

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família”

por

Vanessa Costa e Silva

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Virginia Alonso Hortale

Rio de Janeiro, março de 2014.

Esta tese, intitulada

“Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família”

apresentada por

Vanessa Costa e Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof. Dr. Pedro Ribeiro Barbosa

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom

Prof.^a Dr.^a Virginia Alonso Hortale – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Vanessa Costa e
Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações
Sociais como possibilidades e limites na gerência da
Estratégia Saúde da Família. / Vanessa Costa e Silva. --
2014.
150 f.: il.; graf.; mapas

Orientador: Hortale, Virginia Alonso
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Modernização do Setor Público. 2. Gestão em
Saúde. 3. Organização Social. 4. Contratos. 5. Saúde
da Família. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12

Agradecimentos

Este é o momento onde as normas técnicas e o rigor acadêmico cedem lugar à emoção e à gratidão... Sim, tenho muito que agradecer a várias pessoas que me incentivaram a continuar os estudos acadêmicos.

Começo por agradecer a Deus, sempre, e aos meus pais, Antônio e Maria Mercês que sempre estiveram ao meu lado respeitando e apoiando minhas decisões.

Na ENSP tive o privilégio de ser orientada pela Virginia que conduziu o desenvolvimento desse estudo com firmeza, sabedoria, serenidade e muito respeito às minhas escolhas. Sua generosidade tornou minha trajetória menos difícil.

Outros professores também se destacaram em minha busca pelo saber e também por palavras acolhedoras: Sheila Lemos, que contribuiu também na qualificação do projeto, Célia Ramos, Ruben Mattos e Tatiana Wargas.

Agradeço também,

à CAPES pela oportunidade de estagiar em Lisboa e conhecer outras realidades do tema em estudo. Isso foi possível também pela generosidade na troca de conhecimentos que vivenciei com os professores Ana Escoval e Victor Ramos e demais colegas da ENSP/UNL: Rute, Bruno, Marta, Vanessa e Patrícia.

aos profissionais da SMS do Rio de Janeiro que contribuíram com suas preciosas percepções sobre o objeto desse estudo.

aos professores Pedro, Nivaldo Júnior, Islândia, Javier e Cadu pelas preciosas contribuições e participação na banca de avaliação.

à Elyne e, em seu nome, ao grupo de companheiros de trabalho do Projeto Teias pela convivência harmoniosa no enfrentamento de tantos problemas, pelo aprendizado constante e pelo apoio à realização desse estudo.

à Clayre, por sua amizade, cumplicidade e por ter coordenado nosso curso sozinha e com total competência no período em que precisei me afastar. Amiga de trabalho e de vida.

Agradeço aos queridos Railer, Isla e Paula, que não desistiram de mim mesmo quando não tinha tempo para cuidar de nossa amizade.

Amigos de antes, de agora e de sempre...

Família, amigos e mestres. Estaria já muito bom... mas Davilson entrou em minha vida para melhorá-la. Sua solidariedade, companheirismo, compreensão e amor alimentaram minha alma e tornaram essa jornada muito mais fácil.

Enfim...todo trabalho de pesquisa é fruto de muitos encontros durante o percurso. A todos, muito obrigada!!!

Epígrafe

A defesa da vida e o compromisso com a vida são valores que nem a mão invisível do mercado, nem a mão pesada do planejamento centralizado e burocrático são capazes de garantir. Valores que, ou vingarão através de empenho, luta, coragem e convicções firmes, ou simplesmente serão suplantados pelo cinismo, pela indiferença, pela estupidez e pelo individualismo mais feroz (Capistrano Filho, 1995, p.41).

Resumo

A reforma administrativa de cunho gerencialista que ocorreu no Brasil na década de 1990 instituiu o modelo de Organizações Sociais (OS) para a gestão das atividades pertencentes ao “espaço público não estatal”, onde foi incluída a prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS. Esse modelo foi concebido como uma alternativa à constante baixa capacidade de desempenho da gestão pública, e cuja principal causa seria o excessivo controle dos procedimentos e a reduzida autonomia técnico-administrativa, próprios do modelo burocrático e das normas que regem a administração direta. A partir de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) repassou a gerência da Estratégia Saúde da Família (ESF) para Organizações Sociais de Saúde, mediante contratos de gestão que discriminam objetivos e metas a serem alcançados na prestação de serviços. Analisou-se tal experiência à luz do sistema de governança adotado pelo município e de aspectos do desempenho da Estratégia Saúde da Família com o objetivo de identificar limites e possibilidades desse modelo como alternativa organizacional no SUS. Realizou-se o estudo de caso por meio de entrevistas com informantes-chave, análise documental e de indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica. Elaborou-se um plano de análise do sistema de governança, a partir da contribuição de autores que desenvolveram estudos críticos sobre as teorias subjacentes ao modelo de OS. Houve expansão do acesso à atenção primária por meio do aumento da cobertura potencial da ESF que passou de 7,2% da população, em 2008, para 39,4% em 2013, mas a análise dos indicadores e a percepção dos entrevistados sugerem uma tendência de que as práticas ainda necessitariam serem aperfeiçoadas. Os resultados indicaram que a contratualização foi instituída sem levar em conta aspectos importantes da lógica contratual como a negociação e a responsabilização com autonomia dos prestadores; a avaliação e o controle têm como foco os processos e não os resultados e não houve incremento da transparência e do controle social. A SMS considera as OS como uma ferramenta administrativa para agilizar a aquisição de bens e serviços e a provisão de profissionais de saúde, e estabelece uma relação com essas entidades mais próxima da subordinação e mais afastada da parceria e da cooperação, o que limitaria o desenvolvimento de inovações gerenciais que poderiam ser introduzidas pela adoção da lógica contratual e da institucionalização da avaliação de resultados. O estudo sugere que o modelo de OS ainda é frágil como alternativa organizacional no SUS, porque o Estado não possui a capacidade regulatória necessária, o que inclui debilidades nas tecnologias de monitoramento das atividades prestadas e dificultam a avaliação do desempenho dos serviços. A capacidade regulatória impediria que as organizações executoras dos serviços transferissem - em nome da racionalidade do custo/efetividade - a racionalidade própria do mercado para os serviços públicos de saúde. A gestão dos serviços de saúde é uma prática complexa em função da amplitude do campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes. O desafio seria aprender com as diversas experiências e identificar oportunidades que ampliem a capacidade dos governos de implementação das políticas públicas como estratégia de promoção da justiça social.

Palavras-chave: Modernização do Setor Público; Gestão em Saúde; Organizações Sociais; Contratos; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The administrative reform of managerial nature that occurred in Brazil in the 90s established the model of Social Organizations (SO) for the management of the activities belonging to the “non-state public space”, where the provision of health services was included in the Unified Health System (UHS). This model was designed as an alternative to the constant poor performance of public administration, and the main cause would be the excessive procedures control and the reduced technical and administrative autonomy, part of the bureaucratic model and the rules governing the direct administration. From 2009, the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro (MHS) transferred the management of the Family Health Strategy (FHS) to Social Health Care Organizations through management contracts that discriminate objectives and targets to be achieved in the service. This experience was analyzed in the light of the governance system adopted by the municipality and performance aspects of the Family Health Strategy in order to identify the limits and possibilities of this model as an organizational alternative in UHS. A case study was conducted through interviews with key informants, documental analysis and indicators of the Information System of Primary Care. An analysis plan of the governance system was developed, based on contributions from authors who have developed critical studies on the underlying SO model theories. There was expansion of access to primary care by increasing the potential coverage of FHS which went from 7.2% of the population in 2008 to 39.4 % in 2013, but the analysis of the indicators and the perception of the interviewers suggest the practices would still need to be improved. The results indicated that contracting was established without taking into account important aspects of contractual logic as negotiating and providers responsibility autonomy; the evaluation and control have the processes as focus rather than outcomes and there was no increase of transparency and social control. MHS sees SO as an administrative tool to accelerate the procurement of goods and services and the provision of health care professionals, and establishes a relationship with these entities that is closer to subordination than to partnership and cooperation. This would limit the managerial innovations development that could be introduced by the adoption of contractual logic and institutionalization of results evaluation. The study suggests that SO model is still fragile as an organizational alternative to SUS, because the state lacks the necessary regulatory capacity, including weaknesses in technologies for monitoring activities, and difficult the services performance evaluation. The regulatory capacity would prevent the organizations executing the services to transfer - in the name of cost/effectiveness rationality - the market rationality to the public health services. The management of health services is a complex practice due to the breadth of the field and the need to reconcile individual, corporate and collective interests that do not always converge. The challenge would be to learn from many experiences and identify opportunities to enhance the capacity of governments to implement public policies as a strategy to promote social justice.

Keywords: Public Sector Modernization; Health Management; Social Organizations; Contracts; Family Health Strategy.

Sumário

Lista de figuras, quadros e gráficos	9
Lista de abreviaturas e siglas	10
Introdução	11
Capítulo 1:Reforma na Administração Pública: referencial teórico e movimento recente de transformação.....	22
1.1 Reformas da Administração Pública e Gerencialismo	23
1.2 Reforma Gerencial Brasileira no debate contemporâneo.....	29
Capítulo 2:Parcerias do Estado com o Terceiro Setor na Saúde, as Organizações Sociais e a Governança Pública: elementos para o debate	36
2.1 Teoria de Agencia e Contratualização nos serviços de saúde	43
2.2 Contratualização na Atenção Primária à Saúde	48
2.3 Contratualização com Organizações Sociais na Atenção Primária	51
Capítulo 3:Percurso metodológico	55
3.1 Caracterização do estudo e mapa conceitual	56
3.2 Cenário empírico, planos de análise e procedimentos de coleta de dados	59
Capítulo 4:A Reorganização da Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro	68
Capítulo 5:Governança na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro: contratualização, regulação, transparência e controle social.....	76
5.1 Contratualização na dinâmica da ESF: processo de negociação, sistema de incentivos ao desempenho e responsabilização com autonomia	80
5.2 Regulação das Organizações Sociais de Saúde: normatização, monitoramento, avaliação e controle.....	91
5.3 Transparência Pública e Controle Social.....	99
Capítulo 6:Desempenho Assistencial na Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro: reorganização ou expansão da atenção primária à saúde?	104
6.1 Sistema de Informação da Atenção Básica: monitoramento e controle dos resultados	105
6.2 Desempenho da Estratégia Saúde da Família: a informação das equipes	111
Considerações Finais	122
Referências Bibliográficas	128
Anexos.....	144

Lista de figuras, quadros e gráficos

Figura 1: Esquema visual da contratualização nos serviços de saúde.	44
Figura 2: Mapa conceitual para análise do sistema de governança e do desempenho da ESF do Rio de Janeiro, 2014.	58
Quadro 1: Setores do Estado, formas de propriedade e de administração propostos no PDRAE, 1995.	32
Quadro 2: Comparativo das formas jurídico-institucionais da administração pública brasileira de acordo com sua atuação no desenvolvimento social - verde ou econômico - amarelo, Brasil, 2013.	40
Quadro 3: Plano de análise de aspectos do Sistema de Governança da ESF do Rio de Janeiro, 2013.	61
Quadro 4: Perfil gerencial dos entrevistados por lugar na hierarquia institucional e cargo	62
Quadro 5: Plano de análise do desempenho assistencial da ESF: indicadores SIAB e parâmetros de análise	64
Quadro 6: Desenho do estudo adotado na análise do modelo de OSS na ESF do Rio de Janeiro.	65
Quadro 7: Indicadores SIAB, por CAP e total CF, e parâmetros do estudo, agosto de 2012 a julho de 2013, Rio de Janeiro.	108
Quadro 8: Valores dos indicadores SIAB, por fonte dos dados e período de análise, ESF, Rio de Janeiro, 2013.	112
Gráfico 1: Expansão da cobertura potencial da população pela ESF, 2003 a 2013, Rio de Janeiro e Brasil.	72
Gráfico 2 – Distribuição dos recursos gastos em saúde, por subfunção, 2004 a 2012, Rio de Janeiro.	73
Gráfico 3 – Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre; proporção de gestantes com pré-natal no mês; e proporção de gestantes com vacina em dia, junho a setembro de 2013, total das CF e Brasil.	114
Gráfico 4: Média de atendimentos de puericultura; média de consultas médicas para menores de 1 ano; e média de consultas médicas para menores de 5 anos, junho a setembro de 2013, total das CF e Brasil.	115
Gráfico 5: Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo; proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia; e proporção de crianças menores de 2 anos pesadas, junho a setembro de 2013, total das CF e Brasil.	116
Gráfico 6 – Proporção de diabéticos cadastrados e proporção de hipertensos cadastrados, junho a setembro de 2013, CF e Brasil.	117
Gráfico 7: Média de atendimentos por diabéticos e média de atendimentos por hipertenso, junho a setembro de 2013, CF e Brasil.	118

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente comunitário de saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AP	Área programática
APS	Atenção primária à saúde
CAP	Coordenadorias Gerais de Atenção Primária das Áreas de Planejamento
CF	Clínica da família
CG	Contrato de gestão
CID	Código internacional de doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CTA	Comissão técnica de avaliação
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESF-SUS	Fundação Estatal de Saúde da Família
Fibra	Instituto Social Fibra
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Fiotec	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
GCF	Gerente de clínica de família
GOSS	Gerente de Organização Social de Saúde
GSMS	Gerente da Secretaria Municipal de Saúde
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
NGP	<i>New Public Management</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PMA2	Produção e Marcadores para Avaliação
PMAQ-AB	Programa de Monitoramento do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema Nacional de Agravos Notificados
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPDM	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SSA2	Situação de Saúde para Avaliação
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
TCM	Tribunal de Contas do Município
TERCOM	Termo de Compromisso de Gestão

Apresentação

Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado um com o outro. Cada um me contou a narrativa de por que se haviam zangado. Cada um me disse a verdade. Cada um me contou suas razões. Ambos tinham razão. Ambos tinham toda a razão. Não era um que via uma coisa e outro outra, ou que um via um lado das coisas e outro um lado diferente. Não: cada um via as coisas exactamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro, mas cada um via uma coisa diferente, e cada um, portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade (Fernando Pessoa).

Ao iniciar a apresentação com o poema de Pessoa, faço analogia às inquietações que originaram a escolha do tema ‘Organizações Sociais de Saúde’ e cujo debate é permeado por polarizações do discurso dos seus diversos atores. Reflexões sobre modelos de gestão mais adequados às especificidades da atenção primária à saúde e que resultem no atendimento às necessidades da população e também dos trabalhadores do SUS me acompanham desde 1996 quando ingressei no serviço público e fui trabalhar em uma unidade de atenção primária. Desde então, pude participar da gerência da ESF em locais com diferentes trajetórias e capacidade institucional e em três formas jurídico-institucionais distintas da administração pública brasileira: administração direta, administração indireta e organizações sociais. Nesta, atuei como servidora da Fiocruz na cooperação com a SMS do Rio de Janeiro para a gerência da ESF do bairro Manguinhos por meio da Organização Social Fiotec, que é fundação de apoio da Fiocruz.

As inevitáveis comparações que fazia sobre as distintas experiências foram disparadoras da motivação desse estudo que é a tentativa de compreensão dos limites e possibilidades das parcerias do Estado com o terceiro setor na consolidação do SUS. Organizar todas as leituras realizadas e atribuir relevância adequada aos achados da pesquisa de campo não foi tarefa simples e para facilitar a apresentação do estudo, esta Tese está dividida em seis capítulos.

Os dois primeiros abordam o referencial teórico-explicativo subjacente ao modelo de organizações sociais na atenção primária à saúde, quais sejam, a Reforma do Aparelho de Estado brasileiro e o conjunto de filosofias que a influenciaram, bem como seus desdobramentos: o crescimento das parcerias do Estado com o terceiro setor e a contratualização nos serviços de saúde.

O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico utilizado, bem como o mapa conceitual orientador do estudo e os planos de análise desenvolvidos, tanto para a

compreensão do sistema de governança adotado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na relação com as organizações sociais, quanto para analisar aspectos do desempenho da Estratégia Saúde da Família. A apresentação e discussão dos resultados da pesquisa conformam os capítulos quatro, cinco e seis. Em seguida, esta Tese é finalizada com algumas considerações que sintetizam a análise sobre o modelo de OSS no Rio de Janeiro e apontam os limites e possibilidades das parcerias do terceiro setor no âmbito do SUS como contribuição à produção de outras narrativas e ao avanço dessa reflexão no campo da saúde coletiva.

Introdução

As transformações produzidas pela globalização econômica na relação Estado-sociedade-economia impulsionaram a formulação e implementação de Reformas Administrativas, inspiradas na *New Public Management*¹ desde meados da década de 1980, nos países centrais, e na América Latina na década seguinte.

No Brasil essa agenda hegemônica desencadeou, em 1995, a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado – PDRAE (MARE, 1995) que definiu objetivos e estabeleceu diretrizes para a Reforma da Administração Pública Brasileira. Afirmava-se, naquele momento, que esta necessitava de instrumentos eficientes para garantir êxito frente aos desafios postos à gestão pública pela globalização e pela redefinição do papel do Estado. Assim, foram incorporados à agenda do governo federal os fundamentos de uma “Nova Gestão Pública”, afinada com a intensa abertura ao capital estrangeiro e permeada pela liberalização econômica.

A reconstrução do Estado significou, no discurso da Reforma: (a) recuperar a poupança pública e superar a crise fiscal; (b) redefinir as formas de intervenção do Estado nos setores econômico e social por meio da contratação de organizações não estatais para executar serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica; e (c) realizar a reforma da administração pública com vistas à modernização da burocracia, instituída por Getúlio Vargas na primeira metade do século passado, e implantar a administração pública gerencial.

Para Bresser Pereira (1997), significava a transição de um Estado promotor do desenvolvimento econômico e social para um Estado regulador, facilitador e financiador a fundo perdido desse desenvolvimento. Ou seja, o foco era a redução da atuação estatal na execução ou prestação direta de serviços considerados não exclusivos do Estado, por um lado, e o incremento da função reguladora e promotora desses serviços, por outro. Objetivava-se um processo de descentralização e desconcentração da ação estatal com o concomitante estabelecimento de um modelo contratual competitivo, a partir do qual se aumentaria a capacidade do Estado implementar, de forma eficiente, as políticas públicas.

Nesse sentido, a Reforma foi concebida em três dimensões estratégicas básicas, complementares e interdependentes: (a) institucional-legal: reforma do sistema jurídico e

¹ “Nova Gestão Pública” foi o termo traduzido no Brasil, pela Escola Nacional de Administração Pública, do livro de Ferlie et al (1999) que analisa a experiência inglesa. Na literatura especializada são usados como sinônimos: Nova Gerencia Pública e Nova Administração Pública.

das relações de propriedade; (b) cultural: transição de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial e (c) gerencial: modernização da administração burocrática vigente e introdução da administração gerencial.

No que tange à dimensão gerencial, o PDRAE se valeu de três projetos básicos para implantar a lógica da administração pública gerencial no governo federal: o projeto de avaliação estrutural, que pretendia examinar, de forma ampla, a estrutura do Estado; o projeto das Agências Autônomas para o nível das atividades consideradas exclusivas de Estado (legislação, regulação, fiscalização, fomento e formulação de políticas públicas); e o projeto das Organizações Sociais (OS), em um movimento denominado “publicização”.

Esse último projeto significava a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos considerados não exclusivos do Estado e de caráter competitivo, como a saúde, a educação, a cultura e a pesquisa científica. Também buscava assegurar o caráter público, mas de direito privado da nova entidade. Com a autonomia administrativa e financeira decorrente desse regime jurídico, a eficiência e a qualidade dos serviços seriam aumentadas, com melhor atendimento ao cidadão a um custo menor.

No entanto, enquanto o Governo Federal redefinia a atuação do Estado brasileiro na economia e na sociedade, em um ambiente de crise econômica e fiscal, o Sistema Único de Saúde (SUS) era implantado² com ênfase na descentralização das ações para a esfera pública municipal e na década seguinte com a expansão acelerada e em grande escala dos serviços de atenção primária com Estratégia Saúde da Família (ESF)³. Tudo isso ocorreu em um ambiente de restrição de gastos com pessoal imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)⁴.

A incoerência era explícita, pois limitar gastos frente à necessidade de incorporação de profissionais para atender às novas demandas, inviabilizava o avanço do SUS. Isto provocou a busca, pelos gestores públicos, de alternativas para garantir a expansão da atenção à saúde por meio de mecanismos paralelos ao Estado e garantir um

² O PDRAE foi criado em 1995 e o SUS, apesar de ter sido instituído em 1988, começou a ser implementado, de fato, na década seguinte com a edição das Leis 8.080/90, 8.142/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1992 e 1996.

³ A ESF é uma estratégia de reorientação do modelo de atenção primária, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas e localizadas em uma área geográfica delimitada. Será caracterizada no capítulo quatro.

⁴ A Lei de Responsabilidade Fiscal, elemento do processo de ajuste fiscal, definiu os limites da despesa total com pessoal, em percentual da receita corrente líquida dos entes federados, que não poderia ultrapassar os 50% na União e os 60% em estados e municípios (Brasil, 2000).

mínimo de governabilidade diante das pressões da sociedade para ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, direito adquirido na Constituição de 1988.

Um exemplo disso foi a multiplicidade de vínculos empregatícios, a maioria precários, ou seja, sem proteção da Seguridade Social, que passaram a ser utilizados na contratação de profissionais da ESF fora do aparelho de Estado e dentro de alguma organização da sociedade civil (associação de moradores, igreja, cooperativa ou fundação de apoio).

A esse respeito, Santos (2007a, p.04) faz a seguinte afirmação:

Foi a era das fundações de apoio, das cooperativas de trabalhadores, das terceirizações ilegais, etc.; o próprio TCU, no recente Acórdão 1193/2006-Plenário, reconheceu que o imobilismo e as amarras da administração pública empurraram o gestor público para aliar-se a mecanismos externos ao Estado para viabilizar-se.

Nessa perspectiva, importantes problemas localizados no âmbito da gestão necessitam ser enfrentados para o avanço do SUS. Destacamos o subfinanciamento e a inadequação do modelo de gestão. Em relação ao financiamento, os recursos são insuficientes para atender as necessidades em saúde, e a expectativa do seu aumento com a regulamentação da Emenda Constitucional 29 por meio da Lei Complementar 141 (Brasil, 2012b) não se concretizou, na medida em que não trouxe novos aportes de recursos para a saúde.

