

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**PROCESSO DE GESTÃO NA CONTRATUALIZAÇÃO EM
SAÚDE PÚBLICA: UMA PROPOSTA DE PARTICIPAÇÃO
EFETIVA DOS USUÁRIOS**

Jaina Nara Moreira Rios

**CRUZ DAS ALMAS - BAHIA
2022**

PROCESSO DE GESTÃO NA CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA: UMA PROPOSTA DE PARTICIPAÇÃO EFETIVA DOS USUÁRIOS

Jaina Nara Moreira Rios

Enfermeira

Universidade Estadual de Feira de Santana, 2008

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social.

Orientadora: Profa. Dra. Lys Maria Vinhaes Dantas

**CRUZ DAS ALMAS - BAHIA
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

R586p

Rios, Jaina Nara Moreira.

Processo de gestão na contratualização em saúde pública: uma proposta de participação efetiva dos usuários / Jaina Nara Moreira Rios. _ Cruz das Almas, BA, 2022. 68f.; il.

TCC (Mestrado) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas, Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social.

Orientadora: Prof. Dra. Lys Maria Vinhaes Dantas.


1.Administração pública – Saúde pública. 2.Administração pública – Sistema Único de Saúde (Brasil). 3.Aspectos sociais – Análise. I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas. II.Título.

CDD: 351

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS E SEGURANÇA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**PROCESSO DE GESTÃO NA CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA: UMA PROPOSTA DE PARTICIPAÇÃO EFETIVA DOS
USUÁRIOS**

Comissão Examinadora da Defesa de Dissertação de
Jaina Nara Moreira Rios

Documento assinado digitalmente
 DORALIZA AUXILIADORA ABRANCHES MONTEIRO
Data: 30/11/2022 11:13:30-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Profa. Dra. Doraliza Auxiliadora Abranches Monteiro
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e Universidade Federal da Bahia

Documento assinado digitalmente
 EDGILSON TAVARES DE ARAÚJO
Data: 01/12/2022 10:08:20-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Prof. Dr. Edgilson Tavares de Araújo
Universidade Federal da Bahia e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Documento assinado digitalmente
 LYS MARIA VINHAES DANTAS
Data: 02/12/2022 09:16:23-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Profa. Dra. Lys Maria Vinhaes Dantas
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Orientadora

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, a quem desejo sempre dar motivos para que se orgulhem.

Ao fortalecimento do SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de reconhecimento pelo afeto, empatia, atenção e bondade de alguém.

Agradeço ao meu esposo, pela compreensão, apoio e incentivo em cada momento difícil e por ajudar a vencer os desafios.

Aos meus colegas da Turma 2020.1, especialmente do nosso grupo de apoio, que estiveram caminhando de mãos dadas ao longo dessa trajetória. A amizade, o cuidado e a generosidade de vocês tornaram tudo possível.

À Professora Lys, minha orientadora, pela empatia, compreensão, atenção e cuidado que representaram muito mais do que imagina.

Às pessoas das comunidades das Ilhas, especialmente da Ilha de Maré, por me permitirem aprender mais sobre servir.

Aos gestores com quem convivo, que admiro e em quem me inspiro.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

PROCESSO DE GESTÃO NA CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA: UMA PROPOSTA DE PARTICIPAÇÃO EFETIVA DOS USUÁRIOS

RESUMO: Considera-se que, para o atendimento às políticas públicas nas esferas de Governo, é relevante a adoção de meios de otimização dos processos de trabalho, que garantam emprego adequado de recursos públicos e boa qualidade nos serviços prestados. Ao longo do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) surgiram normativas que colaboraram para a estruturação da sua operacionalização, muito embora desafiadora em função das diversas realidades brasileiras. Uma das mais relevantes medidas é a Política Nacional de Humanização (PNH), que recomenda a integração de gestores, trabalhadores e usuários de serviços de saúde em prol da gestão dos serviços públicos de saúde, considerando os princípios doutrinários do SUS e de modo a garantir o seu aprimoramento. Em Salvador (BA), os territórios das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos são acessados exclusivamente por via marítima e contam com apenas uma Unidade de Saúde da Família em cada ilha. Com déficits operacionais devido a dificuldades governamentais para a execução e solução de diversas demandas estruturais, logísticas e de gestão de pessoas, em 2020 ocorreu a contratualização de Organização Social para promover serviços de saúde nos territórios. O problema de pesquisa foi definido em função da situação que desencadeia a busca por novos processos de trabalho na Gestão Pública em Saúde, sendo apresentada por cenário em que o usuário não é inserido no processo de gestão dos serviços públicos de saúde de forma efetiva. Esta pesquisa tem, como objetivo geral, propor inserção da participação de usuários do processo de gestão na contratualização em Saúde Pública. Os objetivos específicos da pesquisa são: analisar o contexto de saúde das comunidades das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos no Município de Salvador (BA); analisar a estrutura e o processo de gestão do Contrato de Gestão dos serviços de saúde das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos no Município de Salvador (BA), identificando oportunidades de inserção da participação social; e apresentar proposta de dispositivo de Gestão Participativa para o Contrato Público de Gestão, permitindo a participação dos usuários. A pesquisa é do tipo qualitativa, aplicada com uso de análise documental e abrangência geográfica no Município de Salvador (BA), nos territórios das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos. Foram identificados os elementos do Contrato de Gestão nº 309/2020 que operacionaliza os serviços de saúde nesses territórios e analisadas as oportunidades para a participação social. Como produtos, foram desenvolvidas uma proposta de implantação de Colegiado Gestor em cada unidade de saúde como meta qualitativa e uma minuta para o seu regimento, criando espaços para a efetiva participação de usuários junto aos processos de gestão e atenção à saúde, conforme regido pela legislação vigente.

Palavras chave: Nova Gestão Pública; Contrato de Gestão; Saúde Pública; Participação Social.

MANAGEMENT PROCESS IN PUBLIC HEALTH CONTRACTING: A PROPOSAL FOR EFFECTIVE USER PARTICIPATION

ABSTRACT: It is considered that, in order to comply with public policies in the spheres of Government, it is relevant to adopt means of optimizing work processes, which guarantee adequate use of public resources and good quality in the services provided. Throughout the development of the Unified Health System (SUS), regulations emerged that contributed to the structuring of its operation, although challenging due to the different Brazilian realities. One of the most relevant measures is the National Humanization Policy (PNH), which recommends the integration of managers, workers and users of health services in favor of the management of public health services, considering the doctrinal principles of the SUS and in order to guarantee its improvement. In Salvador (BA), the territories of Ilhas de Maré, Frades and Bom Jesus dos Passos are accessed exclusively by sea and have only one Family Health Unit on each island. With operational deficits due to government difficulties in executing and solving various structural, logistical and people management demands, in 2020 the Social Organization contracted to promote health services in the territories. The research problem was defined according to the situation that triggers the search for new work processes in Public Health Management, being presented by a scenario in which the user is not effectively inserted in the management process of public health services. This research has, as a general objective, to propose insertion of the participation of users of the management process in contracting in Public Health. The specific objectives of the research are: to analyze the health context of communities on the islands of Maré, Frades and Bom Jesus dos Passos in the city of Salvador (BA); analyze the structure and management process of the Management Contract for the health services of Ilhas de Maré, Frades and Bom Jesus dos Passos in the city of Salvador (BA), identifying opportunities for insertion of social participation; and present a proposal for a Participatory Management device for the Public Management Contract, allowing users to participate. The research is qualitative, applied using documental analysis and geographical coverage in the city of Salvador (BA), in the territories of the islands of Maré, Frades and Bom Jesus dos Passos. The elements of Management Contract No. 309/2020 that operationalize health services in the territories were identified, and opportunities for social participation were analyzed. As products, a proposal was developed for the implementation of a Management Collegiate in each health unit as a qualitative goal and a draft for its regiment, creating spaces for the effective participation of users in the processes of management and health care, as governed by legislation current.

Keywords: New Public Management; Management Contract; Public Health; Social Participation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APG	Administração Pública Gerencial
CG	Contrato de Gestão
ESF	Equipes de Saúde da Família
GE	Governo Empreendedor
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
NGP	Nova Gestão Pública
OS	Organização Social
PDRAE	Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1: Metas Quantitativas em Atenção Primária e em Urgência/Emergência **Erro! Indicador não definido.**
- Quadro 2: Metas Qualitativas em Atenção Primária e em Urgência/Emergência **Erro! Indicador não definido.**
- Quadro 3: Faixas de repasse financeiro referente ao cumprimento das metas ... **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Distribuição dos Distritos Sanitários do Município de Salvador **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 2: Mapa com localização das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos **Erro! Indicador não definido.**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 Contratualização de Serviços Públicos de Saúde	15
2.1.1 Reforma da Administração Pública de 1995 e as Organizações Sociais: os caminhos para a contratualização em saúde	15
2.1.2 Contrato de Gestão como uma ferramenta para a eficácia nos serviços públicos.....	20
2.2 Participação Social no contexto do SUS	22
2.2.1 Participação Social	22
2.2.2 Gestão Participativa no SUS.....	25
3 METODOLOGIA	31
4 CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE LOCAIS: UM OLHAR PARA A EXPERIÊNCIA DAS ILHAS DE MARÉ, FRADES E BOM JESUS DOS PASSOS	33
4.1 O cenário da saúde pública nas Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos (Salvador, Bahia) e a tomada de decisão pela contratualização dos serviços de saúde locais	33
4.2 Análise da contratualização dos serviços de saúde nas Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos (Salvador, Bahia) e oportunidade para o fortalecimento da participação social	39
5 PROPOSTA DE DISPOSITIVO DE GESTÃO PARTICIPATIVA NA CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE A – Proposta de meta qualitativa para o Contrato de Gestão.....	63
APÊNDICE B – Minuta para o Regulamento do Colegiado Gestor	64

1 INTRODUÇÃO

A otimização dos processos de trabalho e a qualidade dos serviços públicos demandam da gestão a adaptação às diversas realidades em que as políticas públicas são implementadas, para o emprego adequado de recursos públicos e a obtenção dos melhores resultados com atenção à satisfação dos usuários no acesso aos serviços e à observação obrigatória a leis e regulamentações de órgãos oficiais de controle e fiscalização.

Ao longo do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) surgiram normativas que colaboraram para a estruturação da sua operacionalização, muito embora desafiadora em função das diversas realidades brasileiras. Uma das mais relevantes medidas é a Política Nacional de Humanização (PNH), que recomenda a integração de gestores, trabalhadores e usuários de serviços de saúde em prol da gestão dos serviços públicos de saúde, considerando os princípios doutrinários do SUS e de modo a garantir o seu aprimoramento. Cabe, ainda, acrescentar que o sistema de saúde possui formas de implementação e execução direta e indireta de seus serviços.

Neste contexto, o problema de pesquisa foi definido em função da situação que desencadeia a busca por novos processos de trabalho na gestão pública indireta em saúde, em um cenário específico no qual o usuário não está inserido no processo de gestão dos serviços públicos de saúde de forma efetiva ou mesmo participa do monitoramento e avaliação exercendo o controle social. Embora prevista legalmente a participação via conselhos, além de conferências, fóruns e outros, a ausência real da participação social na execução de contratos públicos dificulta o conhecimento adequado das demandas de saúde pelo gestor público, o que pode levar a falhas de planejamento, com priorização equivocada e utilização inadequada de recursos públicos. Este ambiente foi propício para que se questionasse de que forma os usuários poderiam participar efetivamente da gestão dos serviços de saúde prestados em contexto de contratualização.

A pergunta de pesquisa, mobilizadora para este Trabalho de Conclusão de Curso, fica estabelecida a seguir: de que forma os usuários podem participar efetivamente da gestão dos serviços de saúde prestados em contexto de contratualização?

De forma preventiva e corretiva, os processos de gestão nos serviços públicos de saúde contratualizados são guiados pelo gerenciamento dos parâmetros contratuais expressados por meio de definição de metas e cuja consolidação é algo criterioso e muito crítico. Este processo norteador no panorama da gestão pública ganha mais respaldo público quando respeita o que foi estabelecido em relevantes marcos legais que encontramos desde a promulgação da Constituição Cidadã, a Constituição Federal de 1988, que estimula a participação social em diversos setores da Administração Pública. Por isso, é considerada relevante a proposição de novo delineamento com a participação do usuário no processo de gestão de serviços públicos de saúde na perspectiva da contratualização.

Há, ainda, o interesse em defender a relevância do tema diante da preocupação em demonstrar de que maneira a otimização dos processos de trabalho, que são obrigatoriamente estabelecidos mediante celebração de Contrato Público de Gestão e estabelecimento de atividades que envolvem o beneficiário na avaliação e no monitoramento do desempenho, torna a oferta de serviços públicos necessariamente mais passível de controle e, conseqüentemente, possivelmente mais eficaz. Vale lembrar que o Contrato Público de Gestão é instrumento indispensável à chancela de operacionalização garantida à Organização Social para a prática de gestão no ambiente público, em um processo de resposta à publicização de um serviço público não exclusivo.

Acrescenta-se ao acima mencionado o testemunho pessoal de aplicação das citadas ferramentas nas práticas estratégicas de implantação de serviços e no exercício de cargos de liderança em instituições de saúde de natureza pública e de terceiro setor, com resultados exitosos nas oportunidades assumidas, tendo sido, entre elas, a atual. No momento, exerço Diretoria de Gestão de Contratos em uma Organização Social e respondo pelos processos de planejamento, gestão operacional, monitoramento de desempenho e atividades de controle e prestação de contas, sendo referência institucional para Contratos Públicos de Gestão cujos objetos tratam sobre a gestão de serviços públicos de saúde na Atenção Primária e na Atenção Especializada e de Urgências e Emergências.

Da maneira acima descrita, corroboro o interesse em que seja ampliado o conhecimento sobre o tema em prol da segurança e da praticidade na gestão dos serviços públicos de saúde contratualizados, o que, por fim, servirá para fornecer subsídios para a adequada tomada de decisão, além de servir como ferramenta

gerencial para análise crítica, possivelmente resultando na melhoria de serviços públicos de saúde.

O desenvolvimento desta pesquisa trouxe significativa valia pessoal, com a aquisição de maior expertise para o exercício de cargo de gestora que oportunamente ocupar, o que resultará em melhor atendimento a cada cidadão no seu direito à saúde.

Neste cenário e apresentadas as justificativas, esta pesquisa tem, como objetivo geral, propor a inserção da participação de usuários do processo de gestão na contratualização em saúde pública. Para tanto, investigou-se o Contrato Público de Gestão em Saúde relacionado às Unidades das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos no Município de Salvador (BA).

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- a) analisar o contexto de saúde das comunidades das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos, no Município de Salvador (BA);
- b) analisar a estrutura e o processo de gerenciamento do contrato de gestão dos serviços de saúde das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos no Município de Salvador (BA), identificando oportunidades para inserção da participação social;
- c) apresentar proposta de instrumento de gestão participativa para o Contrato Público de Gestão, de modo a ampliar a participação dos usuários com vistas a melhorar a qualidade dos serviços prestados.

