as decisões do Poder Executivo, no caso Secretaria de Saúde. O depoimento de um dos entrevistados demonstra isso.

“Se o Conselho for só de fachada, o que se dá na maioria dos casos, ele só serve para legalizar procedimentos; o Conselho tem de ser efetivo, que cobre”.

Quanto à possibilidade de terceirização, houve experiência com serviços de ambulância. E, segundo um dos entrevistados, esta terceirização dos serviços de ambulância foi “um desastre”, havendo desvio de recursos e de combustível.

4.2.5.2 Processo decisório propriamente dito

Diante da impossibilidade de prestar serviços de radiologia e de ultrasonografia, a alternativa era terceirizar esses serviços. Pelos valores aproximados que seriam pagos, no caso dos exames radiológicos, definidos em 64.994,40 reais, e dos exames ultra-sonográficos em 41.406,00 reais, havia necessidade de processo licitatório; neste caso foi seguida a modalidade Tomada de Preços que, conforme a Portaria MAFRE nº 2.631, deve ser utilizada, caso não sejam serviços de engenharia, quando os valores estiverem entre 37.262,63 e 596.202,05 reais.

Em relação aos preços dos exames, foi observado por um dos entrevistados que a prefeitura paga, pelos exames de radiologia e de ultrasonografia, aproximadamente os valores sugeridos pela tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), e recebe por eles pela tabela do S.U.S., gerando um ônus significativo para a prefeitura. Para este entrevistado, se o serviço fosse prestado diretamente, talvez propiciasse certa economia; mas o depoimento é mais especulação, pois não houve previsão mais precisa sobre o eventual custo de prestação direta de serviços.

Retornando à necessidade do processo licitatório, pelo valor máximo estipulado em edital, a licitação deveria ser realizada pela modalidade Tomada de Preços. Assim escreve MEIRELLES (1997, p. 290).

”Tomada de preços é a licitação realizada entre interessados previamente registrados, observada a necessária habilitação, convocados com a antecedência mínima prevista na lei, por aviso publicado na imprensa oficial e em jornal particular, contendo as informações essenciais da licitação e o local onde pode ser obtido o edital”.

Iniciado o processo licitatório, em editais distintos, um para os serviços de radiologia e outro para os serviços de ultra-sonografia, constatou-se que, para os serviços de radiologia só havia um proponente, pois o outro interessado havia perdido determinado prazo e foi desclassificado. Neste caso, ambas as empresas eram de São José dos Pinhais.

O único proponente habilitado e vencedor da licitação foi o Hospital São Vicente de Paulo. Este hospital faz parte da Província Brasileira da Congregação das Irmãs (Filhas) de São Vicente de Paulo, que é uma pessoa jurídica de direito privado, de natureza associativa, religiosa, filantrópica e sem fins lucrativos. Por suas características, este hospital eventualmente pode vir a ser considerado, num futuro próximo, uma organização social.

No caso dos exames ultra-sonográficos, o processo foi mais demorado; havia dois concorrentes, um da cidade de Araucária e outro da cidade de Curitiba. Inicialmente, segundo o próprio relato dos entrevistados, houve tentativa de direcionamento do edital de licitação. São ilustrativos os seguintes depoimentos.

“Na verdade, o processo tinha sido amarrado para a Clínica de Araucária ganhar. Tinha sido direcionado”.

“Com esse edital, a Clínica de Curitiba não poderia participar”.

O direcionamento do edital constitui, segundo MEIRELLES (1997), infração ao princípio da igualdade entre os licitantes, e é uma das causas mais freqüentes de impugnação ou anulação de editais de licitação.

A Clínica de Araucária, beneficiada inicialmente, pertencia a um médico que tinha sido, durante seis meses, em 1997, Secretário Municipal de Saúde de Araucária. Aliás em um ano de gestão, modificou-se três vezes o Secretário de Saúde.

Sentindo-se prejudicada, a Clínica de Curitiba, denominada Clínica Dr. Abrão Mansur S/C LTDA, clínica privada com fins lucrativos, recorreu e solicitou a impugnação do edital inicial, o que acabou acontecendo. Refeito o edital, a Clínica Dr. Abrão Mansur venceu a licitação. Neste caso, observa-se claramente que, mesmo em decisão não estratégica, pode haver presença intensa de interesses de uma pessoa ou de um grupo, que tenta influenciar o processo decisório segundo seus próprios interesses. No caso em tela, a forma de controle deu-se pelo concorrente, evitando uma concorrência direcionada.

No primeiro caso, prestação de exames radiológicos, o contrato tem duração de 180 dias ou seis meses. No caso dos exames ultra-sonográficos, o prazo também era de seis meses, podendo ser prorrogável por mais seis meses.

Se as prestadoras de serviço não atuassem adequadamente, o contrato poderia ser desfeito pela Prefeitura. Há uma cláusula que permite à Prefeitura declarar o parceiro inidôneo, impossibilitando-o de participar durante dois anos de processos licitatórios realizados pela Prefeitura de Araucária.

Em relação aos critérios do edital, além do menor preço, pode-se observar a facilidade de acesso, bem como a rapidez da realização dos exames, que deveria

ser feita no máximo em três ou quatro dias; em casos de emergência, no mesmo dia. Os resultados dos exames ou laudos, como são conhecidos na literatura médica, teriam de ser fornecidos no mesmo dia. Isto está previsto no parágrafo 2º da cláusula 4º do Contrato de Prestação de Serviços nº 004/98 (ver anexo 3). O número de exames prestados está em torno de 400 mensais, 200 realizados em cada clínica.

No que tange à facilidade de acesso, poder-se-ia estranhar o fato de que uma Clínica de Curitiba ter ganho o processo licitatório da prestação de serviços ultrasonográficos, mas os pacientes de Araucária, segundo um dos entrevistados, têm possibilidade de pegar um único ônibus no Terminal de Araucária e descer no Terminal do Portão, em frente da Clínica do Dr. Abrão Mansur, em Curitiba.

4.2.5.3 Resultados e avaliação

Em relação à avaliação dos serviços, os entrevistados foram unânimes em afirmar que a prestação de serviços tem sido de boa qualidade. A única ressalva seria o custo que, no entendimento de um dos entrevistados, ainda é muito oneroso; talvez, se o serviço fosse prestado diretamente, houvesse certa economia. Como já afirmamos anteriormente, isto é mera especulação, já que não foi feita uma avaliação de maior precisão sobre custos. Os médicos que solicitam os exames também estariam satisfeitos, segundo os entrevistados.

Reafirmamos nossa limitação, visto que não foi realizada pesquisa sobre a satisfação do usuário final em nosso estudo. Pelos relatos dos entrevistados, os

usuários estão satisfeitos, havendo problemas somente quando houve interrupção temporária da realização dos exames. Neste caso, ocorreram reclamações, até nas rádios locais. O relato de um dos entrevistados exemplifica isso.

“A população, na verdade, quer os exames. Tendo o exame na hora, eles estão satisfeitos”.

No caso de Araucária a questão da estabilidade também foi muito criticada. Todos os entrevistados observaram que ela deve ser modificada ou flexibilizada. Para eles, um dos pontos positivos da prestação de serviços é que, se a prestadora não realizar a contento seu trabalho, pode ser dispensada, rompendo-se o contrato. Ou então, num novo processo licitatório, ela não ser a escolhida. A estabilidade não permitiria essa maior flexibilidade.

Numa análise final, pode-se observar que a decisão de terceirização em Araucária, pelas suas características, não poderia ser considerada estratégica.

Outro fator importante é que a prestação de serviços diretos não era uma hipótese viável a curto prazo, por causa das dificuldades financeiras, bem como pelas dificuldades de contratar pessoal especializado. Em relação à contratação de pessoal especializado, o maior problema seria a rigidez do Plano de Cargos, Carreiras e Salários, que dificultaria a oferta de salários melhores para o pessoal de maior especialização. Essa rigidez foi criticada pelos entrevistados das três Secretarias. O resultado desses obstáculos é que, mesmo a Prefeitura tendo um aparelho de Raio X, não tinha condições de oferecer esse serviço. A opção era a terceirização desses serviços.

4.2.5.4 Fatores racionais e políticos

Sendo iniciado o processo de terceirização, houve uma pessoa ou grupo que tentou influenciar a escolha do prestador segundo seus próprios interesses. Aqui é possível constatar o componente ou fator interesse que está relacionado ao modelo político de ALISSON (1971).

Novamente, o instituto da estabilidade foi muito criticado pela sua pouca flexibilidade, frisou-se que a terceirização permite maior agilidade. Em relação à agilidade, isto pode ser constatado pela exigência fixada em cláusula, que prevê a realização dos exames em três ou quatro dias, em casos de emergências no mesmo dia. A análise ou laudo dos exames teria de ser fornecida no mesmo dia dos exames. Quanto à flexibilidade, isto pode-se observar num eventual rompimento de contrato, ou na escolha de parceiro distinto em nova licitação. A possibilidade de maior agilidade e flexibilidade seriam fatores que estariam relacionados ao modelo racional ou da racionalidade limitada.

O processo decisório de terceirização em Araucária foi o mais simples, dos três casos estudados; foi constatada a presença de fatores racionais-econômicos, como a agilidade e flexibilidade, mas também de elementos políticos, neste caso interesses.

4.3 Secretaria municipal de saúde de Fazenda Rio Grande

4.3.1 O caso

No município de Fazenda Rio Grande, o processo decisório de terceirização deu-se a partir de uma demanda explicitada durante a campanha eleitoral para a prefeitura. A população exigia a reabertura do hospital, fechado na gestão anterior. Para atender esta necessidade da população, a administração local optou pela terceirização.

A terceirização possibilitou maior rapidez na efetivação do atendimento no Hospital, pois não foram necessários: concurso público, criação de carreira de médico plantonista, entre outras exigências legais, que existiriam, se a prestação de serviço fosse realizada diretamente pela prefeitura.

Em Fazenda Rio Grande não ocorreu processo licitatório, sendo escolhido o Hospital Cajuru como prestador de serviço. A Secretaria Municipal não está satisfeita com esta prestação de serviço, motivada principalmente pelo alto custo que tem representado esta parceria.

4.3.2 O município

Fazenda Rio Grande está localizada ao sul de Curitiba, fazendo limites com São José dos Pinhais a leste, Araucária a oeste e Contenda ao sul.

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

A população economicamente ativa (P.E.A.) é de 10.644 habitantes distribuídos da seguinte maneira:

- renda até 1 S.M. : 2.126 habitantes
- renda de 1 a 3 S.M. : 6.240 habitantes
- renda de 3 a 5 S.M. : 490 habitantes
- renda de 5 S.M. ou mais: 788 habitantes

4.3.3 Indicadores de saúde

No município de Fazenda Rio Grande, segundo levantamento do I.B.G.E. em 1996, 12.440 domicílios apresentam água de abastecimento tratada, enquanto 11.004 domicílios se utilizam de água de poço ou nascente.

Neste município não há rede de esgoto. Há 3.432 domicílios com fossa séptica e 9.236 com fossa negra (casinha).

O coeficiente de mortalidade infantil em 1997 em Fazenda Rio Grande foi de 19,48.

As principais doenças notificadas, em 1997, foram pela ordem: mordeduras de cão, rubéola, meningite, hepatites e tuberculose.

As principais causas de internação foram: gastroenterite, afecções das vias respiratórias, hipertensão, traumas, dores abdominais, gravidez, asma e bronquite, gastrite e lombalgias.

4.3.4 Estrutura da secretaria

Esta estrutura compreende:

- Secretário Municipal de Saúde
- Superintendência
- Departamento de Vigilância Epidemiológica
- Departamento de Vigilância Sanitária
- Departamento de Assistência à Saúde:

Assistência Social

Assessoria Administrativa

A estrutura operacional da Secretaria é composta de:

- 03 Unidades de Saúde: Arlete Richa, C.A.I.C. e Vila Madalena
- Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida (objeto de nosso estudo)

A Secretaria de Fazenda Rio Grande desenvolve os seguintes programas: lactentes, gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos.

4.3.5 Processo decisório de terceirização do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida

4.3.5.1 Introdução

O início do processo decisório em Fazenda Rio Grande deu-se de forma muito similar ao processo de Almirante Tamandaré. Na gestão municipal anterior funcionava um hospital municipal e este, por uma série de dificuldades (financeiras, fiscalização da Vigilância Sanitária, etc), foi fechado. Durante o período em que o hospital estava fechado, segundo os entrevistados, “desapareceu” uma série de equipamentos, até mesmo do laboratório de análises clínicas, e móveis.

Com o fechamento do hospital, começou a se formar 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 Almirante Tamandaré. Além da pressão popular, havia também pressão de boa parte dos vereadores. Segundo um dos entrevistados, um dos vereadores teria afirmado:

“ Tem de reabrir o hospital, custe o que custar”.

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

Outra situação parecida foi o fato de que os entrevistados representavam a segunda mudança na Secretaria na atual gestão. Em abril de 1997, ou seja, em

apenas quatro meses de gestão municipal, era o terceiro Secretário de Saúde do atual Prefeito. Isto reflete o quadro de instabilidade organizacional daquele momento.

Havia o compromisso político de reabrir o hospital municipal, com forte pressão popular para que isso se efetivasse. Os relatos confirmam.

“Havia ansiedade pela reabertura do hospital, custasse o que custasse”.

“A comunidade queria que se desse um jeito de abrir o hospital”.

“Existia uma pressão popular grande. Foi um compromisso de campanha. Era uma solicitação de toda a comunidade”.

Na verdade, o hospital não estava completamente fechado; parte dele operava, mas apenas como Posto de Saúde 24 horas. Ou seja, ele estava funcionando apenas como ambulatório. Qualquer internação que tivesse de ser realizada, teria de ser efetuada em Curitiba. Este era um dos principais motivos da insatisfação da população e conseqüente pressão popular.

É importante observar que, quando falamos em “reabertura do hospital”, isto se deve à preocupação em se ater aos relatos dos entrevistados.

Constatada a necessidade de reabertura do Hospital Nossa Senhora Aparecida ou, mais propriamente, da retomada de suas funções como hospital, e não apenas ambulatório, o passo seguinte no processo decisório foi como deveria ser implementado.

4.3.5.2 Processo decisório propriamente dito

A primeira alternativa pensada foi de que a própria Secretaria assumisse diretamente as funções do hospital, com pessoal próprio contratado via Estatuto do Servidor Municipal ou por contrato temporário, via Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.). Esta opção de operacionalizar o hospital diretamente foi descartada por alguns motivos. Para a contratação de profissionais de forma definitiva 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.

“O concurso público é uma segunda barreira na implantação de um hospital via administração pública”.

“Há o tempo para publicar o Edital do Concurso, executar a prova, corrigi-la, ...”.

Outro motivo que influenciou esta decisão foi o fator estabilidade.

“Isso é um contrato do Poder Público que pode ser pelo resto da vida da pessoa”;

“Se o profissional médico é bom, ele economiza no hospital; se é ruim, ele gasta muito dinheiro”.

Aparentemente, mesmo com o prazo de estágio probatório e a possibilidade de exoneração em determinados casos, há unanimidade dos entrevistados das três Secretarias acerca da grande dificuldade em exonerar funcionário público.

Outro fator que nos chamou atenção é que, sendo administrado diretamente pela Secretaria, o hospital não poderia atender convênios e pacientes privados. Pelo contrato ainda em vigor, isto não seria possível, mas com a proposta do novo contrato (ver anexo 4), que prevê o regime de concessão, haveria a possibilidade de atendimentos de convênios e pacientes privados, segundo os entrevistados. No contrato de concessão haveria possibilidade de cobrança de tarifas.

Para os hospitais públicos, exceto alguns hospitais universitários, como por exemplo a UNICAMP (SIMIONATO, 1998), que atendem pacientes com convênio, seguro-saúde ou credenciamento, não há ainda possibilidade de reembolso para o hospital público por parte das empresas de planos ou seguros-saúde. Esta é uma das maiores reclamações dos administradores em saúde pública. A possibilidade de cobrança talvez ocorra com a entrada em vigor da lei 9.656/98 (SIMIONATO, 1998).

Em relação ao contrato de concessão, o objetivo seria reduzir o custo para a Prefeitura local, atendendo toda a demanda S.U.S., segundo um dos entrevistados, mas também atendendo clientes privados e que tenham planos, seguros de saúde, etc; recebendo remuneração por isso. Entretanto, é possível que, mesmo num contrato de concessão, o Ministério Público ou mesmo o Tribunal de Contas

questione o caráter de cobrança num hospital público, observando aspectos da Constituição Federal e/ou da Lei Orgânica de Saúde.

Descartada a hipótese de assumir diretamente o Hospital Nossa Aparecida, a alternativa era o estabelecimento de uma parceria ou terceirização. Para COSTA (1994) são expressões sinônimas. É curioso observar que, no primeiro contato com o Secretário Municipal de Saúde de Fazenda Rio Grande, ele ressaltou:

“Em Fazenda Rio Grande não fizemos terceirização, mas parceria!”.