Em relação ao modelo de gestão, são questões limitantes: a reduzida autonomia técnico-administrativa, devido às normas que regem a administração direta (AD); a morosidade na aquisição de insumos e equipamentos; as dificuldades de contratação de pessoal mais especializado, inclusive porque algumas categorias médicas, como anestesistas, não se submetem ao Regime Jurídico Único, além das limitações impostas pela LRF já citadas (Nogueira, 2010). Corroborando com tal assertiva, Paim (entrevistado por Vaitsman et al, 2009, p.900) faz a seguinte observação:

[...] Uma Lei de Responsabilidade Fiscal, socialmente irresponsável, que compromete a expansão de um sistema cuja natureza é trabalho intensivo, ao lado da reprodução ampliada de um conjunto de amarras burocráticas que, sob o pretexto de combater a corrupção, engessa a administração, prejudica o fluxo de insumos vitais para o cuidado das pessoas e trata a complexidade do sistema de saúde como se fosse um setor qualquer que compra lápis e papel. Essa situação não pode ser ignorada como um dos grandes responsáveis pela pouca resolutividade do sistema e pela baixa qualidade dos serviços do SUS.

É premente o desenvolvimento de modelos de gestão pública que atendam às exigências dos cidadãos e sejam adequados às especificidades das organizações de saúde, uma vez que “a polarização entre a administração direta e a desresponsabilização estatal embotou a busca de alternativas que, respeitando os princípios da Reforma Sanitária [...] fosse capaz de assegurar a efetividade, qualidade e eficiência nos serviços prestados pelo SUS” (Paim & Teixeira, 2007, p.1820).

Nesse contexto, o presente estudo tem como tema uma das modalidades jurídico-institucionais existentes no SUS a partir do PDRAE: as Organizações Sociais de Saúde (OSS), entidades privadas sem fins lucrativos que celebram contratos de gestão com o Estado para a gerência⁵ e execução de serviços de saúde no âmbito do SUS. Tal escolha justifica-se por dois motivos. O primeiro, devido à expansão desse modelo no país. No governo federal, as OS foram regulamentadas na forma da Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998 (Brasil, 1998), mas sua implementação aconteceu principalmente nas esferas estadual e municipal que, utilizando-se das autonomias legislativas, instituíram suas versões locais. Estudo publicado por Silva (2012) encontrou Leis de Qualificação de OSS em 56 entes da federação, além da lei federal, sendo 16 estados e 40 municípios, dos quais 15 localizam-se no estado de São Paulo; 05 no Rio Grande do Sul; 04 no Paraná; 03 nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Mato Grosso; 02 no Ceará, além dos municípios de Goiânia (GO); Joinville (SC); Parnaíba (PI); Petrolina (PE) e Vitória (ES).

O segundo motivo deve-se à necessidade de realização de estudos de caso que analisem a implantação desses diferentes modelos jurídico-institucionais, seus impasses e perspectivas para um sistema de saúde que se pretenda público, universal, gratuito, integral, equitativo, descentralizado e democrático e cujo processo de institucionalização não está descolado da natureza do Estado nem das características da sociedade brasileira.

A necessidade de estudos sobre esse tema é apontada há muito tempo por Fleury (1997, p.299) que considera também que o fato da maior parte das críticas virem de grupos (por exemplo, servidores públicos), cujos interesses seriam prejudicados pelas medidas propostas, provocou o esvaziamento das críticas e politização do debate: “um lado acusando o outro de neoliberal, enquanto este desqualificava as críticas ao atribuir-

⁵Este estudo adota os conceitos de gestão e gerência conforme definido na NOB nº01/96. Enquanto esta se refere à “administração de um órgão ou unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS”, a gestão é a “atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal) mediante os exercícios das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, portanto só pode ser exercida pelo Ministro e Secretários de Saúde”.

lhes o mero caráter de defesa de interesses corporativos”. Ainda nessa perspectiva, Paim em entrevista à Vaitsman et al (2009, p.901) faz a seguinte ponderação:

O embate ideológico deveria ceder lugar a encaminhamentos baseados em evidências e não em crenças. As decisões deveriam ser informadas por estudos de casos sobre experiências desastrosas, seja da AD, seja das terceirizações, bem como de estudos comparativos de gestões municipais, estaduais e de estabelecimentos de saúde que adotaram outros entes jurídicos para a ação estatal.

Questões motivadoras e objetivos do estudo

A análise da implementação de uma política pública é sempre permeada, em maior ou menor grau, pelo debate político, às vezes partidário e ideológico, subjacente. Nessa perspectiva, o exame da atuação das OS no âmbito do SUS apresenta-se envolto em polêmicas, posições corporativas e polarizações dos discursos dos seus diversos atores. Tais polarizações são fruto de divergências e convergências da orientação político-institucional, assim como de processos contraditórios e ambíguos que permeiam a construção do SUS; especialmente o fato de seus marcos legais terem sido instituídos no contexto, quase antagônico, da Reforma do Aparelho de Estado Brasileiro (Cordeiro, 2001; Melo, 2005).

A observação de alguns aspectos dessa polêmica revela que seus opositores consideram que o modelo de OSS seria uma forma de “privatização dissimulada” do SUS, mesmo com financiamento exclusivamente público, e que se estaria no caminho do Estado mínimo para atender a prescrições neoliberais⁶. Seus defensores consideram, ao contrário, que esse modelo pressupõe a existência de um Estado forte e presente, devido à necessidade do exercício da boa governança⁷, o que inclui o aumento da sua capacidade regulatória, para assegurar direitos e princípios constitucionais e, portanto nada teria a ver com um Estado mínimo.

Como exemplo de oposição ao Projeto das OSS citamos a rejeição à sua implantação, desde 1997, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1997); o ajuizamento, pelos Partido dos Trabalhadores e Partido Democrático Trabalhista, de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 1.923/98) contrária a diversos pontos da Lei 9.637/98 de criação das OS e que tramita no Supremo Tribunal Federal (STF) para julgamento desde

⁶Na orientação política neoliberal, não é o capitalismo que está em crise, mas o Estado e, portanto, a estratégia adotada para a superação da crise seria a reforma no Estado e redução da sua atuação por meio da racionalização de recursos, privatização e desregulamentação do mercado (Chesnais, 1987; Mészáros, 2002; Harvey, 1989).

⁷Governança é um conceito polissêmico discutido no capítulo 1.

1998; e a criação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos e partidos políticos⁸.

Algumas das questões que pautam o debate são: seria necessário criar uma nova forma institucional de organização pública para melhorar seu desempenho? Ou seria somente necessário reformar as organizações existentes, suas estruturas e procedimentos? Porque um Estado que se confessa incompetente na boa gestão dos serviços de saúde, se presume capaz de regular um mercado complexo de atores influentes financiados por fundos públicos?

Embora a polêmica sobre a utilização do modelo de OSS no SUS inevitavelmente seja um pano de fundo, não foi nosso foco e, para localizar o estudo na discussão em que se insere, partimos de duas premissas:

- é fundamental a garantia do caráter público, não necessariamente estatal, do SUS bem como de seus princípios na relação com o setor privado;
- a participação privada na prestação de serviços públicos de saúde não é, por si, boa ou má, eficaz ou ineficaz, o que somente pode ser apurado em cada caso concreto.

Colaborando com a primeira assertiva, Nogueira (2010, p.44) argumenta que:

O caráter público do SUS está fundado na direção única do poder público em cada esfera de governo. Enquanto esta instância de poder observar o interesse público e os princípios e diretrizes do SUS na relação com o conjunto dos agentes do sistema – incluindo o setor privado conveniado ou contratado – o caráter público do sistema estará salvaguardado.

Trata-se de um tema atual, ainda não consolidado, com diversos discursos em disputa. O que pretendemos é apreciá-lo com “objetividade”, termo definido por Sousa Santos (2000, p.31) como decorrente “da aplicação rigorosa e honesta dos métodos de

⁸A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde tem por objetivo defender o SUS público, exclusivamente estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos oitenta. Uma de suas iniciativas foi a elaboração de um abaixo-assinado *on line* pela procedência da ADI 1.923/98 atualmente com cerca de 7000 signatários, e uma Carta aos Ministros do STF com 400 assinaturas de entidades. Cabe destacar que o que está em análise é a lei federal de OS e não o modelo organizacional em si, isto é, as legislações estaduais e municipais deverão se adequar, mas não são o objeto em discussão. Para maiores informações, ver <http://www.contraprivatizacao.com.br/> (acessado em 16/10/2013).

investigação que nos permitem fazer análises que não se reduzem à reprodução antecipada das preferências ideológicas daqueles que a levam a cabo”.

A gestão dos serviços de saúde é uma prática complexa em função da amplitude do campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos, nem sempre convergentes. A ênfase reformista dada à melhoria do desempenho da administração pública, na implementação de políticas e na prestação de serviços que a sociedade reclama, suscita importantes indagações: os novos modelos jurídico-institucionais, presentes no discurso da Reforma, seriam capazes de promover essa melhoria? Quais são as práticas inovadoras na gestão condicionadas pelo modelo jurídico? Existe, de fato, uma transição de foco, passando do controle dos processos para o dos resultados? Quais os obstáculos encontrados para o alcance de resultados satisfatórios? Quais os desafios?

Nessa perspectiva, a questão central que permeia esse estudo é se a implementação do modelo de OSS faz parte de um processo maior de ampliação da capacidade de governança, de instituição de uma lógica mais geral baseada na contratualização de resultados e do aumento da *accountability*⁹ da gestão pública, bem como quais seriam os limites e as possibilidades dessas parcerias com o terceiro setor.

A revisão da literatura sobre essas questões, cotejada com o conhecimento empírico construído ao longo da nossa trajetória profissional permitiu estabelecer o seguinte pressuposto: o modelo de OSS é frágil como alternativa organizacional no SUS porque seu sucesso depende da existência de um Estado com sólida capacidade de contratualização, regulação e *accountable*, o que ainda não se verifica no contexto brasileiro.

Consideramos neste estudo que o nível local é um espaço privilegiado para tal investigação, pois, é onde se realiza a prestação de serviços e os processos de negociação. A municipalização do sistema de saúde brasileiro, como expressão desse espaço, “tem propiciado importantes inovações institucionais, seja na organização dos serviços de saúde, seja na incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS” (Pinheiro, 2003, p.8). E o município é o território de formulação de políticas e de sua implementação; é um espaço social que se constroem na

⁹ *Accountability* é muitas vezes traduzida por responsabilização e prestação de contas, mas implica também a transparência de objetivos, processos e resultados para que qualquer pessoa possa avaliar, por si e se assim o desejar, o desempenho de uma dada organização (Baker, 2000). Pode ser considerada como o somatório dos conceitos de prestação de contas, responsabilização, transparência e controle público (Secchi, 2009; Brandão, 2008). Esta é a perspectiva por nós adotada.

disputa pela identificação de problemas e proposição de novas formas de produção no campo da saúde.

Nesse cenário, a cidade do Rio de Janeiro foi escolhida porque, no ano de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹⁰ realizou uma reforma administrativa e implantou o modelo de OSS para a gerência de diversos serviços incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF), foco deste estudo. Tal diretriz político-operacional possibilitou uma rápida expansão da ESF, cuja cobertura potencial passou de 7,2% (132 equipes) em dezembro de 2008 para 39,4 (733 equipes) em dezembro de 2013¹¹.

Assim, o objetivo geral do estudo é analisar o modelo de OSS para gerência da ESF no município do Rio de Janeiro, bem como identificar limites e possibilidades desse modelo como alternativa organizacional na atenção primária à saúde (APS) do SUS. E tem como objetivos específicos:

- Caracterizar e analisar aspectos do sistema de governança adotado pelo município do Rio de Janeiro em relação às OSS que atuam na Estratégia Saúde da Família;
- Analisar alguns aspectos do desempenho da Estratégia Saúde da Família gerenciada por OSS no município do Rio de Janeiro;
- Discutir o arranjo contratual adotado, como contribuição ao debate acerca das parcerias do Estado com o terceiro setor na execução das políticas públicas de saúde.

Ao problematizar esse tema, pretendemos aproveitar a oportunidade de trazer o conhecimento atual à discussão, e utilizar a experiência acumulada no campo empírico para produzir outras narrativas, em uma perspectiva de Ciência como produtora de conhecimentos candidatos à realidade.

Mas, a inquietação que deu origem a este estudo provocou outras: como produzir tais narrativas? Em que pese haver vários estudos sobre as OSS no âmbito hospitalar, sua atuação na Estratégia Saúde da Família ainda é pouco estudada. Então, como investigar esse fenômeno, carente de estudos analíticos e investigações, com metodologias e referenciais teóricos reformulados para essa realidade em transformação das relações Estado-mercado-sociedade?

¹⁰ No período de 2009 a 2012 havia uma única Secretaria de Saúde e de Defesa Civil (SMSDC); a partir de 2013 houve o desmembramento das duas estruturas e a Secretaria Municipal de Saúde passou a adotar a sigla SMS.

¹¹ Dados disponíveis em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 18 fev. 2014.

Escolhemos a construção de um mapa conceitual e de planos de análise para o caso em estudo, a partir de revisão da literatura sobre o arcabouço teórico-explicativo subjacente ao modelo de OSS na APS, qual seja, a Reforma do Aparelho de Estado brasileiro, incluindo o conjunto de filosofias que a influenciaram, bem como seus desdobramentos: o crescimento das parcerias do Estado com o terceiro setor e a contratualização nos serviços de saúde. Na revisão da literatura, o objetivo foi identificar práticas e processos que deveriam estar presentes na relação entre prestador de serviços (público ou privado) e o Estado, financiador e regulador, para o alcance dos resultados esperados, qual seja, a garantia de acesso com qualidade aos serviços de saúde pela população.

Capítulo 1

Reforma na Administração Pública: referencial teórico e movimento recente de transformação

Desenvolvemos, a seguir, o arcabouço teórico em que se baseia esta pesquisa. Ele configura “as lentes” que utilizamos na abordagem da realidade e que nortearam a escolha das dimensões e categorias do caso em estudo.

1.1 Reformas da Administração Pública e Gerencialismo

O ciclo de reformas administrativas iniciado nos anos 1980 em diversos países, especialmente Inglaterra, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Estados Unidos, e em 1995, no Brasil, teve e continua tendo como importante objetivo a modernização da administração pública. Tal necessidade se justificava pela inadequação da administração pública burocrática, até então dominante, aos diversos elementos do contexto político, econômico e social, entre os quais se destacam (Secchi, 2009; Ormond e Loffler, 1999):

- as limitações fiscais ao crescimento do setor público em um ambiente de aumento da cobrança por parte dos cidadãos por melhores serviços;
- a disponibilidade de novos conhecimentos organizacionais e tecnologias de informação;
- a interdependência entre países mais acelerada e de dinâmica imprevisível;
- a mudança no perfil sócio-demográfico, especialmente com o envelhecimento das populações; e
- a pressão crescente de grupos empresariais e da indústria a fim de promover um setor público mais direcionado aos negócios, aos investimentos e ao fornecimento eficiente de serviços.

A importância da flexibilização de alguns ritos burocráticos na administração pública seria em decorrência do fato de que a mesma pauta-se pelo princípio do “detalhismo” e não da “celeridade”. De acordo com Bullinger (1996), isso estaria na essência de uma defasagem estrutural entre o ritmo da sociedade e o ritmo da administração pública. Essa defasagem seria necessária, em alguns serviços, para inibir abusos de poder, no entanto em outros seria prejudicial. Ou seja, as regras são fundamentais para o controle e a transparência, mas tornam lentos os processos e ao serem aplicadas a todos os setores indistintamente, não levam em conta as urgências diferentes nos tempos de execução.

Nesse contexto, um modelo organizacional alternativo à burocracia e denominado “gerencialismo” é concebido e passa a ser adotado nos países que instituíram reformas

administrativas. O peso dado às diferentes racionalidades e suas relações é diferente de um país a outro, dependendo de sua tradição de governo e seus marcos políticos e legais.

O denominado “gerencialismo” baseia-se em dois movimentos não contraditórios, às vezes complementares: o Governo Empreendedor e a *New Public Management* (NGP). Lustosa da Costa (2010, p.139) considera que seria “a aplicação ao mundo da gestão pública de ‘ganhos teóricos’ da nova economia política e da ciência política. Traduzidos em políticas de gestão pública, esses ‘avanços’ ganham conteúdo ideológico, constituindo opções normativas, muitas vezes, identificadas com posições partidárias”.

“Governo Empreendedor” foi um movimento, nos Estados Unidos, de incorporação dos métodos de gestão das empresas privadas à administração pública e sistematizados por David Osborne e Ted Gaebler (1995). Eles analisaram o caso da modificação ocorrida no Estado de Minnesota, num período de 15 anos, por uma nova administração que ao constatar a insuficiência da arrecadação de impostos para a solução dos problemas, optou pela associação do setor público com o setor privado.

Fazendo uso de uma linguagem prescritiva, eles sintetizaram em uma lista de “dez mandamentos” como transformar uma organização pública burocrática em uma organização pública racional e eficaz. Enfatizaram a importância de o governo delegar mais trabalho aos outros e definir melhor o rumo da sociedade: “Os que orientam o barco têm muito mais poder sobre o seu destino do que os que remam” (p. 32). Para eles, a combinação voluntária de governo e sociedade concorreria para a resolução rápida dos problemas. Por meio dos conselhos de cidadãos, dos líderes empresariais e das autoridades responsáveis, todos colaborariam para o desenvolvimento do Estado e o melhor gerenciamento das políticas governamentais. A sociedade passaria a atuar fortemente na criação de programas e soluções que atendessem às suas necessidades.

Tais princípios se identificam com o programa da *New Public Management*. Trata-se de um conjunto de argumentos e estratégias administrativas propostas para a gestão pública nos Estados Unidos e Reino Unido, difundido para os países da OCDE¹² e produzidos a partir do diagnóstico do esgotamento do modelo de desenvolvimento do capitalismo avançado e da crise econômica do final dos anos setenta. Preconizava mudanças política e ideológica na atuação dos Estados para que se afastassem dos objetivos desenvolvimentistas do passado voltando-se para a administração de balanços

¹²A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico é uma organização internacional composta por 34 países que aceitam os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado. Os países-membro têm sistemas econômicos de alta renda com um alto Índice de Desenvolvimento Humano e são considerados países desenvolvidos, exceto México, Chile e Turquia.

financeiros e macroeconômicos prescritos pelos organismos financeiros internacionais, em especial, Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e Banco Interamericano, conforme definido no Consenso de Washington¹³. Seus princípios e modelos chegaram ao Chile nos anos 90 e, a partir de 1995, ao Brasil.

A NGP também recebeu influência da Nova Economia Institucional. Para essa teoria, as instituições – regras formais ou constrangimentos informais que moldam a interação humana e estabelecem incentivos – são consideradas categorias de análise econômica e base de um modelo explicativo de desempenho econômico. A incerteza – imperfeição de informação entre os agentes – e o custo de transação derivado são conceitos-chave¹⁴ (Lustosa da Costa, 2010). Além disso, a NGP incorporou elementos da gestão empresarial: reengenharia, ‘grupos de interesse’, foco em resultados, flexibilização, remuneração vinculada ao desempenho, entre outros (Marini, 2003).

Segundo Barzelay (1992; 2001), um dos seus principais ideólogos, a NGP seria antes de tudo, um espaço de debate e diálogo profissional sobre novas ferramentas gerenciais e formatos organizacionais para a administração e prestação de serviços públicos em que participariam a comunidade científica e os agentes públicos. Corroborando com o autor, estudos sobre esse tema (Ramió Matas, 2001; Garnier, 2004; Ozlak, 2006; Pollit, 1993; Hood, 1996; Abrucio, 1996), mostram que não há um padrão, mas sim diversos modelos em função das adaptações ao contexto social, econômico e político que se desenvolveram em cada país. Ou seja, não se trataria de uma disputa hegemônica, mas sim de uma tendência generalizada de incorporação de uma orientação gerencialista nos diferentes contextos político-institucionais de cada país.

Abrucio (1996), em uma tentativa didática de compreensão, sistematizou três modelos na administração pública inglesa que surgiram do debate sobre a NGP, se sucederam no tempo com a incorporação das críticas ao modelo anterior e se diferenciam quanto aos objetivos e a designação do seu público-alvo: o modelo gerencial puro, o *consumerism* e o *public service orientation*. O primeiro tem como objetivo a eficiência e seu público-alvo é designado como contribuinte (*taxpayers*); o segundo tem como objetivos a efetividade e a qualidade e seu público-alvo é designado como

¹³Reunião acontecida em 1989, quando foi aprovado e ratificado um conjunto de medidas neoliberais prescritas pelo governo norte-americano e organismos internacionais (FMI, BIRD e Banco Mundial) como condição para a cooperação financeira externa, bilateral ou multilateral. Englobou dez áreas: disciplina fiscal; priorização dos gastos públicos; reforma tributária; liberalização financeira e comercial; regime cambial; investimento direto estrangeiro; privatização; desregulação e propriedade intelectual (Batista, 1994).

¹⁴ A Teoria de Agencia será detalhada no próximo capítulo

cliente/consumidor; e o terceiro modelo tem como objetivo a *accountability* e a equidade e seu público-alvo são os cidadãos.

Na tipologia desenvolvida por Ramió Matas (2001) há duas correntes na NGP, uma mais difundida - a neoempresarial cuja ênfase é a economia, eficiência e percepção dos cidadãos como clientes, e outra menos difundida - a neopública que seria voltada para a repolitização, racionalização, o controle da esfera pública não estatal, a participação cidadã e a ética na gestão pública.

Em síntese, as ideias centrais da NGP¹⁵ englobam reformas estruturais e novas práticas gerenciais (Abrucio, 1996; Paula, 2005; Barzelay, 2001; Bresser Pereira, 1998; Lustosa da Costa, 2010), quais sejam:

- orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário ou cidadão-cliente;
- ênfase no controle dos resultados por meio de contratos de gestão ao invés de controle dos procedimentos;
- contratação externa: o setor público adquire no setor privado um bem ou serviço que tradicionalmente produzia internamente;
- maior autonomia das agências governamentais e, no seu interior, nos vários setores, horizontalizando a estrutura hierárquica;
- descentralização política, na perspectiva de que quanto mais próximo do cidadão estiver o poder de decisão em relação às políticas públicas, melhor será a qualidade da prestação do serviço e maior será o grau de *accountability*;
- flexibilização das regras que regem a burocracia pública, principalmente o Direito Administrativo;
- fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal, organizada em carreiras de Estado, e valorização do seu trabalho técnico e político;
- separação das funções do Estado de formulação/financiamento e implementação de políticas públicas;
- transferência dos serviços sociais e científicos competitivos para o terceiro setor (*devolution*); e
- transparência nos procedimentos e aumento da participação social.

¹⁵Existe uma ampla literatura sobre a Nova Gestão Pública. Além dos citados, ver Fairbrother (1994), Barzelay (1992, 2002), Cassese (1989), Ferlie et al (1994), Pollit & Bouckaert (2004); Nunberg (1995).

Alguns autores, incluindo Michael Barzelay (1998), consideram a NGP como um novo paradigma, dito “gerencial ou pós-burocrático”, que substituiria o paradigma burocrático. No entanto, esse movimento não deveria ser considerado um novo paradigma, pois não substitui por completo o antigo padrão burocrático weberiano e mantém sua forma racional-legal de dominação política. Além disso, seu corpo teórico não é fechado, pois as respostas administrativas dos vários países perpassam por técnicas gerenciais de diversos matizes, incluindo a manutenção de determinados elementos burocráticos. Para Abrucio (1996, p.37) trata-se de um “pluralismo organizacional sob bases pós-burocráticas”.