O objeto de estudo consiste na estrutura e no processo de gerenciamento do Contrato Público de Gestão em saúde executado no Município de Salvador (BA), com universo na comunidade de Ilha de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos no Município de Salvador (BA).

O interesse pelo desenvolvimento deste trabalho acadêmico surge da importância em produzir meios de instrumentalização de processos de gestão através do uso de ferramentas gerenciais que visem à otimização do planejamento e o acompanhamento do desempenho institucional no exercício das atividades de trabalho, considerando o cidadão como interessado principal, vez que é o beneficiário e razão de existir dos serviços públicos.

Através deste trabalho, pretende-se abordar a participação social como tema de interesse dentro da linha de pesquisa em Gestão em Segurança Social no Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social (PPGGPPSS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. As relações contidas

nos assuntos e linha de pesquisa serão exploradas por meio da análise do processo de monitoramento e avaliação da contratualização de serviços públicos no setor saúde e nos limites das comunidades das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos no Município de Salvador (BA).

Em atenção à Instrução Normativa PPGGPPSS 01/2021 (que dispõe sobre as orientações provisórias para desenvolvimento e a avaliação dos Trabalhos de Conclusão de Curso no formato produto e de artigos), foi desenvolvido um produto, que consiste em uma proposta de inserção da participação dos usuários junto ao processo de gestão do serviço de saúde no contexto da contratualização.

A fim de estabelecer o estudo, além desta seção introdutória, seguirão outras partes, sendo: fundamentação teórica, em que é discutida a contratualização de serviços públicos em saúde e a participação social no contexto do SUS; em seguida, é apresentada a metodologia utilizada para esta pesquisa; a seção posterior demonstra a contextualização do serviço de saúde nas ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos e a análise da contratualização dos serviços de saúde locais; segue-se, então, uma proposta para a inserção da participação social na Gestão em contratualização de serviços públicos de saúde. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contratualização de Serviços Públicos de Saúde

A assistência à saúde melhorou consideravelmente nas últimas décadas com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, através daquelas que são consideradas as “Leis Orgânicas do SUS”, que são: Lei Federal nº 8080/1990 e Lei Federal nº 8142/1990. A partir destes marcos, esta área de política pública contou com a implementação de novos processos, ferramentas, pesquisas científicas e tecnologias que permitiram o estabelecimento de políticas públicas e a operacionalização de ações que garantiram a oferta dos serviços de saúde como um direito constitucional de todo cidadão brasileiro, como consta no artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

Este movimento de modernização no processo de gestão na saúde contou com o avanço histórico ao longo dos desdobramentos da Nova Gestão Pública, que, no Brasil, marcou a Reforma Administrativa, iniciada em 1995 e que permitiu a adoção de modalidades de gestão que incluíam, entre outras, a contratualização de instituições de terceiro setor para a operacionalização de serviços públicos de saúde (BRASIL, 1998a).

2.1.1 Reforma da Administração Pública de 1995 e as Organizações Sociais: os caminhos para a contratualização em saúde

Uma Reforma da Administração Pública considera a implementação de mudanças que atingem as políticas públicas e as organizações contidas no setor público, em que possa ser gerado movimento capaz de agregar resultados satisfatórios alinhados aos propósitos e justificativas que torne válido o complexo esforço de transformação.

Em diversos lugares do mundo, havia um cenário de crise por volta da década de 70, tendo durado anos. Também no Brasil, especialmente nos anos 90, a situação levou à adoção de medidas de combate e busca de fortalecimento da gestão pública para a contenção de dificuldades que envolviam o ajuste fiscal, a privatização e a abertura comercial (BRESSER-PEREIRA, 1997).

De acordo com Secchi (2009), nas últimas décadas os modelos organizacionais de reformas na administração pública prevalentes foram o da Administração Pública Gerencial (APG) e o Governo Empreendedor (GE), ambos classificados como gerencialistas. Caracteriza-se, assim, a Administração Pública Gerencial como um modelo normativo pós-burocrático que se baseia em valores de eficiência, eficácia e competitividade. Sano e Abrucio (2008) afirmam que a Nova Gestão Pública surgiu para atacar a ineficiência e a baixa responsabilização de gestores, flexibilizando a administração pública e aumentando a *accountability*, reduzindo erros e permitindo punir os responsáveis.

O termo *accountability*, vale acrescentar, não tem tradução para o português. A palavra denota atributos de processos administrativos e diz respeito à boa capacidade gerencial. E a *accountability* governamental “tende a acompanhar o avanço de valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade” (CAMPOS, 1990, p. 33).

Barbosa e Elias (2010) avaliam que este movimento de inovação teve origem no Brasil a partir de 1995, com a Reforma da Administração Pública estabelecida na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso pelo oportunamente criado Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), então chefiado pelo Ministro Luiz Carlos Pereira Bresser.

Ibanez e Neto (2007) discutem sobre a evolução de diversas experiências internacionais de reformas administrativas e avaliam que o caso da NGP no Brasil se caracteriza como um modelo da busca pela excelência com base na cultura organizacional como uma mistura entre os modelos dos serviços público e privado, conferindo aspectos qualitativos ao setor público, com mudança de perspectiva do relacionamento com os usuários dos serviços.

Lançado em 1995, o Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE) foi o documento norteador para a reforma. No diagnóstico apresentado no documento, o Estado enfrentava elevados custos operacionais referentes aos serviços públicos, enquanto lidava com a ineficiência dos serviços. O PDRAE ainda demonstrou os entraves burocráticos que o Estado encontrava, ao descrever seus principais problemas (BRASIL, 1995).

O plano do MARE demonstrava alinhamento com a NGP quanto à forma de organização institucional, com atuação do Estado como regulador, buscando a

“descentralização, a desburocratização e o aumento da autonomia de gestão” (BRESSER-PEREIRA, 1998, P.206).

O PDRAE apresentou três dimensões dos problemas enfrentados pela administração pública brasileira: a dimensão institucional-legal, relacionada aos obstáculos de ordem legal para o alcance de uma maior eficiência do aparelho do Estado; a dimensão cultural, definida pela coexistência de valores patrimonialistas e principalmente burocráticos com os novos valores gerenciais e modernos na administração pública brasileira; e a dimensão gerencial, associada às práticas administrativa (COSTA, 2012).

O PDRAE defendia que seria possível a oferta de serviços públicos de qualidade, de maneira direta e indireta, a depender da natureza dos serviços. De acordo com Bresser-Pereira (1998), esta qualidade pretendida seria obtida por meio de adoção de práticas administrativas baseadas em modelo de gestão gerencialista, com foco em resultados e voltados para a satisfação do cidadão. Os contratos de gestão, cujo desempenho se tornaria mensurável, seriam a ferramenta para a garantia do bom desempenho e melhoria dos serviços públicos, contando com avaliação e monitoramento pela Administração Pública.

De acordo com Sano e Abrucio (2008), a Reforma de 1995 propunha que deveria existir um modelo de gestão baseado em resultados e na contratualização com órgãos pertencentes ao Estado ou com entes públicos não estatais, que seriam as Organizações Sociais (OSs).

Ainda de acordo com Bresser-Pereira (1998), a Reforma Administrativa de 1995 propõe o fortalecimento da administração pública direta, tornando o Estado mais qualificado administrativamente para exercer controle, enquanto agências executivas e organizações sociais seriam responsáveis por operacionalizar serviços mediante o estabelecimento de um contrato de gestão, de maneira indireta. Organizações privadas com interesse público – integrantes, portanto, do Terceiro Setor -, poderiam, desde que cumpridas as exigências previstas, ser classificadas como organizações sociais e tornarem-se elegíveis para a oferta de serviços tal contrato.

As organizações sociais pretendiam combinar a flexibilização da gestão pública e o aumento da *accountability* governamental (ARAÚJO, 2010). Ou seja, maior transparência em prestação de contas, maior controle sobre as ações e sobre o emprego de recursos públicos.

A Reforma do Estado também foi colocada como um resgate da *res publica*, ao favorecer a elevação do controle social da Administração Pública quando descentraliza e busca uma maior participação da sociedade, levando ao fortalecimento do processo democrático. A administração pública gerencial, trazida a partir da Reforma de 1995, diferia da administração burocrática em vigor, entre outras coisas, por se basear em concepção democrática enquanto o modelo então em vigor era autoritário. Neste viés, considera-se que a sociedade é lugar de negociação em que os cidadãos defendem seus interesses, não se buscando a perfeição, mas a adoção de medidas que garantam o interesse comum (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Mendes (1999) tratou as mudanças decorrentes da reforma administrativa da seguinte forma: para reverter as condições de ineficiência do aparelho do Estado e reforçar a governança, o PDRAE propunha uma transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão.

Quando pensada a saúde no Brasil, a Reforma Sanitária Brasileira, que teve o seu movimento iniciado na década de 70, combatia o modelo assistencial à época, considerado excludente. Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e com a Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se uma proposta de estruturação de serviços públicos e universalizantes. No entanto, de acordo com Carneiro Júnior e Elias (2003), isso ocorre em um contexto de desconstrução da estrutura administrativa do Estado, justamente às vésperas da Reforma Administrativa de 1995.

Segundo Carneiro Júnior e Elias (2003), no caso do setor de saúde, as reformas preconizaram a ampliação dos serviços para além do Estado, que passa a regular e prover serviços básicos, enquanto o mercado fornece serviços de maior complexidade e especializados.

Na saúde, houve enfoque para a estruturação de políticas setoriais temáticas mais focais, com estratégias de implementação voltadas para resoluções que otimizassem os recursos locais, por meio de projetos específicos que articulassem instituições e comunidades localizadas, rompendo desse modo com uma visão mais integradora e com grau considerável de problematização política (CARNEIRO JÚNIOR e ELIAS, 2003).

Observando-se as organizações sociais, o marco legal de sua criação no Brasil foi o estabelecimento de Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997,

regulamentada pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1997a, 1998b). Na Bahia, o Decreto Estadual nº 8.890, de 21 de janeiro de 2004, regulamenta a Lei Estadual nº 8.647, de 29 de julho de 2003 (BAHIA, 2003, 2004), que dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais.

No Município de Salvador (BA), a legislação vigente a respeito das relações entre as Organizações Sociais e a Administração Pública são a Lei Municipal nº 8.631, de 25 de julho de 2014; e o Decreto nº 28.232/2016, que regulamenta a Lei. Segundo a legislação municipal, que corrobora os instrumentos federal e municipais, Organizações Sociais são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que, mediante qualificação e Contrato de Gestão celebrado com o Poder Executivo, passam a absorver a gestão e execução das atividades e serviços de interesse público no âmbito do município do Salvador (SALVADOR, 2014, 2016).

Segundo Araújo (2010), as OSs deveriam garantir: autonomia, flexibilidade e maior responsabilidade para os dirigentes; e trabalhar o controle social, fortalecendo a participação da sociedade na formulação e na avaliação do desempenho da OS.

Um comentário sobre a autonomia das OSs é apresentado por Barbosa e Elias (2010), tratando sobre a possibilidade de aquisição de bens e serviços e sobre a contratação de recursos humanos de forma mais ágil e de modo a atender com maior rapidez às necessidades, mesmo que seja obrigatório observar os limites orçamentários e estruturas normativas próprias. Esta autonomia administrativa e financeira garante celeridade na resolução do que é preciso para a viabilização de suas atividades.

De modo a estabelecer obrigações, limites de atuação e demais condições para as atividades da OSs no ambiente público, é celebrado o Contrato Público de Gestão. Este documento formaliza a parceria com o Gestor Público e contém, ainda, as metas de desempenho e resultados a serem alcançados pela OS, assim como a previsão do montante de recursos públicos necessários ao cumprimento do contrato.

Para concretizar os objetivos da NGP, três mecanismos são essenciais: a) A adoção de uma administração pública voltada para resultados, baseada em mecanismos de contratualidade da gestão, com metas, indicadores e formas de cobrar os gestores, e apoiada na transparência das ações governamentais, possibilitando o controle maior dos cidadãos e o uso de outros instrumentos de *accountability*. b) A contratualidade supõe, ademais, a existência de uma pluralidade de provedores de serviços públicos – aquilo que Bradach e Eccles (1989) chamam, de um modo plural, de governança (*plural mode of governance*). Desse modo, é possível estabelecer formas contratuais de gestão em estruturas estatais e entes públicos não estatais. c) Por fim, a combinação entre a flexibilização da gestão burocrática e o

aumento da responsabilização da administração pública será mais bem-sucedida caso funcionem adequadamente os mecanismos institucionais de controle (BRADACH e ECCLES, 1989 apud SANO e ABRÚCIO, 2008, p. 66).

Merece destaque a informação de que os recursos públicos repassados à OS não são pagamento, mas recursos destinados à manutenção da instituição na viabilização da sua atividade-fim, desde que alcance as metas estabelecidas em termo contratual. Mensalmente, é realizada a prestação de contas para liberação do recurso de fomento e periodicamente (geralmente a cada três meses) é feita a avaliação de desempenho para determinação de possíveis descontos por não atingimento de metas estabelecidas através de Comissão de Avaliação designada pelo Poder Público.

As organizações sociais são consideradas um instrumento de gestão estratégica para a mudança na gestão pública, visto que o contrato de gestão permite avaliação e controle dos resultados, o que são requisitos fundamentais na lógica da reforma gerencial.

Carneiro Júnior e Elias (2003) afirmam que a modalidade de gestão da organização social de saúde favorece em diversos aspectos a eficiência e a eficácia no gerenciamento da produção de serviços de saúde. Cabe, segundo os autores, ao poder público, fomentar o desenvolvimento de ferramentas gerenciais e o controle público na gestão, atentando para o interesse público. Barbosa *et al* (2015) comentam que, na saúde, as OSs foram oportunidade de introdução do modelo gerencial no setor público para a gestão de ações e serviços.

A Organização Social, portanto, é uma instituição de terceiro setor que atua junto à Administração Pública sob regimento de um termo contratual que lhe obriga a obter desempenho elevado para que, assim, esteja apta a receber recursos financeiros de origem pública.

2.1.2 Contrato de Gestão como uma ferramenta para a eficácia nos serviços públicos

A Lei Federal nº 9.637/1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, define Contrato de Gestão como o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas (BRASIL, 1998b). Este é, portanto, um documento que rege a relação estabelecida entre a Administração Pública e o Terceiro Setor.

A Constituição Federal de 1988, em Brasil (1988), no artigo 175, estabelece que o Poder Público tem responsabilidade por prestar serviços públicos; podendo, permitir que sejam também realizados por empresas, havendo instrumento legal que irá dispor sobre o contrato, os direitos dos usuários, política tarifária e obrigação de manter serviços adequados.