Como já afirmamos, parece haver, no setor de saúde pública, certo temor em relação à palavra 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, o serviço a ser prestado era 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 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 estas estavam: Hospital Evangélico de Curitiba, Hospital Angelina Caron de Campina Grande do

Sul, 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 deste 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/PUC-PR. 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. Outros fatores que influenciaram a decisão de escolha foram o fato do Hospital Cajuru apresentar um Laboratório de Análises Clínicas, evitando que o município tivesse de investir em equipamentos e profissionais com formação em Bioquímica; seu vínculo com a Universidade Católica, que possibilitaria que alguns residentes-médicos atuassem no Hospital Nossa Senhora Aparecida; e sua grande experiência na área de Traumatologia, uma vez que a BR 116 divide o município, e propicia muitos acidentes. O Hospital Evangélico também apresentava algumas dessas características do Hospital Cajuru, entretanto seu preço era o mais oneroso para a Prefeitura. Havia alternativas menos onerosas, mas que segundo os entrevistados, não apresentavam condições técnicas para prestar adequadamente o serviço desejado. Segundo os entrevistados, não houve questionamentos dos sete hospitais preteridos. Das sete organizações,

conseguimos entrar em contato com duas; nelas não houve questionamentos acerca da escolha do Hospital Cajuru por parte da Secretaria de Fazenda Rio Grande.

A escolha do Hospital Cajuru contou com a ratificação do Conselho Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré. Do total de 20 conselheiros, 19 estavam presentes na sessão em que foi referendado o Hospital Cajuru, 18 votaram a favor e houve 1 abstenção. Conforme a lei 8.142 (BRASIL, 1990), o Conselho Municipal deve apresentar na sua composição: 50% de representantes de usuários dos serviços de saúde, 25% de gestores e 25% de representantes de trabalhadores do setor saúde.

Ainda em relação à escolha do parceiro, foi relatado pelos entrevistados a tentativa de terceiros, pressionando alguns vereadores, para que estes influenciassem na escolha de determinado parceiro. Os relatos exemplificam isso.

“Houve pressão política junto a vereadores, para favorecer A ou B”.

“Sobre a pressão, os vereadores vieram falar: _se você escolhesse Fulano ou sicrano, daria mais benefício político. O Prefeito seria beneficiado porque as pessoas trabalhariam em função dele”.

Segundo os entrevistados, o Prefeito escolheu a opção técnica, acatando a decisão do Conselho Municipal de Saúde.

Mesmo com a pressão popular para a reabertura do hospital, o processo decisório iniciou-se em abril de 1997, quando o atual Secretário tomou posse, e o hospital só foi reaberto em setembro. As internações foram iniciadas somente em novembro de 1997. Durante este período, de abril a setembro, segundo os entrevistados, houve negociação com os diversos interessados, em parte facilitada,

pois a Secretaria não estava atrelada às normas do procedimento licitatório. Esta negociação estaria relacionada com os aspectos técnicos e de custos da prestação do serviço. Mas também houve negociação de caráter político, no nosso entendimento negociação legítima e necessária, ou seja, um requisito técnico. Isto pode ser observado pelos seguintes relatos.

“Negociamos com lideranças da comunidade, com toda a Câmara, expondo o nosso projeto, ouvindo os vereadores, acatando sugestões; porque, na verdade, todos esses atores são importantes, alguns decisivos na negociação”.

“Nós fomos a grupos de comunidade, reuniões de associações, reuniões do que houvesse, nós estávamos juntos: Pastoral, jovens, etc....”.

Segundo alguns dos entrevistados, houve até, em alguns momentos, certa oposição ideológica, que também teve de ser contornada ou negociada. Os relatos são ilustrativos.

“Alguns poucos diziam que a terceirização seria uma entrega do equipamento público”.

“Há um viés ideológico muito forte, se é uma proposta neoliberal ou não é”.

Escolhido o Hospital Cajuru, após um período de negociações, deu-se a assinatura de um contrato de prestação de serviços. Infelizmente, não foi possível ter acesso a este contrato, mas comentaremos os seus principais aspectos obtidos através das entrevistas.

Na verdade, no caso da Fazenda Rio Grande, observou-se certo receio por parte do Secretário Municipal de Saúde de acessarmos o contrato em vigor. A impressão que tivemos é que havia certa preocupação em torno de possíveis erros que teriam sido cometidos na formulação das cláusulas contratuais.

Em relação ao tempo de contrato da Secretaria de Saúde de Fazenda Rio Grande e o Hospital Cajuru/PUC, 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 lapso de tempo até que o novo contrato entre em vigor.

No momento das entrevistas, entre abril e maio de 1998, já havia um edital de concessão via licitação, modalidade concorrência pública. Este edital (ver anexo 4), ao contrário do primeiro, foi fornecido sem maiores dificuldades. Durante o período de entrevistas ainda não havia sido publicado; então poderia ser modificado e não apresentava validade formal, mas o colocamos no anexo, por considerar que pode ser útil no entendimento do processo de terceirização de serviços de saúde deste município.

No decorrer das entrevistas, pode-se verificar que não havia interesse por parte da Secretaria de Saúde, de renovação do contrato com o Hospital Cajuru. O principal motivo citado pelos entrevistados foi o alto custo mensal, segundo eles inesperado. Sem dúvida alguma, o fator custo estava inviabilizando esta parceria. Isto pode ser observado pelos seguintes relatos:

“O gasto previsto era de 50.000 reais, a primeira fatura foi de 70.000, e hoje nós estamos em torno de mais ou menos 150.000 reais, o que para o nosso município é muito dinheiro”.

“Para o hospital vai pelo menos 60% do orçamento da Secretaria de Saúde, ele está gastando mais e ainda não tivemos retorno. Uma fatura que retornou da urgência e emergência, foi de 6.000 reais, para o gasto de 70.000 ou 100.000 é completamente inexpressivo”.

Continuaremos os relatos, pois os consideramos muito contundentes, principalmente se levarmos em conta que as pessoas que criticaram o custo da parceria com o Hospital Cajuru, foram as mesmas que o escolheram como parceiro.

“O custo dele hoje, para você ter uma idéia, está ao redor de 180.000 reais por mês para o município. E ele produz 30.000 reais”;

“Veja, se eu abrisse uma unidade 24 horas, que atendesse consultas de urgência e emergência, isto me custaria 34.000 reais/mês. O que o município se propõe a dar como contrapartida, é um pouco mais do que isso, mas não muito mais do que isso”.

“A comunidade sabe que o hospital gasta muito, e hoje nós estamos buscando alternativas”.

“O hospital deveria produzir de S.U.S., 60.000 reais por mês, mas está produzindo em média 30.000 reais. Já foi tentado negociar, não tem “feedback” ”.

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

Segundo 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 são empregados 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 cirurgiões-dentistas para o município todo”.

No que tange à prestação de serviços odontológicos, área de nossa especialidade, três cirurgiões-dentistas para prestar serviço para uma população de 45.000 habitantes é extremamente insuficiente. Para se ter uma idéia desta precariedade, a Organização Mundial de Saúde preconiza 1 Cirurgião-Dentista para 1.500 habitantes. Poder-se-ia argumentar que haveria cirurgiões-dentistas que atuariam em consultórios privados neste município, mas a grande parte da população de Fazenda Rio Grande, devido ao seu nível sócio-econômico, não tem condições de pagar o tratamento odontológico.

As características desta população também influenciam a demanda de serviços de saúde. O Ministério de Saúde recomenda a prestação de duas consultas básicas por habitante. Na Fazenda Rio Grande, prestam-se três consultas e ainda são insuficientes segundo relato dos entrevistados.

Além do excessivo custo que o hospital representa para o município de Fazenda Rio Grande, há o agravante do grande crescimento populacional deste município. Em 1991, a população estava em torno de 22.000 pessoas; em 1996, havia cerca de 45.000 habitantes; e a projeção para o ano 2000 é de 100.000

peessoas. Outro agravante é que o município de Fazenda Rio Grande é extremamente novo, apresenta pequena arrecadação, e apenas recentemente vem recebendo a instalação de algumas indústrias.

4.3.5.3 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 complexidade de problemas, medo de enfrentar situações que não vivenciaram 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”.

Continua o mesmo entrevistado.

“Então , eu pago caro, pago uma estrutura grande e ociosa, pago uma estrutura que não me dá uma resposta adequada, obrigando-me a repassar uma parcela importante do meu dinheiro para Curitiba”.

Apesar do 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 eram encaminhados a Curitiba. Conseqüências desta baixa resolutividade: baixa produtividade e nível grande de ociosidade, resultando num custo insuportável, segundo os entrevistados. Ainda em relação a isso, o Secretário afirmou.

“Falta segurança para eles tocarem o serviço, eles admitem isso”.

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 pelos relatos.

“A residência estava prevista como critério de qualidade e uniria o ensino e o trabalho”.

“Os residentes estão sempre fazendo estudos, integrando-se com a comunidade”.

Entretanto esta expectativa foi frustrada, pois os residentes não realizavam a maior parte de suas atividades no Hospital Nossa Senhora Aparecida. Eles passariam apenas um mês neste hospital, o restante no Hospital Cajuru. O relato demonstra esta frustração em relação à utilização de residentes.

“O único investimento da Universidade foi o interesse 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, definida principalmente pelo contrato, ao qual infelizmente não tivemos acesso, 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, 1994; WILLCOCKIS, 1995; ASSIS, 1997).

Para agravar este quadro, pela forma em que foi estabelecido o contrato de prestação de serviços, mesmo com esse baixo índice de resolutividade e alto grau de ociosidade, a quantia que o Hospital Cajuru recebia mensalmente independia destes fatores, ou seja independia de produtividade. Os seguintes relatos são ilustrativos.

“No atual contrato eles não têm risco. A postura do Hospital Cajuru é muito tranquila, o ônus todo é de quem está pagando”.

“Para mim, o contrato hoje não está sendo favorável”.

Como já afirmamos, 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 propiciaram um altíssimo custo para a Secretaria de Saúde e inviabilizaram a médio prazo esta parceria.

No novo contrato proposto (ver anexo 4), se o prestador apresentar problemas de produtividade sua renumeração também será menor, segundo os entrevistados. E, com este possível novo contrato, segundo o Secretário de Saúde, o Hospital Cajuru já manifestou que não tem interesse.

Pelos motivos abordados acima observa-se grande descontentamento por parte dos membros da Secretaria de Saúde de Fazenda Rio Grande. Isto é demonstrado pelos depoimentos.

“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”.

“A Universidade, com certeza, não deu a resposta que se esperava”.

“A Universidade tinha se comprometido em que, durante as férias, traria professores e estudantes para fazer estágio na comunidade. Nós estamos no fim do contrato, e eu não vi até agora isso”.

Como já afirmamos, uma das limitações da nossa pesquisa foi a de que não mensuramos o nível de satisfação do usuário dos serviços terceirizados. Foi realizada uma pesquisa informal pela Secretaria de Saúde de Fazenda Rio Grande, com funcionários entrevistando durante três dias, das 6 às 23 horas, todos os pacientes que frequentavam o hospital. Segundo os entrevistados, esta pesquisa indicava bom índice de satisfação dos usuários; mas, como já afirmamos, esta parceria, mesmo com um bom nível de satisfação por parte dos usuários, era inviável a médio prazo.

Em Fazenda Rio Grande, a expectativa dos entrevistados com o novo contrato é que um grupo privado assuma o Hospital Nossa Senhora Aparecida. Segundo eles, a localização de Fazenda Rio Grande e sua proximidade com BR116 e seu potencial de acidentes, pode atrair empresários do setor.

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.

4.3.5.4 Fatores racionais e políticos

Numa análise dos fatores racionais e políticos no processo decisório de terceirização do município de Fazenda Rio Grande, observa-se que seu início se deu durante a campanha eleitoral. Havia grande pressão popular para a reabertura do hospital. Neste primeiro instante observa-se um momento eminentemente político, mas como MORGAN (1996) afirma, e concordamos com ele, não necessariamente disfuncional ou deletério.

Num segundo momento, optou-se pela terceirização, pela sua possibilidade de permitir maior agilidade e flexibilidade. Com a terceirização em Fazenda Rio Grande, evitou-se a necessidade de criação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários específico para os profissionais que iriam trabalhar no Hospital Nossa Senhora Aparecida. Evitou-se também a necessidade de concurso público, bem como a possibilidade de servidores estáveis. Como em Almirante Tamandaré, havia também a limitação do fator tempo. Havia pressão popular e política para a reabertura imediata do hospital. Nesta etapa houve influência de fatores racionais-econômicos, mas também de fatores políticos, exemplificados pela pressão popular e política, principalmente por parte dos vereadores, para reabertura do hospital.

Na escolha do parceiro, em Fazenda Rio Grande, não houve necessidade de licitação, o que confere certa agilidade, mas eventualmente poderia possibilitar direcionamento na escolha do parceiro. Pelo relato dos entrevistados, isto aparentemente não aconteceu. Das sete organizações preteridas, conseguimos contactar dois hospitais, e nos dois não houve questionamento sobre a licitude ou lisura da escolha do serviço.

Havia oito organizações de saúde; foi escolhido o Hospital Cajuru por conciliar, segundo os entrevistados, qualificação técnica e preço proposto aceitável.

Houve tentativa de influência para a escolha de A ou B, principalmente por parte dos vereadores. Aqui, como em Almirante Tamandaré, também esteve presente o componente interesse, que faz parte do modelo político.

Durante o processo de escolha, que perdurou durante aproximadamente três meses, houve intensa negociação política com atores sociais importantes, segundo os entrevistados: vereadores, líderes comunitários, etc; mas também negociação que envolvia preço, qualificação técnica, etc. Esta negociação de caráter técnico em parte foi facilitada pela não necessidade de procedimento licitatório.

Com o início da prestação de serviços, começaram a surgir alguns problemas, principalmente relacionados ao fator custo que, para todos os entrevistados, estava insuportável para a Prefeitura. Tentou-se negociar com o grupo do Hospital Cajuru, mas não ocorreu melhora efetiva em termos de resolutividade e produtividade, para a redução de custos e aumento de receitas. Constatou-se que o próprio gestor reconheceu alguns erros na formulação do contrato em vigor, que possibilitava uma situação relativamente confortável para o Hospital Cajuru, mas completamente inviável para a Prefeitura de Fazenda Rio Grande.

No caso de Fazenda Rio Grande, observou-se a influência de fatores políticos, mas, no nosso entendimento, houve influência predominante de fatores racionais. Mesmo com esta predominância, é preciso ressaltar que esta parceria com o Hospital Cajuru se mostrou extremamente inadequada e por isso não seria prorrogada.

5. CONCLUSÕES

A decisão de terceirizar nas três 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 trabalho, optamos por utilizar a denominação “processo decisório” da terceirização, e não apenas “decisão” de terceirização.

Nas Secretarias Municipais de Saúde estudadas, os processos de terceirização estariam próximos da gestão delegada pura de BERNAREGGI (1992). Nos três casos, a remuneração é feita pela própria administração pública. Em Fazenda Rio Grande, existe a expectativa do novo contrato possibilitar, via concessão, remuneração dos pacientes particulares ou que tenham convênios, credenciamentos, seguros-saúde, etc.

Os processos decisórios de Almirante Tamandaré e Fazenda Rio Grande apresentaram grandes similaridades. A decisão de terceirizar era estratégica, o serviço a ser prestado era similar. O processo de terceirização em Araucária não apresentava a mesma importância, podendo ser considerada uma decisão programada.

O processo decisório nas três Secretarias Municipais de Saúde esteve sob a influência, ao longo das diferentes etapas, de fatores racionais-econômicos e de fatores políticos.

Em relação a esses fatores, puderam-se observar principalmente objetivos como maior agilidade, maior flexibilidade e menores custos.

Nas três Secretarias foram relatadas muitas dificuldades propiciadas pelo ordenamento jurídico a que elas devem submeter-se. Entre as dificuldades citadas

estavam: rigidez nos Planos de Carreira, 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 nas três Secretarias. 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 do contrato.

Essas dificuldades relatadas pela grande maioria dos entrevistados podem, no futuro, ser superadas por algumas das propostas da Reforma Administrativa. No nosso caso, seriam as organizações sociais que poderiam assumir algumas atividades, por exemplo às relativas à área da saúde. Estas organizações não precisariam submeter-se às regras de Direito Público: licitação, concurso público, estabilidade, etc. Frisamos que o mero repasse de atividades para as futuras organizações sociais não garante maior eficácia e eficiência. Neste caso, a postura de PRAGER (1994) pode ser lembrada. Ele afirma que, em alguns casos, as empresas privadas são tão ineficientes quanto as públicas, e que não há razão para presumir que organizações sem fins lucrativos sejam mais eficientes que organizações públicas. Também é importante lembrar que MANN, em 1995, num estudo em 17 programas de prevenção e tratamento de drogas, constatou que as agências estatais apresentavam serviço de melhor qualidade e mais barato.

No que tange aos custos, apesar de que a Secretaria de Almirante Tamandaré está satisfeita em relação a estes, não foi possível determinar se efetivamente a terceirização propiciou uma redução deles. Não há levantamento

confiável e documentado sobre isto. Em Araucária também não havia avaliação precisa sobre quanto a Prefeitura gastaria prestando o serviço diretamente. 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 três 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 para as Secretarias.

Em relação aos fatores políticos, como já comentamos no decorrer do trabalho, as organizações públicas de saúde apresentam ainda maior dependência do ambiente sociopolítico em que estão inseridas do que as demais organizações públicas. Somado a isto, nas decisões de Almirante Tamandaré e Fazenda Rio Grande, havia um componente estratégico que também estaria relacionado a fatores políticos.

Observou-se nas três Secretarias a presença de interesses particulares, por exemplo de proprietários de hospitais e vereadores, bem como de compromissos assumidos durante a campanha eleitoral. Foi observada também a necessidade de negociação com a Câmara de Vereadores, com o Conselho Municipal de Saúde, com Organizações Comunitárias, etc. Principalmente nas Secretarias de Almirante Tamandaré e Fazenda Rio Grande foi observada uma demanda de negociação política muito intensa. Em nossa opinião, a capacidade de negociação e articulação junto aos diversos atores sociais é quase um requisito técnico, por exemplo, para um Secretário Municipal de Saúde, em determinadas circunstâncias. É importante lembrar que, como MORGAN (1996), não consideramos a política e o jogo político como algo necessariamente disfuncional. A habilidade política pode ser muito útil na

solução de conflitos, sempre em grande número numa Secretaria Municipal de Saúde.