Podemos considerar, de acordo com Garnier (2004), que existe o risco de transformação da NGP e sua ênfase nos resultados em uma nova panaceia que resolveria sozinha, como uma finalidade em si mesma, os múltiplos problemas de definição e execução das políticas públicas. A seguir apontamos algumas críticas à NGP, consideradas relevantes para o escopo desse estudo.

Prats i Catalá (2006), ao analisar os vinte anos de modernização administrativa nos países da OCDE, apontou duas fragilidades para o alcance dos objetivos da NGP de eficácia e responsabilização:

- a subdivisão de vários programas, bem como a criação de diversas agências executivas para ser possível a avaliação dos resultados, dificultaria a colaboração e a coordenação entre os setores internos da organização e com os setores empresariais e sociais, em um contexto em que a maioria dos bens públicos e interesses gerais demandados pela sociedade dependem da atuação conjunta de diversos departamentos e setores;
- a separação entre a formulação de políticas e sua execução impediria o Governo de consolidar o conhecimento proveniente da prática de implementação de uma política, seja pela própria experiência ou pela relação com os usuários dos serviços, o que dificultaria a fixação adequada de metas e objetivos a serem alcançados, bem como, a reformulação da política quando necessária. Ramíó Matas (2001, p.4) corrobora com esse autor e afirma que “una Administración que no “rema” puede olvidar los rudimentos básicos de la navegación y perder el control de la nave”.

A respeito da ênfase nos resultados, Prats i Catalá (2006) argumenta ainda que esta precisaria conviver com outros valores da gestão pública, como equidade e

accountability. Lustosa da Costa (2010, p.157) reforça o perigo dos governos passarem a perceber a sociedade como “formada apenas de consumidores, interessados em maximizar sua satisfação pessoal, perdendo-se de vista a equidade”.

Nesse sentido, Paula (2005, p.12) faz a seguinte afirmação: “Em algumas proposições “progressistas” de reforma, ao substantivo “cidadão” é acrescentado o substantivo “cliente” – configurando-se com isso o uso, e abuso, das terminologias da “mão invisível” no que deveria ser visível, a gestão pública”. Reduzir-se-ia o zelo pelo bem estar que o Estado deveria proporcionar aos cidadãos (em uma perspectiva solidária), a uma meta, um resultado a ser alcançado.

Em outra perspectiva, a mesma autora constata que a NGP tende a manter a dicotomia entre a administração (técnicas gerenciais) e a política ao não incorporar, na prática, a dimensão sociopolítica¹⁶ e, após análise da literatura internacional, especialmente britânica, aponta as seguintes limitações (p.82):

- “formação de uma nova elite burocrática” para a função de regulação e para executar a reorganização do aparelho de Estado;
- “centralização do poder nas instâncias executivas” (no núcleo estratégico do Estado);
- “inadequação das técnicas e práticas do setor privado no setor público” pela diferença em relação às crenças e comportamentos dos administradores.

Sobre este último ponto, acrescentamos que a teoria da gestão privada poderia ser considerada uma ciência imatura, suas prescrições seriam conjunturais e com uma alta margem de erro, na medida em que “excelentes” empresas podem fracassar em pouco tempo (Micklethwait & Wooldriege, 1998 cit. por Ramió Matas, 2001).

Outro aspecto controverso que identificamos na literatura sobre a NGP é que a mesma, ao propor como estratégias o ajuste fiscal com redução do gasto público e a maior autonomia e liberdade dos gestores, produziria um importante paradoxo já que uma redução de gastos pressupõe, ao contrário, aumento do controle e restrição da autonomia e flexibilidade dos administradores. Nessa perspectiva, Lustosa da Costa (2010, p.132) faz a seguinte argumentação:

Movimentos contraditórios têm marcado a história da modernização do Estado brasileiro. O que está na raiz dessas reviravoltas é a

¹⁶ No seu estudo, a autora divide a gestão pública em três dimensões: econômico-financeira; institucional-administrativa e sociopolítica (Paula, 2005).

impossibilidade de adotar modelos mais flexíveis e descentralizados em toda a administração pública, que se guia por leis universalistas. Flexibilidade e autonomia custam caro e não podem ser dadas a todos.

A hipótese levantada por Ramió Matas (2001) é que boa parte dos países da América Latina e da Europa Mediterrânea, diferentemente dos países anglo-saxões, não produziram um debate político sobre o modelo de Estado que se desejaria implantar (o “o que”), mas adotaram o instrumental da NGP de caráter neoempresarial (o “como”) com seus valores ideológicos e administrativos que acabariam, com o tempo, definindo o novo modelo de Estado.

Apesar das críticas de caráter geral, como as acima expostas a NGP firmou-se como importante base teórica da administração pública gerencial, inclusive no Brasil.

1.2 Reforma Gerencial Brasileira no debate contemporâneo

A Reforma do Estado brasileiro, de acordo com Garnier (2004), pode ser dividida em três grandes momentos. O primeiro - desenvolvimentista – ocorreu na década de 1960 e início da década de 1970 e centrava na expansão das empresas estatais ancorada na prosperidade econômica. O segundo ocorre nas décadas de oitenta e noventa, em um contexto de crise fiscal, quando o descontentamento, vindo de várias direções, com a atuação e capacidade de resposta das instituições governamentais se aprofundou: para alguns a interferência do Estado seria excessiva, para outros, insuficiente e para ambos o Estado era percebido como incapaz de atender às necessidades da população. Foi caracterizado por um processo inverso ao anterior: privatização das empresas estatais e desregulamentação da economia, ou seja; redução do Estado como produtor de bens e serviços.

O terceiro e atual momento começa no final da década de 1990 quando se verifica a inviabilidade da proposta neoliberal de Estado mínimo. A esse respeito, (Oszlak, 2006, p.07) faz a seguinte análise do comportamento do Banco Mundial:

The World Bank's 1997 Report centered its concern on the challenge of the reconstruction of the state. Many wondered why it had become necessary to reconstruct something that years earlier the same Bank had recommended be reduced to its minimum expression. The answer is simple: because it was becoming evident that together with the dismantling of the state, the public arena had been emptied and the

*social fabric torn, compromising social peace and democratic governance*¹⁷.

A crise do Estado, cujos sinais foram o aumento do desemprego, elevada inflação e desaceleração econômica, foi diagnosticada como fruto da incapacidade do Estado em manter o controle fiscal e, ao mesmo tempo, atender as novas demandas a ele dirigida¹⁸. Nesse cenário, processos de retomada da autonomia financeira do Estado e da sua capacidade de implementar políticas públicas conjuntamente com a sociedade deveriam ser implementados sob um novo desenho e papéis institucionais e voltados para o seu caráter regulador, como diretriz da atual geração de reformas (MARE, 1997a; Melo, 2005).

Nessa perspectiva, ao invés do Estado mínimo, o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso propôs a reconstrução do Estado brasileiro com dois movimentos: a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado¹⁹, em 1995, e da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho 1998.

Dentre as modificações que seriam introduzidas por essa reconstrução, destacamos as relacionadas com os servidores públicos (restrição da estabilidade, instituição do estágio probatório e do “emprego público” regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas) e com a introdução do gerencialismo no arcabouço legal da administração pública (descentralização; ampliação da autonomia gerencial orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da AD e indireta mediante o estabelecimento de contrato de gestão (CG); e inclusão da “eficiência” no *caput* do artigo 37 da Constituição como princípio constitucional na administração pública).

No contexto da Reforma nos anos noventa, a reconstrução do Estado tinha como pilares o ajuste fiscal duradouro; a reforma da previdência social; as reformas econômicas orientadas para o mercado e a reforma do aparelho do Estado, com implementação da

¹⁷ Tradução livre: “O Relatório do Banco Mundial de 1997 centrou-se no desafio da reconstrução do Estado. Muitos se perguntam por que tal desafio, se anos antes, o mesmo Banco recomendou a redução do Estado à sua expressão mínima. A resposta é simples: porque ficou evidente que, em conjunto com o desmantelamento do Estado, houve um esvaziamento da arena pública e dilaceração do tecido social, com comprometimento da paz social e da governança democrática”.

¹⁸ A Constituição Cidadã de 1988 impôs o desafio da implementação dos ganhos sociais por ela assegurados como direitos fundamentais.

¹⁹ O PDRAE faz a seguinte distinção entre “aparelho de Estado” e “Estado”: enquanto o primeiro é a administração pública como um todo, nos três poderes e nas três esferas; o Estado é mais abrangente compreendendo também o sistema constitucional-legal, o governo e as forças policiais (MARE, 1995).

administração pública gerencial (Bresser Pereira, 1997)²⁰. Bresser Pereira (1996) considerou que a administração pública gerencial no Brasil já dava sinais em 1938, com a criação da primeira autarquia e a descentralização da execução de serviços públicos para a administração indireta, que não obedeceria a certos requisitos burocráticos da AD. Outro sinal, considerado mais forte, ocorreu em 1967 com a instituição do Decreto-Lei 200, que preconizava o fortalecimento da administração indireta como forma de tornar mais ágil a atuação do Estado sem, contudo, repensar os mecanismos de controle. Isso permitiu tanto o surgimento de experiências exitosas na gestão pública, quanto o uso indevido das autonomias e flexibilidades desvirtuando o objetivo proposto. Igualmente criada com o objetivo de promover a eficiência no setor público, citamos outra proposta que foi o Programa Nacional de Desburocratização, lançado no início dos anos 80 também com vistas à reformulação da estrutura estatal burocrática (Pinto, 2001).

Ainda nessa perspectiva, o PDRAE valeu-se de noções weberianas e dos ideários da NGP para distinguir três fases da administração pública brasileira em uma lógica “evolucionista e contextualizada”. A primeira, denominada “patrimonialista” em que o aparelho de Estado é extensão do poder soberano e os servidores públicos tem *status* de nobreza; o contexto é o da emergência do Estado nacional. A segunda, “burocrática”²¹, é caracterizada pelo poder racional-legal e os rígidos controles administrativos dos processos; tem como vantagens a segurança e a efetividade das decisões; e o contexto é o do desenvolvimento do capitalismo e da democracia de massas. A última fase, “gerencial”, agrega à administração burocrática os valores de eficiência e qualidade na prestação de serviços; desloca o foco do controle para os resultados enquanto permite menos rigidez (ou mais flexibilidade) nos processos; o contexto é o da ampliação de direitos sociais e derrocada do keynesianismo²².

²⁰A Reforma do Aparelho de Estado ficou conhecida como “Reforma Gerencial” e seu modelo de gestão como “administração pública gerencial” (Paula, 2005). Cabe destacar, pelo valor simbólico dessas nomenclaturas, que o *management* teria como tradução mais adequada um modelo de gestão em que prevalecessem técnicas e valores próprios do mundo empresarial. Falar em administração gerencial seria o mesmo que se referir a uma “administração administrativa”, portanto um pleonismo. E ainda, todas as organizações possuem “cultura gerencial”, algumas mais burocráticas, outras mais orgânicas e flexíveis (Lustosa da Costa, 2010).

²¹O Brasil nunca teve uma burocracia weberiana, que é uma concepção teórica do tipo ideal. O Estado sempre foi permeado pelo clientelismo e patrimonialismo.

²²Teoria econômica do começo do século XX, baseada nas ideias do economista inglês John Keines, que defendia a ação do Estado na economia com o objetivo de atingir o pleno emprego. A intervenção do Estado deveria ser feita por meio do cumprimento de uma política fiscal que evitaria o crescimento e descontrole da inflação. A partir do final da década de 1970, os economistas adotaram argumentos monetaristas em detrimento daqueles propostos pela doutrina keynesiana; mas as recessões, em escala mundial, das décadas seguintes refletem os postulados dessa doutrina (Lima e Sicsu, 2003).

O modelo conceitual do PDRAE apoia-se na divisão em quatro níveis da atuação do Estado e para cada uma delas haveria uma forma de propriedade e um tipo de administração mais adequado. Esses níveis são apresentados no quadro 1. O núcleo estratégico é o único que deveria conciliar elementos do gerencialismo com a burocracia, pois sendo o âmbito da tomada de decisão poderia prescindir da eficiência em prol da efetividade e da legitimidade junto à população. Para os demais níveis, a eficiência é o critério fundamental garantido por meio do gerencialismo.

Quadro 1: Setores do Estado, formas de propriedade e de administração propostos no PDRAE, 1995

Setor do Estado	Forma de Propriedade			Modelo Organizacional		Conceito Fundamental
	Estatal	Pública não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial	
Núcleo estratégico: Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público;						Efetividade
Atividades exclusivas: Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica;						Eficiência
Atividades não exclusivas: saúde, educação, cultura e pesquisa científica;	Publicização 					
Produção para o mercado: Empresas Estatais	Privatização 					

Fonte: Adaptado a partir de PDRAE, 1995

Um dos problemas na Reforma do Aparelho de Estado, analisado por Lustosa da Costa (2010, p.165) foi o entendimento reducionista de que a crise do Estado estaria na crise fiscal produzida, essencialmente, por causas endógenas. Para o autor, a crise se produziu também pela incapacidade do Estado “regular a vida social diante da emergência de novas tecnologias e, conseqüentemente, de uma nova organização produtiva e novo padrão de acumulação (...) foi o mercado livre que se tornou disfuncional à sociedade pós-industrial”, e não o Estado.

Outro aspecto de fragilidade, apontado por Abrucio (1996), foi a tentativa de transposição do modelo gerencial inglês para a realidade brasileira, quando o desafio era aprender com as diversas experiências e identificar oportunidades de modernização na administração pública, levando-se em conta o atual modelo híbrido (AD e indireta) existente no Brasil. Ainda em uma perspectiva crítica, Santos (2007a, p.3-4) afirma que:

A Reforma Bresseriana dos anos 90 visou muito mais levar para o Terceiro Setor, sob regulação estatal, a realização de serviços públicos, ao invés de introduzir modernos processos de gestão no interior da administração pública, eivada de problemas identificáveis, como excesso de controles, ineficiência, limitados resultados e, ainda, inadequada gestão de recursos humanos, baixos salários, amarras burocráticas desqualificadas, não capacitação de servidores e fraco engajamento com a qualidade dos serviços executados.

No âmbito do governo federal, após a eleição presidencial de Luiz Inácio Lula da Silva, fruto de coalizão político-ideológica de oposição ao governo anterior, perde força a agenda de revisão do papel do Estado em prol do que seria sua maior preocupação – o combate à pobreza. Essa afirmativa pode ser confirmada no trecho do documento “Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o Governo Lula” (Brasil, 2003, p. 07):

Esse texto não traz uma discussão dogmática sobre o tamanho do Estado ou sobre definições das funções estatais, questões que cada sociedade deve equacionar em função de uma série de condicionantes. O processo institucional de diferenciação e complementaridade de funções entre Estado, mercado e sociedade civil organizada é um processo essencialmente político que tem reflexo nas competências constitucionais, nos grandes objetivos de governos legitimados pelas urnas e nas demandas identificadas pelo sistema político e pela burocracia governamental.

O modelo jurídico-institucional defendido pelo governo Lula foi a Fundação Estatal de Direito Privado (Projeto de Lei 92/2007), categoria jurídica da administração indireta (ao lado das autarquias e empresas estatais) que se contrapõe ao modelos de OS, OSCIP e Fundações de Apoio pelo fato destas se localizarem fora do Aparelho de Estado. O Projeto de Lei não foi aprovado no Congresso Nacional, mas alguns Estados como Acre, Sergipe, Bahia, Rio de Janeiro e Pernambuco, adotaram essa modalidade.

Na conjuntura recente muda o discurso oficial e este dá menos ênfase à expressão “administração pública gerencial” e mais ênfase a uma “gestão pública democrática voltada para os resultados”, em uma perspectiva de modernização gerencial específica para cada caso/setor e não como uma regra geral (Salgado, 2012), com a adoção do

pluralismo de instrumentos, ferramentas e metodologias. “A escolha será feita em função dos problemas identificados no diagnóstico ao invés da adoção, *a priori*, de modismos gerenciais que possam induzir à transplantação acrítica de ideias e soluções” (Brasil, 2003, p.13).

Um exemplo disso foi a criação, em 2011, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação. Sua finalidade é modernizar a gestão dos hospitais universitários federais, por meio de contrato de gestão firmado com as universidades que assim optarem²³. Entre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais (Brasil, 2011b).

Outro exemplo é a Funpresp-Exe (Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo) criada pela Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012 e regulamentada pelo Decreto nº 7.808/2012²⁴. Sua modalidade jurídico-institucional é a fundação estatal e tem como finalidade administrar e executar planos de benefícios de caráter previdenciário complementar para os servidores públicos titulares de cargo efetivo da União, suas autarquias e fundações. Apesar do Projeto de Lei de instituição das fundações estatais de direito privado não ter sido aprovado no Congresso, a Presidência utilizou-se de sua discricionariedade para adoção desse modelo.

Além desses, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), fundação pública federal vinculada ao Ministério da Saúde, debateu internamente por três anos a possibilidade de alteração do estatuto jurídico de uma de suas unidades técnico-científicas, o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos). O objetivo é transformá-lo em uma empresa pública que possuiria maior flexibilidade jurídica para inovar, investir em atividades industriais e atender à demanda por vacinas e kits para diagnóstico no Brasil, América Latina e África. O Projeto de Lei encontra-se em tramitação no governo federal.

Em síntese, passados quase vinte anos do PDRAE, a Reforma Gerencial do governo federal não foi implementada²⁵ e, portanto, não atingiu os objetivos a que se

²³ Das 33 universidades federais que possuem hospitais de ensino, 19 celebraram contratos de gestão com a Ebserh, até o momento. Disponível em <<http://ebserh.mec.gov.br/hospitais-universitarios/filiais-ebserh>>. Acesso em 18 de fev de 2014.

²⁴ Disponível em http://www.funpresp.com.br/portal/?page_id=515. Acesso em 20 de mar. 2014.

²⁵ Para um maior aprofundamento sobre os erros de condução das reformas e os problemas de gestão que ainda persistem, ver Abrucio (2007).

propôs. Lustosa da Costa (2010, p.234) considera que o diagnóstico de que o Estado era o problema da crise fiscal produziu uma agenda negativa que desconsiderou as disparidades regionais e sociais. Além disso, no campo político não conseguiu apoio dos parlamentares e das organizações da sociedade civil, no campo administrativo “demonizou os funcionários públicos”, acenando com restrições de direitos e ameaças de demissão; e no plano processual, equívocos políticos levaram a um gradualismo involuntário “perdendo o *timing* para a construção de histórias de sucesso e colheita de benefícios da exemplaridade”.

Consideramos que a gestão pública brasileira ainda é essencialmente burocrática - sem foco real nos resultados e no cidadão, com resquícios do patrimonialismo e algumas poucas características do gerencialismo.

Nessa perspectiva, o diagnóstico da necessidade de modernização da administração pública continua presente, bem como seus principais nós críticos: ordenamento jurídico obsoleto, fragmentado e inadequado para atuar em diversos setores e foco do controle no processo e não nos resultados. Significativas transformações na gestão pública são necessárias para reduzir o déficit institucional e ampliar a governança, alcançando-se mais eficiência, transparência, participação e um alto nível ético (Brasil, 2003).

Capítulo 2

Parcerias do Estado com o Terceiro Setor na Saúde, as Organizações Sociais e a Governança Pública: elementos para o debate

A Reforma Gerencial brasileira não foi implementada em sua totalidade no âmbito do governo federal, mas possibilitou alguns ganhos para a administração pública, dentre eles o destaque para a importância da eficiência, incluindo a aferição de custos e avaliação de resultados; e a busca de novos instrumentos de flexibilização da gestão pública que aumentassem a *accountability* e a participação social.

Além disso, difundiu seus princípios e valores nas agendas políticas dos estados e municípios que utilizaram suas autonomias legislativas e instituíram organizações²⁶ e práticas relacionadas ao gerencialismo, em coexistência com a administração burocrática. Destacamos a ampliação das parcerias com o terceiro setor na execução das políticas públicas e uma maior ênfase na gestão dos fins (resultados) que dos meios (procedimentos), tanto nas parcerias quanto na AD, por meio do desenvolvimento de mecanismos de avaliação do desempenho institucional de diversos órgãos e também dos servidores públicos.

O terceiro setor, de acordo com Di Pietro (2008, p.250), é constituído por:

Entidades privadas, instituídas por particulares que desempenham serviços não exclusivos do Estado, porém em colaboração com ele; se receberem ajuda ou incentivo do Estado sujeitam-se a controle pela Administração Pública e pelo Tribunal de Contas. Seu regime jurídico é predominantemente de direito privado, porém parcialmente derogado por normas de direito público.

As instituições atuantes nesse espaço passam a conformar o “setor público não estatal”. Significa o estabelecimento de uma nova arena de atuação do governo e da sociedade denominada “espaço de interesse público” ou “esfera pública não estatal” ou ainda “espaço público não estatal”²⁷. Souza Santos (1999, p.14) critica a conceituação do terceiro setor e afirma tratar-se de “uma designação residual e vaga com que se pretende dar conta de um vastíssimo conjunto de organizações [...] que por um lado, sendo privadas, não visam a fins lucrativos, e, por outro lado, sendo animadas por objetivos sociais, públicos ou coletivos, não são estatais”.

A participação do terceiro setor nos serviços de saúde se concentra em entidades com as seguintes conformações: Serviço Social Autônomo (ex. Associação das Pioneiras Sociais); Sociedades Científicas (ex. Sociedade Brasileira de Cardiologia); Sociedades

²⁶ Em 2009 havia leis de qualificação de OS em 15 estados, no Distrito Federal e em 42 municípios e de OSCIP em 8 estados e 9 municípios. Tais iniciativas se limitaram à criação dessas novas organizações e não a um Programa Estadual ou Municipal com medidas concretas para a Reforma do Aparelho do Estado, como propõem os documentos do governo federal (Brasil, 2009).

²⁷ Esta é denominação utilizada no PDRAE.

Beneficentes (hospitais filantrópicos); Congregações e Ordens Religiosas (ex. CNBB, Pastoral e Cáritas); Fundações Privadas, Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

No início da década de noventa, aproximadamente 70% da receita dos hospitais privados lucrativos e 85% da receita dos privados filantrópicos e beneficentes provinham de recursos públicos (Justo, 1991 cit. em Viana et al, 1995). No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere a internações hospitalares no SUS em 2012, 52% dos registros foram em hospitais não estatais: filantrópicos (41%) ou privados (11%). A esse respeito, Oliveira e Fleury (1985) argumentam que o Plano Nacional de Saúde de 1975, concebido durante o regime militar, incentivou claramente a expansão da rede privada com financiamento federal a fundo perdido e o concomitante desinvestimento nos hospitais públicos da Previdência que passaria a comprar serviços privados. A baixa capacidade de contratualização naquele momento foi um dos fatores que levou à crise da Previdência e abriu espaço para o SUS. Nessa perspectiva, é digno de nota que o SUS nasce também pela falência daquele modelo de relação público x privado que existia anteriormente.