Para André (1995, p.7), “Contratos de Gestão são instrumentos de implantação de uma administração por objetivos no setor público, visando à qualidade de serviços e à eficiência das organizações”. Para atingimento adequado do desempenho, as instituições precisam adotar dinâmicas de planejamento, responsabilização de chefias e maior qualificação de seus processos gerenciais.

Em última instância, uma administração gerencial, da qual o contrato de gestão é instrumento, tem o propósito de induzir mudanças culturais que façam com que o Estado e cada uma das entidades de interesse social dele dependentes ou a ele vinculadas construam e mantenham níveis elevados de: efetividade: atingindo os resultados sociais aspirados pela sociedade, inclusive oferecendo-lhe serviços de interesse social compatíveis com suas necessidades em extensão, qualidade e preços; eficácia: comprometendo-se política e institucionalmente com um competente planejamento e com o cumprimento responsável da sua execução; e eficiência: usando com economia, zelo e dedicação os bens e os recursos públicos (ANDRÉ, 1999, p. 43).

Nesse sentido, segundo Araújo (2010), para o melhor controle de resultados, as instituições de saúde atualmente se esforçam na construção de uma gestão orientada para resultados, adotam ferramentas gerenciais (planos, relatórios, agendas, indicadores, pactuação de metas) e se esforçam para que o sistema de saúde adote indicadores de desempenho como uma ferramenta de gestão e avaliação vista como uma ferramenta imprescindível.

Outras funções do Contrato de Gestão são encontradas como as trazidas por Ditterich *et al* (2012): descentralização da gestão; responsabilização às lideranças locais; controle de desempenho de prestadores; planejamento local; cultura de negociação e mais transparência junto ao controle social.

Em Brasil (1997b), o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), ao tratar sobre a Reforma do Aparelho do Estado, estabelece que os Contratos de Gestão podem ser celebrados para ampliar a sua autonomia da Administração Pública, definindo remuneração dos servidores, inclusive. No entanto, a autonomia é submetida a controle criterioso, voltado para a avaliação de resultados.

A Lei Federal n^o 9.637/1998 estabelece três momentos para a garantia de controle dos recursos públicos envolvidos com o Contrato de Gestão, sendo: controle prévio (ex-ante), em que ocorre a qualificação da entidade sem fins lucrativos, apresentação de projeto básico, seleção e celebração do contrato; controle concomitante, referente ao acompanhamento da execução do contrato e do cumprimento de obrigações estabelecidas; e controle a posteriori, em que ocorre a prestação de contas dos recursos financeiros e dos resultados alcançados (BRASIL, 1998b).

Abrucio (2007) aborda a questão da efetividade, considerando que as políticas públicas têm sido avaliadas pelos resultados efetivos que entregam aos cidadãos e as ações efetivas podem ser mensuradas por meio de indicadores. O autor ainda afirma que a gestão por resultados é relevante para a garantia de eficácia de políticas públicas, sendo necessário estabelecer metas e indicadores que sejam acompanhados e que os avanços gerenciais dependem da adesão a um novo modelo de gestão que, por sua vez, carece de uma mudança de cultura.

2.2 Participação Social no contexto do SUS

Esta seção se dedica a demonstrar a trajetória da participação social desde seu registro a partir da redemocratização, na Constituição Federal de 1988, até o momento atual na perspectiva da gestão pública em saúde, sob instrumentalização da Política Nacional de Humanização no SUS.

2.2.1 Participação Social

De acordo com Silva (2002), controle social tem origem na sociologia, relacionado a grupos da sociedade que atuavam como elementos-chave para a definição de condutas sociais. Esses grupos primários afetavam a conduta social por meio de punições que funcionavam como controle social. Porém, essa forma de atuação não se aproxima do seu conceito e utilização na Administração Pública.

O controle social em Administração Pública é vinculado ao exercício da cidadania, podendo ocorrer de diversas maneiras, sendo meios de interação entre o Estado e a sociedade. Para Silva (2002), envolve a atuação real dos cidadãos e não apenas consulta.

Projetando para a contemporaneidade brasileira, a participação social teve relevante atuação histórica, mesmo antes da redemocratização, na década de 1970, momento em que as mobilizações sociais ganharam força e cooperaram para o fim do período da Ditadura (que foi de 1 de abril de 1964 até 15 de março de 1985).

O marco legal da participação social foi estabelecido pela Constituição Federal (CF) de 1988, que vigora até os dias atuais e é considerada a “Constituição Cidadã”. Segundo Rocha (2009), o documento validou muitas das solicitações do movimento de “Participação Popular na Constituinte”, estabelecendo formas de participação da sociedade, com mecanismos de deliberação junto à gestão pública.

No artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a participação da comunidade é apresentada como uma das três diretrizes do SUS, além da descentralização e do atendimento integral.

De acordo com Teixeira (2007), a CF de 1988 estabelece um novo desenho das políticas sociais no Brasil, com base nos princípios da descentralização, municipalização e participação da sociedade.

Pouco tempo depois, no par de instrumentos legais que são considerados as Leis Orgânicas do SUS (leis 8080/90 e 8142/90), novamente a participação social é trazida. Na Lei Federal nº 8.080, de 19 de maio de 1990, surge como um princípio do SUS; enquanto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a participação da comunidade na gestão do SUS é destacada através da atuação nas instâncias colegiadas (Conferências e Conselhos de Saúde) em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, 1990b).

Silva (2002) reflete que, em uma sociedade na qual ainda existe uma grande parcela da população que vive à margem dos direitos sociais e políticos, falar em controle social parece um contrassenso. No entanto, o mesmo autor considera que o controle social contribui para a eficiência e efetividade, mesmo sendo relevante observar as dificuldades da sociedade, a corrupção e as práticas neopatrimoniais no Estado. Considera, ainda, que deve haver dispositivos no ciclo de gestão para os ajustes nas políticas públicas a fim de que haja aplicação mais eficiente e transparente dos recursos públicos.

De acordo com Reforma da Administração do Estado de 1995, fica estabelecido que:

A participação do cidadão na Administração Pública será fortalecida, mediante lei que regulamentará o direito de audiência e de participação na tomada de decisões que lhe digam respeito, as reclamações relativas à

prestação dos serviços públicos, o acesso a informações e a representação contra abusos e negligência na prestação dos serviços públicos (BRASIL, 1997b, p.14).

Portanto, a participação social colabora para maior transparência no ambiente público, permite que sejam expressadas as necessidades sociais, permite definição de políticas públicas favoráveis à igualdade e equidade, com adoção de ações assertivas voltadas à resolução das demandas sociais.

À medida que a democracia vai amadurecendo, o cidadão, individualmente, passa do papel de consumidor de serviços públicos e objeto de decisões públicas a um papel ativo de sujeito. A mudança do papel passivo para o de ativo guardião de seus direitos individuais constitui um dramático avanço pessoal, mas, para alcançar resultados, há outro pré-requisito: o sentimento de comunidade. Em outras palavras, é a emergência e o desenvolvimento de instituições na sociedade que favorecem a recuperação da cidadania e, portanto, a verdadeira vida democrática. A cidadania organizada pode influenciar não apenas o processo de identificação de necessidades e canalização de demandas, como também cobrar melhor desempenho do serviço público (CAMPOS, 1990, p. 35).

O controle social é abordado por Bresser-Pereira (1997, p. 77), que afirma que este é o mecanismo de controle mais democrático, através do qual “a sociedade se organiza formal e informalmente para controlar as organizações públicas”.

A inserção da participação social na discussão da Reforma Administrativa de 1995 demonstra um alinhamento com sua relevância trazida desde a construção do texto da Constituição Federal. Nesse contexto, Bresser-Pereira considera que o movimento pretende fortalecer a participação social, sendo possível fiscalizar a atuação dos gestores e ter o controle social como o controle externo, apontando fatos para contribuir com a responsabilização dos gestores públicos (BRESSER-PEREIRA, 1998). Segundo o autor, o ordenamento jurídico brasileiro passa a incorporar o controle social cada vez mais e poderá acompanhar a utilização dos recursos públicos.

Bresser-Pereira (1998) ainda apresenta uma interessante questão ao tratar sobre os controles na Administração Pública, afirmando que o controle social compensa a redução da rigidez de procedimentos e contribui para o controle de resultados, sendo um ponto fundamental na avaliação.

2.2.2 Gestão Participativa no SUS

O Sistema Único de Saúde, surgido a partir da Constituição Federal de 1988 como dever do Estado e direito do cidadão, possui, como princípios doutrinários, a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1988). Sua operacionalização, como menciona Conceição (2009), é um desafio para o governo e para a sociedade. Segundo a autora, a política que visa garantir o direito à saúde, com pauta na humanização, precisa associar indivíduos e coletividade considerando a questão social e contando com gestores, trabalhadores e usuários de serviços de saúde.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instrui sobre as instâncias normativas formais para a participação social nas esferas municipal, estadual e federal. Ela estabelece sobre os Conselhos de Saúde formados por trabalhadores (25%), gestores de saúde (25%) usuários do sistema de saúde (50%); sobre as Conferências de Saúde; além da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) nos Estados, que são espaços de negociação e deliberação (BRASIL, 1990b).

No entanto, a participação social deve ocorrer de diversas maneiras e não apenas limitadas às instâncias formais. Porém, há pouco espaço para a participação nos serviços de saúde e esta ocorre por iniciativa da gestão, geralmente. “Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa” (BRASIL, 2009, p. 9).

A gestão participativa vem sendo adotada em diversas instituições de saúde, como forma inovadora de gestão desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). As instruções desenvolvidas para permitir os seus avanços na saúde foram regidas pela Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, estabelecida em 2004, com base nos já mencionados marcos legais para a participação social (Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990) (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b, 2004).

Conceição (2009) apresenta o histórico da movimentação que provocou o surgimento da Política Nacional de Humanização e a sua relevância para o SUS. Segundo a autora, o termo humanização era utilizado no Brasil no século XX, ainda sem relevância no contexto de saúde.

Segundo Conceição (2009), na década de 1970, a humanização era associada ao cuidado obstétrico e neonatal, resultando na Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna). No mesmo período, a luta antimanicomial ganha força com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que discute a assistência em Saúde Mental livre das medidas então adotadas e consideradas abusivas (castigos físicos, reclusão, uso excessivo de medicações, entre outras).

O movimento da Reforma Sanitária (iniciado também na década de 70) questionava o modelo de atenção à saúde em vigor, que era hospitalocêntrico, não considerava a realidade social local, atrelado prioritariamente ao tratamento da doença e terapias alopáticas, extremamente caro, centralizado e pouco acessível. Foi a Reforma Sanitária, marcada pela VII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que resultou no estabelecimento da saúde como direito do cidadão na CF de 1988 (CONCEIÇÃO, 2009).

Ainda de acordo com Conceição (2009), entre a década de 1990 e os anos 2000, especialmente a partir da XI Conferência Nacional de Saúde, a humanização ganha maior relevância nas discussões de saúde, tendo crescido nas práticas assistenciais em obstetrícia e neonatologia (como o Método Canguru, o Parto Humanizado e outras). Em 2000, cria-se o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), a fim de combater os maus tratos em hospitais, tendo sido considerado pelo público que o bom acolhimento é mais valorizado do que outros problemas, como a falta de médicos, problemas estruturais e outros.

Em 2004, surge a Política Nacional de Humanização (PNH), que ampliou as ideias da política anterior para além do ambiente hospitalar, ganhando caráter transversal, com objetivo de modificar modelos de atenção e gestão na saúde, que visava promover “atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo; para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social” (BRASIL, 2004).

Conceição (2009) observa que a PNH, hoje também conhecida como HumanizaSUS, inspira o sistema de saúde ideal, mesmo sem financiamento adequado, sem condições físicas e materiais de trabalho e sem que haja condições efetivas de participação do usuário ou do trabalhador nas decisões. A autora menciona que “o discurso que encontra lugar é aquele mistificador da subjetividade, que esconde em si muito mais uma individualização das queixas e dos encaminhamentos do que a identificação coletiva das problemáticas vivenciadas

cotidianamente e que tenham como horizonte a luta por direitos já assegurados”. (CONCEIÇÃO, 2009, p. 212)

A Política Nacional de Humanização (PNH), estabelecida para qualificar a gestão do SUS, contempla a participação de trabalhadores, usuários dos serviços e gestores; e depende da decisão política e da adesão dos participantes.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2004, p. 7).

Compreendido como meio para promover o diálogo entre os participantes na gestão do SUS, o ambiente idealizado através da PNH ainda conta com a Humanização como política transversal, entendida como um “conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL, 2004, p. 7).

A PNH é estruturada por princípios, método, diretrizes e dispositivos, conforme disposto em Brasil (2004). Quanto aos princípios, tem-se: transversalidade maior comunicação (intra e intergrupos); indissociabilidade entre atenção e gestão (alteração dos modos de cuidar e gerir com integralidade); e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar).

O HumanizaSUS, em 2007, trata sobre a tríplice inclusão como um método de aproximação dos atores envolvidos a fim de que ocorra a produção de saúde de maneira participativa (BRASIL, 2007).

As diretrizes são os elementos a serem implementados para que seja promovida a mudança de gestão vigente na atenção ou na gestão ou um arranjo em processo de trabalho. A exemplo, a PNH apresenta, entre outros, a Cogestão. Por fim, dispositivos são as ferramentas utilizadas para a operacionalização das diretrizes. No caso da diretriz Cogestão, o dispositivo pode ser o Colegiado Gestor.

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas: 1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; 2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; 3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS; 4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004, p. 10).

Portanto, a Humanização surge como uma política que incentiva a aproximação entre participantes do SUS, tratando da corresponsabilidade e fomentando mudança na forma de gerir e de assistir, propondo espaços para a troca de conhecimento entre os atores envolvidos de modo a manterem rotina de contínuo processo de interação na construção do Sistema Único de Saúde. A corresponsabilidade, portanto, é a gestão participativa ou cogestão.

A Cogestão foi discutida em documento exclusivo, junto à gestão participativa lançado em 2009 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). O texto, que apresenta o conteúdo junto à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), tem como parte indivisível a participação social.

A Humanização, nesse contexto, considera o controle social (ou participação social) como parte inerente ao processo de atenção e gestão do SUS, sendo preciso que haja espaços favoráveis nos serviços de saúde, a fim de que seja possível colocar em prática o que é recomendado pela Política Nacional de Humanização. Cogestão, como diretriz da PNH, é uma proposta disruptiva e inovadora passível de ser adotada pelos serviços de saúde para a implementação da política (BRASIL, 2009).

A Cogestão considera aliar diversos pontos de vista, validando a construção coletiva de soluções, o que favorece a adoção de medidas mais eficazes, uma vez que considera também o ponto de vista de usuários dos serviços e de trabalhadores que operacionalizam as atividades. Além disso, coopera com a integração dos participantes do sistema de saúde fomentando a corresponsabilidade; num modelo de gestão centrado no trabalho em equipe e com poder deliberativo.