A terceirização propriamente 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 da Fazenda Rio Grande demonstra isso com seu custo excessivo. Depende da escolha do parceiro adequado, do estabelecimento de um contrato com cláusulas claras e objetivas, entre outros fatores. Como em outros trabalhos, pelo menos no período inicial, é recomendável que o período do contrato seja de curta duração, 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.

Nos casos de Almirante Tamandaré e Araucária, as Secretarias manifestaram-se satisfeitas com o prestador de serviço. No caso de Fazenda Rio Grande, fica evidente a insatisfação com o prestador de serviço.

Pelo nosso trabalho foi possível constatar a presença de fatores políticos no processo decisório de terceirização, em alguns momentos, tão importantes quanto os fatores racionais-econômicos. Geralmente os componentes políticos são ignorados na literatura sobre terceirização. No nosso entendimento, há necessidade

de abordagem e análise desses fatores em processos de terceirização de serviços de saúde, principalmente em organizações públicas.

5.1 Recomendações para novas pesquisas

Com base nas observações apresentadas neste capítulo e no decorrer do trabalho, recomendam-se novas investigações na relação estudada.

- Avaliação do nível de satisfação do consumidor de serviços terceirizados. Havendo possibilidade, avaliar este nível antes da terceirização e compará-lo posteriormente.
- Avaliação de instrumentos para mensurar desempenho, custos e níveis de qualidade dos serviços terceirizados de saúde, principalmente nas futuras organizações sociais.
- Estimular a competição entre prestadores de serviço de saúde, para obter melhor desempenho. Talvez isso seja viável na terceirização de várias unidades de saúde similares para diferentes prestadores. Talvez terceirizando 15 Unidades para 5 empresas distintas, numa cidade como Curitiba, três unidades para cada prestador. Após certo período, um ano talvez, comparar seu desempenho através de critérios previamente definidos. Entretanto como fazer isso quando há apenas

um Hospital ou uma Unidade Noite-Dia, como são os casos de Almirante Tamandaré e Fazenda Rio Grande ?

- Acompanhamento por um período maior do processo decisório de terceirização. Estas experiências são relativamente recentes e necessitam de um período maior para avaliação. De preferência por um pesquisador que esteja na organização e consiga distanciamento analítico, principalmente se for avaliar aspectos políticos no processo decisório de terceirização em Secretarias de Saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHRNE, G. Civil society and civil organizations. **Organization**. v. 3, n. 1, p. 109-120, 1996.

ALLISON, G. T. **The essence of decision: explaining the cuban missile crisis**. Boston : Little , Brown & Co, 1971.

ASSIS, V. Terceirização: depois da tempestade, vem a calmaria. **Ser Humano**, a. XXXI, n. 118, p. 10-15, mar. 1997.

AURÉLIO BUARQUE DE HOLLANDA. **Novo dicionário básico da língua portuguesa FOLHA/AURÉLIO**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1995.

AZEVEDO, C. S. Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, v. 29, n. 3, p. 33-58, jul./set. 1995.

BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. **Power and Poverty: Theory and Practice**. London : Oxford University Press.

BARBOSA, P. B. A profissionalização do dirigente hospitalar público como condição para melhores performances gerenciais. **Saúde em Debate**, n. 52, p. 24-34, 1996.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. São Paulo : Martins Fontes, 1979.

BATISTA, L. C. A terceirização de serviços e seus efeitos nas relações interculturais. **Anais do XVIII ENANPAD**, p. 191-204, 1994.

BAVA, S. C. As ong's e as políticas públicas na construção do estado democrático. **Revista do Serviço Público**, p. 97-100, set./out. 1994.

BERNAREGGI, G. M. Falências do mercado e falências do Estado. In: _____. **Parceria público/privado - cooperação financeira e organizacional entre o setor privado e as administrações públicas locais**. São Paulo : Sumus Editorial, 1992.

BIANCARELLI, A. Experiência privada pode ajudar a reduzir custos da Saúde no país. **Folha de São Paulo**, 26 mai. 1998.

BOYNE, George A. The intellectual crisis in British Public Administration: is public management the problem or the solution? **Public Administration**, v. 74 , p. 679-694, winter, 1996.

BRAGA, N. O processo decisório em organizações brasileiras. **Revista de Administração Pública**, v. 21, n. 3, p. 33-57, 1987.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Regulamenta a participação e a criação de instâncias colegiadas do SUS: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 22 jun. 1993.

BRASIL. Portaria MAFRE nº 2.631, de 4 de setembro de 1996. Divulga os novos valores a que se referem os arts. 23 e 24 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, corrigidos de acordo com o Índice-Geral de Preços de Mercado - IGP-M/FGV de dezembro de 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 set. 1996.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.648-6, de 24 de março de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa

Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Sincroton e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 mar. 1998.

BRASIL, H. G. A empresa e a estratégia da terceirização. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 33(2), p. 6-11, mar./abr. 1993

BRASIL, H. G. Processo decisório e a questão orçamentária: uma analogia. **Revista de Administração Pública**. v. 27, n. 3, p. 115-146, jul./set. 1993.

BRESSER PEREIRA, L. C. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. **Papers da Reforma**. out. 1995.

BRESSER PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**. v. 120, n. 1, p. 7-40, jan./abr. 1996.

BUARIM JÚNIOR, O. Projeto favorece negócios de empreiteiras. **Folha de São Paulo**, 19 mai. 1998.

BUTLER, R. **Designing organizations: a decision-making perspective**. London : Routledge, 1992.

CARVALHO NETO, A. M. Novas formas de organização do setor público e as mudanças na natureza do trabalho. **Anais do XX ENANPAD**, p. 89-100, 1996.

CASTOR, B. V. J. Fundamentos para um novo modelo do setor público no Brasil. **RAP. FGV**. Rio de Janeiro 28(3):155-61, jul/set. 1994.

COSTA, M. S. Terceirização/Parceria e suas implicações no âmbito jurídico-sindical. **RAE EXECUTIVA**. São Paulo 34 (1) : 6 -11, jan./fev. 1994.

CROSS, J. I T Outsourcing: British Petroleum's competitive approach. **Harvard Business Review**, p. 94-102, may-jun. 1995.

CROZIER, M. **O Fenômeno Burocrático**. Brasília : UNB, 1981.

CURITIBA. Lei nº 9.226, de 23 de dezembro de 1997. Dispõe sobre as entidades qualificadas como Organizações Sociais, cria o Programa Municipal de Publicização, a Comissão Municipal de Publicização e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**.

DAVIS, C. R. The administrative rational model and public organization theory. **Administration & Society**, v. 28, n. 1, p. 39-60, may 1996.

DEAN, J. W.; SHARFMAN, M. P. The relationship of procedural rationality and political behavior in strategic decision-making. **Decision Sciences**, 24, p. 1069-1083, 1993.

DEAN JR, J. W., SHARFMAN, M. P. Does decision process matter ? A study of strategic decision-making effectiveness. **Academy of Management Journal**, v. 39, n. 2, p. 368-396, 1996.

DIEESE. **Os trabalhadores frente à terceirização**. São Paulo, n. 7, 1993.

DIEESE. **Trabalho e reestruturação produtiva**. São Paulo : Parma, 1994.

DUSSALT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **RAP**, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

EISENHARDT, K. M.; BOURGEOIS III, L. J. Politics of strategic decision making in high-velocity environments: toward a midrange theory. **Academy of Management Journal**, v. 31, n.4, p. 737-770, 1988.

- EISENHARDT, K. M.; ZBARACKI, M. J. Strategic decision making. **Strategic Management Journal**, v. 13, p. 17-37, 1992.
- ELFRING, T. BAVEN, G. Outsourcing technical services: stages of development. **Long Range Planning**, v. 27, n. 5, p. 42-51, 1994.
- ETZIONI, A. **Organizações modernas**. 7 ed. São Paulo : Pioneira, 1984.
- ETZIONI, A. Mixed Scanning revisited. **Public Administration Review**, v. 46, n.1, p. 8-14, 1986.
- FADUL, E. M. C. Reflexões sobre transformações na regulação de serviços. **Anais do XX ENANPAD**, p. 13-32, 1996.
- FEICHAS, S. A. Q. Proposta de reestruturação organizacional de uma ONG e processo de aprendizado de mão-dupla. **Revista de Administração Pública**, 29 (2), p. 164-183, abr./jun. 1995.
- FIER, F. O SUS e as Organizações Sociais. **Saúde em Debate**, n. 52, p. 83-89, set. 1996.
- FONSECA, V. S. **Estrutura de decisão: um estudo de caso em uma organização do setor metal-mecânico no estado de Santa Catarina**. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado em Administração), UFSC.
- FOUCALT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro : Graal, 1995.
- GLICKMAN, S. ; WEST J. ; SEIDNER, A. G. Outsourcing investing services. **Healthcare Financial Management**, p. 94-97, nov. 1996.
- GONÇALVES, M. A. M. P. abre gestão do serviço público e reduz burocracia. **Folha de São Paulo**, 1 mar. 1998.

- GOODSTEIN, J.; BOEKER, W.; STEPHAN, J. Professional interests and strategic flexibility: a political perspective on organizational contracting. **Strategical Management Journal**, v. 17, p. 577-586, 1996.
- GOULDNER, A. W. Conflitos na teoria de Weber. In : CAMPOS, E. (Organizador). **Sociologia da Burocracia**. 2 ed. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1971.
- GUERRA, C. A. **Terceirização: o caso Hospital e Maternidade Assunção**. São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado em Administração), Fundação Getúlio Vargas.
- GUERREIRO RAMOS, A. **Administração e contexto brasileiro**. 2 ed. Rio de Janeiro : FGV, 1983.
- JEGER, E. **Parcerias público-privado (ensaio bibliográfico)**. v. 120, n. 1, p. 165-180, jan./abr. 1996.
- KALBERG, S. Max Weber's types of rationality: cornerstones for the analysis of rationalization processes in history. **American Journal of Sociology**, v. 85, n. 5, p. 1145-1179, 1980.
- KARDEL, S. Outsourcing real state lease administration. **Health Financial Management**, p. 58-60, sep. 1996.
- KATZ, D.; KAHN, R. **Psicologia Social das Organizações**. 2 ed. São Paulo : Atlas, 1974.
- KEE, R.; MATHERLY, M. Assessing the financial feasibility of outsourcing. **Healthcare Financial Management**, p. 25-32, apr. 1996.

- KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo : S.T Perspectiva, 1978.
- LEIRIA, J. S. **Terceirização: uma alternativa de flexibilidade empresarial**. 5. ed. Porto Alegre : Sagra- De Luzzatto, 1992.
- LEITE, M. P. **O mundo do trabalho**. Campinas : PNUD, 1994.
- LEMOS, A. H. C. O processo decisório de criação do Centro Cultural Banco do Brasil. **Anais do XIX ENANPAD**, v. 1, n. 6, p. 291-308, 1995.
- LIMA, S. M. L. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 28, n. 4, p. 38-64, out./dez. 1994.
- 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 Quartely**, p. 383-415, winter 1995.
- MARCH, J. G.; SIMON, H. A. **Teoria das Organizações**. Rio de Janeiro : Ed. FGV, 1967.
- M.A.R.E (Ministério da Administração e Reforma do Estado). **Organizações Sociais**. 4. ed. Brasília, 1998.
- MARINHO, B. D. **Terceirização no setor público: a contratação de serviços externos de treinamento em micro-informática**. São Paulo, 1994. Tese (Doutorado em Administração) - USP.
- MARTINS, H. F. Em busca da boa administração pública. **Anais do XX ENANPAD**, p. 415-432, 1996.

- MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 22 ed. São Paulo : Malheiros, 1997.
- MELLO, C. G. Quarteirização: um novo modismo gerencial ? **RAE Light**, p. 12-16, jan./fev. 1995.
- MILLER, S. J.; HICKSON D. J.; WILSON D. C. Decision-Making in Organizations. In: CLEGG S.; HARDY C. **Handbook of Organization Studies**. London : Sage, 1996. p. 293-311.
- MINTZBERG, H. The structure of “unstructure” decision processes. **Administrative Science Quarterly**, v. 21, 1976.
- MINTZBERG, H. **On management: inside our strange world of organizations**. New York : The Free Press, 1989.
- MODESTO, P. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil. **Revista de Direito Administrativo**, n. 210, p. 195-212, out./dez. 1997.
- MOREIRA NETO, D. F. Organizações sociais de colaboração (descentralização social e administração pública não-estatal). **Revista de Direito Administrativo**, n. 210, p. 183-194, out./dez. 1997.
- MOREIRA, T. O processo de privatização mundial: tendências recentes e perspectivas para o Brasil. **Revista do BNDES**, v. 1, n. 1. Rio de Janeiro, 1994.
- MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo : Atlas, 1996.
- MOTTA, P. R. **A gestão contemporânea: a ciência e arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro : Record, 1991.

MUGGIATI, A. Estado inaugura 2 hospitais terceirizados. **Folha de São Paulo**, 26 jun. 1998.

NASSIF, L. A não-privatização da SABESP. **Folha de São Paulo**, 14 abr.1998.

OLIVEIRA, F. B. Razão Instrumental *versus* Razão Comunicativa. **R.A.P.**, 27 (3), p. 15-25, jul./set. 1993.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reiventando o Governo**. Brasília: MH Comunicação, 1994.

PEISCH, R. When outsourcing goes awry. **Harvard Business Review**, p. 24-37, may-jun. 1995.

PEREIRA, M. F. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: o contexto do setor saúde brasileiro. **BALAS**,v. 2, Rio de Janeiro, p. 634-648, apr. 1997.

PFEFFER, J. **Power in organizations**. Marshfield : Pitman Publishing, 1981.

PIMENTA, C. C. Novos modelos de gestão descentralizada e de parcerias para as administrações públicas. **Revista de Administração Pública**, 29 (3), p. 171-187, jul./set. 1995.

PRAGER, J. Contracting out government services: lessons from the private sector. **Public Administration Review**, v. 54, n. 2, p. 176-184, mar./apr. 1994.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília : MARE, 1995.

QUEIROZ, E.R.S. **Manual de terceirização**. São Paulo : STS, 1992.

- RANADE, Wendy. The theory and practice of managed competition in the national health service. **Public Administration**, v. 73, p. 241-262, summer 1995.
- REIS, Maria Stela et. al. Novas formas de gestão dos serviços públicos: a relação público-privado. **Revista Brasileira de Administração Contemporânea**, v. 1, p. 169-185, set. 1995.
- RIVERA, F. J. U. **A gestão situacional em saúde e a organização comunicante**. Rio de Janeiro, 1995 (mimeo).
- RODRIGUES, S. B. Processo decisório em universidades: teoria III. **Rev. Adm. Púb.**, 19(4), p. 60-75, out./dez. 1985.
- SAVAS, E. S. **Privatização: a chave para um governo melhor**. Rio de Janeiro : Nordica, 1990.
- SCHIVARTCHE, F. Prefeitura terceiriza e creches quebram. **Folha de São Paulo**, 10 dez. 1997.
- SCHWENK, C. R. **The essence of strategic decision making**. New York : Macmillan, 1988.
- SELZNICK, P. Cooptação: um mecanismo para a estabilidade organizacional. In : CAMPOS, E. (Organizador). **Sociologia da Burocracia**. 2 ed. Rio de Janeiro : SEZahar Editores, 1971.
- SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. **Health care management, a text in organization, theory and behavior**. 2 ed. New York : Delmar, 1988.
- SILVA, C. J. Três modelos de processos decisórios. **Perspectiva Econômica**, v. 24, n. 66, p. 17-34, 1989.

SIMIONATO, M. H. C. da Unicamp vai cobrar de planos. **Folha de São Paulo**, 4 nov. 1998.

SIMON, H. **Comportamento administrativo**. 3 ed. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas, 1979.

SORBER, K.; STRAIGHT, R. Competiting contracting offices: working better, costing less. **Public Administrative Quartely**, p. 375-385, fall 1995.

SOUZA PINTO, S. **Terceirização e qualidade de serviços nas empresas estatais paulistas**. São Paulo, 1995. Tese (Doutorado em Administração) - USP.

TRAGTENBERG, M. **Burocracia e Ideologia**. São Paulo: Ática, 1977.

UGÁ, Maria Alícia. Competição administrada pelo Estado: notas para discussão. **Saúde em Debate**. n. 46, mar. 1995.

URDAN, André Torres. O papel possível e os critérios necessários na tendência de terceirização no setor público. **Anais do XVIII ENANPAD**, p. 143-158, 1994.

VIANA, A. L.; QUEIROZ, M. S.; IBANEZ, N. Implementação do Sistema Único de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado no Brasil. **RAP**, v.29, n. 3, p. 17-32, jul./set. 1995.

WEBER, M. **Economia e Sociedade**. 3 ed. Brasília : Ed. UNB, 1994.

WEBER, M. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção tipo ideal. In : CAMPOS, E. (Organizador). **Sociologia da Burocracia**. 2 ed. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1971.

WILLCOCKS, L.; FITZGERALD, G.; FEENY, D. Outsourcing IT: The Strategic Implications. **Long Range Planning**, Grã-Bretanha, v. 28, n. 5, p. 59-70, 1995.