Nesse cenário, a novidade não está na compra de bens e serviços pelo Estado, mas sim na crescente amplitude e diversidade com que se pode recorrer ao setor privado; não só para produzir e distribuir bens e serviços considerados estratégicos para diversos programas ou políticas públicas, mas também para administrar alguns desses programas (Garnier, 2004). O objetivo principal seria o Estado aproveitar a capacidade de gestão do setor para beneficiar o setor público com os conhecimentos tecnológico, operativo e gerencial, as economias de escala, a eficiência e flexibilidade de organização, próprios do setor privado de saúde (Lottenberg, 2011).

Os limites dessas parcerias, a forma adequada de sua constituição e funcionamento, bem como os resultados sociais das diversas iniciativas no campo da saúde continuam suscitando o debate entre administradores públicos e privados, juristas e estudiosos das políticas de saúde. Além disso, a falta de consenso entre estes dificulta a criação de um marco regulatório das distintas formas e modelos de parcerias público-privadas atualmente existentes no país. São exemplos dessas parcerias: a concessão de serviço público; os termos de parcerias com as OSCIP; e os contratos de gestão com as Organizações Sociais.

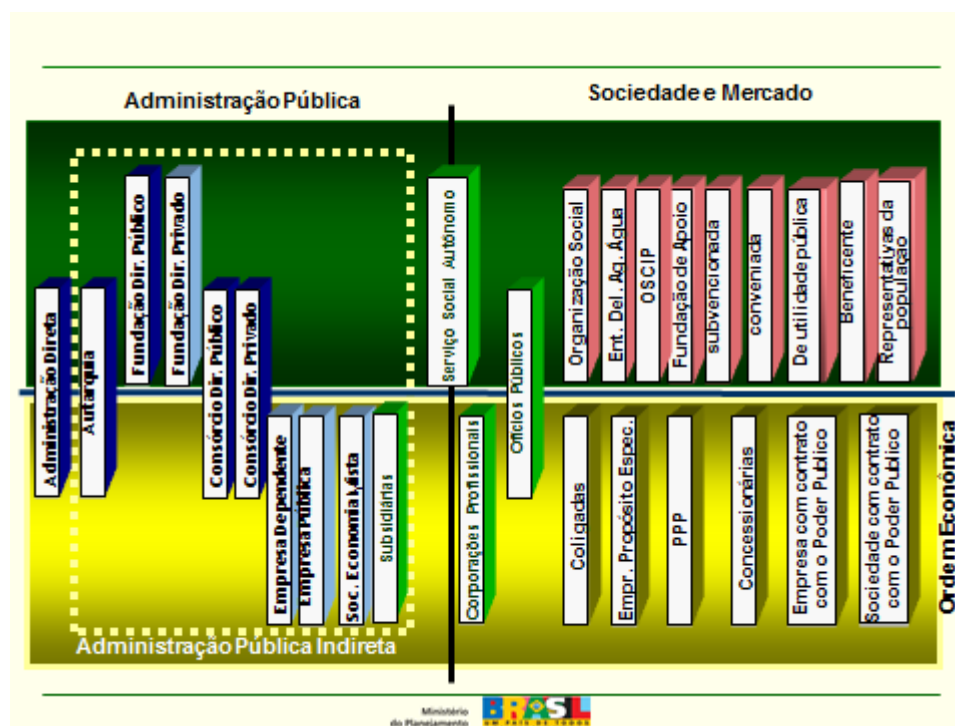
A Constituição de 1988 modificou o Decreto-Lei nº 200/1996, mas não o substituiu por outra legislação que integrasse os marcos jurídico e institucional para o

funcionamento do Estado brasileiro e desse conta do amálgama de entidades jurídicas que foram criadas para a atuação do Estado ao longo dos anos (quadro 2). Nesse sentido, Modesto (2011, p.23) afirma que “o desafio posto ao administrador público hoje é criar valor público, satisfação no usuário direto e indireto da administração pública, em contextos de grande complexidade, empregando instrumentos de atuação pensados em outro momento histórico”. Assim, os gestores adotam diferentes modalidades jurídicas na implantação de programas com a visão pragmática de evitarem as regras da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública; da Lei 8.112, de 11 de novembro de 1990 que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis; a carga da previdência pública e as restrições da LRF (Costa, 2011).

Com essas preocupações, em 2007 o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão designou, por meio da Portaria nº 426, uma comissão de juristas para elaborar uma nova estrutura orgânica da Administração Pública Federal. Seu objetivo foi aprimorar as definições e regras dos entes jurídicos estatais e criar regras mais claras também na realização de parceria do Poder Público com entidades do terceiro setor. Estas, no anteprojeto de lei, passaram a se chamar “entidades de colaboração”, pois embora não pertençam ao aparelho estatal, colaboram com este²⁸.

²⁸ A íntegra do anteprojeto, entregue em 2009 e atualmente em discussão pode ser acessado no seguinte endereço: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/comissao_jur/arquivos/090729_seges_Arq_leiOrganica.pdf. Acesso em 20 de jul. 2013.

Quadro 2: Comparativo das formas jurídico-institucionais da administração pública brasileira de acordo com sua atuação no desenvolvimento social - verde ou econômico - amarelo, Brasil, 2013.



Fonte: Brasil, 2013

Apesar das OS serem uma forma jurídico-institucional da administração pública, não apresentam uma “estrutura jurídica inovadora”: são pessoas jurídicas estruturadas sob a forma de fundação privada ou associação sem fins lucrativos que possuem um “título jurídico especial”, conferido pelo Poder Público em vista do atendimento de requisitos gerais de constituição e funcionamento previstos expressamente em lei. Esses requisitos são de adesão voluntária por parte das entidades privadas e estão dirigidos a assegurar a persecução efetiva e as garantias necessárias a uma relação de confiança e parceria entre o ente privado e o Poder Público. Segundo Modesto (2013), “a denominação organização social é um enunciado elíptico: denominam-se sinteticamente organizações sociais as entidades privadas, fundações ou associações sem fins lucrativos, que usufruem do título de organização social”.

No discurso oficial, a criação das OS foi uma reação à elevada rigidez das regras para a tomada de decisão na administração pública direta brasileira nos anos 1990. Essa mudança teria duas características principais (Cunill Grau, 1995; MARE, 1997b; 1998). A primeira, ampliação da autonomia decisória em termos financeiros e organizacionais em relação aos proprietários públicos, o que incentivaria a flexibilização administrativa para romper a rigidez da estrutura organizacional com compartilhamento na autoridade e

na responsabilidade. A segunda, incremento do controle público dessas entidades por meio do fortalecimento de práticas voltadas ao aumento da participação da sociedade na formulação e na avaliação do desempenho da OS.

O termo ‘organização social’, criado no PDRAE, significa uma ‘organização que presta serviços sociais ao Estado’ e não ‘organização da sociedade/comunidade’, em sentido amplo, ou seja, as OS não são manifestações espontâneas da força da sociedade em prol do bem da coletividade, mas sim criadas por iniciativa do Estado. Para Lustosa da Costa (1998), de um lado há a substituição da iniciativa comunitária pelo estímulo estatal e de outro, a inserção de entidades do terceiro setor no sistema de dotações financeiras do Estado redonda na perda de autonomia na medida em que são convertidas em apêndices do aparelho estatal.

Nesse sentido, enquanto as organizações não governamentais (ONGs) dos anos oitenta tinham características reivindicativas e militantes voltadas à promoção da cidadania e luta pela democracia, esse novo perfil do associativismo volta-se à execução de serviços em parceria com o Estado e as empresas. O conceito de cidadania, ao ser incorporado ao discurso oficial, é ressignificado e vai além dos direitos, em direção à ideia dos deveres dos cidadãos, via parcerias nas políticas sociais governamentais. Se por um lado, o ganho está no reconhecimento desses novos atores em cena, por outro há o risco da sociedade civil organizada assumir o papel que deveria ser exercido pelo Estado (Gohn, 2004).

A proliferação de diferentes modelos jurídicos, a presença do setor privado na execução de serviços públicos, e o consenso sobre a necessidade de melhorias no desempenho das políticas públicas produziu, a partir dos anos noventa, um importante debate sobre a governança pública. Ou seja, mudanças na forma da gestão do que é público levaram à ampliação do conceito de governança, como expressão dessas transformações. Esta adquiriu vários sentidos dependentes da área do conhecimento em que é utilizada, seja na administração pública, na administração privada, no direito, nas ciências políticas, sociais ou econômicas ou ainda pelos formuladores de políticas, especificamente organismos multilaterais de crédito.

Na formulação do Banco Mundial, governança é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos econômicos e sociais tendo em vista o desenvolvimento (World Bank, 1992). Nessa perspectiva, o Banco apontou em estudo²⁹

²⁹ Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos (World Bank, 2007)

realizado no Brasil em 2007, que muitos dos desafios enfrentados pelo setor saúde estariam ligados a “falhas de governança – a ausência de incentivos e responsabilização que garantiriam a prestação dos serviços com custo e qualidade aceitáveis, ambos essenciais para melhorar o estado de saúde da população” (World Bank, 2007, p.03).

Em uma perspectiva pragmática, os documentos oficiais da Reforma do Aparelho de Estado definem governança como a capacidade do Estado implementar de forma eficiente políticas públicas. Seria, portanto, um pré-requisito institucional para o bom desempenho dos governos e também para aceder ao crédito dos organismos financeiros internacionais. Nesse sentido, a “crise de governança”, a qual atravessava o Estado brasileiro, tornava-se uma importante justificativa para a Reforma Gerencial.

Diniz (1995) acrescenta a essa definição o conjunto de mecanismos e procedimentos para lidar com a dimensão participativa e plural da sociedade, o que implica expandir e aperfeiçoar os meios de interlocução e de administração do jogo de interesses. Outro sentido utilizado é o da existência de dois mecanismos de governança na administração pública: o vertical, do tipo comando-controle, adotado pela Constituição Federal de 1988³⁰, e o horizontal de mercado. A governança horizontal seria aquela assumida nas parcerias público-privado (Costa, 2011).

De acordo com Brandão (2008) e Rhodes (2000), o conceito de governança, originariamente adotado no ambiente das grandes corporações privadas, passa a ser utilizado também na esfera pública com a ideia de transferência para o setor público dos conhecimentos gerenciais desenvolvidos no setor privado. Relaciona-se com a delegação de poder: qualquer empresa tem governança corporativa, qualquer entidade que apresenta compartilhamento de poder tem a sua governança estabelecida.

De modo mais abrangente, Secchi (2009, p.358), em estudo que apresenta o estado da arte sobre modelos organizacionais públicos debatidos na comunidade epistêmica internacional, identifica a governança pública como um modelo relacional alternativo ao modelo burocrático (Estado Relacional). E a define como um “modelo horizontal de relação entre atores públicos e privados no processo de elaboração de políticas públicas [...] com uma abordagem diferenciada de conexão entre o sistema governamental e o ambiente que circunda o governo”.

³⁰ Costa (2011, p.95) argumenta que: “Os constituintes de 1988 adotaram o mecanismo vertical de governança como uma solução para preservar a administração pública dos interesses privados e clientelistas, criando pesadas barreiras legais para as funções de aquisição de bens e serviços (Lei nº 8.666) e contratação de pessoal para o setor público (Lei nº 8.112) nos três níveis de governo”.

Dentre as diversas acepções, não necessariamente excludentes, no presente estudo adotamos a conceituação de Matias-Pereira (2010) e Harvey (1989) para os quais o tema governança no setor público tem como referência as práticas do modelo da administração pública gerencial. A boa governança seria a ampliação da capacidade do governo em articular atores e forças sociais, com vistas ao desenvolvimento de formas de parceria público-privado.

Além disso, o “sistema de governança” seria composto de mecanismos e práticas de cooperação sustentadas numa política de informação, consulta e participação, como garantia da oferta de bens e serviços de qualidade para a população. Ele se daria por meio de formas colaborativas e transparentes, em uma nova estruturação das relações entre a administração pública, o setor privado e as organizações do terceiro setor.

Relaciona-se ainda, de acordo com Milani & Solínis (2002, p.273):

[...] à legitimidade do espaço público em constituição; à repartição do poder entre aqueles que governam e aqueles que são governados; aos processos de negociação entre os atores sociais (os procedimentos e as práticas, a gestão das interações e das interdependências que desembocam ou não em sistemas alternativos de regulação, o estabelecimento de redes e os mecanismos de coordenação); e à descentralização da autoridade e das funções ligadas ao ato de governar.

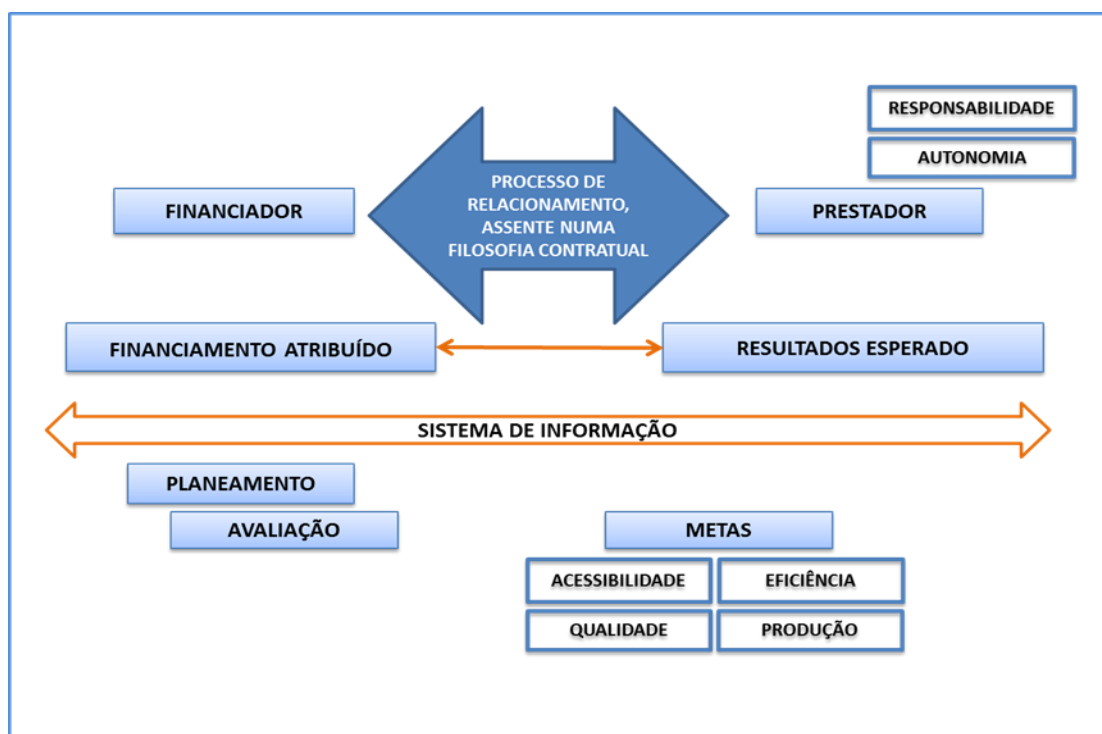
A implementação do modelo de OSS no SUS institui uma nova governança pública entre o Estado (financiador e regulador) e o setor público não estatal (prestador de serviços de saúde) mediada por um contrato de gestão.

2.1 Teoria de Agência e Contratualização nos Serviços de Saúde

Na onda das “Reformas Gerenciais”, diversos países adotaram a separação entre as funções de execução e financiamento no setor saúde, e a contratualização como estratégia operacional (WHO, 2006; Figueras et al, 2005). Essa separação de funções pode ser institucional, quando o prestador é privado com ou sem fins lucrativos; ou organizacional, quando o prestador é público e nesse caso, os contratos de gestão são também denominados contratos internos ou endógenos. Ou seja, a introdução da contratualização nos sistemas públicos de saúde não precisa estar, necessariamente, associada a políticas de desestatização dos serviços. A contratualização pode ser definida como (figura 1):

Um processo de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados, baseada na autonomia e responsabilidade das partes e sustentado num sistema de informação que permita um planeamento e uma avaliação eficazes, considerando como objeto do contrato metas de produção, acessibilidade, qualidade e eficiência (Escoval, 2012).

Figura 1: Esquema visual da contratualização nos serviços de saúde



Fonte: Escoval, 2012.

Nesse contexto, tanto sistemas de saúde com orientação bismarckiana quanto beveridgiana³¹ adotaram diferentes processos de contratualização³². No âmbito da APS cita-se: Portugal, Espanha, Canadá, Reino Unido, Austrália, Alemanha, França e Holanda (Escoval et al, 2010), além de Egito, Afeganistão, Irã e Paquistão (Siddiqi et al, 2006).

De acordo com Trosa (2001), a contratualização – “o Estado contratual” – seria uma terceira via no debate pró-Estado x anti-Estado, paternalista x liberal mínimo, e

³¹As políticas de seguridade social são geralmente analisadas sob duas óticas distintas, bismarckiana e beveridgiana, de acordo com o caráter, a forma de contribuição e o financiamento dos sistemas de seguridade social. O modelo bismarckiano é caracterizado pela contribuição individual como critério para o aferimento de benefícios (seguro social) e o modelo beveridgiano, por outro lado, caracteriza-se pelo seu caráter universal, não exigindo contribuição individual anterior para a obtenção de um benefício básico. O financiamento dos programas de caráter universal não se dá via contribuições individuais, mas por tributos gerais.

³²Os países privilegiam dimensões diversas (tais como efetividade, acesso, eficiência, qualidade, satisfação do usuário, segurança, equidade) no âmbito do monitoramento e avaliação dos serviços contratados. Tal diversidade está associada aos modelos de financiamento e organização, bem como à condução política e grau de desenvolvimento institucional dos respectivos sistemas de saúde (Escoval et al, 2010).

induziria a mudanças na filosofia de interação com os cidadãos, passando de uma posição unilateral de autoridade, à escuta, negociação, ajustes e compromissos. Os contratos iriam muito além de suas dimensões jurídicas formais para definirem-se como o próprio espírito de uma gestão contemporânea dos serviços públicos.

A análise da lógica contratual pressupõe o entendimento da teoria que lhe é subjacente, qual seja a Teoria de Agencia, também conhecida como Teoria do Agente Principal e ferramenta analítica utilizada pelo Neo-institucionalismo Econômico. Preconiza uma visão contratual nas transações entre atores: um principal (contratante) e um agente (contratado) autorizado a agir em nome do primeiro. De acordo com Jensen e Meckling (1976, p.308) o relacionamento de agência pode ser definido como "um contrato no qual uma ou mais pessoas - o principal - engajam outra pessoa - o agente - para desempenhar alguma tarefa em seu favor, envolvendo a delegação de autoridade para a tomada de decisão pelo agente". Esses autores apresentaram, pela primeira vez, estudos sobre a Teoria de Agencia ao citarem que problemas de agência decorrem de conflitos de interesses existentes em atividades de cooperação entre os indivíduos, quer ela ocorra ou não em situações de hierarquia entre o agente e o principal.

Portanto, a Teoria de Agência afirma que o agente não atuará sempre no melhor interesse do principal, pois assume a existência de racionalidade limitada e propensão a oportunismos dos indivíduos. Para minimizar esse problema, a relação entre o principal e o agente deve ser mediada por um contrato com a especificação de como os agentes seriam recompensados pelos seus principais (Przeworski, 1998; Melo 1996). O objetivo da contratualização seria, portanto, regular o comportamento do agente na direção dos resultados visados e evitar que os mesmos busquem maximizar seus interesses próprios da forma que lhes aprouver.

De acordo com Araujo e Sanches (2005, p.155), o oportunismo “se refere ao uso de informações incompletas ou distorcidas em benefício próprio. É um comportamento que objetiva conseguir vantagens criando ou explorando assimetrias de informação”. Os mesmos autores consideram que essa ameaça latente no comportamento dos agentes³³ seria responsável pelos custos de transação:

Isto é, o custo de desenhar, negociar, prever salvaguardas contratuais, assim como os de manter mecanismos de monitoramento e controle.

³³ A esse respeito ressaltamos a seguinte afirmação de Williamson (1995, citado por Araujo e Sanches, 2005, p.157): “*No intento decir que los individuos se inclinan de forma continua, o incluso, de lleno, por el oportunismo. Solo afirmo que algunos individuos son oportunistas aveces y que la confiabilidad diferencial es raras veces transparente ex ante. En consecuencia se hacen esfuerzos de seleccion ex ante y se crean salvaguardas ex post.*”

Esses custos serão maiores ou menores dependendo do ambiente institucional em que ocorre a transação. Mecanismos de controle frágeis dão lugar a uma margem maior de comportamentos oportunistas dos agentes envolvidos (p.156).

Nessa perspectiva, dois sistemas são considerados fundamentais na obtenção do comportamento desejado por parte do agente e deveriam fazer parte dos contratos: o sistema de incentivos, que permitiria o alinhamento de interesses; e o sistema de controle, que consiste em estruturas, com destaque para os sistemas de informação, para o acompanhamento dos resultados, avaliação do desempenho e remuneração de acordo com a realização desses resultados.

A questão da informação assimétrica é central no problema de agencia. A esse respeito, Pratt e Zeckhauser (1985, cit. por Segatto-Mendes e Rocha, 2005, p. 174) argumentam que:

Na vida real informação completa raramente é livremente disponível para todas as partes, e então o problema torna-se como estruturar um acordo que induzirá agentes a servir aos interesses do principal mesmo quando suas ações e informações não são observadas pelo principal.

Assim, a maioria das informações que o principal recebe são fornecidas pelo agente, o que lhe permite um controle do tipo e profundidade da informação fornecida ao principal, surgindo a possibilidade da assimetria, ou seja, de agente e principal possuírem diferentes níveis de informação. Essa assimetria e a necessidade de alinhamento de interesses entre os atores são pontos destacados pela Teoria de Agencia e constituem questões importantes na contratualização na área da saúde. Isto se deve principalmente à natureza especializada do serviço e à autonomia técnica exercida pelos profissionais, especialmente médicos, o que dificultaria a mensuração e previsibilidade dos serviços.

Corroborando com essa assertiva, Lima (2009, p.73) argumenta que:

A equipe, os médicos e enfermeiros, detêm informações e conhecimentos que lhes são exclusivos. Podem inclusive, se utilizar desses recursos de poder para obter vantagens, privilegiando por vezes seus interesses em detrimento dos interesses do paciente e da organização. Somente eles, de fato, conhecem e controlam os recursos utilizados no processo de atenção, determinando assim o custo e a qualidade da atenção prestada. Mintzberg também reconhece que a tomada de decisões no âmbito operacional nas organizações profissionais é principalmente informada pelo auto-interesse do profissional.