Em 2009, ao tratar sobre Cogestão, o Ministério da Saúde considera que “todos fazem gestão” (BRASIL, 2009, p.20), não sendo esse um atributo apenas de especialistas. Além disso, “todos são gestores de seus processos de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 24). A mudança no modelo de gestão, no entanto, de modo que

acolha de forma sustentável a gestão participativa, requer definição de práticas que permitam seu andamento, replicação e efetivo mecanismo.

A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios das organizações de saúde, para se concretizar como prática de gestão, necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas. Estas condições tomam expressão na forma de arranjos e dispositivos, os quais criam um sistema de cogestão, viabilizando a constituição de espaço-tempo para o exercício da gestão compartilhada, cogestão, cogoverno (BRASIL, 2009, P. 25).

O encontro entre os sujeitos envolvidos demanda esforços na definição dos espaços e de articulações para os aprendizados inerentes a essa troca de saberes e para a efetiva obtenção de conteúdo que produza efeito na atenção e no cuidado em saúde.

De acordo com a PNH (BRASIL, 2009), os dispositivos utilizados para a Cogestão são separados em dois grupos para melhor compreensão, sendo eles: o primeiro grupo, que trata sobre a organização do espaço coletivo de gestão (Grupos de Trabalho de Humanização, Colegiados Gestores de Hospital, de Distritos Sanitários e Secretarias de Saúde, Colegiado Gestor da Unidade de Saúde; Mesa de Negociação Permanente; Contratos de Gestão; Contratos Internos de Gestão; e Câmara Técnica de Humanização); e o segundo grupo, que trata sobre os mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde (manutenção dos laços sociais dos usuários, inserção de usuários e seus familiares na definição e no acompanhamento terapêutico).

Quanto aos elementos utilizados para exemplificar dispositivos de Cogestão, o documento do Ministério da Saúde apresenta dois exemplos, que são o Colegiado Gestor e o Contrato de Gestão. A respeito do Colegiado Gestor, exemplifica que tem atribuições de elaborar o Projeto de Ação; atuar no processo de trabalho da unidade; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas (BRASIL, 2009).

A respeito do Contrato de Gestão, a PNH indica que são firmados entre instâncias hierárquicas distintas de gestão, com pactuação de metas nos eixos: a) ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção; b) valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa; e c) garantia de sustentabilidade da unidade. Ainda é mencionado que deve haver acompanhamento e avaliação sistemática e participativa quanto ao desempenho no cumprimento das metas.

Cabe aqui acrescentar que o Contrato de Gestão mencionado pela PNH é instrumento que trata de natureza apenas qualitativa, como pode ser observado pelos grupos de metas que são elencados no parágrafo anterior.

Quanto ao Colegiado Gestor, é uma instância que deve ser estabelecida nos serviços de saúde como espaço de interação entre os atores da gestão, da equipe de trabalhadores e dos usuários dos serviços; atuando de modo a promover discussões, contribuir com o planejamento e acompanhamento e validar decisões tomadas em consenso.

As instâncias estabelecidas para a participação social inerentes à administração pública direta (conselhos e conferências) são espaços indispensáveis para a organização das demandas sociais e seus encaminhamentos ascendentes às vias de planejamento. Porém, a Política Nacional de Humanização estabelece que outros espaços também devem ser garantidos para que ocorra a participação social a fim de haver maior aproximação dos usuários aos serviços que utilizam, tornando possível sua participação, inclusive, junto à gestão dos serviços.

3 METODOLOGIA

A pesquisa é do tipo qualitativa. Além disso, também é uma pesquisa aplicada com uso de análise documental. Foi realizada pesquisa bibliográfica para a construção do referencial teórico e embasamento para a análise implementada.

O espaço temporal para o estudo é o período de junho de 2020 a junho de 2022 para efeito da análise de documentos.

A abrangência geográfica do estudo se define no Município de Salvador (BA), em processos que se apliquem a territórios de ilhas pertencentes a este município, ficando limitada às ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos. O recorte realizado foi escolhido em função da oportunidade de investigação dos fatos e pela aproximação da autora deste trabalho com o ambiente de gestão da instituição envolvida no processo da contratualização analisada.

A coleta de dados foi executada mediante pesquisa documental, sendo analisado o Contrato de Gestão nº 309/2020, que operacionaliza os serviços de saúde das unidades das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos do Município de Salvador (BA). A instituição contratada é uma Organização Social, portanto uma instituição de terceiro setor e sem fins lucrativos denominada Instituto Provida. A contratação estabelece metas quantitativas e qualitativas para o acompanhamento do desempenho institucional na oferta de serviços de Atenção Primária e Pronto-atendimento em cada uma das ilhas mencionadas.

Ainda foram utilizados como fontes os seguintes documentos: Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025; Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador 2020; além de consultas a sistemas de informações do Sistema Único de Saúde e outros documentos de interesse e da legislação pertinente em vigor.

A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002, p. 32 apud ANA e LEMOS, 2018, p. 538).

Segundo Sá-Silva *et al* (2009), a pesquisa documental é relevante nas Ciências Sociais e Humanas, utilizando documentos que não sofreram interferências e tratamento analítico, sendo um método de coleta de dados que elimina a possibilidade de influências e anula a possibilidade de reação do sujeito.

De acordo com Sá-Silva *et al* (2009), a diferença entre a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica, portanto, está no tipo de fonte utilizada. Enquanto a pesquisa documental utiliza fontes primárias (dados originais com relação direta com o que se pretende analisar), a pesquisa bibliográfica utiliza fontes secundárias (que receberam análises de autores).

O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA *et al*,2009, p. 2).

Quanto à análise documental do Contrato de Gestão nº 309/2020, os elementos avaliados no instrumento formam um conjunto de itens observados na legislação vigente e elencados a seguir: legalidade do processo, justificativa, objeto, metas pactuadas, processo de monitoramento e avaliação do desempenho e condições para a participação social na instrumentalização deste Contrato de Gestão celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e a Organização Social responsável pela operacionalização dos serviços de saúde.

De acordo com Ana e Lemos (2018), a análise documental tem a finalidade de identificar informações pontuais a partir de questões ou hipóteses de interesse, sendo vantajosa por ser fonte estável e rica, além de não-reativa, fornecendo evidências que fundamentam as afirmações do pesquisador.

O principal interesse na análise documental foi observar como é tratada a participação social no âmbito desta relação contratual estabelecida entre o Município de Salvador e uma Organização Social, a fim de responder à pergunta de pesquisa: de que forma os usuários podem participar efetivamente da gestão dos serviços de saúde prestados em contexto de contratualização?

Por isso, foi investigado o documento contratual em busca de determinações acerca do propósito de viabilização da participação de usuários no contexto da relação celebrada entre as partes.

As questões éticas envolvidas com a exploração do conteúdo de interesse para a pesquisa são respeitadas, com a utilização de dados e informações de domínio público que se encontram em portais de transparência e no Diário Oficial do Município de Salvador (BA).

4 CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE LOCAIS: UM OLHAR PARA A EXPERIÊNCIA DAS ILHAS DE MARÉ, FRADES E BOM JESUS DOS PASSOS

Acessados exclusivamente por via marítima, os territórios das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos contam com apenas uma Unidade de Saúde da Família em cada, com funcionamento e cobertura territorial que sofriam déficits operacionais por dificuldades governamentais para a execução e solução de diversas demandas estruturais, logísticas e de gestão de pessoas.

Assim, foi movida uma ação civil pública que resultou em decisão de contratualização de Organização Social no intuito de promover serviços de forma continuada e tendo demandas administrativas mais objetivamente resolvidas a fim de preservar a oferta e continuidade dos serviços de saúde nas regiões. Uma importante mobilização social provocou a ampliação dos serviços de saúde e é intenção abordar a importância da participação social neste processo.

4.1 O cenário da saúde pública nas Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos (Salvador, Bahia) e a tomada de decisão pela contratualização dos serviços de saúde locais

De acordo com o diagnóstico na Análise de Situação do Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025, Salvador está situada no litoral nordestino e possui uma população estimada em torno de 2.886.698 habitantes para o ano de 2020, registrando a quarta maior população entre os municípios brasileiros e a maior do Nordeste. O município ocupa uma extensão territorial de 693,4 km² com uma densidade demográfica estimada de 4.162,8 hab./km² (SALVADOR, 2022).

Para interesse da gestão de saúde, o Município de Salvador é dividido em 12 Distritos Sanitários, que estão demonstrados na Figura 1. Localizadas no Município de Salvador e como parte da Baía de Todos os Santos; as ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos estão em território pertencente ao Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025, o Subúrbio Ferroviário e a região central da cidade possuem por crescimento populacional desordenado e habitações precárias em terrenos acidentados e problemas relacionados à mobilidade (SALVADOR, 2022).

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SALVADOR (BA)



Fonte: SALVADOR, 2022

As Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos são acessíveis exclusivamente por via marítima. São comunidades distintas, que não se comunicam geograficamente, conforme demonstrado em ilustração abaixo (Figura 2).

FIGURA 2: MAPA COM LOCALIZAÇÃO DAS ILHAS DE MARÉ, FRADES E BOM JESUS DOS PASSOS



Fonte: IBGE, 2022

O levantamento das informações a respeito da população moradora das ilhas é de difícil definição, visto que o último Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ocorreu em 2010. Logo, os dados mais fidedignos foram feitos a partir dos levantamentos realizados pelos Agentes

Comunitários de saúde para cadastramento das respectivas populações usuárias dos serviços da Atenção Primária, emitidos para o sistema de informações e-SUS através do Portal MAS. Estes números demonstram que existem 2.268 pessoas cadastradas na Ilha de Bom Jesus dos Passos, 1.382 pessoas cadastradas na Ilha dos Frades e 4.680 pessoas cadastradas em Ilha de Maré.

As comunidades possuem predominância de atividade de pesca de peixes e mariscos, sendo que Ilha de Maré é território quilombola com cinco comunidades reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), sendo elas: Bananeiras, Praia Grande, Martelo, Ponta Grossa e Porto dos Cavalos (ENSP, 2018).

Devido à proximidade com a Baía de Todos os Santos, local de intensas atividades industrial e petrolífera, a comunidade se vê exposta a riscos ambientais recorrentes relacionados à contaminação por resíduos industriais, com a poluição química do mar, manguezais, ar, contaminação de fauna e flora locais (ILHA, 2020).

Convivendo com o histórico de risco ambiental e vulnerabilidades sociais, cada uma das ilhas conta com apenas uma Unidade de Saúde da Família e devido às restrições geográficas para deslocamento (tanto para o continente quanto entre as comunidades da ilha), as populações passaram a acionar a Defensoria Pública para requerimento de medidas de controle em relação aos danos ao Meio Ambiente e também para a garantia de acesso a serviços de saúde de forma eficaz.

Foi possível observar, em diversas matérias publicadas por meio eletrônico, que a população moradora de Ilha de Maré tem uma frequente aparição destacada pela atuação de suas lideranças representantes de marisqueiros, pescadores e quilombolas, principalmente.

Em Audiência (2009), Audiência (2015), Cores (2020) e Marcos (2019), é possível observar que as mesmas solicitações estão nos discursos das lideranças, sendo a saúde uma das pautas de maior relevância.

Como fruto das solicitações populares por meio da Defensoria Pública, a Gestão Municipal de Salvador (BA) foi levada a adotar medidas de ampliação dos serviços de saúde em Ilha de Maré e, em maio de 2020, foi realizada a contratação pública de Organização Social para a Gestão dos serviços de saúde nesta e em outras duas ilhas do município.

Uma importante nuance a ser considerada é a manifestação da participação social gerando demandas de alta relevância, seja através das instâncias validadas no setor saúde (conferências e conselhos) ou através de reivindicações de ordem pública

com judicialização, como neste caso em que houve acionamento e apoio da Defensoria Pública no acompanhamento das ações e nas cobranças ao Gestor Público Municipal.

Com tão rica atuação da participação social, este é um terreno fértil para a observação da oportunidade em que a Gestão Pública contratualiza serviços de saúde para garantia de maior cobertura, mais acesso e mais humanização no contexto do desafio em função das barreiras geográficas e do vazio assistencial até então existente.

A fim de atender à necessidade das populações das ilhas, foi realizada a convocação pública por meio do Processo nº 6347/2020, que tratou sobre a Contratação de entidade(s) qualificada(s) como Organização(ões) Social(is) – OS – para atuar na Gestão, Planejamento, Operacionalização e Execução das ações e serviços de saúde na Unidades Básicas das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos (SALVADOR, 2020).

Nas ilhas existem 4 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 2 em Ilha de Maré, 1 na Ilha dos Frades e 1 na Ilha de Bom Jesus dos Passos. Em 2020, segundo o termo de referência para o Contrato de Gestão, as equipes atuavam incompletas e com falta de organização estrutural e administrativa no Distrito do Subúrbio Ferroviário (SALVADOR, 2020).

O documento da Secretaria Municipal de Saúde ainda menciona que:

Os serviços a serem oferecidos deve ter foco na atenção integral à saúde, de forma resolutiva e oportuna, para população das ilhas, que estão localizadas distante do continente e possuem mobilidade reduzida para acessá-lo, restando apenas as Equipes de Saúde da Família para ofertar serviços de saúde, com base nas necessidades de saúde da população local e encaminhamentos para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), quando necessário, face a restrição aos direitos sociais já existentes (SALVADOR, 2020, p.12).

De acordo com o que é trazido em Salvador (2020), embora as Unidades de Saúde sejam caracterizadas como serviços de Atenção Primária, considerando as especificidades e dificuldades de acesso ao continente, foram acrescentadas em cada uma das unidades um Ponto de Apoio às Urgências destinado ao atendimento de urgência e emergência para atendimento a situações agudas em caráter de urgência médica, de risco à vida, onde o atendimento não pode ser adiado, cujo tempo resposta entre a chegada e o atendimento imediato são imprescindíveis na definição dos casos e da vida do paciente.

O contexto da contratualização dos serviços de saúde das ilhas ainda considerou a necessidade emergencial de enfrentamento da Pandemia pela COVID-19, evitando o aumento da morbi-mortalidade por infecção pelo Coronavírus e outras patologias associadas (SALVADOR, 2020).

À época da contratualização dos serviços das ilhas, o Município de Salvador encontrava dificuldades para garantir os serviços de saúde às comunidades devido à indisponibilidade de profissionais interessados em compor as equipes de saúde em decorrência da localização das unidades e do deslocamento necessário por vias terrestre e marítima, visto que, enquanto o acesso para Ilha de Maré se dá por embarque no Terminal Marítimo de São Tomé de Paripe, o acesso para as Ilhas de Bom Jesus dos Passos e Frades se dá no Terminal Marítimo do Município de Madre de Deus, a 63 km de Salvador.