YIN, R. **Case study research: design and methods**. Beverly Hills : Sage, 1987.

7. ANEXOS

- 7.1 Roteiro de Entrevista
 - 7.2 Relatório de Procedimentos - Almirante Tamandaré
 - 7.3 Contratos de Prestação de Serviços - Araucária
 - 7.4 Previsão de Custos do Hospital - Fazenda Rio Grande
- Proposta de Contrato de Concessão - Fazenda Rio Grande

Roteiro de Entrevista

Secretaria Municipal de Saúde:

Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (tamanho, departamentos, etc):

Entrevistado:

Cargo:

Por que esta Secretaria optou pela parceria/terceirização de serviços ?

Havia alternativas à terceirização/parceria ? Quais ?

Quais os critérios utilizados para a decisão de terceirização ?

Quais os objetivos da parceria/terceirização ?

Quais os serviços que foram terceirizados ?

Qual a seqüência na análise da decisão de terceirização ?

Procuraram-se informações acerca das vantagens e desvantagens da terceirização ? De que forma ? Como as informações eram analisadas ?

Em que momento se deu essa decisão de terceirização ? Esta decisão poderia ser considerada a mais apropriada ou ideal, ou a possível naquele momento ?

Quanto tempo decorreu neste processo de decisão de terceirização ? Durante este tempo foram esgotadas todas as alternativas, ou a decisão foi antecipada por questões como: tempo limitado, necessidade de urgência da decisão, etc ? Houve interrupções durante este processo ? Por quê ?

Como se deu a escolha da empresa-destino ? Quais os critérios para a escolha do parceiro ? Foi necessária a licitação ? Houve concorrência ? Houve negociação, contrapropostas ?

Foi realizado contrato de prestação de serviços, contrato de gestão, etc ? Quais os critérios ? Houve algum problema em relação ao contrato ? Quem o monitora ? Quais as características do contrato: sucinto, objetivo, flexível, etc ?

A empresa escolhida tem fins lucrativos ? Houve participação de organizações sociais ? Houve subcontratação (quarteirização)? O fato da empresa escolhida ter ou não fins lucrativos pode fazer diferença ?

As características, tradições, normas ou diretrizes desta Secretaria podem ter influenciado o processo de decisão de terceirização ? De que forma ?

A decisão de terceirizar, mesmo sendo considerada a melhor alternativa, contrariaria alguma norma ou regulamento da Secretaria ?

Quais as pessoas e em que nível participaram do processo decisório de terceirização ? Quem eram as mais favoráveis ? A população foi consultada ? Houve grupos de trabalho ?

Qual era a opinião dos profissionais de saúde (médicos, dentistas, etc...) sobre a terceirização ? Ela era manifestada abertamente ?

Ocorreu alguma forma de oposição à decisão de terceirizar ? Da parte de quem ? Como ? Quando? Neste caso houve negociação ou conflito? Deu-se de que forma ? Prevaleceu a opinião de alguma pessoa ou grupo em especial ?

Em algum momento, pessoas ou grupos tentaram influenciar o processo decisório de terceirização segundo seus interesses ?

Qual a sua avaliação dos serviços terceirizados ?

Os resultados eram os esperados ? Está satisfeito com os resultados ? Quais os fatores condicionantes destes resultados ? Esta avaliação é realizada sistematicamente pela Secretaria ? Em caso de insatisfação, que fazer ?

É possível comparar com a situação anterior à terceirização ? Como ? Quais são os critérios **(n. de pacientes atendidos, indicadores de saúde, qualidade do atendimento, etc) ?**

O serviço prestado pela empresa contratada é oferecido também pela Secretaria em horário similar em outras unidades ?

O Conselho Municipal de Saúde participa da avaliação ?

É possível avaliar os custos antes e depois da terceirização ? Qual é o repasse para a empresa privada ? Qual é a receita do SUS da Unidade ? Está satisfeito com os custos ? Se a unidade funcionasse somente com funcionários estatutários, qual seria o custo aproximado ?

Ocorreram problemas na prestação de serviços por parte da terceirizada ? Quais ? Quais as causas ? Como saná-los ?

Ocorreram problemas de aspecto jurídico-trabalhista, com o Tribunal de Contas ou com os sindicatos ?

Secretaria Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré

Consolidado dos relatórios apresentados nos meses abaixo relacionados

Procedimentos	Unidade de Saúde Sede Noite-Dia						Outras Unidades de Saúde					
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Total	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Total
Consultas clínica médica	398	1321	1364	1318	1307	5708	2097	3496	3250	3113	2720	14676
Consultas Pediatria	440	1239	1247	1020	1311	5257	734	1846	2060	1828	1649	8117
Consulta Ginecologia	9	14	60	72	28	183	271	293	287	229	44	1124
Consulta Obstetricia			14	23	21	58	316	221	234	160	15	946
Pré consulta	856	3005	2275	2433	2667	11236		6037	4921	4482	3801	19241
Pós consultas	846	3055	2275	2433	2667	11276	4277	8061	6644	7251	5586	31819
Curativo	132	499	473	341	578	2023	685	903	875	1157	968	4588
Injeção	138	455	637	712	870	2812	429	1135	1225	1361	1387	5537
Imunização	338	500	832	717	623	3010	1742	1647	2055	1859	1528	8831
Inalação	179	828	817	682	909	3415	1349	1953	2116	1804	1621	8843
T.R.O		2				2	12	52	49	39	34	186
Visita Domiciliar	13	22		1	48	84	12	39	13	29	74	167
Esterilização	286	1430	1431	1327	1809	6283	2136	3163	3136	2786	2870	14091
Encaminhamentos	101	595	1104	544	1484	3828	1006	1489	2188	1625	2224	8532
Inscritos	959	2833	2762	2091	2790	11435	1044	3234	3609	3827	2948	14662
Orientações	539	147	2638	409	12	3745	3440	3575	6151	3827	2032	19025
Outros	63	308	229	190	257	1047	1480	2764	2214	7605	1200	15263
Coleta Preventivo		6				6						
E.V.		83	40	29	51	203						
Cons. Médica c/ observação		74	60		77	211						
Atendimento de Urgência		38				38						
Retirada de Pontos		45	46	135	122	348						
Sutura		58	32		65	155						
Pequenas Cirurgias			30	24	115	169						
Terapia medicamentosa				63		63						
Retirada de Corpo Estranho		10	13	38	38	99						
Total	5297	16567	18379	14602	17849	72694						
nº atend. básico/ consulta	5,25	5,44	5,85	5,00	5,69		#VALOR!	5,81	6,04	7,06	5,93	

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 003/ 98

TOMADA DE PREÇOS Nº 002 / 98

Aos treze dias do mês de fevereiro de um mil e novecentos e noventa e oito, através do presente instrumento particular de **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, em que figuram, de um lado, o **MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua Pedro Druszcz, nº 111, centro, Araucária, Paraná, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Senhor **RIZIO WACHOWICZ**, brasileiro, casado, portador do RG/PR nº 177.797-1 e do CPF/MF nº 005.067.299-15, residente e domiciliado nesta cidade de Araucária, Estado do Paraná, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a instituição civil **PROVÍNCIA BRASILEIRA DA CONGREGAÇÃO DAS IRMÃS (FILHAS) DE CARIDADE DE SÃO VICENTE-DE PAULO - HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO**, pessoa jurídica de direito privado, de natureza associativa, religiosa, filantrópica, sem fins lucrativos, devidamente inscrita no CGC/MF sob o nº 76.578.137/0001-90, com sede à Rua Professor Alfredo Parodi, nº 30, centro, Araucária, Paraná, neste ato representada por sua administradora, **Irmã OTILIA JUNGES**, brasileira, solteira, religiosa, portadora do RG/PR nº 299.863 e do CPF/MF nº 185.707.989-20, doravante denominada **CONTRATADA**, têm justo e convencionado o presente **CONTRATO**, que reger-se-á pela Lei nº 8.666/93 e disposições posteriores atendidas as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO**

O presente **CONTRATO** tem por objeto a aquisição de serviços de exames radiológicos para a Secretaria Municipal de Saúde, conforme relação descritiva constante às fls. 18 e 19 da Licitação por Tomada de Preços nº 002/98.

OBS: Realizar exames previstos de acordo com a relação anteriormente mencionada, estes, comprovados pelas requisições das Unidades de Saúde requisitantes e pela relação discriminada do licitante vencedor, para emissão mensal da Nota Fiscal.-

Solicitação feita através do Ofício nº 017/97.

**CLÁUSULA SEGUNDA
REGIME DE EXECUÇÃO**

A **CONTRATADA**, através do presente **CONTRATO**, obriga-se a executar os serviços indicados na Cláusula Primeira, obedecendo as diretrizes e locais previamente designados pelo **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA TERCEIRA
DAS RESPONSABILIDADES**

A **CONTRATADA** é responsável pelos danos causados diretamente ao **CONTRATANTE**, ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução dos serviços, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização e acompanhamento pelo **CONTRATANTE**.



Contrato Prest. de Servs. 003/98

§ 1º - São de responsabilidade da CONTRATADA todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto do presente CONTRATO. E a sua

inadimplência não transfere ao CONTRATANTE a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do CONTRATO.

§ 2º - A CONTRATADA é obrigada a reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, os serviços em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados.

CLÁUSULA QUARTA DO PRAZO

Para a duração do CONTRATO, o prazo será de 180 (cento e oitenta) dias corridos após a data de assinatura do contrato.

CLÁUSULA QUINTA DO PAGAMENTO

O CONTRATANTE pagará em razão da fiel execução dos serviços ora contratados, a quantia global de R\$ 64.994,40 (sessenta e quatro mil, novecentos e noventa e quatro reais e quarenta centavos).

§ 1º - Os serviços serão pagos através de Nota Fiscal emitidas no dia 30 (trinta) ou dia útil anterior, para pagamento em 10 (dez) dias corridos após.

§ 2º - O pagamento será efetuado no Departamento de Contabilidade e Arrecadação, após a apresentação da Nota Fiscal emitida em 02 (duas) vias e recibo em 02 (duas) vias em papel timbrado ou duplicata, sem data de recebimento. Não será efetuado depósito bancário.

§ 3º - As despesas decorrentes da entrega dos serviços objeto do presente CONTRATO, correrão pela Dotação Orçamentária nº 1302-13754282.189-3132(1088), Fundo Municipal de Saúde - Recursos do Convênio SUS 3/85, da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA.

CLÁUSULA SEXTA DAS PENALIDADES

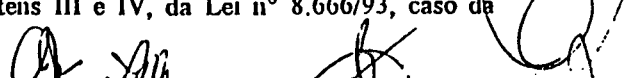
O descumprimento total ou parcial, de qualquer das obrigações ora estabelecidas, sujeitará à CONTRATADA às sanções previstas na Lei nº 8.666/93, garantida prévia e ampla defesa em Processo Administrativo.

§ 1º - O não cumprimento pela CONTRATADA das obrigações assumidas no presente CONTRATO, em consonância com o Edital nº 002/98, importarão na aplicação, por parte do CONTRATANTE, discricionariamente, das seguintes penas:

a) Será aplicada multa de 5% (cinco por cento), sobre o preço total dos serviços, no caso da CONTRATADA dar causa à rescisão do CONTRATO.

b) Será aplicada multa de 0,5% (cinco décimos por cento) sobre o valor total do CONTRATO, por dia de atraso, no caso da CONTRATADA não cumprir o item 4.2., até o limite de 10 (dez) e 30 (trinta) dias corridos do término do prazo de execução dos serviços, quando dar-se-á por rescindido o CONTRATO.

c) Suspensão ou declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com o CONTRATANTE, pelo prazo de até 02 (dois) anos nos termos do Art. 87, itens III e IV, da Lei nº 8.666/93, caso da CONTRATADA não cumprir o presente CONTRATO.



Contrato Prest. de Servs. 003/98

e) ADVERTÊNCIA.

§ 2º - Na hipótese do CONTRATANTE iniciar procedimento judicial relativo à conclusão do CONTRATO, ficará a CONTRATADA sujeita além das multas previstas, também ao pagamento das custas e Honorários Advocaticios de 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa.

§ 3º - As multas previstas nesta Cláusula não tem caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá a CONTRATADA da responsabilidade de perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

§ 4º - O CONTRATANTE reserva-se o direito de, a qualquer tempo, paralisar ou suspender a execução do CONTRATO, se for constatada pela fiscalização falhas na execução de serviços e que requeriram repetição dos mesmos.

**CLÁUSULA SÉTIMA
DA PRORROGAÇÃO E DA RENOVAÇÃO**

O prazo de duração do CONTRATO é fixo, não estando sujeito a quaisquer prorrogações, não sendo possível, igualmente a renovação do mesmo, salvo quando:

- a) Houver alteração na execução dos serviços a serem feitos pela CONTRATADA, desde que autorizados expressamente e determinados pelo CONTRATANTE.
- b) Houver aumento na execução dos serviços no presente CONTRATO e nos limites previstos no Art. 65 da Lei nº 8.666/93.
- c) Houver o impedimento da execução do CONTRATO, por ato ou fato de terceiro, reconhecido pelo CONTRATANTE, em documento contemporâneo à sua ocorrência.

**CLÁUSULA OITAVA
DA RESCISÃO**

A rescisão do presente CONTRATO se dará:

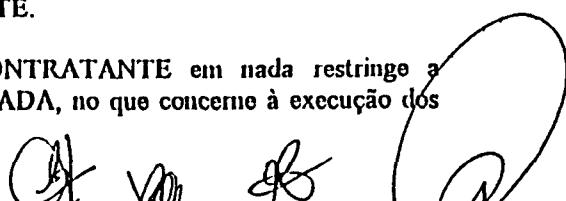
- a) AMIGAVELMENTE, por acordo entre as partes contratantes desde que verificada a conveniência para o CONTRATANTE.
- b) UNILATERALMENTE, pelo CONTRATANTE diante do não cumprimento, por parte da CONTRATADA, das obrigações assumidas por esta no presente CONTRATO, e/ou pela verificação das hipóteses previstas nos incisos do Art. 78, da Lei nº 8.666/93.
- c) JUDICIALMENTE, nos termos da legislação processual em vigor.

PARÁGRAFO ÚNICO - Não caberá qualquer direito indenizatório à Rescisão Amigável.

**CLÁUSULA NONA
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

A CONTRATADA declara aceitar, integralmente, todos os métodos e processos de inspeção, verificação e controle a serem adotados pelo CONTRATANTE.

§ 1º - A existência e atuação da fiscalização do CONTRATANTE em nada restringe a responsabilidade única, integral e exclusiva da CONTRATADA, no que concerne à execução dos serviços contratados e as suas conseqüências e implicações.



Contrato Prest. de Servs. 003/98

§ 2º - Verificada pela fiscalização do CONTRATANTE, o abandono dos serviços ou o retardamento indevido, poderá o mesmo assumir o objeto do CONTRATO na situação em que se encontrarem, constituindo os valores não pagos como créditos passíveis de cobrança por parte do CONTRATANTE perante a CONTRATADA, servindo o presente CONTRATO como Título Executivo, na forma do disposto no Art. 585, inciso II, do Código de Processo Civil.

§ 3º - Igualmente, se verificada no consecução dos serviços ora contratados, a superveniência de insolvência, concordata ou falência da CONTRATADA, serão considerados os valores não pagos como créditos privilegiados do CONTRATANTE, podendo o mesmo prosseguir no final da execução do CONTRATO.

§ 4º - A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições, os acréscimos ou supressões que se fizerem nos serviços, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial, considerando-se os preços unitários do CONTRATO, quando houver modificações das especificações para melhor adequação técnica.

§ 5º - O CONTRATANTE reserva-se, ainda, o direito de paralisar ou suspender a qualquer tempo a execução dos serviços contratados, mediante o pagamento único e exclusivo daqueles já entregues considerando-se para tanto os preços unitários.

§ 6º - O CONTRATANTE direta ou indiretamente, fiscalizará e acompanhará a execução dos serviços.

§ 7º - O CONTRATANTE rejeitará no todo ou em parte os serviços em desacordo com o exigido neste contrato.

§ 8º - No recebimento dos serviços objeto deste CONTRATO, serão observadas as disposições estabelecidas na Lei nº 8.078, de 11.09.90 do Código de Defesa do Consumidor.

§ 9º No caso de recusa da execução pela CONTRATADA, prevalecerá o disposto no Art. 64, da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA DO NÃO EXERCÍCIO DE DIREITOS

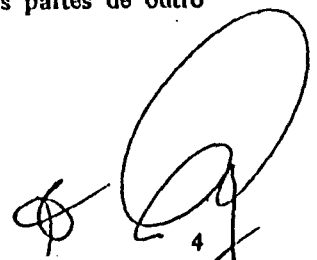
O não exercício de direitos assegurados neste CONTRATO ou na Lei, não constituirá causa de novação ou renúncia dos mesmos, os quais poderão ser exercidos a qualquer tempo.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DA ABRANGÊNCIA

O presente CONTRATO obriga as partes, herdeiros e sucessores por todos os termos e cláusulas deste CONTRATO.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Araucária, para dirimir quaisquer questões relativas a interpretações, aplicação e execução do presente CONTRATO, renunciando as partes de outro qualquer por mais privilegiado que possa ser.