Nesse contexto, a negociação é um importante processo na lógica contratual. Para elaborar uma meta, Pacheco (2004) destaca que é necessário saber ouvir todos os atores e partes interessadas, pois esta deve ser preferencialmente negociada e não imposta. Trata-se de um acordo entre as partes e não de uma relação hierárquica. “O princípio da autoridade se mantém, mas noutra dimensão: a capacidade de definir objetivos e estratégias, de negociar dialogicamente [...], de definir compromissos bilaterais e de concretizá-los em contratos” (Mendes, 2002, p.80).

A Teoria de Agência se aplica às relações estabelecidas entre a SMS (principal) e as OSS (agente) e foi levada em conta na elaboração do plano de análise do sistema de governança adotado, pois permite uma compreensão mais clara e aprofundada dos papéis desempenhados por esses parceiros no processo de contratualização.

Os contratos elaborados para o sistema público deveriam associar de forma objetiva a qualidade da atenção, a satisfação do usuário, os serviços ofertados por cada unidade regulada; e introduzir incentivos ao bom desempenho organizacional. Seu objetivo seria o de estimular o compromisso com o resultado do trabalho e desenvolver na instituição a cultura da prestação de contas e da utilização de indicadores como instrumento gerencial. Além disso, estabeleceriam uma relação formal voluntária entre o ente regulador/financiador (principal) e o ente prestador de serviços (agente); promoveriam uma solução cooperativa entre os entes com vantagens para os dois lados e avançariam de uma relação hierárquica tradicional para a pactuação bilateral (Mendes, 2002). Contratualizar resultados seria também uma alternativa concreta para responder às demandas crescentes de *accountability*.

Nesse sentido, os serviços e as metas contratados seriam previamente negociados entre as partes, favorecendo o planejamento participativo - forma de trazer ao processo decisório, como sujeitos da formulação de diretrizes, os indivíduos e grupos antes considerados objetos da ação gerencial (Motta, 1991).

A complexidade do trabalho nas organizações de saúde, a impossibilidade relativa de uma padronização mecanicista e a intensa distribuição do poder nas mesmas³⁴ sugere

³⁴ A esse respeito, cabe destacar que as organizações de saúde têm singularidades que demandam exigências particulares de coordenação e gestão (Dussault, 1992; Ruth e Reuben, 2000): o principal processo de trabalho é o ato do cuidado em saúde, desenvolvido pelos profissionais da assistência, em consequência, o papel da tecnoestrutura, dos gerentes e do locus de tomada de decisão pode ficar limitado, e gerar tensões entre o poder técnico concentrado na base da organização – núcleo operacional; e o poder administrativo da direção, com suas funções de coordenação – cúpula estratégica superior (Mintzberg, 1995).

um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem a gestão por compromissos.

Em resumo, “para que um adequado desempenho seja alcançado, as relações titular/agente precisam estar adequadamente estruturadas, através de um contrato, que explicita o desempenho esperado do agente, seus ganhos e perdas, segundo uma relação direta com o referido desempenho, e os mecanismos de monitoramento, de prestação de contas e de avaliação” (Ferris & Grady, 1998, cit. por Lima, 2009, p.40).

2.2 Contratualização na Atenção Primária à Saúde

O fortalecimento da APS é uma importante estratégia de reordenamento dos sistemas de saúde por sua comprovada eficiência na utilização dos recursos e efetividade das práticas, especialmente quando estruturadas para se dar como primeiro contato, abordagem integral e coordenação do usuário nos diferentes serviços (Macinko et al, 2003; Saltman et al, 2010). Por seu turno, seus modelos de organização, bem como as estratégias de financiamento adotadas e a forma de articulação com os demais níveis de cuidado potencializam, ou ao contrário, comprometem seu desempenho e, conseqüentemente, o do sistema de saúde como um todo.

Nessa perspectiva de fortalecimento da APS, diferentes dispositivos de contratualização foram adotados no Brasil e condicionados pelas particularidades políticas e institucionais de cada governo e localidade, bem como o ente federativo (governo federal, estado ou município) contratante e o estatuto jurídico do prestador de serviços contratado (público ou privado). Identificamos atualmente quatro:

1. Contrato interno entre uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS), unidades de saúde e equipes pertencentes à AD, destacando-se a cidade de Curitiba com um processo instituído desde 2002 e mais recentemente, em 2011, Belo Horizonte;
2. Contrato de gestão entre a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS) do estado da Bahia pertencente à administração indireta e os municípios baianos a ela associados;
3. Contrato de gestão entre uma SMS e uma OSS, operacionalizados em maior escala nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo;
4. Contrato interno entre municípios e o governo federal no âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído pelo Ministério da Saúde, em 2011.

A FESF-SUS é uma fundação pública de direito privado, pertencente à administração indireta, co-instituída em 2009 por 69 municípios baianos para administrar a Estratégia Saúde da Família. Tem como um de seus objetivos o desenvolvimento da gestão municipal, por meio da gestão compartilhada dos serviços contratualizados (Oliveira et al, 2012). Além do contrato de gestão celebrado entre a FESF-SUS e os municípios para a contratação de médicos, enfermeiros e dentistas com um plano de carreiras, cargos e salários para estimular a fixação dos profissionais, instituiu também o Contrato de Gestão do Cuidado onde gestores e trabalhadores pactuam objetivos e indicadores de desempenho que viabiliza uma remuneração variável, relacionada a metas de qualidade e à mudança do modelo de atenção para a ESF³⁵ (De Andrade et al, 2012).

A SMS de Curitiba instituiu a contratualização interna com todas as unidades de atenção primária. O contrato é chamado de Termo de Compromisso de Gestão (TERCOM) e elaborado por meio de pactuações ascendentes de responsabilidades entre todos, incluindo representantes dos usuários do Conselho de Saúde, com objetivos, metas e indicadores definidos anteriormente no Plano Plurianual, na Agenda Municipal e também nas Conferências Municipais de Saúde.

O TERCOM baseia-se em quatro variáveis: os objetivos dos serviços contidos nos planos de saúde; as evidências e o custo efetividade das tecnologias; a capacidade instalada; e as necessidades, demandas e expectativas dos cidadãos. Os objetivos são contextualizados à realidade de cada unidade de saúde que elabora seu Plano Operativo Anual com 74 indicadores, não padronizados, mas sim de acordo com a realidade socio sanitária local, dos quais 13 fazem parte do Incentivo de Desenvolvimento e Qualidade – IDQ (Alcântara, 2012), parte variável da remuneração dos profissionais vinculada ao desempenho³⁶.

O Ministério da Saúde considera que a contratualização em Curitiba é um exemplo de “Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde”. Mudanças positivas ocorreram nos processos de trabalho com melhor apropriação do planejamento, acompanhamento de indicadores, estratificação do risco, protocolos, perfil epidemiológico e gestão por resultados (Brasil, 2006).

Ainda nesse contexto de identificação dos diferentes dispositivos de contratualização no âmbito da APS brasileira, cabe destacar o PMAQ-AB. Trata-se de

³⁵A FESF foi instituída por meio da Lei Complementar nº 29, de 21 de dezembro de 2007 da Bahia. Para aprofundar o tema ver Aragão et al, 2009.

³⁶Para maior aprofundamento ver Ditterich, 2011.

um modelo de contratualização entre o governo federal, estados, municípios e equipes de atenção primária que vincula parte do financiamento federal da atenção primária à implantação e alcance de melhores padrões de acesso e de qualidade pelas equipes. Seu objetivo é instituir processos que ampliem a capacidade da gestão municipal e das equipes de atenção primária de ofertarem serviços melhor ajustados às necessidades da população. Aposta em mecanismos que possam provocar diálogo, negociação, reflexão sobre a prática cotidiana e gestão das mudanças.

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria na atenção primária: (i) adesão voluntária das equipes e contratualização; (ii) desenvolvimento; (iii) avaliação externa e certificação das equipes; (iv) recontratualização e início de um novo ciclo (Brasil, 2011a).

É um programa que obteve expressiva adesão dos municípios e equipes. Participaram do primeiro ciclo de avaliação (2011/2012) cerca de 70% dos municípios e 53,9% das equipes de saúde e o investimento federal foi de R\$ 770 milhões. Aderiram ao segundo ciclo, 2013/2014, 91% dos municípios e 71% das equipes de atenção básica, com investimento federal de R\$ 4,2 bilhões. A principal novidade deste ciclo foi a inclusão da contratualização com as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o 1º ciclo possibilitou um diagnóstico da situação da atenção básica no ano de 2012 e os dados do 2º ciclo possibilitarão “uma análise comparativa e a percepção quanto a se, como e quanto o PMAQ-AB produz mudanças reais na vida das equipes de saúde e das pessoas” (Portal da Saúde).

Além do programa em si, essa indução do governo federal produz indiretamente outros movimentos no nível municipal. Cita-se o exemplo da cidade de Vitória, que a partir da contratualização com o governo federal via PMAQ-AB, instituiu a contratualização interna com suas equipes, com incentivo ao desempenho variável (IDV) aos profissionais que alcançarem as metas e os indicadores estabelecidos (PMV, 2012).

De acordo com Pinto et al (2012, p.03), a adesão voluntária e contratualização individualizada por equipe tentou introduzir “um dispositivo concreto de viabilização do reconhecimento intersubjetivo dos indivíduos que devem se responsabilizar pelo conjunto de ações capazes de promover a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica”.

Sobre a adoção de contratos internos no SUS, Campos (2007, p.302) argumenta que:

O contrato de gestão é uma modalidade de relação interinstitucional com grande potencialidade. Primeiro, porque explicita os programas concretos de cada gestor; segundo, introduz em alguma medida uma modalidade real de cogestão sem diminuir a autonomia e a responsabilidade do encarregado pela execução da atenção à saúde; terceiro, define com clareza a responsabilidade sanitária de cada ente federado; e, ainda, institui um sistema regular de avaliação de resultados bastante vinculado à dinâmica da própria gestão.

2.3 Contratualização com Organizações Sociais na Atenção Primária

Trata-se de uma contratualização distinta dos três dispositivos comentados anteriormente na medida em que o prestador de serviços contratado situa-se fora do aparelho de Estado e dentro do terceiro setor. Nesse caso o contrato de gestão é um instrumento jurídico concebido para outorgar às OSS a responsabilidade pelo gerenciamento de serviços, cuja prestação direta pelos órgãos estatais enfrentaria dificuldades decorrentes das formalidades burocráticas a que estão sujeitos.

Todo contrato de gestão, em conformidade com o disposto no art. 7º, I, da Lei nº 9.637, de 1998, deve conter: atribuições, responsabilidades e obrigações das partes; especificação do programa de trabalho; critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados mediante indicadores e metas de qualidade e produtividade; e o montante de recursos financeiros que serão repassados a título de fomento.

O contrato de gestão pode ser definido como:

Um acordo operacional – acordo de Direito Público – pelo qual o órgão superior da AD estabelece, em conjunto com os dirigentes da entidade contratada, o programa de trabalho com a fixação de objetivos a alcançar, prazos de execução, critérios de avaliação de desempenho, limites de despesas, assim como o cronograma da liberação dos recursos financeiros previstos (Meirelles, 1999, p.244).

As OS não se sujeitam ao regime jurídico administrativo, apenas às derrogações da lei federal (lei nº 9.637), estaduais ou municipais a que estão submetidas e às obrigações estabelecidas no contrato de gestão. Adota processo seletivo para contratação dos trabalhadores por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas e possui regulamento próprio para compras, não se submetendo à Lei 8.666 nem aos decretos regulamentadores. Além disso, não recebe recursos financeiros diretamente do orçamento público, não é unidade orçamentária, mas sim via contrato de gestão.

A adoção desse modelo pressupõe a introdução de estratégias gerenciais baseadas na delegação de autoridade, e no controle *a posteriori* de resultados, o que aumentaria o grau de responsabilização das partes. Este é o aspecto central na evolução do modelo: quanto melhor se fizer a aferição do resultado, melhor será o controle público.

Nessa medida, o Estado, ao deixar de prestar diretamente os serviços de saúde, necessariamente precisaria incrementar sua função de regulação. Esta compreende o conjunto de intervenções do órgão gestor estatal destinada a orientar e conduzir o comportamento dos agentes contratados no sistema de saúde e leva em consideração um conjunto de funções: (a) reitoria - capacidade de condução política do sistema de saúde; (b) normatização - delimitação das regras e condições para o estabelecimento dos contratos; (c) superintendência - monitoramento, avaliação e controle dos serviços de saúde. A capacidade regulatória impediria que as organizações executoras dos serviços transferissem - em nome da racionalidade do custo/efetividade - a racionalidade própria do mercado para os serviços públicos de saúde (Mendes, 2002).

O controle público abrange práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas públicas e apresenta mecanismos de atuação interdependente em duas esferas: (a) vertical - da sociedade em relação ao Estado, também chamado no SUS de controle social; (b) horizontal - de uma instância a outra no âmbito da burocracia estatal e que pode ser administrativo (autocontrole), legislativo, controle de contas e controle judiciário (Fonseca e Sanches, 2001). Este é um nó crítico, uma vez que os órgãos de controle externo (Tribunal de Contas e Ministério Público) são quase que exclusivamente voltados para o controle dos meios, típico da administração burocrática, e não dos resultados³⁷.

O contrato de gestão é um instrumento de governança pública, porque define a missão, atribuições e os resultados a serem alcançados pela OSS em atendimento ao interesse público. Para além disso, poderia se constituir em um dispositivo indutor da participação social, desde que houvesse transparência na execução. Na perspectiva de maior controle por meio do contrato de gestão, cabe indagar qual tem sido a competência atual dos governos em fiscalizar e controlar o próprio sistema público e os serviços credenciados ou conveniados ao SUS. Será diferente com as OSS? E quanto ao papel dos

³⁷A inexistência de um novo marco legal sobre a relação entre as parcerias do Estado com o terceiro setor leva a diferentes interpretações dos órgãos de controle externo e dos juristas. Nelas incluem-se alguns equívocos como a imposição de instrumentos da administração pública na gestão das OSS (p. ex. exigência de realização de prego) o que produziria um retorno à rigidez processual do modelo burocrático (Cunha Junior, 2011).

Conselhos de Saúde? Terá a sociedade civil capacidade organizativa suficiente para participar no controle da gestão da OSS?

Outro aspecto importante no processo de contratualização é a escolha adequada, por meio de critérios transparentes e robustos, de OSS com capacidade para cumprir o contrato e realizar inovações que melhorem o desempenho dos serviços. Assim, os três pilares responsáveis pelo sucesso da contratualização seriam: (i) parceiros idôneos e competentes; (ii) contratos de gestão que minimizem os problemas da relação agente x principal; (iii) boa capacidade regulatória do Estado.

Para finalizar esse tópico, destacamos que, independente do dispositivo de contratualização adotado, o processo se caracteriza conceitualmente pelas seguintes etapas (Escoval, 2010): identificação de necessidades; estabelecimento de prioridades; verificação da capacidade instalada; negociação e fixação de objetivos e metas; acompanhamento e avaliação; e aplicação de sistema de consequências (incentivos e penalizações). Tais etapas, para serem bem sucedidas, necessitam da existência de sistemas de informação adequados e de uma reestruturação organizacional interna, tanto dos financiadores quanto dos prestadores de serviços.

No contexto da APS, se por um lado a área de saúde apresenta indicadores com conceitos já consolidados, o que não é frequente nas demais áreas da administração pública, por outro, o reconhecimento da dimensão subjetiva do cuidado e a existência de profundas iniquidades em saúde tornam pouco tangíveis a mensuração de “necessidades em saúde”; “capacidade instalada adequada”, “fixação de objetivos” e, principalmente de “resultados”. Isto torna a contratualização mais complexa e algumas precauções devem ser tomadas para que a mesma se configure, de fato, como uma estratégia de negociação e cooperação e não seja reduzida a um instrumento de cobrança no cumprimento de metas. Tal fato limitaria a criatividade das equipes locais e o exercício da autonomia com responsabilização, categoria difundida na Reforma Gerencial como indutora de melhorias no desempenho.

Dentre as precauções a serem tomadas quando da contratualização na APS, destacamos (Costa e Silva et al, 2014):

- a necessidade de ajustes permanentes nos indicadores e metas escolhidos para a avaliação. Metas pouco ambiciosas não premiariam o bom desempenho e se muito elevadas, com abrangência de uma pequena área do processo de trabalho,

poderiam provocar desmotivação nos profissionais, ou, ao contrário, conduzir à focalização das práticas;

- sua construção gradual, em um ambiente de aprendizagem permanente e com o protagonismo dos profissionais de saúde;
- garantia de transparência na implantação do sistema de incentivos e clareza quanto aos objetivos e critérios de avaliação dos profissionais/prestadores.

O envolvimento dos diversos atores, com a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, os sistemas técnico-administrativos e os arranjos de governança permitiriam o êxito da contratualização, dando sustentação às pactuações realizadas na perspectiva da parceria e cooperação entre as partes.

Com base na discussão acima, e em uma perspectiva metodológica de aproximação entre os sentidos da governança, a Teoria de Agencia, os atributos da contratualização e o objetivo desse estudo, depreendemos alguns elementos críticos de um bom sistema de governança que conduziria ao desempenho satisfatório dos serviços de saúde. São eles: a capacidade regulatória, os mecanismos de *accountability*; e a lógica contratual utilizada que inclui a capacidade de negociação; o grau de autonomia e flexibilidade concedida aos prestadores de serviços; e o sistema de incentivos aos prestadores. Esses elementos conformam o plano de análise no caso em estudo e que apresentaremos no capítulo seguinte.

Capítulo 3

Percurso metodológico

Para que o geral possa ser apreendido e para que se descubram novas unidades, parece necessário apreendê-lo não diretamente, de uma só vez, mas através de exemplos, diferenças, variações, particularidades - aos pouquinhos, caso a caso. Num mundo estilhaçado, devemos examinar os estilhaços (Geertz, 2001, p. 193).

3.1 Caracterização do estudo e mapa conceitual

A investigação sobre os limites e possibilidades do modelo de OSS na Estratégia Saúde da Família foi realizada no município do Rio de Janeiro por meio de um estudo de caso que permitiu a confrontação de um modelo teórico estruturado com uma realidade empírica. Nessa perspectiva, o estudo de caso oferece um potencial de generalização lógica, teórica e analítica e não se propõe à generalização estatística (populações ou universos). As conclusões da pesquisa poderão eventualmente servir para explicar um grande número de situações análogas (Patton, 1980).

Autor de referência nesse domínio, Yin define estudo de caso como “uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (2003, p.13). Esta técnica foca nas circunstâncias, dinâmicas e complexidades de um caso singular com o objetivo de compreender a situação selecionada para estudo. Um caso justifica seu estudo por ser único, mas também por ser exemplar e ilustrar situações das quais se pode produzir conhecimento. Pope e Mays (2006) referem que os estudos de caso permitem a atribuição de relevância a questões como a colaboração ou o conflito, o que é desejável uma vez que o sucesso de muitas intervenções depende do nível de envolvimento das partes interessadas.

Além disso, é uma estratégia com contornos muito particulares na medida em que permite ao pesquisador o exercício da liberdade de produzir (e não reproduzir) o desenho adequado aos objetivos do estudo. De acordo com Denzin e Lincoln (1994, cit. por Yin, 2003), é uma investigação abrangente, que não deve ser confundida com uma pesquisa qualitativa, dado que pode ter por base uma combinação de dados qualitativos e quantitativos e recorrer a distintas fontes de evidência.

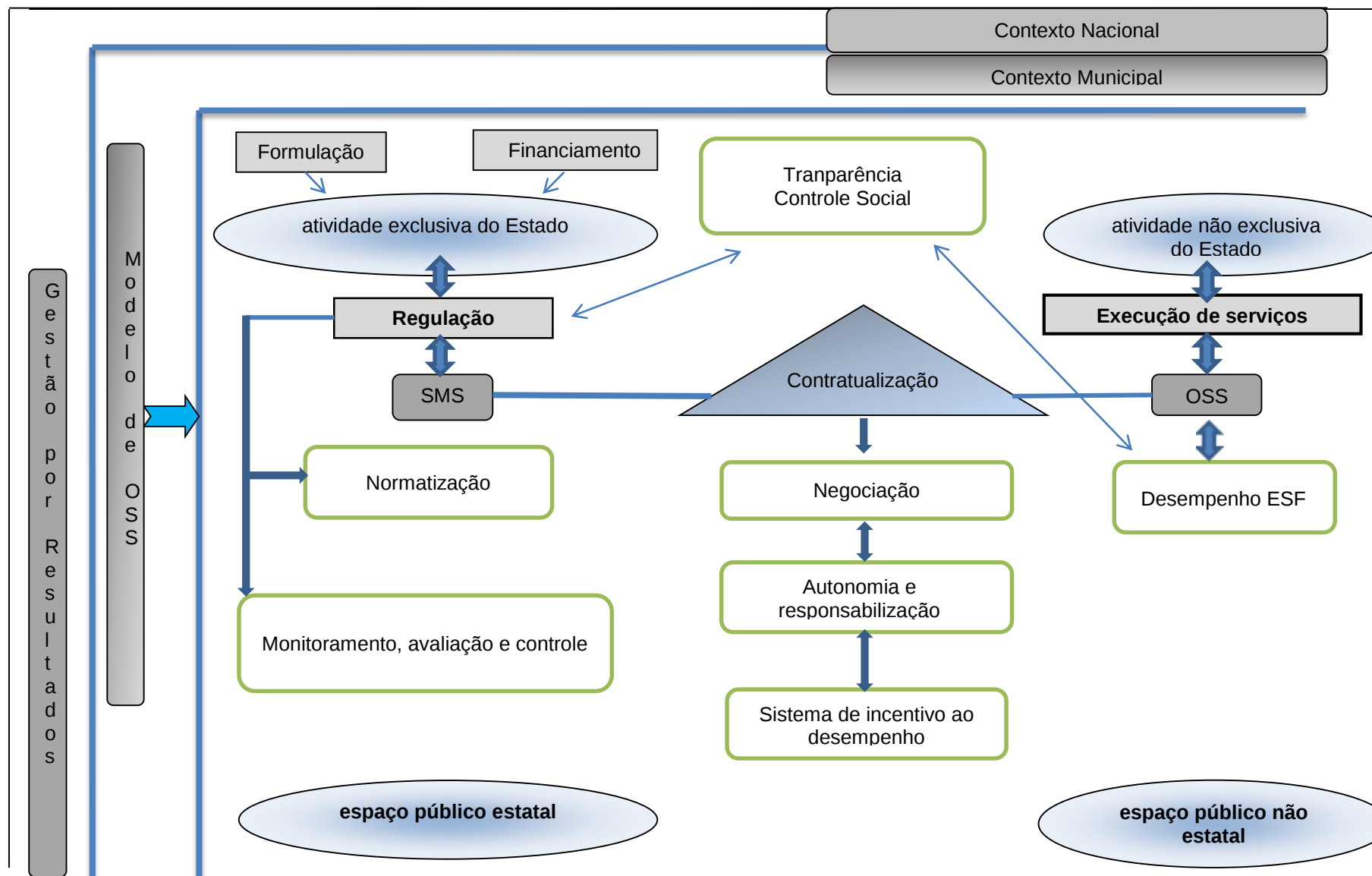
Nessa perspectiva, realizamos a revisão teórica e conceitual da literatura para elaboração do projeto de pesquisa e dos instrumentos de investigação; o trabalho de campo em cinco áreas programáticas do município, entre agosto e outubro de 2013; e a revisão e análise dos dados e das informações obtidas.