Outra dificuldade é que nas ilhas não circulam veículos e, mesmo no território de cada ilha, existem pessoas que residem em locais remotos com difícil acesso. Então, é preciso que os deslocamentos dos profissionais sejam feitos a pé ou em embarcações para realizar visitas e prestar atendimentos a usuários que encontram mais obstáculos para irem até a Unidade de Saúde devido a mobilidades reduzidas, sendo idosos, domiciliados, acamados e pessoas com deficiências.

Mais um fator que dificulta a contratação de profissionais para as ilhas por parte do Município de Salvador é que o vencimento é o mesmo dos profissionais que atuam no continente, não havendo incentivos financeiros que possam promover interesse. Também devido a isso, o Contrato de Gestão trouxe a exigência de contratação de profissionais residentes nas ilhas para contornar os problemas relacionados ao deslocamento, para dar acesso à oportunidade de trabalho e para a aproximação com os hábitos de vida das comunidades locais (SALVADOR, 2020).

Além disso, a população residente nas ilhas precisa arcar com custos financeiros consideráveis para se deslocar ao continente (ou até mesmo a outro ponto da mesma ilha em que seja preciso deslocamento por meio de embarcação), o que torna ainda mais crítica a necessidade de garantir serviços de saúde mais acessíveis à população.

De acordo com o documento emitido junto ao Processo nº 6347/2020 que resultou no Contrato de Gestão nº 309/2020, havia mais de 1 ano que a Unidade de Ilha de Maré se encontrava sem médicos. Esta comunidade, especificamente, possui territórios quilombolas, que demandam elaboração de estratégias e planos

terapêuticos que incluam e respeitem as particularidades dos modos de viver, costumes e perfil de morbidade no processo de cuidado prestado à população, visando o atendimento das necessidades reais, considerando as características das atividades relacionadas à mariscagem e à pescaria, contaminação do solo e das águas e condições de saúde prevalentes na população negra, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Doença Falciforme.

Importante ressaltar que as unidades de saúde estão localizadas fora do continente, na região de ilhas, em locais somente acessíveis por via marítima, demandando transportes terrestre e aquático para deslocamentos das equipes de saúde. “Além disso, os territórios citados possuem peculiaridades em relação a cultura e questões socioeconômicas e epidemiológicas, requisitando uma dinâmica de diálogo e articulações intersetoriais” (SALVADOR, 2020).

A implantação do serviço de atenção às pequenas urgências durante o período da pandemia do COVID-19 foi de extrema valia, uma vez que os usuários com sintomas gripais passaram a ter acesso mais rápido aos serviços de saúde e as medidas de tratamento e bloqueio da cadeia de transmissão foram adotadas em tempo oportuno, favorecendo ao diagnóstico precoce, reduzindo as complicações e mortalidade.

A especificidade dos serviços de saúde oferecidos pelas unidades localizadas nas ilhas se dá devido à característica geográfica dos territórios, que, mesmo pertencente ao Município de Salvador, são isoladas por se tratar de ilhas, com acesso exclusivo por via marítima, o que exige que ocorram esforços por parte da Administração Pública para que se garanta acesso à saúde aos moradores locais, visto que estes são os únicos serviços de saúde ao qual estas pessoas têm acesso nos respectivos espaços territoriais.

Por esse motivo, os serviços oferecidos precisam acolher a totalidade das demandas apresentadas, mesmo sem a garantia de resolutividade em função das limitações operacionais ou de complexidade no nível de atenção à saúde à qual se equivalem.

4.2 Análise da contratualização dos serviços de saúde nas Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos (Salvador, Bahia) e oportunidade para o fortalecimento da participação social

Esta subseção é dedicada à análise do instrumento de formalização de contrato entre uma Organização Social e o Município de Salvador, Bahia, através da Secretaria Municipal de Saúde. São demonstrados os principais elementos de interesse para o estudo, o que consiste em definição em legalidade do processo, justificativa, objeto de contrato, metas pactuadas, processo de monitoramento e avaliação do desempenho e condições para a Participação Social na instrumentalização do Contrato de Gestão nº 309/2020.

Assim como está disposto no Plano Municipal de Saúde do Município de Salvador para o período de 2022 a 2025, os indicadores são acompanhados quanto aos seus resultados voltados ao cumprimento de metas de interesse da saúde.

Os gestores seguem o que está definido pelos órgãos de controle para efeito do acompanhamento institucional quanto às obrigações de regularidade fiscal e demais medidas administrativas que precisem estar cumpridas em obediência a leis trabalhistas e demais obrigações tributárias.

Procede-se a esta análise frente à legislação vigente anteriormente discutida, e recomendações que se encontram nos textos da Constituição Federal de 1988; da Política Nacional de Humanização e em outras construções históricas que tratam a respeito da participação social, também discutidas neste estudo e exploradas na seção que trata da fundamentação teórica (BRASIL, 1988, 2004).

Inicialmente, observou-se o cumprimento da legislação vigente para o processo de contratação, sua justificativa e objeto. Coube verificar que os ritos estabelecidos pela Lei Federal nº 8.666/1993 foram seguidos, tendo ocorrido as etapas de publicação e divulgação do edital; recebimento dos envelopes contendo a documentação e a proposta de trabalho previsto no edital; julgamento e classificação das propostas de trabalho; e publicação do resultado (BRASIL, 1993). Todos os elementos são parte do Processo Administrativo nº 6.347/2020 da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e constam no Contrato de Gestão 309/2020 (SALVADOR, 2020).

O texto do Contrato de Gestão (CG) 309, publicado no Diário Oficial do Município de Salvador em 09 de junho de 2020, expõe a motivação para o estabelecimento do termo contratual, em meio à situação de Emergência em Saúde

Pública em razão da pandemia pelo Novo Coronavírus, guardando observância à Lei nº 8.666/93, que trata sobre normatização para licitações e contratos da Administração Pública e, ainda, segue o que está estabelecido pela Lei Municipal nº 8.631/2014 (que disciplina as relações entre o Município e as Organizações Sociais e dá outras providências) e o Decreto Municipal nº 28.232/2016 (que regulamenta a Lei 8631/2014) (SALVADOR, 2014, 2016, 2020).

Conforme consta no Contrato de Gestão 309/2020, seu objeto é:

Contratação de entidade qualificada como Organização Social (OS) para atuar na Gestão, Planejamento, Operacionalização e Execução das ações e serviços de saúde das unidades de saúde, a saber: USF Ilha de Maré (02 equipes de Saúde da Família); USF Bom Jesus dos Passos (01 equipe de Saúde da Família) e USF Paramana, em modalidade ampliada, conforme condições estabelecidas neste Projeto Básico, bem como a implantação de Ponto de Apoio às Urgências para assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves nas localidades citadas anteriormente (SALVADOR, 2020, p. 1).

As pactuações do Contrato de Gestão nº 309/2020 são compostas por metas quantitativas e qualitativas que, por sua vez, são observadas quanto às atividades operacionais e administrativas dedicadas aos serviços da Atenção Primária (ou Atenção Básica) e aos serviços de Urgência e Emergência (ou Pronto-atendimento). Assim, quatro conjuntos de metas, sendo:

- Metas Quantitativas da Atenção Básica;
- Metas Quantitativas do Pronto-atendimento;
- Metas Qualitativas da Atenção Básica; e
- Metas Qualitativas do Pronto-atendimento.

A respeito das metas quantitativas da Atenção Primária, seu elenco foi baseado em normativa do Ministério da Saúde que definia indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil. O Instrumento vigente à época da celebração do termo contratual era a Nota Técnica nº 05/2020 da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família.

Por se tratar de serviços inéditos nas Ilhas, as metas quantitativas do Pronto-atendimento foram estimadas, inicialmente, com base em um serviço de Urgência e Emergência de baixo fluxo, tendo sido estimada a demanda em função do número aproximado de moradores dos territórios das Ilhas, local em que há população flutuante considerável devido a se tratar de área turística e também em função do deslocamento de moradores para trabalharem no continente.

Seguirá, nos Quadros 1 e 2, a apresentação de cada conjunto de indicadores e metas, que são alvo do acompanhamento institucional e pela Administração Pública para a observação quanto ao cumprimento contratual.

QUADRO 1: METAS QUANTITATIVAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

TIPO DE ATENÇÃO	INDICADOR	META MENSAL
Atenção Primária	Percentual de gestantes cadastradas que realizaram consulta no mês	100%
	Percentual de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	100%
	Percentual de gestantes com atendimento odontológico realizado	100%
	Cobertura de exame citopatológico	80%
	Cobertura vacinal de poliomielite inativada e pentavalente	Maior ou igual a 95%
Urgências e Emergências	Métodos Diagnósticos em Especialidades – Eletrocardiograma (ECG)	20
	Atendimento médico	120
	Acolhimento com classificação de risco	120
	Atendimento de enfermagem em geral	120
	Pequenas cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosas, bucomaxilofacial	10

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Contrato de Gestão 309/2020

Os valores inicialmente previstos estavam sendo ultrapassados mensalmente e, por isso, foi obtido aditamento, no mês de outubro de 2021, com alteração dos valores das metas quantitativas para a Urgência e Emergência, ficando estabelecidos 46 procedimentos de exames tipo eletrocardiograma, 278 atendimentos médicos, 278 acolhimentos com classificação de risco, 278 atendimentos de enfermagem em geral e 15 pequenas cirurgias, valores superiores aos anteriores.

As metas qualitativas reúnem diversos pontos estabelecidos ao longo do termo contratual e quantificam o resultado com atribuição de um escore de pontuação que posteriormente é avaliado junto a um barema, de modo que demonstre o desempenho qualitativo na obediência do que foi prescrito como obrigação da instituição contratada.

Alguns dos indicadores qualitativos são extraídos do termo jurídico conforme entendimento da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto outros são oriundos de normativas do Ministério da Saúde, da Vigilância Sanitária ou dos Conselhos de Classe. A exemplo, a Comissão de Revisão de Prontuários é uma determinação do Conselho Federal de Medicina; enquanto o Núcleo de Segurança do Paciente é determinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

QUADRO 2: METAS QUALITATIVAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

TIPO DE ATENÇÃO	INDICADOR	META MENSAL
Atenção Primária	Percentual de trabalhadores das unidades de saúde com especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Gestão da Atenção Básica.	Maior ou igual a 60%
	Percentual de atividades de Educação Permanente realizadas para os trabalhadores das unidades de saúde.	90% da programação estabelecida no Plano de Educação Permanente
	Taxa de rotatividade de pessoal	Menor ou igual a 2,5%
	Satisfação do usuário (Metodologia e Instrumento da Pesquisa de Satisfação do Usuário aprovada pela Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão)	Maior ou igual a 90%
	Elaborar 01 Plano de Segurança do Paciente (PSP) para cada unidade de saúde	Elaborar 1 PSP
Urgências e Emergências	Taxa de retorno a emergência em até 72 horas pela mesma causa	≤ 6%
	Tempo Médio de Espera do Paciente Urgente (Amarelo)	≤ 30 minutos
	Tempo Médio de Espera do Paciente pouco Urgente (Verde)	≤ 120 minutos
	Taxa de tomada de decisão em até 06 horas	≥ 90%
	Implantação de Protocolos Clínicos Multidisciplinares para as patologias com desfecho clínico tempo dependente	01 protocolo implantado e gerenciado a cada 03 meses
	Implantar e implementar o Programa de Gerenciamento de Resíduos no Serviço de Saúde	PGRSS implantado e validado pela Divisão de Vigilância Sanitária
	Implantar o Programa de Manutenção Preventiva da Estrutura Físico-funcional	Cronogramas de manutenções preventivas da estrutura físico-funcional atualizados com a evidência da realização das mesmas
	Implantar o Programa de Manutenção Preventiva e Calibrações dos Equipamentos Biomédicos	Cronogramas de manutenções preventivas e calibrações dos equipamentos atualizados com a evidência da realização das mesmas
	Taxa de acidentes de trabalho	Máximo de 0,4%
	Índice de atividades realizadas de Educação Permanente	Mínimo de 7,0/1000 horas trabalhadas
	Índice de Satisfação dos Usuários dos Serviços	80% de satisfação dos usuários que utilizaram o serviço
	Implantar a Comissão Multidisciplinar de Análise e Revisão de Prontuários	100% dos prontuários dos pacientes em observação aguardando regulação no período, com registro do resultado da auditoria e as ações realizadas para melhoria dos pontos identificados com fragilidade
	Implantar a Comissão de Análise e Revisão de Óbitos	100% dos óbitos analisados, com registro das ações realizadas de melhoria no caso dos óbitos considerados evitáveis
	Comissão de Ética Médica	Comissão implantada em até 06 meses após o início das atividades
	Comissão de Ética de Enfermagem	Comissão Implantada em até 06 meses após o início das atividades

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Contrato de Gestão 309/2020

As metas contratuais são monitoradas e avaliadas tanto pela própria organização social através de sua equipe técnica quanto pelos gestores da Secretaria de Saúde que compõem a Comissão de Avaliação formalmente estabelecida para o

acompanhamento do desempenho institucional no exercício da operacionalização dos serviços de saúde nas ilhas.

O monitoramento realizado pela organização social, de forma contínua, pretende manter o desempenho institucional sempre satisfatório e garantir o cumprimento de todas as metas pactuadas através do Contrato de Gestão.

Por sua vez o monitoramento exercido pela Administração Pública por meio da Comissão de Avaliação tem efeito no processo de pagamento em caráter de fomento para a operacionalização dos Serviços de acordo com a rotina celebrada entre as partes.

O Decreto Municipal nº 28.832/2016 estabelece que a Organização Social deve adotar práticas de planejamento para o acompanhamento e avaliação das suas atividades de acordo com as metas pactuadas (SALVADOR, 2016). Nisto, define-se que a instituição atue de forma a alcançar eficácia na gestão dos serviços públicos.

O Contrato de Gestão nº 309/2020, por sua vez, estabelece que a OS deve designar profissional responsável por realizar o acompanhamento das atividades e ações de saúde, garantindo o funcionamento, articulação com a rede municipal e prestando orientações técnicas regulares (SALVADOR, 2020).

A cláusula décima sexta do Contrato de Gestão nº 309/2020 trata sobre a prestação de contas e estabelece que deverá conter, no mínimo, as seguintes informações: relatório de execução das metas quantitativa e qualitativa; conjunto de documentos relacionados à gestão de recursos humanos; em caso de ocorrência de eventos de utilização de provisionamentos, comprovação do pagamento; extrato da conta exclusiva, fluxo de caixa da competência da prestação, notas fiscais e comprovantes de pagamentos dos prestadores de serviços e fornecedores de materiais. Além disso, é solicitado o envio de todos os contratos com prestadores de serviço ou fornecedores de materiais e outros documentos que poderão ser solicitados pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.