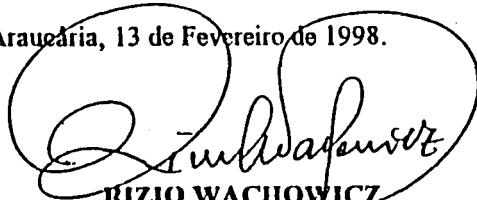




Contrato Prest. de Servs. 003/98

E, por estarem justos e concordados, firmam o presente CONTRATO em 05 (cinco) vias de igual teor e forma na presença de duas testemunhas.

Prefeitura do Município de Araucária, 13 de Fevereiro de 1998.


RIZIO WACHOWICZ
PREFEITO MUNICIPAL

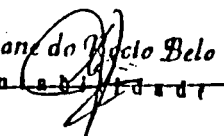

CÉSAR ACÁCIO DIETRICH
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS


EDSON VICENTE LÓPEZ HIERCK
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE


OTÍLIA JUNGES
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO


TESTEMUNHAS: 1)

RG:


Constância

2)

RG:


ALVARO GOBOI
777374-92

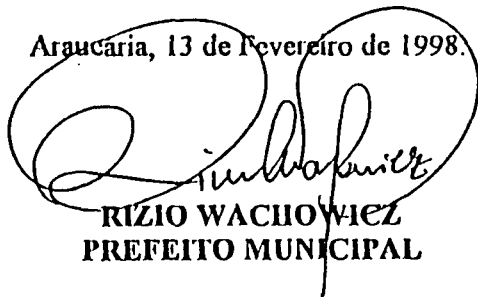
ORDEM DE SERVIÇO Nº 005 / 98

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais,

D E T E R M I N A

Que a instituição civil **PROVÍNCIA BRASILEIRA DA CONGREGAÇÃO DAS IRMÃS (FILHAS) DE CARIDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO - HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO** inicie os serviços constantes da Cláusula Primeira - "Objeto"- do Contrato de Prestação de Serviços Nº 003/98, a partir da data do recebimento desta.

Araucária, 13 de Fevereiro de 1998.



RIZIO WACHOWICZ
PREFEITO MUNICIPAL

Recebido em 03/03/98
Lotho

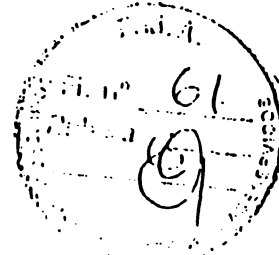


Prov. B.C.I.F.C. de São Vicente de Paulo
Util. Públ. Fed. Decreto - Lei 50260/61 - CNSS 27.213/66
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO - CGC - 76.578.137/0017-57
Rua Prof. Alfredo Parodi, 30 - Fone: 842.3299 - CEP 83.702-070
ARAUCÁRIA - PARANÁ

EDITAL DE TOMADA DE PREÇOS Nº 002/98

ABERTURA: DIA 05/02/98, ÀS 12:00 H

PROPOSTAS



CRÂNIO

Item	Exame	Código SIA/SUS	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
	CRÂNIO	300-0	12	18,18	218,16
	CRÂNIO (3)	300-0	02	19,53	39,06
	CRÂNIO (4)	300-0	01	17,91	17,91
	MASTÓIDES	304-2	01	22,72	22,72
	ÓRDITAS	304-2	01	16,16	16,16
	SEIOS DA FACE	300-0	12	18,22	218,64
	SELA TURCA	300-0	05	15,51	77,55
	MAXILAR INFERIOR	300-0	06	14,51	87,06
	ÓSSOS DA FACE	304-2	01	19,87	19,87
	ARCO ZIGOMÁTICO	300-0	06	14,57	87,42
	ART. TEMP. MAND.	304-2	01	16,16	16,16
	ADENÓIDES	302-6	05	12,41	62,05
	CAVUN	302-6	05	17,31	86,55
	CONDUTO AUD.	304-2	02	15,51	31,02
	PANORÂMICA MAND.	304-2	01	16,47	16,47
	TELEPERFIL (01)	302-6	01	13,63	13,63
	TELEPERFIL (2)	302-6	01	15,22	15,22

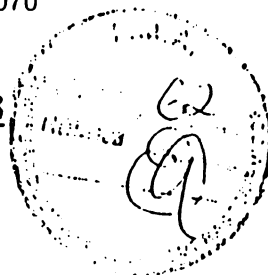
COLUNA VERTEBRAL

Item	Exame	Código SIA/SUS	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
	CERVICAL (3)	310-7	12	17,97	215,64
	CERVICAL (5)	310-7	11	20,53	225,83
	CERVICAL FUNC.	312-3	18	23,84	429,12
	ESCOLIOSE	312-3	08	21,92	175,36
	DORSO (2)	310-7	11	19,64	216,04
	SACRO COCCIX	310-7	11	19,37	213,07
	LOMBO SACRA	312-3	18	21,48	386,64
	DORSO LOMBAR	310-7	11	19,64	216,04



Prov. B.Ç.I.F.C. de São Vicente de Paulo
Util. Públ. Fed. Decreto - Lei 50260/61 - CNSS 27.213/66
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO - CGC - 76.578.137/0017-57
Rua Prof. Alfredo Parodi, 30 - Fone: 842.3299 - CEP 83.702-070
ARAUCÁRIA - PARANÁ

EDITAL DE TOMADA DE PREÇOS Nº 002/98
ABERTURA: DIA 05/02/98, ÀS 12:00 H
PROPOSTAS



ESQUELETO

Item	Exame	Código SIA/SUS	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
	ESTERNO	318-2	01	15,57	15,57
	ESTERNO CLAV. 18-2	318-2	01	14,26	14,26
	COSTELAS	318-2	05	19,64	98,20
	CLAVÍCULA	318-2	05	18,18	90,90
	OMOPLATA	318-2	01	15,21	15,21
	ACRONICO CLAV.	318-2	01	17,31	17,31
	ESCAPULO UMERAL	318-2	01	17,31	17,31
	BRAÇO	318-2	07	18,18	127,26
	COTOVELO	320-4	11	14,81	162,91
	ANTEBRAÇO	320-4	11	15,68	172,48
	PUNHO	320-4	11	16,12	177,32
	MÃO	320-4	11	14,81	162,91
	MÃOS E PUNHOS P/ IDADE ÓSSEA	320-4	08	14,59	116,72

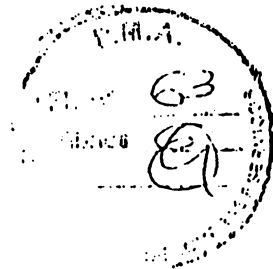
BACIA E MEMBROS

Item	Exame	Código SIA/SUS	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
	BACIA	322-0	03	16,34	49,02
	RADIOPELV. OBST.	322-0	03	16,64	49,92
	SACRO ILÍACAS	322-0	05	17,97	89,85
	COXO FUMERAL	322-0	06	18,91	113,46
	COXA	322-0	03	18,64	55,92
	JOELHO AP. LATERAL	324-7	14	15,93	223,02
	JOELHO RÓTULA	324-7	14	17,59	246,26
	PERNA	322-0	04	17,39	69,56
	TÍBIO TARSICA	324-7	07	14,81	103,67
	PÉ/PODODACTILOS	324-7	08	15,68	125,44
	CALCÂNIO	324-7	07	14,81	103,67
	ESCANOMETRIA	322-0	02	14,63	29,26



Prov. B.C.I.F.C. de São Vicente de Paulo
Util. Públ. Fed. Decreto - Lei 50260/61 - CNSS 27.213/66
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO - CGC - 76.578.137/0017-57
Rua Prof. Alfredo Parodi, 30 - Fone: 842.3299 - CEP 83.702-070
ARAUCÁRIA - PARANÁ

EDITAL DE TOMADA DE PREÇOS Nº 002/98
ABERTURA: DIA 05/02/98, ÀS 12:00 H
PROPOSTAS



S INTERNOS DO TÓRAX

nome	Código SIA/SUS	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
AX	330-1	140	16,42	2.298,80
RAÇÃO EM V. BASE	330-1	17	16,42	279,14
DIÁSTIMO	330-1	05	17,66	88,30

S EXAMES

nome	Código SIA/SUS	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
MIOGRAFIA BILATERAL	340-9	30	72,24	2.167,20
DOMEM SIMPLES	334-4	24	17,84	428,16

MESESAL R\$ 10.832,40

MESESAL X 06 MESES R\$ 64.994,40

Araucária, 05 de fevereiro de 1998.

Hospital São Vicente de Paulo

[Assinatura]
Otilia Junges - Coron 333-6
Módulo Administrativo - CEP 83.702-070

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 004/98

Aos dezoito dias do mês de Fevereiro de um mil e novecentos e noventa e oito através do presente instrumento particular de **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, em que figuram, de um lado, o **MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua Pedro Druszcz, nº 111, centro, Araucária, Paraná, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Senhor **RIZIO WACHOWICZ**, brasileiro, casado, portador do RG/PR nº 177.797-1 e do CPF/MF nº 005.067.299-15, residente e domiciliado nesta cidade de Araucária, Estado do Paraná, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a Empresa **CLÍNICA DR. ABRÃO MANSUR S/C LTDA**, CGC/MF nº 72335599/0001-25, com sede na Avenida República Argentina, nº 3396, Curitiba, Paraná, neste ato representada por **DR. CARLOS ALBERTO ANJOS MANSUR**, casado, médico, residente e domiciliado na cidade de Curitiba, Paraná, portador do RG/PR nº 1.617.144-1 e do CPF/MF nº 493.230.599-00, doravante denominada **CONTRATADA**, têm justo e convencionado o presente **CONTRATO**, que reger-se-á pela Lei nº 8.666/93 e disposições posteriores atendidas as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO**

O presente **CONTRATO** tem por objeto a aquisição de serviços de exames ultra-sonográficos, conforme relacionado no anexo I, do Edital Nº 045/97 - Tomada de Preços, para o período de 06 (seis) meses, havendo possibilidade de prorrogação do prazo de duração do Contrato por mais 06 (seis) meses, caso haja interesse do Município. Será obrigatório o atendimento diário com resultados entregues imediatamente após os exames aos pacientes.

Parágrafo Único - Inclui o presente **CONTRATO**, mão de obra, materiais e administração, a qual será executada dentro das normas da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA.

**CLÁUSULA SEGUNDA
REGIME DE EXECUÇÃO**

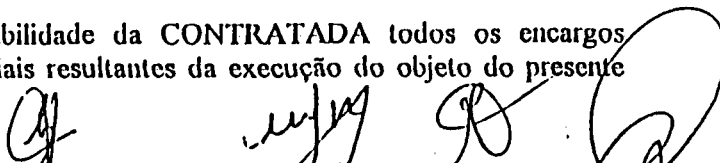
A **CONTRATADA**, através do presente **CONTRATO**, obriga-se a fornecer os produtos indicados na Cláusula Primeira, obedecendo as diretrizes e locais previamente designados pelo **CONTRATANTE**.

Parágrafo Único - Para execução dos serviços do presente **CONTRATO**, manterá a **CONTRATADA**, às suas próprias expensas, uma equipe de trabalho especializada, equipamentos necessários e uma equipe técnica com responsável previamente designado.

**CLÁUSULA TERCEIRA
DAS RESPONSABILIDADES**

A **CONTRATADA** se obriga a executar os serviços discriminados neste **CONTRATO**, com estrita observância do disposto pelo **CONTRATANTE**.

Parágrafo Único - São de responsabilidade da **CONTRATADA** todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do objeto do presente



CONTRATO. E a sua inadiplência não transfere ao CONTRATANTE a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do CONTRATO.

CLÁUSULA QUARTA DO PRAZO

O prazo de duração do CONTRATO e será de 06 (seis) meses, contados a partir da data da assinatura do CONTRATO, podendo ser prorrogado por igual período, havendo interesse do CONTRATANTE.

§ 1º - Os prazos e obrigações previstos neste CONTRATO vigorarão independentemente de aviso extrajudicial, bem como de interpelação ou notificação judicial.

§ 2º - O prazo para a entrega dos resultados será imediato após os exames.

CLÁUSULA QUINTA DO PAGAMENTO

O CONTRATANTE pagará em razão da fiel execução dos serviços ora contratados, a quantia global de R\$ 41.046,00 (quarenta e um mil e quarenta e seis reais) .

§ 1º - Os serviços efetivamente executados serão pagos conforme requisições emitidas pelas Unidades de Saúde, e realizadas até o dia 30 ou dia útil anterior, para pagamento em 10 (dez) dias corridos após a entrega da Nota Fiscal, de acordo com o preço em real constante da proposta, e após a apresentação das requisições emitidas pelas Unidades de Saúde e aprovação pela SMSA.

§ 2º - As despesas decorrentes dos serviços objeto do presente CONTRATO, correrão pela Dotação Orçamentária nº 1302-13754282.189-3132 (1088) da Secretaria Municipal de Saúde, Convênio INAMPS /SUS/3/85.

§ 3º - O pagamento será efetuado no Departamento de Contabilidade e Arrecadação, após a apresentação da Nota Fiscal emitida em 02 (duas) vias e recibo em 02 (duas) vias em papel timbrado ou duplicata, sem data de recebimento. Não será efetuado depósito bancário.

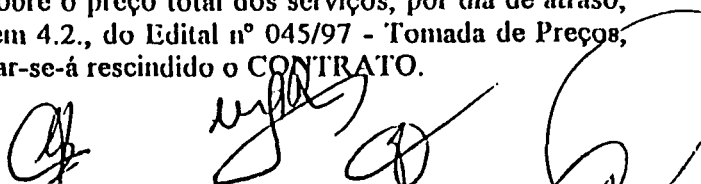
CLÁUSULA SEXTA DAS PENALIDADES

O descumprimento total ou parcial, de qualquer das obrigações ora estabelecidas, sujeitará à CONTRATADA às sanções previstas na Lei nº 8.666/93, garantida prévia e ampla defesa em Processo Administrativo.

§ 1º - O não cumprimento pela CONTRATADA das obrigações assumidas no presente CONTRATO, em consonância com o Edital nº 045/97 - Tomada de Preços, importarão na aplicação, por parte do CONTRATANTE, discricionariamente, das seguintes penas:

a) Será aplicada multa de 5% (cinco por cento), sobre o valor total do CONTRATO, no caso da CONTRATADA dar causa à rescisão do CONTRATO.

b) Multa de 0,5% (cinco décimos por cento) sobre o preço total dos serviços, por dia de atraso, no caso da CONTRATADA não cumprir o item 4.2., do Edital nº 045/97 - Tomada de Preços, até o limite máximo de 10 (dez) dias, quando dar-se-á rescindido o CONTRATO.



CLÁUSULA NONA DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

A existência e a atuação da fiscalização do CONTRATANTE em nada restringe a responsabilidade única, integral e exclusiva da CONTRATADA, no que concerne aos serviços contratados e as suas conseqüências e implicações.

§ 1º - Verificada pela fiscalização do CONTRATANTE, o abandono dos serviços ou o retardamento indevido, poderá a mesma assumir os serviços contratados na situação em que se encontrarem, constituindo os valores não pagos como créditos passíveis de cobrança por parte do CONTRATANTE perante a CONTRATADA, servindo o presente CONTRATO como Título Executivo, na forma do disposto no Art. 585, inciso II, do Código de Processo Civil.

§ 2º - Igualmente, se verificada na consecução dos serviços ora contratados, a superveniência de insolvência, concordata ou falência da CONTRATADA, serão considerados os valores não pagos como créditos privilegiados do CONTRATANTE, podendo o mesmo prosseguir no final da execução do CONTRATO.

§ 3º - Os exames serão realizados na sede do CONTRATANTE em instalações físicas da CONTRATADA, rotineiramente em dias úteis.

§ 4º - Os serviços serão requisitados pelas Unidades de Saúde da Rede Municipal, e o resultado deverá ser entregue ao paciente.

§ 5º - A quantidade de exames referentes a este CONTRATO poderá ser aumentada ou diminuída, obedecidos os limites fixados na legislação vigente.

§ 6º - Na aquisição e recebimento dos serviços objeto deste CONTRATO, serão observadas as disposições estabelecidas na Lei nº 8.078, de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor).

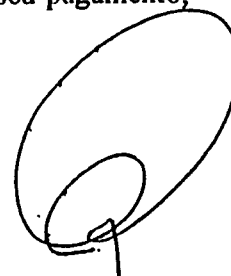
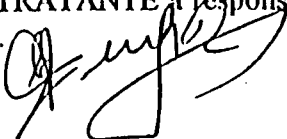
§ 7º - O CONTRATANTE, reserva-se, ainda, o direito de paralisar ou suspender a qualquer tempo a execução dos serviços contratados, mediante o pagamento único e exclusivo daqueles já executados, considerando-se para tanto os preços unitários

§ 8º - O CONTRATANTE rejeitará no todo ou em parte os serviços em desacordo com o exigido no Edital nº 045/97 - Tomada de Preços.

§ 9º - É vedada a subcontratação total ou parcial do presente CONTRATO, a associação da CONTRATADA, com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial dos serviços, bem como a fusão, cisão ou incorporação.

§ 10 - No caso da recusa da entrega pela CONTRATADA, prevalecerá o disposto no Art. 64 da Lei 8.666/93.

§ 11 - São de responsabilidade da CONTRATADA todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto do presente CONTRATO. E a sua inadimplência não transfere ao CONTRATANTE a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do CONTRATO.