Uma primeira aproximação ao referencial teórico permitiu o desenvolvimento dos objetivos do estudo, os quais apresentam duas unidades de análise: sistema de governança e desempenho assistencial da ESF. O mapa conceitual (figura 2) foi elaborado como uma representação visual adotada para explicitar o recorte do estudo, as relações entre os

diversos elementos que se apresentam no tema em questão e definir as dimensões de análise (Novak e Canãs, 2010).

Utilizamos o conceito de sistema de governança, apresentado no primeiro capítulo, para compreender os fatores que organizaram a interação dos atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo. Portanto, como unidade analítica, diferentemente de seu uso prescritivo ou normativo. Em relação ao desempenho na ESF, utilizamos o sentido adotado por Papanicolas & Smith (2012), para os quais desempenho se refere ao grau de alcance dos objetivos propostos.

Figura 2 – Mapa conceitual para análise do sistema de governança e do desempenho da ESF do Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Elaboração própria

3.2 Cenário empírico, planos de análise e procedimentos de coleta de dados

Os serviços de saúde do Rio de Janeiro estão organizados em dez áreas programáticas (anexo 1) onde se localizam as respectivas instâncias gerenciais no âmbito da APS que são as Coordenações de Área Programática (CAP). Essas coordenações são as responsáveis pela fiscalização dos contratos de gestão estabelecidos com as OSS para cada uma das áreas programáticas.

Atualmente existem cinco OSS contratadas pela SMS para operacionalizar a ESF: Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Viva Comunidade (Viva), Instituto Social Fibra (Fibra), Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde (IABAS) e Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC), fundação de apoio de direito privado da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Esta última não fez parte do estudo, porque apresenta um atípico arranjo de governança que compreende a OSS, a SMS e o governo federal na medida em que o contrato de gestão é coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e apresenta um objeto de contratualização diferenciado devido ao acréscimo dos componentes de ensino e pesquisa.

Cabe destacar que a ESF é executada por equipes “mínimas” de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) e equipes de saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico em higiene bucal e auxiliar de saúde bucal). Somente a primeira é objeto desse estudo.

Para a caracterização e análise do sistema de governança utilizamos a abordagem qualitativa, o que nos proporcionou maior familiaridade com o objeto de estudo e contribuiu para o estabelecimento de relações entre as unidades de análise, dimensões e categorias. Realizamos as seguintes atividades:

- aprofundamento teórico, o que permitiu a identificação, nos diferentes discursos, de questões comuns que se referiam às práticas sociais nas relações de parceria entre o domínio público e o terceiro setor;
- definição das dimensões e categorias de análise do sistema de governança como expressão dessas práticas;
- construção do plano de análise que orientou a investigação do processo de interação e das práticas existentes entre a SMS e as OSS atuantes na ESF.

- coleta de informações por meio de seleção e análise documental; seleção dos informantes-chave e realização de entrevistas; e construção de diário de campo.

A análise documental foi baseada nos documentos oficiais da SMS, quais sejam: editais de convocação pública das OSS; contratos de gestão³⁸; arcabouço jurídico de criação e regulamentação das OSS; relatórios de gestão e documentos do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

As dimensões e respectivas categorias escolhidas para o plano de análise foram: (i) lógica contratual: processos de negociação; responsabilização com autonomia do prestador; e sistema de incentivos ao desempenho; (ii) regulação: normatização; monitoramento; avaliação e controle; (iii) transparência e controle social. Esse plano de análise (quadro 3) informa um modelo teórico ideal de alcance da boa governança na relação entre Estado e OSS. Nosso objetivo é verificar em que medida o caso empírico estudado se aproxima ou se distancia do modelo teórico, não como plano rígido de análise dessa política, mas como ferramenta de auxílio na compreensão da realidade.

A abordagem qualitativa reitera a intersubjetividade na produção e interpretação do material de campo colocando em discussão a reflexividade – efeitos da presença do pesquisador nos resultados. Para Spink & Menegon (2004, p.89) “a reflexividade pessoal implica a reflexão sobre quem sou-eu pesquisador, e como meus interesses e valores incidem sobre o delineamento da pesquisa e sobre minhas interpretações”.

³⁸Alguns editais e contratos de gestão encontram-se disponíveis em <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/contratos-de-gestao-e-convenios>. Acesso em 20 de nov. 2013.

Quadro 3: Plano de análise de aspectos do Sistema de Governança da ESF do Rio de Janeiro, 2013.

Dimensão	Categoria	Práticas esperadas
Lógica Contratual	Processo de negociação	Os indicadores de desempenho e metas são pactuados entre a SMS e as OSS. Há participação de representantes dos profissionais de saúde;
	Responsabilização com autonomia do prestador	É assegurada autonomia à OSS para o desenvolvimento do contrato; As OSS adotam práticas inovadoras na atenção à saúde e na capacitação dos profissionais; Os gerentes das clínicas e profissionais de saúde possuem autonomia na organização do processo de trabalho; As OSS possuem flexibilidade administrativa para adequar os processos às necessidades dos serviços;
	Sistema de incentivos ao desempenho	Existe sistema de incentivos ao bom desempenho e punição das OSS; O sistema de incentivos é extensivo aos profissionais de saúde e vinculado ao sistema de pagamento;
Regulação	Normatização	O contrato de gestão define o conjunto de serviços ofertados por cada unidade regulada, aspectos da qualidade da atenção e o papel do serviço contratado na rede de serviços do SUS; O contrato de gestão veda a prestação de serviços à saúde suplementar;
	Monitoramento e Avaliação	Há uma comissão técnica de avaliação periódica do CG formalmente instituída no âmbito da SMS As OSS recebem retorno da avaliação periódica, bem como orientações de melhoria para o aprimoramento contínuo; As tecnologias de informação existentes são apropriadas para o monitoramento do CG; A SMS realiza auditoria regular na prestação de contas das OSS;
	Controle	O foco do controle é o resultado; A capacidade institucional das instâncias regulatórias é adequada;
Transparência e Controle Social		As informações sobre os CG e seus resultados são disponibilizadas para conhecimento público; Existe representação dos usuários nas CTA; O Conselho Municipal de Saúde acompanha a execução dos CG;

Fonte: Elaboração própria

O plano de análise também orientou a escolha dos vinte e dois informantes-chave para realização das entrevistas e a construção do roteiro, que se encontra no anexo 2. O quadro 4 apresenta os perfis gerenciais e lugar institucional dos entrevistados.

Quadro 4: Perfil gerencial dos entrevistados por lugar na hierarquia institucional e cargo.

Instituição	Nível local	Nível central
OSS	Gerentes das duas primeiras clínicas de família inauguradas e com o mínimo de um ano de permanência no cargo	Gerente de cada uma das quatro OSS
SMS	Coordenadores das cinco áreas programáticas com clínicas de família inauguradas até 2010	Gerente da Coordenação da ESF (da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde) e da Gerência de Contratualização de Organizações Sociais (da Subsecretaria de Gestão).
CMS	03 representantes do segmento usuários	

Para a análise do desempenho da ESF utilizamos duas abordagens: a qualitativa, por meio da percepção dos entrevistados e a quantitativa por meio da análise de indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que também fazem parte do PMAQ-AB³⁹. Justificamos a escolha pelo fato desse Programa ter divulgado valores mínimos, médios e máximos alcançados nos estados brasileiros para a maioria dos indicadores, a partir de dados extraídos de uma base limpa do SIAB de 2010 e que foram adotados nesse estudo como parâmetros de avaliação. Isso possibilitaria tanto a verificação da consistência do Sistema de Informação utilizado na SMS, quanto o desempenho das equipes em algumas ações prioritárias da ESF, quando comparadas com os valores alcançados pela base nacional.

O PMAQ-AB avalia 47 indicadores (de desempenho⁴⁰ e monitoramento) do SIAB distribuídos nas seguintes áreas: saúde da mulher; saúde da criança; controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; saúde bucal; produção geral; vigilância da tuberculose e hanseníase; e saúde mental. Desse universo, utilizamos no estudo a totalidade dos indicadores de desempenho das equipes de saúde da família passíveis de

³⁹ O SIAB é um software desenvolvido pelo DATASUS em 1998 e tem por objetivo agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à ESF. Sua alimentação pelos municípios é obrigatória e condição para o repasse do incentivo federal à ESF. É o principal instrumento de monitoramento das ações da ESF, pois contém dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, além das intervenções realizadas pelas equipes e dos resultados alcançados. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, tal sistema de informação se destina à organização das equipes em seu processo de trabalho e serve também como fonte para vários tipos de pesquisas acadêmicas no campo da saúde coletiva. A matriz com todos os indicadores SIAB utilizados no PMAQ-AB encontra-se em no manual do PMAQ-AB (Brasil, 2012a).

⁴⁰ Somente os indicadores de desempenho são vinculados à certificação externa e cálculo do incentivo financeiro do componente de Qualidade do PAB-variável.

serem construídos com os dados do SIAB⁴¹ e que possuíam parâmetro para comparação⁴². A exceção foi a não inclusão do indicador “razão entre exames citopatológicos do colo do útero” pela inconsistência entre a faixa etária solicitada no cálculo do indicador (acima de 15 anos) e aquela descrita no parâmetro nacional (de 25 a 64 anos).

Para um indicador, “média de consultas médicas por habitante”, o PMAQ-AB não estabeleceu a média nacional encontrada e nesse caso utilizamos os parâmetros da Portaria nº 1101/GM (Brasil, 2002). O quadro 5 apresenta os indicadores de desempenho utilizados nesse estudo, bem como os parâmetros para análise dos resultados encontrados.

⁴¹ Por esse critério excluimos do estudo o indicador “proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica”, seu denominador é composto por informações do SINASC, IBGE e ANS.

⁴² Por esse outro critério excluimos do estudo os indicadores “proporção consultas programadas”; “proporção consultas demanda agendada”; “proporção consultas demanda imediata” e “média de consultas médicas para menores de 1 ano”.

Quadro 5: Plano de análise do desempenho assistencial da ESF: indicadores SIAB e parâmetros de análise.

Área	Indicador	Parâmetros		
		mínimo	médio	máximo
Saúde da mulher	Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada.	5	7	9
	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre.	56%	79%	89%
	Proporção de gestantes com pré-natal no mês.	66%	90%	96%
	Proporção de gestantes com vacina TT em dia.	67%	93%	98%
Saúde da Criança	Média de atendimentos de puericultura.	3,5	4,5	5,5
	Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo.	70%	76%	82%
	Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia.	96%	97%	99%
	Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas.	85%	90%	91%
	Média de consultas médicas para menores de 5 anos.	1,6	1,7	1,9
Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	Proporção de diabéticos cadastrados	33%	52%	68%
	Média de atendimentos por diabético.	3	4,5	6
	Proporção de hipertensos cadastrados.	39%	63%	79%
	Média de atendimentos por hipertenso.	2	3,5	5
Produção Geral	Média de consultas médicas por habitante	1,5	1,9	2,2

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde, 2002; Brasil, 2012a.

Os indicadores foram construídos a partir dos dados dos relatórios SSA2 e PMA2 do SIAB produzidos entre agosto de 2012 e julho de 2013 de cada uma das 21 clínicas de família (CF) em funcionamento no município há pelo menos 2 anos e meio da data de início do período de análise, ou seja, que foram inauguradas até dezembro de 2010⁴³. Dessas, 04 situam-se na CAP 2.1; 04 na CAP 3.1; 03 na CAP 5.2; e 10 na CAP 5.3. Tal escolha deve-se ao fato de considerarmos, pela nossa experiência empírica, que trinta meses de funcionamento é tempo suficiente para a realização de análises sobre o

⁴³ Vinte e duas CF foram inauguradas até 2010, entretanto uma foi excluída do estudo por não ter aderido ao PMAQ-AB, critério incluído após o primeiro levantamento de dados e que será discutido no capítulo seis.

desempenho da ESF. Ainda que sejam análises provisórias, dada à dinâmica do processo, podem sugerir tendências e apontar caminhos. Os dados, por clínica, foram obtidos nas respectivas CAP ou OSS. O quadro 6 sintetiza o desenho que adotamos no estudo.

Quadro 6: Desenho do estudo adotado na análise do modelo de OSS na ESF do Rio de Janeiro.

Objetivo específico	Questões principais	Abordagem	Técnicas de coleta de dados	Análise dos dados
Caracterizar e analisar aspectos do sistema de governança adotado pelo município do Rio de Janeiro em relação às OSS que atuam na ESF;	Como se caracteriza o sistema de governança adotado pela SMS na gestão da ESF?	Qualitativa	Entrevistas Análise documental Diário de campo	Identificação de temas recorrentes, categorias empíricas e padrões; Agrupamento de significados relevantes manifestos
Analisar o desempenho da ESF gerenciada por OSS no município do Rio de Janeiro;	As tecnologias de informação adotadas possibilitam a gestão por resultados?	Quantitativa	Solicitação dos relatórios SIAB – SSA2 e PMA2 de cada CF às CAP	Composição dos indicadores pelo método estatístico;
	A ESF tem alcançado metas aceitáveis em relação aos indicadores de desempenho da SF?	Qualitativa	Entrevistas	Agrupamento de significados relevantes manifestos; Levantamento de possíveis explicações para os dados encontrados

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e também da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e seguiu os termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nesse sentido, ao longo da descrição e análise dos achados, tomamos o cuidado em omitir quaisquer informações que pudessem levar à identificação dos sujeitos da pesquisa, haja vista o contrato firmado com os mesmos por meio do Termo de Consentimento (anexo 3). Assim, as transcrições de falas que aparecem ao longo desse estudo foram grafadas em *itálico* e receberam as seguintes denominações: GOSS –

gerentes das OSS; GSMS – gerentes do nível central da SMS e das CAP; GCF – gerentes das clínicas de família; CMS – conselheiros municipais de saúde.

A última fase da pesquisa consistiu na sistematização e análise objetiva do conjunto de informações, tendo por referência os planos de análise previamente elaborados. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente. Assim, a análise englobou a descrição, sistematização, comparação e interpretação dos aspectos considerados significativos em todo o material coletado, articulando-se o referencial teórico-metodológico e os achados analíticos construídos na pesquisa. Ou seja, atribuímos relevância teórica aos fenômenos revelados na coleta de dados (Becker, 1997). Destaca-se que esse estudo de caso levou em conta a possibilidade da descoberta, a interpretação em contexto, procurando representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vistas presentes. A análise possibilitou uma representação singular da realidade, realidade esta multidimensional e historicamente construída.

Apontamos como limitação do estudo o fato da parceria entre SMS e OSS ter se iniciado em 2009, tempo que pode ser considerado curto para o amadurecimento de uma nova abordagem organizacional dessa complexidade. Optamos por prosseguir a pesquisa pelo ineditismo do tema e pelo fato de que estudos de casos sobre intervenções ainda não consolidadas permitem explorar as dificuldades de aplicação prática de determinados conceitos, ou seja, as relações existentes entre os pressupostos de uma intervenção e o contexto no qual se situa. Trata-se da articulação da teoria com a ação e “do estudo dos processos de mudança ocorridos após uma organização ter decidido introduzir ou adotar uma intervenção” (Denis e Champagne, 1997, p.62).

Outra limitação refere-se àquela relacionada à construção e utilização de planos de análise. Todo plano de análise é uma forma limitada de consideração da realidade a partir de aspectos que são considerados e outros que são desconsiderados. É sempre uma proposição de natureza técnica, uma vez que tem por finalidade estabelecer um enunciado de caráter prescritivo para a intervenção. Entretanto, se por um lado seu caráter técnico-normativo será sempre uma limitação inerente ao estudo, por outro lado, contribui para a validade interna dos estudos de caso, pois esta é dependente da adequação entre a análise escolhida e o modelo teórico, da comparação de uma configuração prévia com uma configuração empírica observada. Yin (2003) denomina essa estratégia de análise dos estudos de caso de ‘pareamento de um modelo’. O fundamental é que a adoção ou não das práticas esperadas no plano de análise não seja tratada de forma fatalista; ao contrário, adotamos a premissa de que a experiência altera as práticas e o aprendizado aprimora a

experiência. Concordamos com Martins (2007, p.06) quando argumenta sobre as limitações dos planos de análise: “Estas limitações não invalidam as considerações feitas a partir da presente aplicação, apenas indicam que outras análises devem ser procedidas a fim de contrastá-las com a presente em busca da identificação de questões críticas”.

Além dessas, apontamos como limitação a fragilidade das tecnologias de informação em saúde adotadas pela SMS e que será analisada no capítulo seis. No entanto, a utilização de múltiplas fontes de dados, elementos qualitativos e quantitativos, pode contribuir para aumentar a validade de construção de um estudo de caso.

Não pretendemos esgotar outras possibilidades de abordagem do material por nós produzido. Porém, as nuances do modo particular com que cada pesquisador conduz a tarefa de conhecer determinada realidade compõem a riqueza e a particularidade da produção do conhecimento científico, sempre aberto a novas produções de sentido. Foi dada ênfase ao processo e ao tempo, uma vez que casos são parte de uma realidade em ação e este estudo possibilitou a fotografia de um processo dinâmico de construção da APS na cidade do Rio de Janeiro.

Capítulo 4
Reorganização da Atenção Primária à Saúde do
Rio de Janeiro

A reorganização e a ampliação do acesso à atenção primária no Brasil foram impulsionadas nos últimos vinte anos pela introdução da Estratégia Saúde da Família operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde, responsáveis por uma população definida. Em 1994 inicia-se a implantação da ESF, como Programa Saúde da Família (PSF). Em 1998, há um grande impulso promovido pelo incentivo financeiro federal com mecanismos de transferência automática de recursos para a APS: Piso da Atenção Básica fixo (recurso *per capita*) e Piso de Atenção Básica variável (incentivo financeiro específico para o PSF) e que ainda encontra-se em vigor.

Além desse incentivo, o Ministério da Saúde instituiu o PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, viabilizado por um acordo de empréstimo celebrado com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Seu objetivo foi apoiar, por meio de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da ESF em 184 municípios com população superior a 100 mil habitantes, todos os Estados e o Distrito Federal. Esse projeto foi composto por duas fases, a primeira ocorreu entre 2002 e 2007; a segunda de 2009 a 2013⁴⁴. Atualmente, o Ministério da Saúde incentiva a expansão e melhoria da qualidade da ESF por meio do PMAQ-AB, comentado no capítulo dois.

A expansão é crescente, dados de dezembro de 2013 revelam a existência de 35.242 equipes de saúde da família e uma cobertura potencial de 56% da população em 5.346 municípios, 96% do total de municípios brasileiros (Brasil, 2014). Apesar dessa expansão progressiva em municípios de todas as regiões do país, ainda há desigualdade de cobertura entre as regiões e nos grandes centros urbanos, destacando-se a incipiente implantação da ESF nas capitais⁴⁵.

Dentre os fatores limitantes, citamos os agravos à saúde característicos dos grandes centros; a complexidade dos contextos sociais e econômicos em que vivem as famílias, o que inclui a violência; a oferta consolidada de uma rede de atenção desarticulada, centrada nos hospitais, mal distribuída e com um padrão de utilização pautado pela fragmentação e especialização; a predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda espontânea e de programas verticalizados na atenção primária; a dificuldade da interação dos novos saberes e práticas inerentes à ESF; e o padrão rígido

⁴⁴ Informações disponíveis em <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/proesf/index.php>. Acesso: 19 jan. 2014.

⁴⁵ Entre as capitais brasileiras com mais de 500.000 habitantes, somente três apresentavam cobertura potencial da ESF acima de 50% da população em outubro de 2013: João Pessoa (80,39%); Belo Horizonte (74,02%) e Recife (52,36%); (Brasil, 2014).

de composição das equipes, que desconsidera as especificidades locais (Campos et al, 2002; Gomes e Pinheiro, 2005; Viana e Silva, 2005; Machado et al, 2008; Sousa e Hamman, 2009).

Na cidade do Rio de Janeiro o cenário de implantação da ESF não foi diferente. Com 6.390.290⁴⁶ habitantes, é um centro urbano bastante heterogêneo que apresenta diferentes graus de desenvolvimento em suas regiões e desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde. Indicadores de condições de vida dessa população apontam grandes variações entre áreas, às vezes bem próximas pela coexistência de aglomerados urbanos subnormais⁴⁷, principalmente nas encostas dos morros, ao lado dos setores mais ricos da população (SMSDC, 2009).

O início da ESF ocorreu em 1995 com a implantação da primeira equipe na ilha de Paquetá. Seguindo a tendência nacional, em 1999 houve uma primeira expansão, ainda incipiente, chegando-se a 21 equipes vinculadas aos centros de saúde em 2001. Cabe destacar que os profissionais das equipes eram contratados por meio de convênio com ONGs, associação de moradores e cooperativas, e os insumos e equipamentos eram adquiridos diretamente pela SMS. No entanto, o diagnóstico de que a morosidade nessas aquisições inviabilizaria novas expansões fez com que as ONGs assumissem também tais atividades, mantendo-se a gerência técnica na SMS. De acordo com Caselli (2003):

A compra do equipamento permanente era muito lenta, prejudicando o processo de implementação. O material solicitado para as equipes em 1999, só chegou em 2001/2002. Por este motivo foi que surgiu a ideia da absorção pelas ONG destas compras (p. 64). [...] Foi considerada uma flexibilização da gestão, sem, no entanto ser regida ainda por contrato de gestão [...]. Serão ampliados os convênios existentes [...] com algumas ONGs que estabeleceram uma relação adequada ao funcionamento do Programa (p. 74).

Esse mesmo estudo identificou alguns problemas nas parcerias que também dificultaram a expansão da ESF, quais sejam: a fragilidade jurídica dos convênios; as prestações de contas inadequadas; e o atraso no pagamento dos salários por parte de algumas associações de moradores conveniadas, o que contribuiu com a alta rotatividade dos profissionais.

⁴⁶ Estimativa IBGE, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 26 nov. 2013.

⁴⁷ Esta é a denominação utilizada pelo IBGE para as favelas cariocas: Um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais (barracos, casas etc.) carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa.