Neste estudo, é tratado apenas a respeito das metas para o dimensionamento do desempenho institucional, sem menções aos tópicos financeiros e contábeis, muito embora o desempenho no cumprimento das metas impacte diretamente a definição dos repasses dos recursos para a operacionalização dos serviços. Ressalte-se, no entanto, que todas as informações relacionadas à gestão dos recursos financeiros são de domínio público.

Tendo sido realizada análise dos documentos gerenciais envolvidos com a contratualização entre o Município de Salvador e uma Organização Social para a operacionalização de serviços de saúde nas unidades de saúde das ilhas de Maré Frades e Bom Jesus dos Passos, foi possível verificar a aplicação das ferramentas de monitoramento e avaliação, conforme definido pela legislação vigente.

Conforme estabelecido pela legislação municipal vigente Lei nº 8.631/2014 e Decreto nº 28.232/2016, que seguem o disposto pelas legislações estadual e federal que tratam do assunto, são definidos meios de fiscalização e acompanhamento do desempenho do Contrato de Gestão, de maneira que se torne possível exercer controle quanto ao cumprimento das metas pactuadas e aplicar medidas pertinentes nos casos devidos (SALVADOR, 2014, 2016).

Para o acompanhamento do Contrato de Gestão 309/2020, uma Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato composta por servidores da Secretaria Municipal de Saúde foi designada, ficando responsável por monitorar e avaliar o desempenho institucional. Além disso, um Gerente Municipal atua em cada unidade de saúde, verificando a operacionalização dos serviços *in loco* a fim de atentar para o cumprimento das rotinas administrativas, de abastecimento, manutenção, atendimento aos usuários e interlocução entre a instituição contratada e a gestão municipal, entre outras ações.

O Contrato de Gestão nº 309/2020 define que devem ser apresentados relatórios de desempenho à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e dos relatórios extraídos dos Sistemas oficiais de informação.

A composição da parcela mensal se dá com o repasse financeiro de 60% do valor total mensal correspondendo ao cumprimento das metas quantitativas e 40% do valor total mensal correspondendo ao resultado da avaliação das metas qualitativas.

As metas contratuais são monitoradas mensalmente e os documentos de evidências acerca das obrigações assumidas pela instituição contratada, envolvendo a comprovação do cumprimento das metas contratuais, são emitidos para a composição de um relatório, que é encaminhado para Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato, com relatórios de verificação extraídos dos sistemas oficiais de informação VIDA+ e SIA/SUS. Estes são analisados e, em seguida, é expedido relatório pela Comissão, juntando-se ao processo de pagamento para o repasse de recursos à instituição contratada, tendo seguido para o Fundo Municipal

de Saúde juntamente com a nota fiscal e o relatório de desempenho da instituição contratada.

Trimestralmente, ocorre a avaliação do desempenho para efeito de aplicação de possível cortes percentuais em razão do desempenho, sendo realizados os cálculos para aplicação de desconto percentual em caso de descumprimento das metas, conforme estabelecido no Quadro 3. O desconto se aplica ao valor da parcela a ser repassada no período subsequente à avaliação pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato, cabendo medidas que permitam à Organização social a ampla defesa e demais trâmites administrativos que levem ao saneamento ou rescisão contratual (SALVADOR, 2020).

QUADRO 3: FAIXAS DE REPASSE FINANCEIRO REFERENTE AO CUMPRIMENTO DAS METAS

Indicador	Valor a pagar
≥ a 91 %	100% x valor referente ao bloco de metas
Entre 81 a 90 %	90% x valor referente ao bloco de metas
Entre 71 a 80 %	80% x valor referente ao bloco de metas
Entre 61 a 70 %	70% x valor referente ao bloco de metas
Entre 51 a 60 %	60% x valor referente ao bloco de metas
Até 50 %	50% x valor referente ao bloco de metas

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Contrato de Gestão 309/2020

No período de junho de 2020 a junho de 2022, houve desempenho satisfatório nos resultados atingidos. Na Atenção Primária, houve atingimento de 96% das consultas a gestantes no pré-natal, 99% das gestantes foram testadas para sífilis e HIV, 81% das gestantes receberam atendimento odontológico, 87% das mulheres com idade entre 25 e 64 anos realizaram o exame citopatológico no intervalo recomendado e o indicador referente à cobertura vacinal apresentou desempenho de 93%. O serviço de Urgência e Emergência teve superadas as metas estabelecidas, com resultado de 144% dos eletrocardiogramas; 312% de atendimentos médicos, 312% de acolhimentos com classificação de risco, 312% atendimentos de enfermagem em geral e 122% de pequenas cirurgias.

Nesse mesmo período, todas as metas qualitativas foram cumpridas conforme estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, com oscilações nos indicadores relacionados à rotatividade de pessoal, acidente de trabalho e educação permanente. Quanto ao indicador referente à pesquisa de satisfação de usuários, em todos os meses do período o resultado foi superior a 90%.

O indicador que trata sobre a especialização da equipe de Saúde da Família nunca foi atingido, ficando abaixo de 30%, devido ao cumprimento de exigência do Contrato de Gestão, que determinou que fosse dada prioridade a profissionais moradores das Ilhas. Dessa maneira, não foi exigido o requisito de Especialização na área de Atenção Básica a estes, não sendo possível garantir o atingir a meta de 60%. É relevante mencionar este indicador porque a Administração Pública o estabeleceu com a intenção de garantir a designação de profissionais qualificados para atuarem nos serviços. No entanto, o termo contratual também ordenou que fosse priorizada a contratação de moradores das ilhas e, pelo fato de muitos profissionais moradores não possuírem níveis de especialização, suas admissões foram efetivadas. O comprometimento do desempenho desta meta tem sido justificado em função da contratação de moradores e não há prejuízo à instituição, dada a importância de promover o vínculo com profissionais que também são parte das comunidades em que os serviços funcionam.

Apesar de historicamente discutida como relevante, foi encontrada menção à participação social em duas oportunidades:

- a) Ao abordar o controle social através de metas qualitativas relacionadas à Satisfação dos Usuários na Urgência e Emergência e na Atenção Primária.
- b) Ao especificar a organização dos serviços assistenciais, infraestrutura, apoio logístico e administração; quando apresenta os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica, tratando da seguinte maneira a respeito da Participação da Comunidade:

Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social (SALVADOR, 2020, p. 17).

Acima foram demonstrados os dois momentos em que o Contrato de Gestão 309/2020 trata a respeito de participação social. Pode-se notar que as oportunidades descritas nos itens 'a' e 'b' são, respectivamente, uma menção a metas qualitativas relacionadas à satisfação dos usuários e uma menção inespecífica sobre o modo de

exercer a participação social. Formalmente, não há outra maneira de inserção de usuários no processo de monitoramento e avaliação ou qualquer outra atividade relacionada à gestão dos serviços.

Os espaços mencionados no Contrato de Gestão nº 309/2020, embora indiscutivelmente importantes, são ainda limitados por não haver estrutura gerencial prescrita para o fim de permitir que os usuários sejam acolhidos para efetiva participação no processo de construção da atenção e da gestão do serviço, conforme proposto pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009).

Sendo os serviços de saúde também oferecidos no âmbito da Atenção Primária, a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, cabe considerar que este é o lugar ideal para que se acolha o usuário, permitindo-lhe interagir mais ativamente na construção da política que se faz no ambiente público, na mínima relação que se estreita entre a Administração Pública e o cidadão cada vez que ele utiliza os serviços públicos.

Há de se superar os desafios apontados por Araújo (2010), quando afirma que os mecanismos de prestação de contas se limitam a aspectos burocráticos próprios da administração pública, seguindo o caminho tradicional de prestação de contas, não havendo muitos esforços para o envolvimento do cidadão. Ainda é observado que a gestão do SUS não tem se preocupado com a ampliação do espaço público do cidadão, não havendo participação efetiva nas tomadas de decisão.

Conforme discutido previamente sobre a relevância da participação social no contexto do Sistema Único de Saúde, garantindo ao cidadão formas de contribuir com a produção da atenção e da gestão de saúde, é preciso criar espaços e ferramentas que garantam oportunidades para se torne viável e efetiva e, por fim, promova mudanças na realidade de cada local a fim de que a saúde esteja não apenas acessível, mas também integrada e contando com a participação da sociedade.

A análise demonstra que há espaço determinado apenas para a análise dos resultados de modo gerencial e burocrático, não considerando a participação do usuário de forma ativa no processo de avaliação, considerando suas contribuições para a melhoria dos serviços ou mesmo havendo sua atuação na apreciação dos resultados alcançados na operacionalização dos serviços.

Por esse motivo, percebe-se oportuno discutir uma proposta de inserção do usuário no monitoramento e na avaliação do Contrato de Gestão. Para realizar este

intuito, sugere-se a instalação de um Colegiado Gestor, visto que este é um dispositivo da Política Nacional de Humanização que pode viabilizar a Gestão Participativa.

Pode-se encontrar alguns elementos no Contrato de Gestão 309 nº 309/2020 que indicam que deve é oportuno atentar para mudanças de forma assertiva. Além da preocupação com o repasse financeiro, são mencionadas as adaptações dos serviços às realidades das comunidades, sendo trazido, inclusive, que as metas qualitativas estabelecidas poderão ser revistas sempre que exigir o interesse público (SALVADOR, 2020).

Outra observação relevante é a oportunidade favorável à mudança para a inclusão de novos atores, partindo do princípio que a Política Nacional de Humanização é mencionada no Contrato de Gestão como uma das normativas que devem ser observadas pela Organização Social na operacionalização dos serviços das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos (SALVADOR, 2020).

Uma das formas de participação da comunidade ou participação social no espaço do serviço de saúde é através de cogestão, sendo esta uma diretriz estabelecida pela Política Nacional de Humanização do SUS e que pode contar com ferramentas que viabilizem esta gestão participativa. Uma dessas ferramentas ou dispositivos é o Colegiado Gestor (BRASIL, 2009).

5 PROPOSTA DE DISPOSITIVO DE GESTÃO PARTICIPATIVA NA CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A relevância de abordar a questão da ausência de participação dos usuários nos territórios já mencionados se dá pela necessidade de obediência ao que está estabelecido pela Constituição Federal, como princípio do SUS, e ao que é determinado pela PNH, no sentido de garantir espaços que permitam o exercício da participação social.

Portanto, analisando o problema trazido por meio desta pesquisa, encontramos oportunidade de solucioná-lo lançando mão da estratégia de inserção do usuário na dinâmica de gestão através do Colegiado Gestor, que é um dispositivo que permite a gestão participativa que, por sua vez, é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009).

Para viabilizar e instrumentalizar o Colegiado Gestor, dois produtos foram elaborados, sendo uma Proposta de Meta Qualitativa para o Contrato de Gestão (Apêndice A) e uma sugestão de Minuta de Regulamento do Colegiado Gestor (Apêndice B).

Na Proposta de Meta Qualitativa para o Contrato de Gestão (Apêndice A), o aditivo contemplará o indicador qualitativo discriminado, recomendando a implantação de um Colegiado Gestor em cada uma das unidades de saúde das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos. Enquanto isso, a sugestão de Minuta de Regulamento do Colegiado Gestor (Apêndice B) estará inserida como uma obrigação a ser cumprida pela Organização Social para subsidiar a implantação de cada Colegiado Gestor, em prazo definido no próprio indicador qualitativo descrito pelo primeiro apêndice.

Os produtos serão levados formalmente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Salvador (BA) por meio de comunicação oficial emitida pela representante da Organização Social responsável pelo desempenho da contratada, a fim de que sejam submetidos à análise da Comissão de Avaliação de Contrato da SMS para adesão formal das partes, com possível estabelecimento de aditivo contratual.

A participação social é incentivada desde a Constituição Federal de 1998 e até mesmo a construção desta Carta Magna contou com a participação da sociedade, tornando o texto um documento democrático desde a sua elaboração. Também a Lei

nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas de 1990, consideradas as Leis Orgânicas do SUS, mencionam a participação da comunidade, inclusive para o planejamento e controle do SUS. Logo, é preciso que, efetivamente, os serviços de saúde possuam canais para que seja promovida a participação social junto a instituições públicas ou instituições gestoras que operacionalizam serviços públicos de saúde.

Bresser-Pereira (1998) trata sobre a administração pública gerencial, afirmando que este modelo reconhece que a sociedade é um campo de conflito, cooperação e incerteza, com defesa dos interesses dos cidadãos; não em busca de perfeição, mas pela garantia do interesse coletivo. Portanto, este ambiente de negociação que advém do surgimento da Nova Gestão Pública e a abertura para os modelos de contratualização com base no gerencialismo favorecem também o exercício do controle social.

A Política Nacional de Humanização, estabelecida pelo Ministério da Saúde, incentiva a participação cidadã junto à atenção em saúde e à gestão dos serviços, propondo estratégias para que sejam viáveis esses métodos democráticos junto à gestão.

O objetivo do Colegiado Gestor é atuar de forma contínua no processo de monitoramento e avaliação do contrato de gestão, oferecendo apoio e discutindo possíveis necessidades, enquanto busca adequar as demandas ao serviço dentro do escopo do Contrato de Gestão ou, quando necessário, propondo possíveis repactuações das metas contratuais para o melhor atendimento as demandas locais, além de mais deliberações que podem surgir da interação entre os atores mencionados e voltadas a qualificar os serviços de saúde. O Colegiado Gestor deve ter participação ativa no planejamento e acompanhamento de resultados e, portanto, participa dos processos de monitoramento e avaliação. As crises, os conflitos, as intercorrências e todas as possíveis adversidades enfrentadas pelo serviço também são conteúdo de interesse do Colegiado Gestor.

Com efeito, esta participação pode tanto contribuir para atendimentos a demandas relevantes para a população local, como também permitir a troca de experiências entre os atores envolvidos quanto ao processo de atenção e gestão em saúde, considerando que são promovidos em espaços para o diálogo e a troca de saberes conforme estabelecido pela Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2009).

O Colegiado Gestor, enquanto grupo que contribui para o trabalho no ambiente de saúde, também possui caráter deliberativo. Considerando que os participantes contribuem com as respectivas perspectivas, pode haver maior contemplação a respeito de variáveis diversas e maior adesão a planos, processos de trabalho e outras ferramentas de gestão. Com isso, conseqüentemente, é possível favorecer com a adoção de medidas mais assertivas na gestão do serviço de saúde em que este grupo atua.

É desafiador criar espaços democráticos com poder de deliberação dentro das instituições, porém, conforme apontado pela PNH, deve haver interesse da gestão institucional para viabilizar estes espaços e permitir a participação social. Considerando que, no caso do Contrato de Gestão analisado neste trabalho, as unidades de saúde estão sob gestão de uma Organização Social, cabendo-lhe contribuir para a participação social, é salutar propor o Colegiado Gestor dentro do espaço do serviço de saúde, permitindo a interação entre os atores e buscando soluções de forma participativa e efetiva.