**CLÁUSULA DÉCIMA
DO NÃO EXERCÍCIO DE DIREITOS**

O não exercício de direitos assegurados neste CONTRATO ou na Lei, não constituirá causa de novação ou renúncia dos mesmos, os quais poderão ser exercidos a qualquer tempo.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA
DA ABRANGÊNCIA**

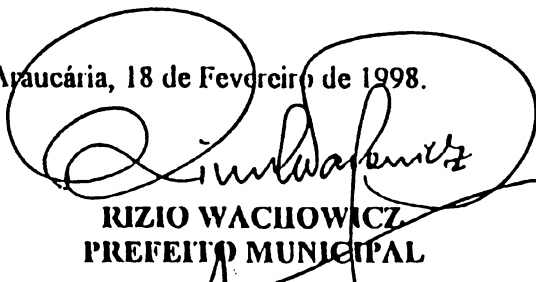
O presente CONTRATO obriga as partes, herdeiros e sucessores por todos os termos e cláusulas deste CONTRATO .

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA
DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de Araucária, para dirimir quaisquer questões relativas a interpretações, aplicação e execução do presente CONTRATO, renunciando as partes de outro qualquer por mais privilegiado que possa ser.

E, por estarem justos e concordados, firmam o presente CONTRATO em 05 (cinco) vias de igual teor e forma na presença de duas testemunhas.

Prefeitura do Município de Araucária, 18 de Fevereiro de 1998.




**RIZIO WACHOWICZ
PREFEITO MUNICIPAL**



**CÉSAR ACÁCIO DIETRICH
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS**




**EDSON VICENTE LOPEZ HEREK
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**



**CLÍNICA DR. ABRILÃO MANSUR S/C LTDA
CARLOS ALBERTO ANJOS MANSUR**

TESTEMUNHAS: 1)



José Antonio do Nascimento
Contabilidade

RG:

PGMDN

2)



RG:

777354-PM

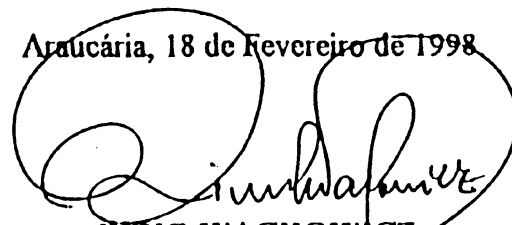
ORDEM DE SERVIÇO Nº 006 / 98

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais,

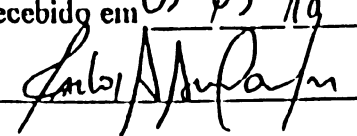
D E T E R M I N A

Que a Empresa CLÍNICA DR. ABRÃO MANSUR S/C LTDA , inicie os serviços constantes da Cláusula Primeira - "Objeto"- do Contrato de Prestação de Serviços Nº 004/98, a partir da data do recebimento desta.

Araucária, 18 de Fevereiro de 1998



RIZIO WACHOWICZ
PREFEITO MUNICIPAL

Recebido em 03 de 03 de 98


GRUPO PRINCIPAL
1.000.000-0

ESPECIALIDADE
ULTRA-SONOGRAFIA

PROCEDIMENTO Inc Filme C Op Hon C.R.R.
m' RS RS RS

EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS (33.01.000-5)

33.01.001-7	Abdômen superior (fígado, vesícula, pâncreas, baço)	3	0.5100	27,50	27,50	55,00	+ 7,74 = 62,74
33.01.001-8	Abdômen total (fígado, vesícula, pâncreas, baço, peritônio, rins e bexiga)	4	0.6800	40,25	43,75	84,00	
33.01.002-1	Abdômen uniaxial	2	0.3400	27,50	27,50	55,00	
33.01.004-6	Artrografia	2	0.3400	22,50	22,50	45,00	
33.01.005-8	Artrografia bidimensional	2	0.3400	27,50	27,50	55,00	
33.01.007-2	Artroangiografia unidimensional	1	0.1700	18,75	18,75	37,50	
33.01.008-0	Endoscópica e transoperatória	2	0.3400	37,50	37,50	75,00	
33.01.009-9	Globo ocular	1	0.1700	22,25	23,75	46,00	
33.01.010-2	Hipocôndrio direito (fígado, vesícula, vasa biliar e linfáticas)	2	0.3400	24,75	26,25	51,00	
33.01.011-0	Obstétrica	1	0.1700	18,25	18,25	36,50	
33.01.012-9	Órgãos e estruturas superficiais (mamas, tireoide, cervical, salivares, músculo, tendões, esôfago, pênis e vaso penil)	1	0.1700	22,50	22,50	45,00	
33.01.013-7	Pélvica (ginecológica)	1	0.1700	12,50	15,00	27,50	
33.01.014-5	Pélvica (via transvaginal)	1	0.1700	25,00	25,00	50,00	
33.01.015-3	Próstata (via abdominal)	1	0.1700	18,75	18,75	37,50	
33.01.016-1	Próstata (via transretal)	2	0.3400	37,50	37,50	75,00	
33.01.017-1	Suprapentônio, grandes vasos e aorta	2	0.3400	31,25	31,25	62,50	
33.01.018-1	Suprapentônio, grandes vasos e aorta (colorido)	1	0.1700	13,75	13,75	27,50	
33.01.019-6	Pélvica: via abdominal para controle de ovulação (mamas e ovários)	3	0.5100	43,00	43,00	86,00	
33.01.020-0	Pélvica: transvaginal para controle de ovulação (mamas e ovários)	3	0.5100	64,50	43,00	107,50	
33.01.021-8	Estudo de 1 vaso com Doppler contínuo convencional	2	0.3400	45,00	43,00	88,00	
33.01.022-6	Estudo de 2 vasos com Doppler contínuo convencional	3	0.5100	50,25	53,75	104,00	
33.01.023-4	Estudo de 3 ou mais vasos com Doppler contínuo convencional	4	0.6800	64,50	75,00	139,50	
33.01.025-0	Obstétrica: gemelar	2	0.3400	20,00	20,00	40,00	
33.01.025-9	Obstétrica: com perfil biofísico fetal	2	0.3400	20,00	50,00	70,00	
33.01.027-7	US morfológico	2	0.3400	20,00	52,50	72,50	
33.01.028-5	Doppler fluxo obstétrico	3	0.3400	37,50	37,50	75,00	
33.01.029-3	Obstétrica: Doppler colorido	3	0.5100	45,00	45,00	90,00	
33.01.030-7	Obstétrica: com amplitude fase	2	0.3400	25,00	57,50	82,50	
33.01.031-5	Próstata: transretal com biópsia	2	0.3400	43,50	112,50	156,00	
33.01.032-3	Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada (ex: rins, massa, nódulo, ovário etc)	3	0.5100	54,00	53,50	107,50	
33.01.032-1	Doppler colorido de um vaso	2	0.3400	54,00	43,00	97,00	
33.01.034-0	Doppler colorido de dois vasos	3	0.5100	60,25	53,75	114,00	
33.01.035-8	Doppler colorido de três ou mais vasos	4	0.6800	77,50	75,00	152,50	

Obs: Estudos com doppler por membro ou região examinada

Código: 33.01.999-1

Nota: - Estes valores devem ser pagos p/ exames c/ documentação em firme, de todos os órgãos

- Procedimentos intervencionistas orientados por Ultra-son seguem valores e normas do item

32.13.000-7.

PREVISÃO DE CUSTOS PARA O HOSPITAL FAZENDA RIO GRANDE

RECEITAS

ENFERMARIAS	36 LEITOS
TAXA OCUPAÇÃO	80%
LEITOS UTILIZADOS	29 LEITOS
RECEITA SUS DIA	34,27
RECEITA SUS PACIENTE	239,91
PERMANÊNCIA MEDIA	5
QUANTIDADE PACIENTES	174
PRONTO ATENDIMENTO	18.000,00 (100X6,00x30)
RECEITA PREVISTA	41.744,34
TOTAL	59.744,34

CUSTOS

PESSOAL	SAL/ENCARGOS
2-PLANTONISTAS	12.000,00
6-ENFERMEIRAS	8.118,39
52-AUXILIARES DE ENFERMAGEM	33.438,30
2-TECNICO ADMINISTRATIVO	2.239,43
8-SERVENTE	2.572,36
4-AUX. LAVANDERIA	1.286,18
4-AUXILIARES TEC.ADMINISTRATIVO	2.985,82
10-TECNICOS RAOX X	11.995,68
10-RECEPCIONISTAS	5.495,87
05- VIGIAS	2.606,68
05-MÉDICOS RESIDENTES	5.405,80
01-GERENTE ADMINISTRATIVO	1.896,00
01-COORDENADOR MEDICO	2.844,00
SUB-TOTAL	92.884,51
MATERIAIS/MEDICAMENTOS	10.936,66
LAVANDERIA	3.425,69
CUSTOS TOTAIS	107.246,86
TAXA ADMINISTRATIVA	10.724,69
TOTAL	117.971,55
RECEITAS	59.744,34
CUSTOS	117.971,55
RESULTADO	(58.227,21)

Precâmbulo

O Município de Fazenda Rio Grande, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, na qualidade de poder Concedente, tornam público a quem possa interessar que se acha aberta a licitação nº /98, na modalidade Concorrência Pública, destinada a contratar empresa para a concessão dos serviços hospitalares da cidade.

Parágrafo Único: As obras de ampliação que venham a ser executadas durante o período de Concessão, bem como todos os equipamentos, máquinas, aparelhos e acessórios que permitam realizá-la ficam sendo parte integrante do patrimônio que ao final do prazo concedido, reverterão sem ônus à Concedente.

1. Objeto

- 1.1 O objeto desta Concorrência Pública é o de selecionar a proposta mais vantajosa para a Secretaria Municipal de Saúde de Fazenda Rio Grande, formulada segundo as disposições do presente Edital de Concessão para exploração dos serviços do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida em Fazenda Rio Grande - PR, aí incluídas operação, conservação, manutenção, modernização, ampliação, exploração e cobrança dos serviços, abrangendo ainda estudos técnicos, serviços e obras necessários a consecução deste objeto ao longo do Período de Concessão.
- 1.2 A presente Concorrência Pública será regida no que couber, pelas normas gerais da Lei Federal nº 8987/95, Lei Federal nº 8666, de 21/06/1993, e Lei Federal nº 8883, de 08/06/1994 e pelas disposições do presente Edital, sendo julgada consoante o critério de “menor preço” (menor custo dos serviços ao município), precedida por julgamento da Habilitação (art. 27, Lei 8666/93) e da “metodologia de execução” (art. 30, Lei 8666/93).
- 1.3 Do Regime da Execução: A execução será processada através de outorga de Concessão de serviço público nos termos do artigo 26 da Lei Federal nº 8987/95.
- 1.4 Justificativa da Concessão: Em obediência ao art. 5º da Lei nº 8987, de 13 de fevereiro de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde torna pública a seguinte justificativa:

A gestão dos serviços públicos de saúde, lastreada em recursos do município e em repasses dos governos Federal e Estadual, deve atender as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de todos os munícipes. O município de Fazenda Rio Grande situado na região metropolitana de Curitiba é *suigeneris* nas suas características populacionais, devido a sua localização e condições de habitabilidade vem crescendo a uma taxa de 12% ao ano, o que torna o planejamento da saúde um grande desafio, visto que os repasses de verbas dos governos Estadual e Federal são feitos em cima do senso do IBGE, que tem uma periodicidade de 5 a 10 anos, levando a uma necessidade crescente de investimento no Setor de Saúde pelo município que dificulta as demais ações do poder público na administração da cidade. Dentre os itens da saúde, o hospitalar é o de maior custo e há a necessidade de ampliação para adequação dos mesmos as necessidades crescentes da população e ao seu equilíbrio financeiro.

O comprometimento atual de 33% do orçamento do município em saúde impede a alocação de novos recursos para o setor para que possa ser completada a tarefa de ampliação, equipamento e operacionalização do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida em

Fazenda Rio Grande. Tornando imperiosa a Concessão do mesmo a iniciativa privada, visando garantir o atendimento adequado à saúde da população do município, sem impedir a expansão dos serviços ambulatoriais, fundamentais para melhorar os níveis de saúde da comunidade. Os benefícios adicionais para a administração pública e aos munícipes é evidente, destacando-se:

- garantia de atendimento hospitalar
- recuperação do patrimônio municipal
- benfeitorias sem custo adicional
- ampliação dos serviços sem ônus ao erário
- diminuição dos custos mensais de operação do sistema de saúde
- qualificação dos serviços ofertados a população

Com uma administração eficiente, a concessionária deverá ser capaz de atender a novas exigências apresentadas pelos usuários quanto a serviços e infra-estrutura.

O objetivo primordial desta licitação é a de se aferir uma adequada gestão e posterior modernização do sistema hospitalar do município.

2. Recursos Financeiros

2.1 Todas as despesas, diretas ou indiretas, para a elaboração de estudos e execução de obras, operação, manutenção, exploração e cobrança, decorrentes da concessão, serão de responsabilidade exclusiva da Concessionária.

2.2 Todas as despesas que a Secretaria Municipal de Saúde de Fazenda Rio Grande (SMS-FRG) suportar ou se comprometer a suportar, referentes ao disposto no art. 21 da Lei 8987/95, serão suportadas pela vencedora do processo licitatório, limitados tais dispêndios a R\$. A soma destas despesas, deverá ser devidamente aprovada e reconhecida pela SMS-FRG.

2.3 As despesas, de que trata o Item anterior, deverão ser pagas quando da assinatura do contrato.

3. Definições

3.1 São adotadas siglas, expressões e termos que terão significado que a seguir lhes é apresentado, sem prejuízo de outras inseridas neste Edital e em seus Anexos:

- a) Município: o Município de Fazenda Rio Grande;
- b) Prefeitura Municipal: a Prefeitura do Município de Fazenda Rio Grande (PFRG), órgão anuente no Contrato de Concessão;
- c) Poder Concedente: o Município de Fazenda Rio Grande por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS-FRG);
- d) Comissão: a Comissão Especial de Licitação designada para a execução do procedimento administrativo licitatório;
- e) Concessão: a delegação contratual da prestação de serviços públicos municipais de saúde hospitalar de Fazenda Rio Grande, descritos no presente Edital, a ser feita pelo Município de Fazenda Rio Grande através da SMS-FRG, mediante licitação, na modalidade

concorrência, à pessoa jurídica ou consórcio de pessoas jurídicas, que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco, obedecendo as condições previstas no presente Edital;

- f) Licitação: a licitação de que trata este Edital;
- g) Licitante: a pessoa jurídica ou consórcio de pessoas jurídicas que participe desta Licitação;
- h) Licitante potencial: a pessoa jurídica que adquiriu o presente Edital;
- i) Adjudicatária: a pessoa jurídica ou consórcio de pessoas jurídicas ao qual seja adjudicado o objeto da Licitação;
- j) Contrato: o contrato de concessão de serviços públicos municipais de atendimento hospitalar no Município;
- k) Concessionária: licitante vencedora;
- l) Nível de Serviço adequado: serviço que atende ao interesse público, nas condições estabelecidas no presente Edital;
- m) Serviços de conservação, manutenção, modernização, ampliação e operação: os descritos no Programa de Exploração;
- n) Programa de Exploração: as condições em que os serviços delegados e concedidos serão explorados pela Concessionária;
- o) Serviços Concedidos: os serviços públicos municipais de atendimento hospitalar do Município de Fazenda Rio Grande, nos termos do item 1.1, a serem contratualmente delegados a Concessionária, para prestação no prazo previsto no contrato de Concessão, por sua conta e risco, remunerados na forma prevista neste Edital;
- p) Concorrência: o procedimento administrativo licitatório previsto neste Edital;
- q) Concedente: a SMS-FRG;
- r) SUS: Sistema Único de Saúde.

4. Condições de Participação

5. Consultas

6. Prazos

6.1 O contrato que resultar da presente licitação terá prazo de duração até 01/05/2028, somente podendo ser prorrogado, nos termos da Lei e por comum acordo entre as partes.

6.2 A concessionária deverá atender os marcos de melhoria e ampliação no atendimento à população, de acordo com os prazos estabelecidos neste Edital.

6.3 Os prazos mencionados em 6.2 e o prazo total do contrato somente serão prorrogados na hipótese de excepcional dificuldade, a juízo da SMS-FRG, relacionada com aprovação de relatórios e projetos pertinentes junto aos órgãos competentes.

7. Documentos de Habilitação

8. Regularidade Fiscal

9. Habilitação Técnica

A documentação relativa à habilitação técnica consiste em:

9.1 Prova de possuir em seu quadro permanente, até a entrega das propostas, Profissional de Nível Superior detentor de habilitação técnica em Administração de Serviços Hospitalares, com experiência mínima documentada de 2 anos no gerenciamento de serviços hospitalares caracterizados como Hospital Geral;

Entende-se como participação dos profissionais no quadro permanente da Licitante:

1º) o vínculo empregatício, cuja comprovação será feita mediante apresentação, de cópia autenticada, da ficha de registro de empregado com o respectivo carimbo do Ministério do Trabalho;

2º) no caso de profissional dirigente de empresa, pode ser feita através de cópia da ata ou contrato social, conforme o caso, de sua investidura no cargo;

3º) No caso de consórcio o(s) profissional(is) poderá(ão) estar vinculado(s) a apenas uma das integrantes do consórcio.

Pelo menos um dos profissionais, detentor de habilitação técnica, que tenha sido indicado para comprovação de qualificação técnica, deve figurar como Responsável Técnico no Contrato que vier a ser celebrado.

9.2 Os profissionais a que se referem o item 9.1 indicados pela Licitante para fins de comprovação de capacidade técnico-profissional, deverão participar do processo de administração e de investimentos do hospital, admitindo-se a sua substituição por profissionais de experiência equivalente ou superior, desde que previamente aprovados pela SMS-FRG.