Na tentativa de superar tais debilidades, a SMS realizou em 2003 um processo seletivo interno entre os servidores estatutários com um incentivo salarial para a adesão à ESF, o que pressupunha uma jornada de 40 horas semanais. Para a categoria médica o nível salarial aumentou em até quatro vezes em relação ao que recebiam por 24 horas semanais, entretanto a adesão desta categoria, ao contrário das demais, foi baixa por dois motivos principais: a maioria dos médicos possuía outros vínculos empregatícios, o que dificultava o cumprimento da carga horária estendida; e a não incorporação do incentivo ao salário-base gerou insegurança para adesão ao novo modelo. Nesse contexto, a SMS manteve a contratação de médicos de família e agentes comunitários pelo regime celetista e intermediada pelas ONG,

Em síntese, a SMS realiza parceria com o terceiro setor na ESF desde seu início, com momentos de pequenas expansões e de estagnação. Esse cenário muda quando em 2009, sob uma administração de oposição à anterior, a prefeitura implanta o “Projeto Saúde Presente” que preconiza a reestruturação da APS por meio da expansão e consolidação da ESF.

De acordo com o discurso oficial, para o alcance desse objetivo seria necessário modernizar a gestão da rede municipal de serviços existentes até então, em um movimento denominado “Reforma da APS que didaticamente está dividida em três componentes: Reforma Organizacional, Reforma do Modelo de Atenção e Reforma Administrativa” (Soranz, 2013).

Por “Reforma” Organizacional entenda-se a alteração da estrutura organizacional da SMS, por meio do Decreto nº 30433 de 28 de janeiro de 2009, que instituiu seis subsecretarias de saúde e criou uma subsecretaria específica para a APS (Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde - SUBPAV) e outra para a atenção hospitalar (Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência), que anteriormente faziam parte da Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde.

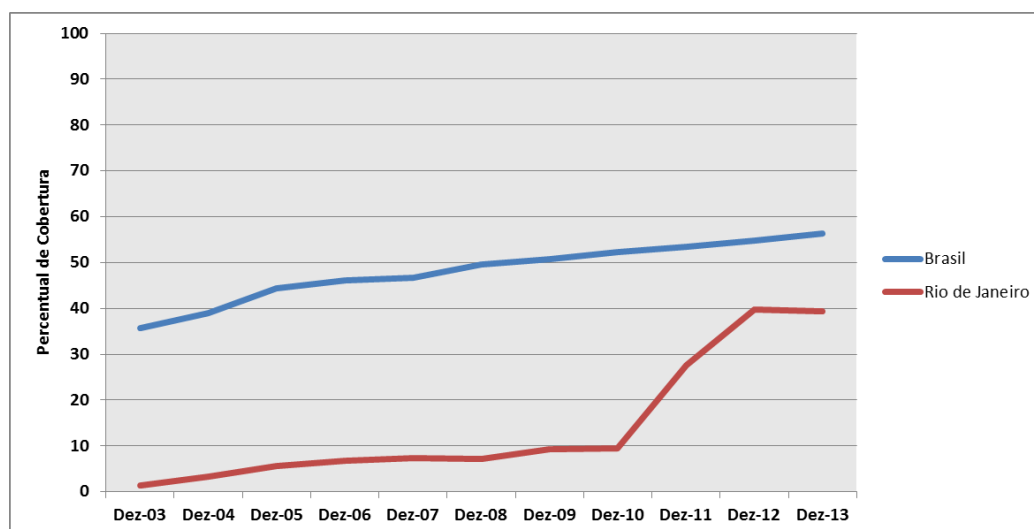
A “Reforma” do Modelo de Atenção compreende a instituição dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS, que define responsabilidades, complementaridade e integração das políticas, programas e serviços em um território sanitário definido. Seu objetivo é reorganizar a rede de serviços com a ESF como porta de entrada principal e garantir o acesso aos demais serviços por meio da definição dos fluxos de referência e contra-referência e do “acompanhamento dos usuários em qualquer ponto da rede, representando uma mudança profunda em relação ao modelo atual

caracterizado pela demanda espontânea em quase todos os serviços” (SMSDC, 2009, p. 103).

Nessa perspectiva e para a reorganização do modelo de atenção, algumas ações foram desenvolvidas:

- padronização das unidades de APS que existiam com denominações, estrutura e práticas distintas (centro de saúde, posto de saúde, unidade clínica de atendimento primário de saúde, unidade municipal de atendimento médico primário). Todas adotaram uma carteira de serviços mínimos e passaram a serem designadas apenas como CMS (centros municipais de saúde) ou CSE (centros de saúde vinculados a instituições de ensino e pesquisa). Várias dessas estruturas foram readequadas fisicamente (82) para a inclusão das equipes de saúde da família e 130 foram reequipadas;
- municipalização de três unidades estaduais de APS;
- construção de 71 novas unidades de saúde adequadas ao processo de trabalho da ESF e denominadas clínicas de família (CF);
- categorização dos serviços de APS (CMS, CSE e CF), de acordo com a cobertura potencial oferecida pela ESF, em três modelos: A – cobertura total do território; B – cobertura parcial do território e C – unidades sem ESF, mas com território de atuação definido. Todas as CF se enquadram no modelo A (SMSDC, 2010);
- expansão da ESF que, em dezembro de 2013, compreendia 733 equipes de saúde da família e 39,4 % de cobertura potencial da população (Brasil, 2014). O gráfico 1 apresenta essa expansão e também a expansão nacional, tendo como referência o mês de dezembro.

Gráfico 1 – Expansão da cobertura potencial da população pela ESF, 2003 a 2013, Rio de Janeiro e Brasil.



Fonte: Brasil, 2014

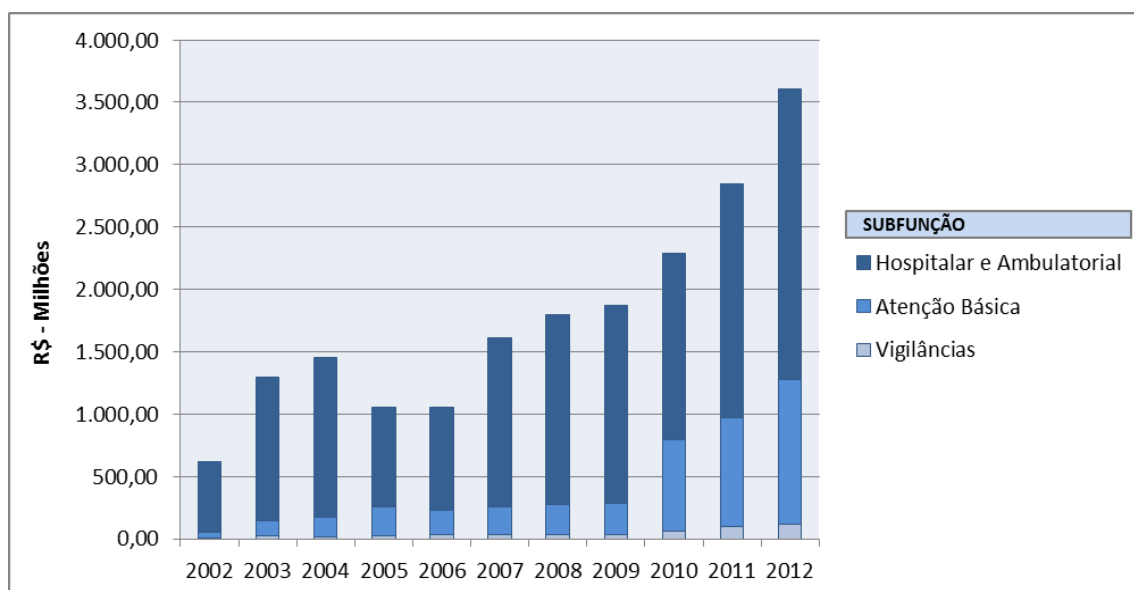
A terceira “reforma” conduzida pela atual administração⁴⁸ da cidade com o objetivo de reorganizar a APS apresenta duas dimensões complementares: maior participação da saúde no orçamento municipal e maior participação da APS no orçamento da saúde, com aumento expressivo do recurso investido; e a modernização da gestão por meio da parceria com as OSS.

O percentual das receitas próprias do município aplicadas na saúde, de acordo a Lei Complementar 141, passou de 15,7% em 2008 para 23,2 % em 2012. O investimento na APS é demonstrado no gráfico 2. Em 2008, o percentual do gasto em APS em relação às outras subfunções vinculadas (vigilâncias em saúde e assistência hospitalar e ambulatorial) foi de 13,2%, aproximadamente 238 milhões de reais; em 2012 o percentual investido na APS foi de 31,7% e aproximadamente 1.158 milhões de reais⁴⁹.

⁴⁸ O Prefeito que administrou a cidade no período de 2009 a 2012 foi reeleito em primeiro turno para o período 2013/2016 e manteve a mesma equipe na gestão da SMS.

⁴⁹ Dados disponíveis em < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>>. Acesso em 21 fev. 2014. Até esta data o município não havia transmitido ao SIOPS os dados referentes a 2013.

Gráfico 2 – Distribuição dos recursos gastos em saúde, por subfunção, 2002 a 2012, Rio de Janeiro.



Fonte: SIOPS

A outra dimensão da “Reforma Administrativa” foi a modernização da gestão. Inicia-se com a regulamentação da parceria do município com organizações da sociedade sem fins lucrativos, qualificadas como OS, por meio da Lei Municipal nº 5.026 de 19 de maio de 2009 e do Decreto nº 30.780 de 02 de junho de 2009. A referida lei define em seu capítulo I; seção I:

Art. 1º. O Poder Executivo poderá qualificar como Organizações Sociais as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

§ 2º As Organizações Sociais cujas atividades sejam dirigidas à saúde poderão atuar exclusivamente em unidades de saúde criadas a partir da entrada em vigor desta Lei, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família (PRJ, 2009).

Até o término desta pesquisa, 22 entidades do terceiro setor encontravam-se qualificadas como OS para atuação na saúde, das quais 11 celebraram 32 contratos de gestão para gerência de 223 serviços de saúde. Além da atuação na ESF, são contratadas OSS para atuar no Programa Cegonha Carioca; no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso; em 05 Coordenações de Emergência Regionais, em 14 Unidades de Pronto Atendimento, em 02 Hospitais e 02 Maternidades. O escopo de um contrato de gestão

pode compreender uma área programática (AP) com diferentes serviços de saúde ou um serviço de saúde específico.

Em relação à ESF, os editais de convocação são realizados por AP, de forma que não haja duas OSS atuando na mesma AP⁵⁰ e a SMS celebrou onze contratos de gestão com cinco OSS para “operacionalização, apoio e execução de atividades e serviços de saúde da família”. A OSS Fibra atua na AP 2.2; a OSS Viva Comunidade atua nas AP 2.1, 3.1 e 3.3; a OSS Fiotec atua na AP 3.1; a OSS Iabas atua nas AP 4.0, 5.1 e 5.2 e a OSS SPDM atua nas AP 1.0⁵¹, 3.2 e 5.3.

De acordo com Soranz (2013), essa contratualização foi influenciada por duas experiências internacionais, a “Missão dos Cuidados Primários” que instituiu a Reforma da APS de Portugal e a contratualização existente no Sistema Nacional de Saúde inglês com os *trusts*; e pela análise de contratos nacionais e internacionais em APS.

No próximo capítulo analisaremos aspectos do sistema de governança existente na ESF do Rio de Janeiro.

⁵⁰ A única exceção é a AP 3.1 que possui contrato com duas OSS, Viva Comunidade e Fiotec. Esta é responsável pela ESF de um CSE pertencente à Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e uma CF no entorno e cuja especificidade foi mencionada no capítulo três.

⁵¹ Até setembro de 2013 a AP 1.0 era gerenciada pela OSS Fibra, entretanto a SMS optou por não renovar o contrato com esta OSS, houve nova convocação pública e a vencedora foi a SPDM.

Capítulo 5

Governança na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro: contratualização, regulação, transparência e controle social

A discussão a seguir foi desenvolvida a partir da análise da percepção dos entrevistados e dos documentos oficiais da SMS e do CMS. Ela será apresentada de acordo com as dimensões e categorias adotadas no estudo. De modo geral, as entrevistas trouxeram informações importantes para a descrição do processo. Cabe destacar que, independente do lugar institucional, vínculo (celetista ou estatutário), e tempo de atuação na SMS, as percepções dos entrevistados sobre as diversas questões abordadas foram bastante homogêneas, apesar de terem sido expressas com maior ou menor profundidade, dependendo da trajetória profissional e visão crítica de cada um.

Antes de discutirmos as práticas existentes na relação entre SMS e OSS, cabe analisar os motivos para o gestor municipal introduzir esse tipo de parceria⁵² na gerência da ESF.

De acordo com o discurso oficial, os dois principais motivos foram: a inviabilidade de contratação de novos servidores públicos, na medida em que as despesas totais com pessoal encontravam-se no limite prudencial da responsabilidade fiscal⁵³ e do equilíbrio financeiro; e o diagnóstico de que a AD não conseguiria promover a expansão da ESF em curto espaço de tempo, o que somente seria possível por meio da adoção das regras do direito privado pelas OSS. Tais regras possibilitam agilidade na contratação e demissão de profissionais, na aquisição de insumos e equipamentos e na adequação de espaços físicos. A esse respeito, Dohmann (2012), Secretário Municipal de Saúde, faz a seguinte afirmação:

Eu tenho absoluta convicção que sem a ferramenta administrativa das OSS a gente não conseguiria fazer esse grau de transformação na velocidade que foi feita. Obviamente que a ferramenta seria inócua se não fosse o aumento dos recursos. Isso só foi possível porque houve a decisão do prefeito da cidade de fazer

⁵² Além da parceria com OSS, a Câmara Municipal aprovou em maio de 2013 a constituição da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro (Rio Saúde S.A.), de direito privado e com patrimônio próprio, sob a forma de sociedade anônima de capital fechado. Atualmente em fase de elaboração de projeto. Esse novo modelo jurídico também permite maior flexibilidade administrativa na gestão. De acordo com o Secretário da Casa Civil “O Estatuto do Servidor, ao mesmo tempo que protege, cria amarras ao setor público, dificuldades que não são adequadas aos dias de hoje. Em determinadas áreas, temos e continuaremos tendo a preferência por funcionários estatutários. Mas acreditamos que em determinados setores podem ser usados diferentes tipos de contratação, como é o caso agora [...] Com as dificuldades para gerir o sistema, precisamos ter vários modelos à disposição. Todos os outros modelos existentes serão mantidos, esta será apenas mais uma contribuição” (Folha Dirigida, 2013).

⁵³ Na cidade do Rio de Janeiro, a despesa com pessoal consolidada durante o exercício de 2008 consumiu 51,65% da receita corrente líquida, sendo 48,69% do Poder Executivo e 2,96% do Poder Legislativo (Câmara dos Vereadores e TCM). Esses percentuais estavam abaixo do limite legal de 60% e do limite prudencial de 57%. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2864084/DLFE-243459.pdf/prestsimp2.0.0.8..pdf>. Acesso em 10 de mar. 2014.

investimentos em saúde. Somente com mais recursos e o desenvolvimento de ferramentas administrativas é que foi possível avançar.

Esse discurso oficial foi assumido também por todos os atores entrevistados, sem exceção, ao responderem à pergunta: “Porque a SMS optou pelo modelo de OSS? Qual seu objetivo?”. Além dessa concordância, os entrevistados que atuam na SMS há mais tempo enfatizaram a morosidade dos processos na AD como um importante obstáculo à expansão da ESF, relatando diversos exemplos de processos de aquisição e adequação de espaços físicos que tramitaram em tempo superior ao razoável⁵⁴:

Visto que eu sou servidora pública, passei muitos anos como gestora de policlínica e fiquei um ano com um processo embaixo do braço para aquisição de melhorias tecnológicas, e saí de lá sem conseguir comprar um computador sequer, tendo recurso disponível pra isso. O dinheiro estava lá carimbado pra isso e eu saí com a frustração de não ter posto uma impressora, uma mesa nova e nem uma cadeira nova. Chego aqui, já com a OSS, e fiquei impressionada como equipávamos uma clínica rapidamente. Então eu acho que as OSS funcionam pra essa velocidade que o Rio de Janeiro nos impõe, porque a dívida que a saúde tem com a população carioca é muito grande, e nós precisávamos trabalhar numa velocidade também muito grande. Então pra esse momento de ampliação foi oportuno (GSMS2).

Além disso, a escolha desse modelo é uma forma de assumir que a SMS tem uma falência da gestão pública pela demora na tramitação de processos de aquisição e contratação e por isso assume uma gestão via OSS para favorecer a expansão da ESF (GCF).

Além dessas razões, coordenadores das CAP e gerentes de CF acrescentaram que o fato do modelo de OSS possibilitar a contratação de profissionais fora do regime estatutário e dentro da CLT era também uma importante razão para a adesão à esse modelo. Chamou-nos a atenção ser consenso que a estabilidade concedida aos servidores públicos provedores de serviços de saúde dificultaria a adequação entre o perfil destes e o trabalho a ser executado, além do cumprimento da carga horária; e seria um obstáculo à motivação dos profissionais. Apresentamos a seguir, trechos significativos da percepção dos entrevistados a esse respeito.

Há muitos anos acho que um dos maiores problemas da nossa rede é a bendita ou maldita estabilidade[...]. Eu falo isso com muita tranquilidade porque eu sou servidora. O servidor se acomoda no não fazer e não tem jeito.

⁵⁴ Conforme descrito no capítulo três, as siglas utilizadas são: GOSS – gerentes das OSS; GSMS – gerentes do nível central da SMS e das CAP; GCF – gerentes das clínicas de família; CMS – conselheiros municipais de saúde.

Sabe aquela coisa da cultura do não? “Não, aqui não pode”, “não, não é aqui”, “não, já acabou o meu horário”. O servidor está lá para trabalhar de 8 às 17h [...] mas, as 10:00 ele saiu para passear, só voltou às 13:00 e às 15:00 está indo embora. Como assim? E depois na reunião vem dizer que está estrangulado, que trabalha demais (GSMS1).

A gente chegou numa fase em que os concursos estão abarrotando o governo de pessoas que fazem de tudo pra entrar e depois relaxam e não querem fazer aquilo que foi proposto pra eles fazerem. Eu sei por que já lidei com vários profissionais servidores, tem suas exceções [...] mas, na sua maioria, pelo fato de não poder ser mandado embora, não faz o que deveria, porque se não fizer não será dispensado mesmo (GCF1).

Trabalhei em uma unidade mista onde tinha estatutário e celetista e a diferença é gritante. Eu cansei, por inúmeras vezes, de ouvir técnico de enfermagem dizer “eu não vou fazer o curativo, deixa para o pessoal da OSS, porque se eles não fizerem eles vão ser demitidos, e ninguém me demite” (GCF2).

Trabalho na saúde desde 2006 e te confesso que nem gostaria de ser estatutária porque teria que trabalhar com pessoas que não tem motivação, acomodadas. E aí eu vou me acomodar também? Tenho dúvidas se a saúde funciona com todo mundo sendo estatutário, o que a gente faz com aquela pessoa que não tem perfil e atende mal a população? (GCF3).

O comportamento das pessoas que têm estabilidade é um problema muito sério. O estatutário se aproveita disso e não liga se está fazendo um bom serviço ou não (CMS).

Tais percepções e argumentos vão ao encontro da proposta da Reforma Gerencial, discutida no capítulo 1, de que servidores públicos são fundamentais no “espaço público estatal”, mas não o seriam no “espaço público não estatal” que é onde se encontra a prestação de serviços públicos de saúde. Mas, qual a percepção dos trabalhadores da saúde a esse respeito? Em que medida existe, de fato, desmotivação dos profissionais estatutários? Que fatores contribuem para tal comportamento? O problema estaria na inadequação da estabilidade às práticas exigidas na APS? Ou no afastamento dos trabalhadores da discussão política e social acerca da implementação das políticas públicas de saúde? A regulação do trabalho nas parcerias do Estado com o terceiro setor vis-à-vis a prestação de serviços de saúde por servidores públicos não é foco desse estudo, mas certamente tem se constituído em uma importante agenda de pesquisa⁵⁵.

⁵⁵ Sobre este tema ver: Pierantoni, 2001; Barbosa, 2010; Vieira e Chinelli, 2013; Martins e Molinaro, 2013.

5.1 A contratualização na dinâmica da ESF: processo de negociação, sistema de incentivos ao desempenho e responsabilização com autonomia

As três categorias utilizadas para análise da lógica contratual são imbricadas e complementares. A negociação entre as partes e o sistema de incentivos contribui para uma maior responsabilização do prestador, que por sua vez necessita de alguma autonomia para adequação dos processos à necessidade dos serviços e alcance do desempenho esperado. Por uma questão didática, discutiremos separadamente.

A negociação entre financiador e prestador, seja ele público ou privado, é uma importante etapa do processo de contratualização na medida em que contribui para a substituição da relação hierárquica tradicional pela pactuação bilateral, o que estimularia a parceria na busca pelo melhor desempenho dos serviços e minimizaria os problemas de agencia. Entretanto, a percepção dos entrevistados e a análise do contrato de gestão (CG) revelaram que o processo de negociação encontra-se pouco presente na relação entre a SMS e as OSS. O edital de convocação pública das OSS tem como anexo a minuta do CG onde consta a produtividade esperada das equipes (quantidade e tipo de atendimento de cada categoria profissional) e os indicadores e metas de desempenho a serem cumpridos pela gestão da OSS (indicadores gerenciais) e pelos profissionais de saúde (indicadores assistenciais). Ou seja, quando uma OSS concorre à gerência da ESF de determinada AP, já sabe quais as metas de desempenho deverá alcançar.

As OSS não participam dessa definição, eles entram depois para executar. A gente define tudo o que queremos, publicamos o edital e as OSS verificam se se encaixam naquele perfil e se participam ou não; se terão condições de fornecer aquilo que o contrato solicita (GSMS1).

O único momento que a OSS participa é quando da proposta técnica que concorre ao edital, em que a OSS diz mais ou menos como ela pensa em fazer e aí na hora a gente analisa porque conta ponto na disputa. Mas depois nem olhamos mais pra essa proposta técnica. Eu nunca vi essa proposta técnica falar com o dia a dia da gente. Essa proposta técnica fica no armário (GSMS2).

Os indicadores e metas compõem o sistema de incentivos ao desempenho das OSS e se vinculam ao repasse trimestral de uma parte variável do recurso previsto no CG⁵⁶. Tal sistema foi instituído em 2011 e compreende três níveis de incentivo:

⁵⁶ A convocação pública realizada em setembro de 2013 para a gerência da AP 1.0 aonde consta o detalhamento do sistema de incentivos ao desempenho está disponível em <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4378465>>. Acesso em 20 de out. 2013.

- parte variável 1: incentivo institucional⁵⁷ à gestão da OSS. Tem como objetivo induzir boas práticas na gestão e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do CG mediante apresentação pela OSS de um plano de aplicação à respectiva CAP e corresponde a até 2% do valor anual contratado;
- parte variável 2: incentivo institucional às unidades de saúde, relacionado ao alcance das metas de acesso, desempenho assistencial, satisfação dos usuários e eficiência, por cada equipe. As unidades recebem o recurso, a ser aplicado na própria unidade, de acordo com o número de equipes existente e no valor de R\$ 3.000 por equipe;
- parte variável 3: incentivo financeiro aos profissionais de saúde, relacionados à adequação e qualidade do acompanhamento de usuários com determinados agravos ou patologia. Corresponde a até 10% do salário base de cada membro da equipe de saúde da família e saúde bucal.