Encontra-se pouco conteúdo sobre métodos de funcionamento do Colegiado Gestor e sua instrumentalização, cabendo observar as premissas definidas pelo HumanizaSUS quanto ao seu papel, inserção de múltiplos atores, constância na realização dos encontros para trocas de experiências, discussão das agendas e a garantia do seu poder deliberativo (BRASIL, 2007).

Para que seja garantida a mudança com inserção da participação efetiva de usuários na gestão dos serviços de saúde das ilhas, apresento reiterada a proposta de, conforme acima defendido, criar indicador qualitativo que obrigue a Organização Social a implantar o Colegiado Gestor em cada uma das Unidades de Saúde das Ilhas, nos moldes do que está detalhado no Apêndice A.

Uma maneira de garantir que o dispositivo do Colegiado Gestor seja implantado, de fato, é inserindo o seu estabelecimento junto ao conjunto de Metas Qualitativas do Contrato de Gestão, tornando seu cumprimento compulsório. O Apêndice A demonstra uma sugestão de estrutura da Meta Qualitativa que pretende viabilizar a formalização do Colegiado Gestor no serviço de saúde contratualizado. Tendo o seu funcionamento garantido por obrigação contratual, esta se torna uma ação que precise ser promovida continuamente pela Organização Social contratada pelo Município.

O Colegiado Gestor pode ter seus membros estabelecidos pela Organização Social, sendo sugerido que a sua composição se dê da seguinte forma: membros da comunidade, trabalhadores de saúde que atuam nas unidades e gestores representantes da Secretaria Municipal de Saúde e da Organização Social contratada para a operacionalização dos serviços de saúde das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos (Salvador, Bahia). Quanto ao número de participantes, intencionalmente não fica definido previamente, cabendo ao gestor da Organização Social avaliar a melhor representatividade em cada unidade de saúde, considerando as especificidades das comunidades de cada território.

Muito embora tenha finalidades semelhantes às das instâncias como Conselhos e Conferências, o papel do Colegiado Gestor é relacionado a um serviço de saúde em específico, de acordo com o que está definido pela PNH. Por isso, é um grupo estabelecido pela gestão do serviço de saúde e é um espaço para a discussão, trocas de experiências e deliberações sobre o funcionamento dos serviços.

As reuniões mensais podem ser aproveitadas para monitorar indicadores de produtividade e qualitativos no período analisado, além das pautas planejadas a partir do diagnóstico desenvolvido de forma participativa e demais necessidades definidas.

O produto das reuniões mensais do Colegiado Gestor deve ser uma ata de reuniões validada pelos participantes e pelo Gerente Municipal responsável pela fiscalização do Contrato de Gestão para composição de instrumento gerencial para análise pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Contrato de Gestão e o trâmite de interesse da Gestão Municipal do Sistema de Saúde.

Trimestralmente, pode ser inserida em pauta a avaliação de desempenho periódica (referente ao período de três meses concluídos até então), a fim de avaliar desempenho no período quanto ao cumprimento de metas qualitativas e quantitativas, além de propor melhorias frente às necessidades da comunidade. Como fruto das discussões de avaliação do Colegiado Gestor, pode ser adotado o envio de relatório trimestral de avaliação do desempenho institucional.

O relatório trimestral pode auxiliar na tomada de decisões, como: repactuação de metas contratuais com inserção de novas metas quantitativas (ampliação de atendimentos de algumas naturezas como consultas médicas, por exemplo); inserção ou retirada de metas qualitativas de acompanhamento, com o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência e garantir o cumprimento de obrigações sanitárias; e outras sugestões de ajustes na parametrização do termo contratual.

Questões como o nível de satisfação dos usuários, por exemplo, já estão contempladas nos indicadores contratuais (metas quantitativas e qualitativas), que também devem ser alvo de acompanhamento por parte do Colegiado Gestor, em seu caráter de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde.

As evidências para que seja possível atestar a implantação e o funcionamento do Colegiado Gestor podem ser assim definidas: portaria institucional de implantação, contendo atribuições gerais e nomeação de membros do Colegiado Gestor (com representação de membros da comunidade, trabalhadores de saúde que atuam nas unidades e gestores representantes da Secretaria Municipal de Saúde e da Organização Social contratada para a operacionalização dos serviços de saúde), que deve ser apresentada em até 30 dias a partir da inclusão do Colegiado Gestor como meta qualitativa no Contrato de Gestão; regulamento elaborado até 03 meses de início das atividades do Colegiado Gestor; atas de reuniões mensais e relatórios trimestrais de avaliação do desempenho institucional.

Uma vez implantados, os Colegiados Gestores (um em cada unidade de saúde das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos) devem adotar uma dinâmica de trabalho organizada e resolutiva que permita que os conflitos inerentes à reunião dos atores sejam geridos e resultem em busca consensual de resoluções que levem a melhorias e boas decisões.

Conforme preconizado pela PNH, e considerando que os espaços dos Colegiados Gestores são oferecidos em diversos serviços de saúde do SUS, é relevante apontar a necessidade de sua implantação nos serviços de saúde das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos. Para viabilizar esta ideia, foi elaborada a minuta de Regulamento do Colegiado Gestor (Apêndice B), que pretende definir as atribuições do grupo e de seus participantes, considerando produtos que devem ser conjuntamente elaborados e garantir que este exercício democrático agregue valor e faça ser cumprido um dos mais relevantes princípios dos SUS junto à gestão dos serviços de saúde no ambiente público.

A Minuta para o Regulamento do Colegiado Gestor (Apêndice B) pretende tornar possível que o colegiado gestor atue efetivamente, com definição de suas atribuições, sua frequência, sua composição e seus espaços para as decisões estabelecidos de maneira regular e continuada, a fim de que se torne espaço de busca de melhorias de forma contínua e ambiente propício a participação da comunidade na avaliação e no monitoramento não só do Contrato de Gestão, mas da Saúde Pública

naquele espaço. Uma vez que se trata de uma minuta, este documento pode sofrer alterações, de acordo com as contribuições dos participantes de cada Colegiado Gestor.

Desse modo, a proposta de estabelecimento dos Colegiados Gestores junto ao Contrato de Gestão das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos requer obediência às premissas da PNH, cabendo definir atribuições, responsabilidades, frequência dos encontros e evidências de sua atuação.

O elemento primordial para a participação social é o espaço de escuta, porém o elemento mais transformador é a inserção no processo de tomada de decisão. Por isso, foi provocada a adoção de uma estrutura de gestão com a participação efetiva das pessoas que utilizam os serviços públicos de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível atingir o objetivo proposto pelo estudo quanto a propor uma forma de inserção dos usuários no processo de gestão dos serviços de saúde no contexto de contratualização para a oferta de serviços de saúde nas Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos (Salvador, Bahia).

A apresentação dos produtos elaborados será realizada por meio de comunicação oficial e pretende contribuir com a transformação da realidade encontrada em que, de acordo com o analisado, a participação social efetiva ainda não é viabilizada no contexto da gestão destes serviços de saúde.

A contratualização exige negociação constante entre as partes, no processo dinâmico do monitoramento e da avaliação. Este processo se volta sempre a buscar o melhor desempenho e a garantir a oferta de melhores serviços públicos.

Portanto, nesta negociação deve haver espaço para propostas que garantam o fortalecimento do SUS e a obediência a seus princípios, especialmente àqueles que trazem as pessoas à participação e permitem a execução democrática da gestão no espaço público.

A legislação vigente recomenda a participação social junto à Administração Pública desde a promulgação da Constituição Cidadã e se reforça através de uma Política de Humanização existente no SUS.

Por atuarem em Atenção Primária, as Unidades de Saúde vinculadas ao Contrato de Gestão nº 309/2020, necessariamente, possuem maior diálogo com a população no dia a dia, visto que esta é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e considerando, também, que atua em promoção e prevenção. Além disso, como natureza desse tipo de atenção à saúde, há estratégia de vinculação dos profissionais às famílias que residem no território onde se localiza a unidade.

Neste nível de atenção à saúde, a assistência garante transversalidade e integralidade no cuidado, adotando modelo interdisciplinar e multidisciplinar de trabalho entre profissionais e trabalhadores de saúde, o que também favorece um ambiente propício ao diálogo e à troca de experiências entre as pessoas.

O Colegiado Gestor, ferramenta proposta para que se crie um espaço para a participação social, é uma maneira de garantir atuação integrada entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços, de modo que ocorra o diálogo e decisões

assertivas que têm o potencial de contribuir para a otimização da gestão e o melhor atendimento às demandas locais de relevância.

O Colegiado Gestor é, também, um espaço de aprendizado, de trocas. Inevitavelmente, os indivíduos farão políticas públicas em todo espaço que puder ser garantido para isto.

A contratualização vem do modelo gerencial estabelecido pela Reforma da Administração Pública ocorrida em 1995, quando foi idealizado um modo de execução dos serviços públicos voltado a melhores resultados, controle social e satisfação dos usuários. Por isso, possivelmente, um modelo de gestão que conta com o Colegiado Gestor trará benefícios para a gestão e certamente contribuirá para promover um espaço democrático.

A oportunidade da contratualização se torna favorável à concretização deste feito, visto que o Contrato de Gestão prescreve as obrigações da Organização Social no elenco das metas pactuadas. Uma vez que lá se encontra uma meta que exija a viabilização de espaço para a participação social, cabe à instituição contratada promover sua implementação para garantir o bom desempenho na operacionalização dos serviços e, conseqüentemente, atingir os percentuais de desempenho desejáveis para que os recursos financeiros envolvidos sejam repassados sem cortes relativos a desempenho indesejável.

Dada a relevância em tratar a respeito dos mecanismos de controle social, especificamente no contexto de uma Organização Social que atua na Saúde, a adesão para o cumprimento de tão relevante princípio do SUS precisa de prescrição em termo contratual para que exista em caráter compulsório. Por esse motivo, foi proposto realizar a sua inserção enquanto meta qualitativa.

Considerando a diversidade cultural ou mesmo de outros fatores, como política, religiosa, e outras, podemos deduzir que inserir o espaço para a participação social efetiva não é fácil e é algo evitado pelos gestores de maneira geral, porque requer o esforço da constante negociação e o compromisso ético da colaboração das pessoas em prol de interesses coletivos e, ao máximo, desprovidos dos interesses pessoais e/ou políticos.

Mas não apenas de soluções simples vive a gestão e é preciso ousar romper com os padrões burocráticos para que existam espaços para o exercício (muitas vezes conflituoso) da cidadania.

A pretensão deste estudo e desta proposta de inserção do Colegiado Gestor, além dos interesses acadêmicos e institucionais, é, autenticamente, validar os espaços de diálogo e construção do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 1, p. 77-87, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/4MzHG77HTWjV7BPjYL7mcGg/?lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2022.

ANA, Wallace Pereira Sant; LEMOS, Glen César. Metodologia científica: a pesquisa qualitativa nas visões de Lüdke e André. **Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar**. Mossoró, v. 4, n. 12, nov. 2018. Disponível em: <http://periodicos.apps.uern.br/index.php/RECEI/article/view/1710/1669#:~:text=C+oncluiu%2Dse%20que%20as%20pesquisas,para%20pesquisadores%2C%20professores%20e%20estudantes>. Acesso em: 10 ago.2022.

ANDRÉ, Maristela A. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, n 39, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rae/v39n3/v39n3a05.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

ANDRÉ, Maristela A. Contrato de gestão: contradições e caminhos da administração pública. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, n. 35, 1995. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000300002. Acesso em: 10 ago. 2022.

ARAÚJO, Maria A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Pública**, n. 27, 2010. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0210/pdfs/IS30\(2\)044.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0210/pdfs/IS30(2)044.pdf). Acesso em: 10 ago. 2022.

AUDIÊNCIA pública debate problemas de Ilha de Maré em Salvador. Vermelho, 17 dez. 2009. Disponível em: <https://vermelho.org.br/2009/12/17/audiencia-publica-debate-problemas-de-ilha-de-mare-em-salvador/>. Acesso em: 28 set. 2021.

AUDIÊNCIA pública: Ilha de Maré quer o fim da poluição ambiental. UFBA, 07 nov. 2015. Disponível em: <https://geografar.ufba.br/audiencia-publica-ilha-de-mare-quer-o-fim-da-poluicao-ambiental-116-9hs-quinta-feira-sede-da>. Acesso em 10 out. 2021.

BAHIA. Decreto nº 8.890, de 21 de janeiro de 2004. **Regulamenta a Lei no 8.647, de 29 de julho de 2003, que dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais, revoga os Decretos nos 7.007 e 7.008, de 14 de novembro de 1997, e dá outras providências**. Salvador, 2004.

BAHIA. Lei nº 8.647, de 29 de junho de 2003. **Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências**. Salvador, 2003.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, Universidade de São Paulo: 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/nXBYZJ6sTYtjgGrx6gYGF4j/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRADACH, J.; ECCLES, R. Price, authority and trust: from ideal types to plural forms. **Annual Review of Sociology**, UK, 15, 1989. Disponível em: <https://www.bibsonomy.org/bibtex/ed93ed05e69553a25a3610bc745272f3>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de maio de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, 1990b.

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**. Brasília, 1993.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. **Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências**. Brasília, 1998b.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.591, de 6 de novembro de 1997. **Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências**. Brasília, 1997a.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais: síntese & respostas a dúvidas mais comuns**. Brasília, 1997b.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Cadernos MARE da Reforma do Estado - Organizações Sociais**, Volume 2, Brasília, 1998a.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão.** Brasília, 2007.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle.** Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.
<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno01.pdf>.
Acesso em: 01 fev. 2022.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, ano 49, n. 1, jan./mar. 1998. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/360>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

CAMPOS, Anna Maria. *Accountability*: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, fev/abr. 1990. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/14377/accountability--quando-poderemos-traduzi-la-par--->>. Acesso em: 15 set. 2021.

CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 37(2):201-26, Mar./Abr. 2003. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4121914/mod_resource/content/4/CARNERO%20JR%20E%20ELIAS%20-%20Reforma%20do%20Estado%20-%20as%20OSS.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12732. Acesso em: 08 ago.2022.

CORES, Tunísia. CORONAVÍRUS - Defensoria solicita à Prefeitura de Salvador a retomada da Ambulância em Ilha de Maré e cestas básicas aos moradores. Defensoria Pública da Bahia, 05 jun. 2020. Disponível em: <https://www.defensoria.ba.def.br/noticias/coronavirus-defensoria-solicita-a-prefeitura-de-salvador-a-retomada-da-ambulancia-em-ilha-de-mare-e-cestas-basicas-aos-moradores/>. Acesso em: 16 nov. 2021.