10 Habilitação Econômico - Financeira

11 Metodologia de Execução

11.1 O envelope nº 2 contendo a Metodologia de Execução deverá ser apresentado conforme o disposto no item 4.3 em 2(duas) vias.

O conteúdo do envelope nº 2 deverá ser apresentado conforme as instruções do presente Edital e seus Anexos.

O envelope nº 2 não deverá apresentar preços. A licitante que descumprir esta determinação terá sua Proposta desclassificada.

A Metodologia de Execução tem por objetivo permitir que a Licitante demonstre seu grau de conhecimento e experiência quanto ao objeto da presente concessão devendo dela constar, necessariamente, os itens abaixo discriminados, que constituem seu Programa de Execução caso seja vencedora desta Licitação, acompanhada de declaração que cuidará, por sua única e exclusiva conta, da aprovação nos órgãos que cuidam do meio ambiente e da vigilância sanitária.

11.2 A Metodologia deve explicitar os seguintes aspectos da presente Licitação:

a) Demonstrar conhecimento a respeito das instalações físicas, em operação ou não, do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida de Fazenda Rio Grande, inclusive dos procedimentos nele executados, confrontando com as demandas requeridas ao longo dos próximos 30 anos, incluindo uma consistente análise crítica;

- b) Demonstrar o conhecimento a respeito dos procedimentos adotados e dos recursos disponíveis para a operação do hospital, acompanhados de pertinente análise crítica;
- c) Demonstrar conhecimento a respeito dos recursos humanos existentes no hospital e da organização do hospital acompanhado de oportuna análise crítica;
- d) Apresentar proposta relativa ao Plano de Obras de Ampliação, Reabilitação e Melhoria, a ser desenvolvido ao longo do Período de Concessão do hospital;
- e) Apresentar a proposta referente à gestão do hospital durante o período de Concessão;
- f) Apresentar a proposta concernente à forma de cobrança de serviços durante o Período de Concessão;
- g) Apresentar proposta referente ao atendimento ao público e a prestação de serviços solicitados/requeridos pela comunidade ao longo do Período de Concessão;
- h) Apresentar proposta relativa ao trato dos recursos humanos disponíveis e os novos requeridos ao longo do Período de Concessão.

11.3 As Exigências do Concedente

A SMS-FRG estabelece as condições a seguir enunciadas, as quais deverão ser necessariamente atendidas pelas Licitantes:

- 11.3.1 Em condições normais de funcionamento o hospital deverá assegurar o atendimento hospitalar, dentro do nível de complexidade instalado no hospital, de acordo com o estimado pelo Ministério da Saúde de 8,5% da população do município por ano pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- 11.3.2 Deverá haver serviço de pronto socorro 24 horas ao dia para atendimento das urgências e emergências do município;
- 11.3.3 A evolução populacional estimada no Município nos próximos 30 (trinta) anos está contida na Tabela a seguir apresentada. A Licitante deverá utilizá-los para os fins necessários à presente Licitação. Para outras finalidades que vierem a surgir durante o Período de Concessão, aplicar-se-ão as correções com dados reais da época.

Município de Fazenda Rio Grande

Evolução Populacional Estimada

Ano	População	Ano	População
1998	52609	2013	106419
1999	58922	2014	108547
2000	65992	2015	110718
2001	70611	2016	112933
2002	75554	2017	115191
2003	80843	2018	117495
2004	86502	2019	119845
2005	90827	2020	122242
2006	92644	2021	124687
2007	94497	2022	127180
2008	96387	2023	129724
2009	98315	2024	132318
2010	100281	2025	134965
2011	102286	2026	137664
2012	104332	2027	140417

- 11.3.3 Em até 6 (seis) meses após a assinatura do contrato deverão ser iniciadas as obras de ampliação do hospital, elevando a sua capacidade para no mínimo 80 leitos;
- 11.3.4 Em até 48 (quarenta e oito) meses após a assinatura do contrato deve ser feita a instalação de uma Unidade de Cuidados Intermediários ou Intensivos no hospital;
- 11.3.5 Em até 72 meses (setenta e dois) os equipamentos devem ser revisados e atualizados se necessário, de modo a garantir a incorporação de novas tecnologias a comunidade;
- 11.3.6 Em até 3 (três) meses após a assinatura do contrato a Concessionária deve informatizar os serviços do hospital, de modo a melhorar a qualidade dos serviços prestados a comunidade, bem como permitir um melhor controle e auditoria dos seus serviços;
- 11.3.7 Em até 24 (vinte e quatro) meses após a assinatura do contrato a Concessionária deverá possuir sistema próprio de deslocamento de pacientes, permitindo a remoção de casos de maior complexidade para hospitais de referência, possuindo os mesmos equipamento de rádio para comunicação e condições adequadas para suporte dos pacientes removidos;
- 11.3.8 Em até 12 (doze) meses a Concessionária deverá dotar o hospital de serviços laboratoriais que atendam as necessidade de complexidade dos serviços executados;
- 11.3.9 Em 120 (cento e vinte) meses os equipamentos devem ser revisados e atualizados se necessário, de modo a garantir a incorporação de novas tecnologias a comunidade;
- 11.3.10 Em 192 (cento e noventa e dois) meses os equipamentos devem ser revisados e atualizados se necessário, de modo a garantir a incorporação de novas tecnologias a comunidade.

11.3.11 Em 288 (duzentos e oitenta e oito) meses os equipamentos devem ser revisados e atualizados se necessário, de modo a garantir a incorporação de novas tecnologias a comunidade.

11.4 Plano de Ação

A Licitante deverá expor o seu Plano de Ação, levando em conta os aspectos: construtivo, operacional e administrativo, sendo que o referido plano deverá ser constituído pelos itens abaixo:

11.4.1 Plano de Obras ao Longo do Prazo de Concessão

11.4.1.1 Diretrizes para a elaboração dos estudos, projetos e execução das obras;

11.4.1.2 Características das obras propostas;

11.4.1.3 Cronograma dos estudos, projetos e execução das obras.

11.5.2 Plano de Modernização e Agregação de Tecnologia ao hospital

11.5.2.1 Diretrizes para elaboração dos estudos, projetos e viabilidade econômica para a modernização do hospital;

11.5.2.2 Cronograma para o processo de Modernização e Agregação de Tecnologia ao hospital.

11.5.3 O Atendimento ao Público e a Prestação de Serviços

11.5.3.1 As diretrizes para o Atendimento ao Público e para a Prestação de Serviços;

11.5.3.2 Cronograma de implantação da proposta de Atendimento ao Público e a Prestação de Serviços, citando controles de qualidade a serem utilizados, bem como indicadores de satisfação de usuários.

11.6 A Gestão de Recursos Humanos

11.6.1 As Diretrizes para a Gestão de Recursos Humanos;

11.6.2 Caracterização dos Recursos Humanos necessários ao longo da Concessão.

12 Proposta Comercial

12.1 Objetivo

Tem como objetivo permitir à Licitante explicitar em sua proposta os seguintes aspectos da presente Licitação:

- a) Avaliação dos recursos financeiros necessários para as ampliações necessárias ao hospital;
- b) Avaliação dos recursos financeiros necessários para os equipamentos a serem implantados no hospital;
- c) Avaliação dos recursos financeiros necessários para a implantação do sistema de transporte de pacientes;
- d) Avaliação dos recursos financeiros necessários para operacionalizar o funcionamento do hospital;
- e) Planejamento Econômico - Financeiro dos serviços, durante o período de concessão, prevendo as fontes de financiamento, com seus respectivos percentuais;

O presente contrato deve buscar o equilíbrio financeiro, visto que o atendimento a comunidade não deve sofrer soluções de continuidade, nem quedas na sua qualidade, sendo possível no Planejamento Econômico - Financeiro incluir o aporte de contrapartida pela SMS-FRG de recursos necessários a obtenção de equilíbrio financeiro ao contrato, limitado a R\$ 1,20 ao mês por habitante do Município.

f) No caso de aporte financeiro de terceiros, apresentar carta de compromisso firme de instituição (ções) financeira (s) de financiar diretamente ou de captar recursos para o financiamento do projeto;

Entende-se por compromisso firme, para os fins de atendimento das normas deste Edital, a troca de correspondência entre o Licitante e a(s) instituição(ões) financeira(s), evidenciando, com precisão, os termos do(s) acordo(s) que pretendem pactuar, vedados sob pena de não aceitação pela Comissão de Licitações, quaisquer artifícios de redação que visem a tirar o caráter de compromisso firme e irrevogável do documento.

Nestas correspondências, que devem fazer parte do Envelope nº 3 - Proposta Comercial, deverão constar, detalhadamente, as fontes de financiamento, bem como as seguintes informações:

- a) montante dos recursos financeiros, inclusive de fontes próprias de recursos;
- b) designação, se for o caso, das entidades financeiras com as quais tenham sido negociadas a colocação de obrigações com indicações de montantes, moedas e área de colocação;
- c) características das várias operações, taxas de juros, períodos de amortização e de carência, vencimento, comissões e gastos de colocação das obrigações;
- d) carta de compromisso, de entidade financeira onde constem as características das operações referidas.

12.2 Condições Preestabelecidas

A SMS-FRG estabelece as condições adiante enunciadas, as quais necessariamente devem ser atendidas pela Licitante em sua Proposta Comercial.

12.2.1 Percentual de leitos reservados ao Sistema Único de Saúde, de modo a garantir o acesso da população do Município ao serviço hospitalar com um mínimo de 70%;

12.2.2 Número de leitos reservados aos setores de maternidade, pediatria, clínica médica e clínica cirúrgica com pelo menos 20% reservados a cada clínica;

12.2.3 Ao longo do período de Concessão, sempre que fatos ou motivos conjunturais justificarem, as condições expressas nos itens 12.2.1 e 12.2.2 poderão ser reavaliadas e modificadas. Os estudos efetuados sobre ao assunto deverão ser submetidos à apreciação da Concedente. Quando partir dela tal proposição, a Concessionária efetuará a análise do impacto no Equilíbrio Econômico - Financeiro do Contrato, decorrente da presente Licitação, e proporá medidas para sanar o eventual desequilíbrio.

13 Entrega e Abertura das Propostas

14 Critério de Julgamento

14.1 Metodologia de Execução

14.1.1 As Metodologias de Execução apresentadas serão julgadas pela Comissão Especial de Licitação, através da análise comparativa e da atribuição justificada de pontuações,

variáveis de 0 (zero) a 10 (dez), a cada um dos quesitos resumidos em 14.1.2, obedecendo os critérios de 14.1.1.1 a 14.1.1.4.

14.1.1.1 Nota 0 (zero): Quando o quesito não houver sido atendido, nem mesmo de forma parcial;

14.1.1.2 Até nota 4 (quatro): Quando o quesito receber atendimento apenas parcial, não tendo sido coberta a totalidade do(s) tema(s) ou, ainda, tendo havido o tratamento equivocado acerca de um ou mais tópicos referentes ao(s) tema(s);

14.1.1.3 Até nota 8 (oito): Quando o quesito receber atendimento total, aceitável, oferecendo visão e abordagem prática consideradas satisfatórias e corretas, sem aporte de inovação ou saltos em qualidade (concepção, operação ou atendimento);

14.1.1.4 Até nota 10 (dez): Quando o quesito receber atendimento total, oferecendo visão e abordagem prática consideradas excelentes, contribuindo para inovação e aprimoramento na qualidade (concepção, operação ou atendimento).

14.1.2 Os pesos a serem atribuídos a cada um dos segmentos da metodologia de execução e aos quesitos serão os constantes na Tabela a seguir:

Julgamento da Metodologia de Execução (Peso dos Segmentos e Quesitos)

Seguimentos / Quesitos da Metodologia	Pesos		
	Segmento	Quesito	Global
A - Conhecimento do Hospital	0,3000		
A.1 - Diagnóstico das Instalações		0,2000	0,0600
A.2 - Diagnóstico dos Equipamentos		0,1500	0,0450
A.3 - Diagnóstico dos Recursos Humanos		0,3000	0,0900
A.4 - Diagnóstico do Fluxo Operacional		0,3500	0,1050
B - Plano de Ação	0,7000		
B.1 - Plano de Obras ao longo da Concessão		0,2000	0,1400
B.2 - Plano de Investimento em Equipamentos		0,2000	0,1400
B.3 - Gerenciamento de Recursos Humanos		0,2000	0,1400
B.4 - Plano de Investimento em Transporte		0,1000	0,0700
B.5 - Plano de Atendimento a População		0,3000	0,2100
TOTAL	1,0000	100%	1,0000

14.1.3 A Pontuação Técnica Final Total (PTF) corresponde ao somatório das pontuações técnicas dos quesitos, que são obtidas pelo produto de cada pontuação pelo peso correspondente.

14.1.4 Somente serão classificadas para a fase seguinte da presente licitação, as licitantes que obtiverem PTF igual ou superior a 7,0 (sete) pontos.

14.2 Proposta Comercial

14.2.1 Fica estabelecido que a ocorrência de qualquer discrepância, incoerência ou omissão na Proposta Comercial com relação a Metodologia de Execução, implicará na desclassificação da respectiva proposta.

14.2.2 Serão desclassificadas as propostas que não atenderem às condições preestabelecidas na Proposta Comercial.

14.2.3 Serão também desclassificadas as Propostas Comerciais que, à luz da análise de suas planilhas e demais demonstrativos se revelem inexeqüíveis, cabendo a Comissão desta Licitação apresentar relatório objetivo comprobatório desta decisão.

14.3 Classificação Final das Propostas

14.3.1 Será considerada vencedora da presente Licitação, a Licitante que apresentar o menor valor para o custo de contrapartida do Município, que deverá ser coerente com os quadros de receitas e despesas, sob pena de que assim não for, ser desclassificada.

14.3.2 Em caso de empate entre duas ou mais propostas, a decisão final será feita por sorteio em Ato Público a ser designado e convocado pelo Sr. Presidente da Comissão desta Licitação.

15 Da Homologação e da Adjudicação do Objeto da Licitação

15.1 Após a Comissão ter efetuado a classificação das propostas, a mesma encaminhará o processo à autoridade competente para homologação e adjudicação do objeto da licitação à Licitante classificada em 1º lugar, convocando o adjudicatário para assinatura do contrato, dentro do prazo de até 7 (sete) dias corridos, no caso de se tratar de empresa isolada ou de até 45 dias corridos, no caso de se tratar de Consórcio;

15.2 No caso de o adjudicatário ser um Consórcio de empresas, deverá constituir a nova empresa até a data limite indicada em 15.1 sob pena de poder ter a adjudicação cancelada pelo Concedente.

15.2.1 No caso de a vencedora da Licitação ser consórcio, a titularidade do controle deve ser exercida pelas empresas consorciadas que participarão, necessariamente, da formação do capital da nova sociedade, sem prejuízo de que venham a participar do referido capital, terceiros interessados, desde que não tenham participado da Licitação quer isoladamente quer em consórcio.

15.2.1.1 Entende-se por controle efetivo da sociedade Concessionária a titularidade da maioria de seu capital votante, expresso em ações ordinárias nominativas, bem assim o exercício, de fato e de direito, do poder decisório para gerir suas atividades.

15.3 Da adjudicação caberá recurso, sem efeito suspensivo, no prazo de 05(cinco) dias úteis, contados da publicação ou da intimação do ato.

15.4 O recurso dirigido ao Presidente da Comissão, deverá ser entregue no endereço mencionado no preâmbulo deste Edital.

16 Das Garantias

16.1 A Licitante deverá garantir o cumprimento integral de todas as obrigações assumidas com a apresentação de sua proposta, optando por uma das modalidades de garantias previstas em lei, no valor correspondente a 1% do montante definido no item 3 do Anexo VI ao presente Edital, sendo que o comprovante da sua efetivação deve ser entregue à SMS-FRG até o horário e data limite definidos ao parágrafo do item 4.3.

16.2 A garantia deve ter prazo de vigência de 90 dias, contados da apresentação da proposta. A garantia referida no item acima, prestada pela Licitante vencedora, ficará retida até a assinatura do Contrato de Concessão, sendo que as demais Licitantes poderão solicitar à Comissão a restituição das suas respectivas garantias, após a assinatura do Contrato acima referido, bem como após o vencimento do prazo de validade de respectiva proposta.

16.3 A licitante vencedora, no ato de assinatura do Contrato de Concessão, deverá prestar garantia adicional, de modo a garantir o cumprimento integral de todas as obrigações assumidas no aludido contrato, no limite do que dispõe o parágrafo 2º do artigo 56 da LEI nº 8666/93.

17 Do Contrato de Concessão

17.1 Homologado o certame e adjudicado o objeto da Licitação à Licitante vencedora, caberá à autoridade competente preparar o Contrato conforme minuta anexa a este Edital, bem como tomar as providências com base nas leis pertinentes para a formalização do mesmo.

17.2 Caso venham, no futuro, a ser solicitados pela Concedente serviços extraordinários, não previstos na “Metodologia de Execução” da Licitante à Concessão dos Serviços, os mesmos deverão ser objeto de orçamento detalhado e de estudo do impacto no atendimento e no equilíbrio financeiro do Contrato.

17.3 Este Edital, todos os documentos que compõem seus anexos e a proposta apresentada pela Licitante vencedora, farão parte integrante do Contrato de Concessão.

17.4 O Contrato de Concessão poderá ser rescindido pela Concedente no todo ou em parte, de pleno direito, a qualquer tempo, independentemente de ação, notificação ou interpelação judicial, quando a contratada:

- falir, entrar em concordata, tiver sua firma dissolvida ou deixar de existir;
- transferir, no todo ou em parte o contrato, sem prévia e expressa autorização da Concedente;
- paralisar o atendimento sem justa causa ou sem motivo de força maior;
- não der aos trabalhos o andamento capaz de cumprir os Cronogramas constantes da Proposta da Licitante Adjudicatária à Concessão dos serviços;
- inobservar a boa técnica reconhecida cientificamente e as normas da Vigilância Sanitária, e outras que se fizerem pertinentes;
- ser negligente, imprudente ou agir com imperícia quanto ao cumprimento das obrigações contratuais.

18 Disposições Finais

- 18.1 A Concedente tem o dever de declarar a Licitação nula na ocorrência de ilegalidade no processamento ou no julgamento, ou poderá revogá-la se considerada inoportuna ou inconveniente ao Interesse Público, por fato superveniente, devidamente comprovado, sem que por esses fatos tenha que responder por qualquer indenização ou compensação, assegurando o contraditório a ampla defesa, nos termos da legislação prevista no item 1.2
- 18.2 A aceitação da proposta vencedora pela Concedente obriga sua Licitante à execução integral do objeto desta Licitação, nas condições propostas, não lhe cabendo direito a qualquer ressarcimento por despesas decorrentes de custos ou serviços não previstos em sua proposta, em virtude de seus próprios erros ou omissões.
- 18.3 As propostas deverão ser assinadas pelo representante da Licitante, devidamente credenciado
- 18.4 As Licitantes arcarão com todos os custos relativos a apresentação das suas propostas, não cabendo responsabilidade por tais custos a outrem, quaisquer que sejam os procedimentos seguidos nesta licitação ou os seus resultados.
- 18.5 Será cedido à Concessionária pela Concedente seu direito de uso dos terrenos nos quais serão edificadas as obras necessárias para o cumprimento das metas do presente Edital, mediante cessão de Direito Real de Uso pelo prazo da presente Concessão, nos termos da lei.
- 18.6 De qualquer ato praticado pela Comissão, os interessados poderão valer-se do disposto no artigo 109 da Lei nº 8666/93 e na Lei nº 8883/94.
- 18.7 A Concedente se reserva o direito de anular ou revogar a presente Licitação, nos termos do presente Edital, não se obrigando a qualquer tipo de indenização ou compensação por propostas rejeitadas ou perdedoras.

E, para que chegue ao conhecimento dos interessados, lavrou-se a publicação do presente Edital, em __/04/98

Hamilton Lima Wagner
Secretário Municipal de Saúde
Fazenda Rio Grande

Anexo I - Regulamento da Concessão

Capítulo I - Do Objetivo, Do Objeto e do Prazo

Artigo 1 - Este regulamento tem por objetivo disciplinar a Concessão do serviço hospitalar municipal.

Artigo 2 - O serviço Concedido tem por objeto o atendimento hospitalar no município de Fazenda Rio Grande, compreendendo o funcionamento do hospital Nossa Senhora Aparecida, sua ampliação e equipagem, bem como sua manutenção e atualização. Inclui a sua exploração comercial, sendo licita a realização de convênios e o atendimento a pacientes privados desde que garantido o quantitativo de atendimento SUS a população de Fazenda Rio Grande nos percentuais explicitados no Edital de Concessão, pelo prazo até __/05/2028, contando da data da celebração do contrato.

Parágrafo Único - As obras necessárias, bem como os equipamentos, máquinas e aparelhos que se façam necessários para o bom funcionamento dos serviços, serão incorporados ao patrimônio do hospital e passarão sem ônus a Concedente expirado o prazo de contrato.

Capítulo II - Do Serviço Adequado

Artigo 3 - A Concessão de serviço público municipal de saúde hospitalar pressupõe, ao longo do período de Concessão, o pleno atendimento da população nas suas necessidades hospitalares e de emergência, com serviços eficientes, seguros e gentis.

Capítulo III - Da Política de Custos

Artigo 4 - O serviço público concedido terá o custo ao erário estabelecido pela vencedora da Licitação, julgado pelo critério do menor valor na época de sua realização, e será atualizado, se necessário, para mais ou para menos, restabelecendo o equilíbrio econômico - financeiro do contrato celebrado, que é embasamento jurídico da Concessão.

Artigo 5 - O equilíbrio econômico - financeiro será mantido e preservado ao longo de todo período concedido a partir da revisão da contrapartida do município, para mais ou para menos, sempre que ocorram aumentos ou reduções que causem impacto em uma das parcelas que lhe deram origem, conforme proposta do Licitante vencedor, ou haja a criação, alteração ou extinção de quaisquer tributos ou encargos legais, exceto os impostos sobre a renda.

Capítulo IV - Dos Encargos da Concedente

Artigo 6 - São encargos da Concedente

- I - fiscalizar permanentemente a prestação do serviço concedido;
- II - auditar juntamente com o Conselho Municipal de Saúde o funcionamento do serviço concedido a cada 3 (três) meses;
- III - aplicar as penalidades deste regulamento e contratuais;

- IV - intervir na prestação de serviço, nos casos e condições previstas em Lei;
- V - extinguir a Concessão, nos casos previstos em Lei e no contrato;
- VI - determinar as alterações de contrapartida do município quando houverem situações previstas em Lei ou no presente contrato;
- VII - cumprir e fazer cumprir as disposições deste Regulamento e as cláusulas contratuais;
- VIII - zelar pela boa qualidade dos serviços prestados, receber e apurar reclamações, cientificando em até 30 dias das providências tomadas;
- IX - estimular o aumento da qualidade e da produtividade do serviço, bem como a preservação e conservação do hospital e do seu ambiente;
- X - observar o princípio fundamental do regime jurídico da Concessão, que é a manutenção do equilíbrio econômico - financeiro do Contrato de Concessão;
- XI - repassar a contrapartida de recursos municipais até o último dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços.

Artigo 7 - No exercício da fiscalização, a Concedente terá acesso aos dados relativos à administração e recursos técnicos da Concessionária.

Parágrafo Único - A fiscalização será feita a qualquer tempo e sempre que se fizer necessário por intermédio de técnico da Concedente.

Capítulo V - Dos Encargos da Concessionária

Artigo 8 - São encargos da Concessionária:

- I - prestar serviço adequado, na forma prevista na Lei, nas normas técnicas aplicáveis, no Contrato e neste Regulamento;
- II - manter em dia o inventário e o registro de todos os bens utilizados vinculados à Concessão;
- III - prestar contas da gestão do serviço a Concedente e ao Conselho Municipal de Saúde, nos termos definidos no contrato;
- IV - contribuir para a permanência de boas condições dos bens públicos através dos quais lhes são prestados os serviços;
- V - informar em prazo hábil e em decorrência interagir com a Concedente na busca de solução para situações que venham a quebrar o princípio fundamental do regime jurídico de Concessão, conforme item X do artigo 6º do capítulo IV.

Capítulo VI - Dos Direitos e Obrigações dos Usuários

Artigo 9 - Sem prejuízo do disposto na Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) e das Leis nº 8080 e 8142 de 1990 (Leis Orgânicas da Saúde), são direitos e obrigações dos usuários:

- I - receber serviço adequado;

- II - receber da Concedente e da Concessionária informações para a defesa de interesses individuais e coletivos;
- III - obter e utilizar o serviço, com liberdade de escolha, observando as normas do Concedente;
- IV - levar ao conhecimento do Poder Público e da Concessionária as irregularidades de que tenha conhecimento, referentes ao serviço prestado;
- V - comunicar às autoridades competentes os atos ilícitos praticados Concessionária na prestação do serviço;
- VI - contribuir para a permanência de boas condições dos bens públicos através dos quais lhes são prestados os serviços;
- VII - pagar os serviços que livremente optar para serem executados fora do SUS.

Capítulo VII - Da Intervenção

Artigo 10 - A Concedente poderá intervir na Concessão com prévia autorização do Poder Público e com o fim de assegurar a adequação na prestação do serviço, bem como o fiel cumprimento das normas contratuais, regulamentares e legais pertinentes.

Parágrafo Único - A intervenção far-se-á por decisão da Concedente, que conterá a designação do interventor, o prazo da intervenção e os objetivos e limites da medida.

Artigo 11 - Declarada a intervenção, a Concedente deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, instaurar procedimento administrativo para comprovar determinantes da medida e apurar responsabilidades, assegurando o direito de ampla defesa.

Parágrafo 1º - Se ficar comprovado que a intervenção não observou os pressupostos legais e regulamentares será declarada sua nulidade, devendo os serviços ser imediatamente devolvidos a Concessionária, sem prejuízo de seu direito à indenização.

Parágrafo 2º - O procedimento administrativo a que se refere o “caput” deste artigo deverá ser concluído no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, sob pena de considerar-se inválida a intervenção.

Artigo 12 - Cessada a intervenção, se não for extinta a Concessão, a administração do serviço será devolvida à Concessionária, precedida de prestação de contas pelo Interventor, que responderá pelos atos praticados durante sua gestão.

Capítulo VIII - Da Extinção da Concessão

Artigo 13 - Extingue-se a Concessão por:

- I - advento do termo contratual;
- II - encampação;
- III - caducidade;
- IV - rescisão;
- V - anulação;

VI - falência ou extinção da Empresa Concessionária.

Parágrafo 1º - Extinta a Concessão, retornam à Concedente todos os bens reversíveis, direitos e privilégios transferidos ao Concessionário conforme previsto no Edital estabelecido no contrato.

Parágrafo 2º - Extinta a Concessão, haverá a imediata assunção do serviço pela Concedente, procedendo-se aos levantamentos, às avaliações e às liquidações necessários.

Parágrafo 3º - A assunção do serviço autoriza a ocupação das instalações e a utilização, pela Concedente, de todos os bens reversíveis.

Parágrafo 4º - Nos casos previstos nos incisos I e II deste artigo, a Concedente, antecipando-se à extinção da Concessão, procederá aos levantamentos e avaliações necessários à determinação dos montantes da indenização que será devida à Concessionária, na forma prevista nos artigos 14 e 15 deste Regulamento.

Artigo 14 - A reversão do termo contratual far-se-á com a indenização das parcelas dos investimentos vinculados aos bens reversíveis, ainda não amortizados ou depreciados, que tenham sido realizados com o objetivo de garantir a continuidade e atualidade do serviço concedido.

Artigo 15 - Considera-se encampação a retomada do serviço pela Concedente durante o prazo de Concessão, por motivo de interesse público, mediante lei autorizativa específica a após prévio pagamento de indenização, na forma do artigo anterior.

Artigo 16 - A inexecução total ou parcial do contrato acarretará, a critério da Concedente, a declaração de caducidade da Concessão ou a aplicação das sanções contratuais, respeitadas as disposições deste artigo, as normas convencionadas entre as partes e as disposições da Lei 8987/95.

Parágrafo 1º - A caducidade da Concessão poderá ser declarada pela Concedente quando:

I - o serviço estiver prestado de forma inadequada ou deficiente, tendo por base as normas critérios, indicadores e parâmetros definidores da qualidade do serviço;

II - a Concessionária descumprir cláusulas contratuais ou disposições legais ou regulamentares à Concessão;

III - a Concessionária paralisar o serviço ou concorrer para tanto, ressalvadas as hipóteses decorrentes de caso fortuito ou força maior;

IV - a Concessionária perder as condições econômicas, técnicas ou operacionais para manter adequada prestação do serviço concedido;

V - a Concessionária não cumprir as penalidades impostas por infrações, nos devidos prazos;

VI - a Concessionária não atender à intimação da Concedente no sentido de regularizar a prestação do serviço;

VII - a Concessionária for condenada em sentença transitada em julgado por sonegação de tributos, inclusive contribuições sociais.

Parágrafo 2º - A declaração de caducidade da Concessão deverá ser precedida da verificação de inadimplência da Concessionária em processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa.

Parágrafo 3º - Não será instaurado processo administrativo de inadimplência antes de comunicados à Concessionária, detalhadamente, os descumprimentos contratuais referidos no parágrafo 1º deste artigo, dando-lhe prazo para corrigir as falhas e transgressões apontadas e para o enquadramento, nos termos contratuais.

Parágrafo 4º - Instaurado o processo administrativo e comprovada a inadimplência, a caducidade será declarada por decisão da Concedente, independentemente de indenização prévia, calculada no decurso do processo.

Parágrafo 5º - A indenização de que trata o parágrafo anterior, será devida na forma do artigo 14 deste Regulamento e do contrato, descontado o valor das multas contratuais e dos danos causados pela Concessionária.

Parágrafo 6º - Declarada a caducidade, não resultará para a Concedente qualquer espécie de responsabilidade em relação a encargos, ônus, obrigações ou compromissos com terceiros ou com empregados da Concessionária.

Artigo 17 - O contrato de Concessão poderá ser rescindido por iniciativa da Concessionária, no caso de descumprimento das normas contratuais pela Concedente, mediante ação judicial especialmente intentada para este fim.

Parágrafo Único - Na hipótese prevista no "caput" deste artigo, os serviços prestados pela Concessionária não poderão ser interrompidos ou paralisados, até a decisão judicial transitada em julgado.

Capítulo IX - Das Penalidades

Artigo 18 - Caso ocorra o descumprimento dos prazos estabelecidos para execução dos projetos e obras, bem como dos serviços prestados, sem que haja justificativa aceitável pela Concedente - ouvido o Conselho Municipal de Saúde, aplicar-se-ão, isolada e cumulativamente, sem prejuízo de outras penalidades estabelecidas neste Regulamento e no Contrato, as seguintes multas pecuniárias:

Atividade	Multa Por Dia de Atraso
1. Projetos Executivos (inclusive revisão)	0,001% do valor estimado do contrato
2. Obras	0,001% do valor estimado do contrato
3. Recusa de Atendimento pelo SUS dentro do previsto mensal	0,01% do valor da fatura do SUS por atendimento negado

Parágrafo Único - Na eventualidade da ocorrência de quaisquer das multas referidas no "caput" deste artigo, a Concessionária deverá recolhê-las, na Tesouraria da Prefeitura no prazo de 5(cinco) dias contados da data da ocorrência do fornecimento falho. Nos dois primeiros casos, o limite máximo de penalização é de 15% do valor estimado do projeto ou obra.

Capítulo X - Dos Seguros

Artigo 19 - A Concessionária se obriga a contratar e manter em vigor, durante todo o período de Concessão, os seguros a seguir identificados e adiante especificados:

- **Seguros de Danos Materiais**
 - seguro de riscos de engenharia
 - seguro do tipo “compreensivo”
- **Seguro de Responsabilidade Civil Geral**
 - seguro de responsabilidade civil facultativa de veículos
 - seguro de responsabilidade técnica por serviços prestados
- **Seguros Obrigatórios por Lei**

Parágrafo 1º - Seguros de Danos Materiais:

I - Seguro de Risco de Engenharia - de modo a proporcionar Cobertura aos Danos Materiais que possam ser causados às obras decorrentes do Contrato de Concessão, sendo que o referido Seguro deverá ser contratado à medida da execução de cada uma das obras ao longo do período de Concessão. A importância segurada da apólice do referido seguro deverá ser igual ao valor total de cada uma das obras;

II - Seguro do tipo “Compreensivo” - visando à Cobertura de Danos Materiais aos prédios, instalações, máquinas e equipamentos cedidos pela Secretaria de Saúde, ocupados pela Concessionária e que apresentem vinculação com o objeto da Concessão. O valor segurado deverá corresponder ao custo de reposição, considerando a depreciação pelo uso e o estado de conservação vigente na data de início de cobertura da apólice.

Parágrafo 2º - Seguro de Responsabilidade Civil Geral:

I - Seguro de Responsabilidade Civil Facultativa de Veículos - para proporcionar Cobertura de Danos Materiais e/ou Pessoais causados a terceiros e que venham a ser imputados à Concessionária, decorrentes da utilização de veículos automotores de sua propriedade e/ou a seu serviço e que apresentem vinculação com o objeto da Concessão;

II - Seguro de Responsabilidade Técnica por Serviços Prestados - deverá ser contratado para a cobertura de danos materiais e/ou pessoais a terceiros e a própria Concessionária, que venham a ser imputados à Concessionária em virtude da existência do Contrato de Concessão.

Parágrafo 3º - Seguros Obrigatórios por Lei - Além dos Seguros retro citados, a Concessionária deverá Contratar os Seguros Obrigatórios por Lei que existam ou venham a existir durante o Período de Concessão, com os valores de cobertura no mínimo iguais aos estipulados pelas Leis correspondentes.

Parágrafo 4º - Condições Gerais dos Seguros:

I - Todos os seguros deverão ser custeados e contratados pela Concessionária com Seguradoras, de sua livre escolha, em operação no Brasil;

II - A Seguradora deverá obrigar-se a informar à Concessionária, e esta à Concedente, no prazo de 10(dez) dias, sobre quaisquer fatos que impliquem no cancelamento total ou parcial

dos seguros previstos, redução de coberturas, aumento de franquias ou redução das importâncias seguradas, devendo além disso avisá-la, com uma antecedência de, no mínimo, 30(trinta) dias, sobre o vencimento de seguros.

III - A Concessionária deverá fornecer à Concedente, num prazo não superior a 30(trinta) dias do término de cada fiscal, um certificado confirmando que todas as Apólices estão válidas naquela data, e que os respectivos prêmios se encontram pagos.

IV - A Concessionária poderá alterar coberturas e franquias bem como quaisquer condições das apólices previstas, visando a adequá-las às novas necessidades que venham a ocorrer ao longo do período Concessão, entretanto, estarão sujeitas à aprovação prévia da Concedente.