COSTA, Ana Carolina Marçal. **A participação e o controle social na Reforma Administrativa do Brasil: um estudo sobre a Organização Social ICIPE no Distrito Federal.** 2012. Monografia (Graduação em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/4313/1/2012_AnaCarolinaMarcalCosta.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

DITTERICH *et al.* O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 28, abr. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 05 mar. 2022.

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Comunidade da Ilha da Maré luta para afirmar identidade, titular territórios quilombolas e combater práticas de racismo e degradação ambiental**. In: Mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Brasil. 2018. Disponível em: <http://mapadeconflitos.ensp.fiocruz.br/?conflito=ba-comunidade-da-ilha-da-mare-com-apoio-de-movimentos-sociais-e-entidades-publicas-luta-para-afirmar-identidade-titular-territorios-quilombolas-e-combater-praticas-de-racismo-e-degradacao-ambient>. Acesso em: 10 out. 2021.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>. Acesso em: 10 ago.2022.

IBAÑEZ, Nelson; NETO, Gonzalo Vecina. **Modelos de gestão e o SUS. Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup):1831-1840, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8qftxM5GZwvNkVKvnnv43kWw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

IBGE. 2022. Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos. <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st>. Acesso em: 05 mar. 2022.

ILHA de Maré. UFBA, 2020. Disponível em: <https://observatoriobairrossalvador.ufba.br/bairros/ilha-de-mare>. Acesso em: 14 set. 2021.

MARCOS Mendes defende pescadores e marisqueiras prejudicados pelo óleo. Câmara Municipal de Salvador, 19 dez. 2019. Disponível em: <https://www.cms.ba.gov.br/noticias/marcos-mendes-defende-pescadores-e-marisqueiras-prejudicados-pelo-oleo>. Acesso em: 09 out. 2021.

MENDES, Luiz Carlos Abreu. Estado e terceiro setor: uma análise de duas iniciativas de aproximação. **Revista Do Serviço Público**, 50(3), p. 72-91. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/352>. Acesso em 10 out. 2021.

ROCHA, Enid. **A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios**. 20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafio da seguridade social. 2009. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/outras_pesquisas/a%20constituio%20cidad%20e%20a%20institucionalizao%20dos%20espaos%20de%20participao%20social.pdf. Acesso em: 01 fev. 2022.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, ano I, número I, jul. 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SALVADOR. Decreto nº 28.232, de 28 de dezembro de 2016. **Regulamenta a Lei nº 8.631/2014, que disciplina as relações entre o Município e as organizações sociais, e dá outras providências.** Salvador, 2016.

SALVADOR. Lei nº 8.631, de 25 de julho de 2014. **Disciplina as relações entre o Município e as Organizações Sociais e dá outras providências.** Salvador, 2014.

SALVADOR. Prefeitura Municipal do Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Contrato de Gestão. 309, 01 de junho de 2020. Contratação de entidade(s) qualificada(s) como Organização(ões) Social(is) – OS – para atuar na Gestão, Planejamento, Operacionalização e Execução das ações e serviços de saúde na Unidades Básicas das Ilhas (Maré, Bom Jesus dos Passos e Frades – Paramana). **Diário Oficial do Município de Salvador:** Salvador, 9 jun. 2020.

SALVADOR. Prefeitura Municipal do Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** Disponível em <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/plano-municipal-de-saude-2022-2025/>. Acesso em 10 de julho de 2022.

SALVADOR. Prefeitura Municipal do Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador 2020.** Salvador, 2021. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/gestao-estrategica/>. Acesso em 10 de julho de 2022.

SANO, Hironobu; ABRÚCIO, Fernando L. Promessas e resultados do Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, n. 48, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300007. Acesso em: 10 out. 2021.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347– 369, mar./abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/ptr6WM63xtBVpfvK9SxJ4DM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2022.

SILVA, Francisco Carlos da Cruz. Controle Social: Reformando a Administração para a Sociedade. **Revista Organizações & Sociedade**, v.9, n.24, Maio/agosto, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/N7xcSdQL47MVkgGdqmyFMmM/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.

TEIXEIRA, Solange Maria. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. **Revista Katálogo Florianópolis**, Universidade Federal do Piauí (UFPI), v. 10 n. 2 p. 154-163 jul./dez. 2007.

APÊNDICE A – Proposta de meta qualitativa para o Contrato de Gestão

Indicador	<i>Implantação de Colegiados Gestores</i>
Conceito	Colegiado Gestor é um grupo formado por gestores, trabalhadores e usuários que se reúne regularmente para discussões e decisões sobre o serviço de saúde
Operação/Memória de Cálculo	Emissão de Portaria de estabelecimento do Colegiado Gestor em cada uma das Unidades de Saúde das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos em até 30 dias de determinação da obrigatoriedade, com Regulamento apresentado em até 02 meses a partir da sua homologação dos Colegiados Gestores e reuniões mensais com registro de ata, além de emissão de relatório trimestral de avaliação
Periodicidade de Avaliação	Trimestral
Fonte de Verificação	Portaria de nomeação de membros contendo atribuições gerais dos Colegiados Gestores; regulamento aprovado; atas de reuniões mensais e relatórios trimestrais de avaliação do desempenho da instituição para cada Unidade de Saúde das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos
Finalidade	Avaliar a implantação e o funcionamento dos Colegiados Gestores
Meta	Colegiados Gestores implantados e funcionantes em até 90 dias de determinação da obrigatoriedade

Fonte: Elaborado pela Autora

Observações:

A estrutura do indicador proposto para a composição da Meta Qualitativa seguiu o padrão adotado no Contrato de Gestão 309/2020, desenvolvido pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

Sugere-se a implantação de um Colegiado Gestor em cada Unidade de Saúde das Ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos.

A estrutura da Meta Qualitativa proposta fica definida da seguinte forma: o título do indicador demonstra a identificação do dado que será avaliado; o conceito apresenta uma breve definição sobre o Colegiado Gestor; a operação/memória de cálculo propõe um modo de dimensionamento quanto à efetivação da implantação e funcionamento do Colegiado Gestor; a fonte de verificação apresenta os instrumentos que servirão como evidências quanto à implantação e funcionamento do Colegiado Gestor; a finalidade trata sobre o objetivo do indicador; e a meta é o que estabelece a obrigação de fazer em relação ao indicador para a observação quanto ao seu atingimento.

APÊNDICE B – Minuta para o Regulamento do Colegiado Gestor

MINUTA DE REGULAMENTO DO COLEGIADO GESTOR

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente Regulamento tem o objetivo de normatizar os Colegiados Gestores das Unidades de Saúde das ilhas de Maré, Frades e Bom Jesus dos Passos (Salvador, Bahia).

Parágrafo único. Este Regulamento se aplica aos Colegiados Gestores de todas as Unidades de Saúde das Ilhas.

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art 1º O Colegiado Gestor da Unidade de Saúde é espaço para a promoção da participação social no SUS de forma colaborativa, como dispositivo de cogestão, colaborando na gestão e na organização da atenção à saúde.

Art. 2º O Colegiado Gestor da Unidade de Saúde tem papel educativo, consultivo e deliberativo, conforme recomendado pela Política Nacional de Humanização.

Art 3º O Colegiado Gestor da Unidade de Saúde tem o objetivo de atuar como instância contínua para a escuta, o diálogo e deliberações a fim de que seja garantida a gestão e atenção à saúde com a participação social.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES DO COLEGIADO GESTOR

Art 4º São atribuições do Colegiado Gestor da Unidade de Saúde:

- Elaborar diagnósticos sobre a situação de saúde do território relacionado à Unidade de Saúde;
- Estabelecer prioridades para o planejamento com base na situação de saúde;
- Conhecer, analisar e propor adequações necessárias aos fluxos assistenciais da Unidade de Saúde e seus protocolos de regulação para as necessidades não resolvidas pela Unidade;
- Propor soluções para as demandas o acesso da comunidade ao serviço de saúde e sua regulação, quando necessário;
- Discutir propostas de ações educativas voltadas para a equipe de saúde e a comunidade;
- Promover constante diálogo sobre participação social;
- Analisar e propor soluções para as adversidades do serviço de saúde, inclusive conflitos e dificuldades na resolução de problemas;
- Conhecer, analisar e propor adequações necessárias às metas pactuadas no Contrato de Gestão;

- Monitorar o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Contrato de Gestão;
- Periodicamente, avaliar o desempenho institucional e emitir relatório; e
- Propor adequação de metas contratuais, quando necessário.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E DEFINIÇÃO DE MEMBROS

Art 5º O Colegiado Gestor terá membros estabelecidos pelo(a) representante da gestão da Organização Social, sendo que a sua composição se dê da seguinte forma:

- I. membros da comunidade,
- II. trabalhadores(as) que atuam na Unidade de Saúde; e
- III. gestores(as) representantes da Secretaria Municipal de Saúde e da Organização Social contratada para a operacionalização dos serviços de saúde.

Parágrafo único. Quanto ao número de participantes, cabe ao(à) representante da gestão da Organização Social garantir representatividade da comunidade, trabalhadores e gestores em cada Unidade de Saúde, considerando as especificidades de cada serviço.

Art 6º Gestores(as) responsáveis pela Coordenação Técnica da Unidade de Saúde (da Organização Social) e Gerência Municipal (da Secretaria Municipal de Saúde) ocupam 2 (duas) das vagas do Colegiado Gestor.

Art. 7º Membros representantes da comunidade e dos(as) trabalhadores(as) da Unidade de Saúde devem ser definidos por meio de eleição após publicada abertura de vagas em local de circulação de pessoas.

§ 1º A eleição deve ser convocada pelo(a) representante da gestão da Organização Social, com prazo de 15 (quinze) dias para candidaturas.

§ 2º Havendo mais candidatos do que o número de vagas disponíveis, serão escolhidos(as) os(as) candidatos(as) com maior idade.

§ 3º Serão definidos(as) titulares e suplentes, para o caso de vacância.

Art. 8º O Colegiado Gestor será presidido por um(a) Coordenador(a) e deverá contar com um Secretário, ambos eleitos entre os membros.

Art. 9º A homologação da eleição será realizada pelo(a) representante da gestão da Organização Social através de emissão de Portaria de nomeação.

Art. 10º Os membros do Colegiado Gestor terão mandato de 2 (dois) anos, podendo se reeleger por até 2 (dois) mandatos consecutivos.

Parágrafo único. Na ocorrência de encerramento do Contrato de Gestão celebrado entre a Organização Social e a Secretaria Municipal de Saúde, podem ser necessários o encerramento da vigência dos mandatos dos membros e a constituição de novo grupo de representantes, de acordo com o artigo 7.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO DO COLEGIADO GESTOR

Art. 11º O Colegiado Gestor se reunirá mensalmente, em caráter ordinário, e quando convocado por Coordenador(a) ou por dois terços de seus membros, em caráter extraordinário.

§1º As reuniões ordinárias devem ter cronograma anual ou, no mínimo, agendamento divulgado com antecedência de 30 (trinta) dias entre os membros.

§2º As reuniões extraordinárias devem ser convocadas no prazo mínimo de 48 (quarenta e oito) horas, informando a pauta que motivou a urgência.

Art. 12º A ausência em 2 (duas) reuniões consecutivas ou 3 (três) reuniões alternadas, sem prévia justificativa, causará a exclusão do membro, com nomeação imediata de substituto(a) a partir da relação de suplentes.

Parágrafo único. Outros motivos de exclusão são o término do vínculo de trabalho (no caso de trabalhador) ou a mudança de endereço (no caso de membro da comunidade).

Art 13º Para possuírem caráter deliberativo, as reuniões devem ter a presença de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) mais 01 (um) do número de membros.

Art 14º As deliberações serão alcançadas a partir da construção de desfecho consensual com base no diálogo entre os participantes.

Art 15º As reuniões mensais podem ser aproveitadas para monitorar indicadores de produtividade e qualitativos no período analisado, além das pautas planejadas a partir do diagnóstico desenvolvido de forma participativa e demais necessidades definidas.

Art 16º O produto das reuniões mensais do Colegiado Gestor deve ser uma ata de reuniões validada pelos participantes.

Art 17º Trimestralmente, deve ser inserida em pauta a avaliação de desempenho do contrato de gestão (referente ao período de três meses concluídos até então), a fim de avaliar desempenho no período quanto ao cumprimento de metas qualitativas e quantitativas além de propor melhorias frente às necessidades da comunidade.

Parágrafo único. Deve ser elaborado relatório trimestral de avaliação do desempenho institucional, encaminhado à Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Contrato de Gestão na Secretaria Municipal de Saúde, a fim de auxiliar na tomada de decisões que podem ser repactuação de metas contratuais, com o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES DO(A) COORDENADOR(A) DO COLEGIADO GESTOR

Art 18º São atribuições do(a) Coordenador(a) do Colegiado Gestor:

- I. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II. Organizar as pautas das reuniões;
- III. Coordenar a abertura, andamento e encerramento das reuniões;
- IV. Controlar a assiduidade dos membros; e
- V. Atestar os registros das reuniões (atas e relatórios) e garantir envio de cópia para a(o) representante da gestão da Organização Social.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DO(A) SECRETÁRIO(A) DO COLEGIADO GESTOR

Art 19º São atribuições do(a) Secretário(a) do Colegiado Gestor:

- I. Manter sob guarda as documentações do Conselho Gestor;
- II. Providenciar a divulgação das convocações para as reuniões;
- III. Registrar as atas de reuniões;
- IV. Colaborar na elaboração dos relatórios trimestrais.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DO COLEGIADO GESTOR

Art. 20º São atribuições dos membros do Colegiado Gestor:

- I. Manter cordialidade e decoro;
- II. Participar das reuniões;
- III. Atuar como relator(a) de atas ou relatórios, quando for designado;
- IV. Apresentar propostas;
- V. Manifestar a representação de seus pares, colaborando nas discussões de modo a legitimar o interesse social;
- VI. Manifestar opinião para a construção do consenso para as deliberações;
- VII. Contribuir com a resolução de conflitos e adversidades;
- VIII. Justificar possíveis ausências com antecedência;
- IX. Aprovar ou impugnar atas ou relatórios produzidos pelo Colegiado Gestor em parte ou em sua totalidade, requerendo retificações ou exclusões de conteúdos que não sejam procedentes;
- X. Fortalecer a imagem o papel do Colegiado Gestor para a comunidade; e
- XI. Cumprir e colaborar com as decisões construídas pelo Colegiado Gestor.

CAPÍTULO VIII

DAS PROIBIÇÕES

Art. 21º É proibida aos membros do Colegiado Gestor a utilização do espaço para a promoção de atividades políticas partidárias ou para a realização de atividade que difere do propósito ao qual se destina a instância, sem o interesse de cooperar para a coletividade.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22º A participação no Conselho Gestor não se caracteriza como atividade passível de remuneração, possuindo caráter voluntário aos participantes que optaram por exercer representatividade dos(as) trabalhadores(as) e membros da comunidade.

Art. 22º Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo(a) representante da Organização Social.