Na perspectiva da Teoria de Agencia, o sistema de incentivos evita o comportamento oportunista das OSS e estimula padrões de cooperação e de racionalidade coletiva em detrimento de padrões de comportamento que privilegiam interesses setoriais e individuais. De acordo com Melo (1996) é grande a complexidade do desenho de uma estrutura de incentivos.

O CG prevê a negociação das metas relativas à parte variável 2 após o primeiro ano de contrato, mas tal prática começa a ser organizada somente no final de 2013 após constatação de que nenhuma equipe do município havia conseguido alcançá-las em 2011 e 2012. Para reverter esse cenário, a SMS instituiu a negociação entre as CAP e as OSS. Isso ocorreu de forma heterogênea e dependente da capacidade técnica e de negociação tanto das CAP quanto dos gerentes das CF. Em algumas áreas a negociação possibilitou metas individualizadas por CF, com alguma participação das equipes, em outras as metas foram iguais para todas as CF daquela área e em outras áreas ainda não aconteceu. Em todas as áreas onde houve negociação, as metas foram reduzidas.

A esse respeito destacamos um trecho da resposta de um GCF à pergunta: “Em que momento do processo de contratualização entre as OSS e a SMS os serviços e as

⁵⁷ Incentivos institucionais representam não uma transferência direta de recursos, mas uma autorização para que seu beneficiário utilize um recurso extra na melhoria das condições de trabalho do conjunto do grupo como formação continuada, humanização de espaços físicos, aquisição de equipamentos.

metas são negociados? Como isso ocorre? Os profissionais da SF participam desse processo?”.

Os indicadores são pré-definidos pela Subsecretaria, nem a CAP participa. Às vezes não digerimos, fica entalado mesmo. Não tínhamos governabilidade nenhuma sobre nenhuma meta, mas esse ano, as CF foram chamadas para conversar sobre a parte variável 2 pois, nenhuma unidade tinha conseguido atingi-las em três anos de expansão da SF e daí começaram a entender que a meta era surreal. Demoraram três anos pra isso, então tivemos a possibilidade de propor metas possíveis de serem alcançadas. Fiz meus cálculos, verifiquei minha serie histórica pra tentar chegar a uma meta mais próxima da nossa realidade, quando cheguei na reunião já tinha uma pauta com as metas preestabelecidas pela CAP pra toda a área.

Então eu fiz uma intervenção dizendo que eu tinha feito um estudo de metas pra minha unidade e que queria que fosse respeitada. Isso acabou sendo aceito pra alguns indicadores, não todos. Mas há uma pressão para mantermos as metas elevadas, inclusive os apoiadores das linhas de cuidado da CAP falavam assim: “Ah, você não vai fazer isso, vai pegar mal”. Mas eu não estou preocupado com isso, mas sim preocupado em ter um instrumento factível de acompanhamento do nosso trabalho (GCF).

Nessa perspectiva, a não participação das OSS, principalmente dos profissionais de saúde, na definição dos indicadores e das metas reduziria o potencial da contratualização como um modelo que pretende, por meio de um modelo de gestão negociado, alcançar melhores padrões de desempenho. O desejável seria a participação dos profissionais e a contratualização interna entre eles e os gerentes das CF, com a negociação de indicadores e metas próprias e adequadas à especificidade local que, depois, seriam pactuadas com as CAP.

Cabe destacar que enquanto no âmbito hospitalar a relação entre o financiamento e os resultados compõe o foco da lógica contratual, na APS o exercício da pactuação entre gerentes e profissionais de saúde deveria ser central, pois a proximidade com os usuários seria essencial na complicada tarefa de definição e escolha de indicadores e metas que consigam medir, com alguma sensibilidade, a evolução e efetividade de práticas de promoção, prevenção e atenção nesse domínio (Portugal, 2012).

Ainda em relação ao sistema de incentivos adotado, cabe uma discussão sobre a parte variável 3, também denominada pela SMS de pagamento por performance (P4P)⁵⁸, quer porque a correlação entre remuneração variável, motivação dos profissionais e melhoria no desempenho não é consenso na literatura; quer porque a implementação desses incentivos para o cumprimento de determinadas metas de qualidade, na maioria

⁵⁸ De acordo com Kazandjian (2010), não se trataria de um pagamento por performance, ainda que seja o termo mais utilizado, mas sim de um “pagamento ajustado pelo desempenho”, ou seja um ajuste no pagamento existente a partir de aspectos do desempenho medidos e metas alcançadas.

das vezes relacionadas a cuidados preventivos e gerenciamento de doenças crônicas, é crescente nos diversos sistemas de saúde. Além disso, apesar do uso crescente também nos municípios brasileiros, em parte estimulados pelo PMAQ-AB, existem poucos relatos sobre essas experiências, seu funcionamento e resultados.

Estudos realizados com médicos⁵⁹ da APS do setor público na Inglaterra e Estados Unidos concluíram que o pagamento de incentivos aos profissionais não foram relacionados à melhoria do desempenho nos casos analisados⁶⁰. Tais resultados aparecem tanto nos estudos de análise temporal e estatística de indicadores selecionados quanto naqueles de análise qualitativa da percepção dos médicos. Além disso, apontam algumas questões limitantes e relacionadas com a forma como esses programas são concebidos e implementados, quais sejam:

- incentivos à produtividade podem aumentar a qualidade do que é medido, mas nada garante que melhoram a qualidade dos cuidados propriamente ditos;
- podem provocar desmotivação dos médicos, pois de acordo com evidências do campo da economia comportamental e psicologia social, a remuneração por desempenho seria adequada para aumentar a produção em tarefas manuais simples, mas não o seria em tarefas cognitivas complexas, onde as recompensas poderiam reduzir a motivação e piorar o desempenho;
- e podem estimular a seleção adversa de usuários, o que acontece quando os profissionais priorizam atendimentos relacionados aos indicadores em detrimento da necessidade dos usuários.

Dentre esses estudos, destacamos o realizado nos EUA por Gavagan et al (2010) a partir da comparação retrospectiva entre dois grupos de centros de saúde pertencentes a duas Escolas Médicas. O primeiro grupo, formado por cinco centros de saúde, não adotou o programa de pagamento por desempenho e o segundo, composto por seis centros de saúde, adotou tal programa vinculado ao alcance de metas de cuidados preventivos (rastreamento do câncer de colo do útero, solicitação de mamografias e imunização infantil) e também de produtividade. Duas análises foram realizadas: comportamento de dez indicadores, incluindo os três ligados ao sistema de incentivos, nos dois grupos em um

⁵⁹ A grande maioria dos estudos internacionais sobre esse tema discute a categoria médica possivelmente devido à centralidade que essa categoria adquire na APS nos países estudados.

⁶⁰ Rosenthal et al, 2006; Campbell, McDonald e Lester, 2008; Campbell et al, 2009; McDonald e Martin Roland, 2009; Salisbury-Afshar, 2012; Woolhandler, 2012; Fleetcroft, 2012.

período de seis anos; e a percepção dos médicos do grupo que recebeu os incentivos. Os resultados da primeira análise revelaram a inexistência de diferenças significativas dos indicadores entre os grupos. A segunda análise, baseada na percepção dos médicos, revelou que a maioria desses profissionais não considerou o incentivo como fator importante na melhoria da qualidade do atendimento, mas sim outros fatores citados a seguir por ordem decrescente de importância: a dedicação e empenho individual; o trabalho em equipe com o pessoal de enfermagem, a organização do processo de trabalho; a responsabilização produzida pelo acompanhamento das metas; e, por último, o incentivo financeiro.

Em perspectiva contrária, revisão sistemática realizada por Petersen et al (2006) encontrou seis estudos empíricos de incentivos financeiros para a qualidade do cuidado médico, dos quais cinco apontaram efeitos parciais ou positivos sobre medidas de qualidade. Além desse, estudo de Kazandjian (2010) concluiu que o modelo mais apropriado de remuneração dos profissionais de saúde dentre os diversos existentes é aquele que combina uma parte fixa e outra variável, de acordo com o desempenho.

Esse modelo de remuneração foi adotado em Curitiba, em 2002, e estudos indicam que o mesmo promoveu mudanças positivas: reforço no compromisso das equipes; incremento da prática multiprofissional, do monitoramento das ações e da qualidade do manejo clínico. Além disso, promoveu mudança na postura dos profissionais que ficou mais proativa e orientada a resultados; melhoria dos indicadores locais de saúde e do desempenho dos serviços (Brasil, 2006; Ducci, 2007; Marty, 2009; Ditterich, 2011).

Também estudos realizados sobre a experiência portuguesa concluíram que a utilização desses incentivos foi positiva tanto em relação à eficiência e à despesa pública (Gouveia et al, 2007), quanto em relação à motivação para o trabalho em equipe e ao alcance de maiores níveis de produtividade e qualidade (Santos, 2007b). Além disso, de acordo com Escoval (2010) a introdução desse incentivo nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal estimulou: a disseminação dos objetivos contratualizados entre todos os profissionais, mesmo aqueles que não participaram do processo de negociação; a correta alimentação dos sistemas de informação; o monitoramento contínuo do processo de trabalho; o planejamento local e a busca de estratégias para o alcance das metas pactuadas.

É digno de nota que tanto Curitiba quanto Portugal adotaram a remuneração variável atrelada ao desempenho em um contexto maior de contratualização interna com as equipes de APS. Em consonância com a lógica contratual, houve intensa participação dos profissionais na definição dos indicadores e metas. Para Ducati e Vilela (2001, p. 03),

“as metas necessariamente devem ser propostas e aceitas por todos os envolvidos no processo, devendo ser possível de atingir, porém de forma que tragam constantes melhorias para a organização”. Confirmando essa perspectiva, estudo realizado por Dudley e Rosenthal (2006) sugere que envolver os médicos em todas as etapas do desenvolvimento de um programa de incentivos é fundamental na definição de metas significativas e no engajamento desses profissionais para a melhoria da qualidade. Além disso, reduziria potenciais efeitos adversos sobre a motivação profissional na medida em que os médicos se identifiquem com os objetivos e valores do programa e sintam que tem alguma autonomia e participação no seu desenvolvimento.

Ressalta-se que experiência positiva de Portugal influenciou a SMS na instituição do modelo de sistema de pagamento ajustado pelo desempenho para equipes e profissionais da saúde da família. De acordo com a SMS,

A experiência portuguesa tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão (Rio de Janeiro, 2013, p. 104).

A contratualização na SMS contempla o sistema de incentivos às OSS e aos profissionais de saúde, mas ainda não há a participação dos profissionais na definição dos indicadores e da grande maioria das metas. Entretanto, quando da nossa pergunta “Considera que a introdução do sistema de incentivos na ESF modificou o planejamento local das equipes? Em que sentido?”, a percepção dos entrevistados foi de que, apesar da não participação dos profissionais na construção do sistema de incentivos, é possível identificar mudanças positivas.

Essas mudanças compreendem a melhoria na qualidade do planejamento da equipe e no estímulo à reflexão sobre o processo de trabalho; um melhor alinhamento das práticas entre as clínicas; uma “competição positiva” e troca de experiências entre equipes que alcançaram as metas e aquelas que não alcançaram; a reorientação do cuidado na lógica da ESF; e melhor utilização do prontuário eletrônico. Na perspectiva da Teoria de Agencia esse é o objetivo do sistema de incentivos: induzir os profissionais (agentes) a alcançarem os resultados desejados pela SMS (principal).

Sim, modificou, deu direcionalidade. Antes cada área da cidade conduzia de uma forma. Hoje que temos os indicadores da variável 2 e 3 a discussão saiu do nível gerencial e chegou nas equipes. A partir do momento que eles alcançaram a variável 3, surtiu um efeito muito bom na área, porque outras equipes que não tinham alcançado começaram a se movimentar, “o que eles estão fazendo para conseguir? é só o registro no

prontuário?” então foram vendo que o problema não era só do prontuário, mas de organização do processo de trabalho. Então houve uma competição positiva e foram ajustando os processos.

Antes, apesar de ser ESF, a lógica de atendimento era o modelo de APS tradicional, consulta por consulta [...] não havia espaço para consulta programada, educação permanente, educação em saúde [...]. Os profissionais ficaram mais reflexivos [...]. Eles melhoram o registro, mas mais que isso, eles melhoraram o processo de trabalho (GSMS1).

Sim, na variável 2 os indicadores se referem ao trabalho da equipe como um todo, se eu sou médico e trabalho de acordo com os protocolos, mas se o agente comunitário não fizer o trabalho dele a nossa equipe não vai alcançar a meta. Então ela traz esse senso de equipe forte que a estratégia pede. E a variável 3 trata da qualidade do cuidado de cada profissional com aquele usuário, então reorienta as práticas, estimula a noção do território (GOSS1).

Os entrevistados relataram também que a categoria profissional onde mais se percebeu melhoria no desempenho foi a dos agentes comunitários de saúde:

Muda sim, mudou muito o processo de trabalho. Eu vejo os agentes de saúde mais preocupados. Os agentes de saúde, apesar de estarem aqui desde 2009, não acompanhavam os cartões de vacina [...]. Mas como faz parte da variável 2, eles começaram a ter um contato com o cartão de vacina. No começo eles não davam muita bola, mas quando começaram a receber um dinheirinho a mais na conta, eles “opa!” (GCF1).

Além disso, referiram que o pagamento de uma parte variável promoveu mais motivação nos profissionais na medida em que o incentivo é também considerado como reconhecimento do seu trabalho:

O pessoal trabalha mais motivado. Quando eles alcançam as metas, fazem a divulgação, todo mundo fica inspirado. É um apoio, eles gostam, eles se sentem valorizados, não é só pelo o que eles vão ganhar em dinheiro, mas o reconhecimento do trabalho (GOSS2).

Tais melhorias foram mais ou menos significativas em função da formação e grau de maturidade das equipes na SF e a capacidade de liderança e comunicação dos gerentes locais das clínicas:

Sim, no início a gente percebia que era meio incipiente esse planejamento e tem melhorado, mas depende muito da maturidade da equipe e do gerente das clínicas, se ele domina bem o contrato, se consegue disseminar essa cultura e essa lógica para as equipes (GSMS).

Além dos pontos positivos, os gerentes também apontaram atuais limitações no processo, quais sejam: deficiências nos relatórios produzidos a partir do prontuário eletrônico do paciente (PEP); dificuldade de entendimento de algumas equipes de que o alcance ou não das metas é diretamente relacionado à melhor organização do processo de

trabalho; e a imposição dos indicadores e metas pela SMS o que dificulta o trabalho dos gerentes em mobilizar os profissionais.

Eu acho que estimula sim, mas eu acho que poderia estimular mais se a gente estivesse cuidando um pouco melhor do nosso prontuário eletrônico, se a gente estivesse com esses mecanismos um pouco mais certinhos. Eu acho que ainda tem talvez um nível de maturidade ainda muito baixo para perceber que não é a meta pela meta, que tem a ver com o fato de que a partir do momento que você tem um processo de trabalho ajustado isso vem naturalmente. Isso que eu acho que ainda não engrenou (GSMS1).

Os profissionais me dizem “ah, então tem que fazer, vou fazer”, mas não se sentem bem. Nas reuniões eu tenho muitos questionamentos. Principalmente das pessoas que já trabalham há muito tempo, entendem, dominam completamente a saúde da família, eles questionam os indicadores (GCF1).

Concluindo essa discussão, entendemos que o pagamento de profissionais de saúde vinculado a indicadores de desempenho é mais um dispositivo de melhoria da qualidade nos serviços de saúde, mas só funcionaria adequadamente como parte de um conjunto de estratégias organizacionais que vão desde a formação adequada do profissional, seu compromisso ético e a instituição de espaços de educação permanente até a capacidade de comunicação e liderança dos gerentes locais, a existência de outros incentivos não financeiros e a estabilidade dos arranjos contratuais.

Nessa perspectiva, estudo realizado pela OMS em 2006 e publicado no Brasil em 2010, sugere que:

Os sistemas de pagamento e de incentivos financeiros influenciam o comportamento dos provedores de atenção. Contudo, exatamente como e até que ponto vai depender de uma série de outras influências tais como restrições éticas e profissionais e o contexto do sistema de saúde [...] os sistemas de pagamento funcionam dentro e em interação com um contexto institucional mais amplo. Esse contexto institucional pode reforçar ou reagir aos incentivos introduzidos nos sistemas de pagamento (Grenz et al, 2010, p. 278).

A terceira categoria que utilizamos na análise da lógica contratual existente na ESF do Rio de Janeiro é a responsabilização com autonomia do prestador de serviços. A autonomia do prestador pode ser financeira, administrativa ou organizacional.

No caso em estudo, o prestador de serviços se divide em dois níveis: o central, representado pela gestão das OSS, que é responsável pela seleção, capacitação e contratação de pessoal e aquisição de insumos, equipamentos e serviços; e o local, representado pelos profissionais de saúde e gerentes das clínicas de família, que são responsáveis pela prestação do cuidado na ESF. Em ambos os níveis a autonomia é

praticamente inexistente devido ao alto grau de controle dos processos exercido pelas CAP.

A gestão da OSS possui pouca autonomia financeira na medida em que a SMS normatiza a remuneração dos profissionais, bem como o limite a ser gasto com cada uma destas rubricas orçamentárias: recursos humanos, aquisição de insumos, aquisição de equipamentos e contratação de serviços. Um remanejamento entre essas rubricas somente é realizado com a autorização da respectiva CAP. A autonomia administrativa compreende dois processos: aquisição e contratação de serviços (limpeza, manutenção de equipamentos, segurança, etc.); e contratação e demissão de pessoal. No primeiro, as OSS decidem e divulgam, por meio de um manual de compras e contratos, as regras que serão utilizadas na escolha dos fornecedores, mas o que deve ser adquirido e em qual quantidade também é normatizado pela SMS e acompanhado pelas CAP. Na questão dos recursos humanos, a OSS tem autonomia e se responsabiliza pela contratação de pessoal de acordo com quantidade e perfil indicado pela CAP, mas nos processos de demissão também é necessária a anuência da CAP.

De acordo com a fala dos entrevistados, as OSS cumprem adequadamente seu papel de suprirem as unidades de saúde. Houve falhas no início, mas após ajustes de processos, o fluxo passou a ser contínuo.

Eu acho que é muito melhor que na administração direta. Em geral o abastecimento é de regular pra bom e alguns serviços são de bom pra ótimo, manutenção, por exemplo (GCF).

Esse é o modelo adotado pela SMS. Os gerentes entrevistados concordam com a reduzida autonomia, pois consideram que o recurso público precisa ser controlado e não existiria, pelo menos ainda, uma relação de confiança entre as partes que justificasse a concessão de autonomias. Na perspectiva da Teoria de Agencia, a confiança constitui-se em valor central para a construção de relações duradouras e estáveis e diminuiria os custos de transação das relações contratuais (Lima, 2009).

Destacamos a seguir trechos significativos das respostas dos entrevistados à seguinte pergunta: Que tipo de autonomia as OSS possuem para o desenvolvimento do contrato?

Bom, é até cruel falar isso, mas aqui ela não tem autonomia nenhuma. Autonomia? Não consigo enxergar. Por exemplo, se a OSS acha que precisa mandar um trabalhador embora a gente discute [...]. Ai você pode dizer, “mas isso é uma atitude muito centralizadora”, e pode até ser, mas eu acho que pra esse modelo a gente tem que ter o

controle mesmo. Também discuto o gasto com a OSS, digo o que deve ser priorizado, freio determinadas ações que eles querem fazer (GSMS1).

A OSS não executa nada, não compra, não demite, sem a nossa anuência. Isso foi uma construção ao longo de muitas reuniões. E o que eu vejo hoje é que eles são subordinados à gente. É como uma ferramenta (GSMS2).

As CAP checam tudo, a conta de luz, de telefone, quanto que gastou. Esse foi mandado embora, porque recebeu isso? Tem até esse miudinho. A OSS não tem nenhuma autonomia. Nossa relação é de subordinação. A parceria implica numa relação de confiança, e não há isso. Os coordenadores de CAP são preocupados, “se o Ministério Público vier aqui, eu que estou assinando” (GOSS).

Aqui eu tenho que submeter todas as minhas solicitações à CAP para ela aprovar ou não e só depois ser executada pela OSS. Isso vale pra aquisições de material permanente e também para contratação e demissão. É uma forma da CAP ter o controle financeiro e acompanhar a OSS (GCF).

Sobre essa relação entre o agente e o principal, estudo realizado por Martins (2007) sobre experiências contratuais na administração pública federal aponta como “má condição” a relação tutelar aonde a supervisão segue um padrão de subordinação baseado na atribuição de ações específicas e demandas paralelas ao pactuado e como “boa condição” a relação agente-principal baseada na cobrança dos resultados pactuados no contrato.

Além disso, a concessão de autonomia na parceria com o terceiro setor poderia estimular a introdução de práticas inovadoras próprias do setor privado na atenção à saúde e na capacitação dos profissionais. Na SMS, uma vez que a autonomia é reduzida, as OSS não produzem inovações.

Embora a OSS tenha um bom quadro técnico, não tem espaço pra discussões mais inovadoras. A gente faz o que eles querem. Somos um braço operacional (OSS).

Também no nível local, representado pelos profissionais de saúde e gerentes das clínicas de família, não há autonomia na organização do processo de trabalho (autonomia organizacional) apesar de constar no CG que “Os centros de saúde e as clínicas da família são unidades operativas das CAP com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária”. A quantidade e o tipo de atendimento de cada categoria profissional são pré-definidos no CG, e o processo de trabalho é direcionado para o alcance dos indicadores também pré-definidos. Apesar das OSS disporem de sanitaristas para apoio institucional às clínicas, eles atuam sempre em conjunto com os apoiadores das CAP. As falas abaixo confirmam essa afirmativa:

A CAP tem os apoiadores institucionais por linha de cuidado ou ciclo de vida que acompanham nosso trabalho, fazemos uma reunião mensal com eles e também a reunião de gerentes na CAP de 15 em 15 dias ou, no mínimo uma vez ao mês, com pautas grandes, pesadas, que nem são de discussão, mas sim de informes. Não existe uma reunião pra discutir um assunto, mas sim de informação: “Ouve isso. Essa é a portaria tal e vocês tem que fazer isso, isso e isso” (GCF1).

A agenda já vem pronta, o contrato já diz quantos turnos tem que ter de cada coisa, não há flexibilidade ali dentro. Não existe, já vem tudo pronto. Tem que fazer assim, assim e assim. Sem dúvida que se tivéssemos um pouco de autonomia haveria mais motivação (GCF2).

Um exemplo desse alto grau de controle e, portanto, reduzida autonomia no nível local é o fato dos gerentes das clínicas, apesar de serem contratados pelas OSS, serem cargos de confiança das CAP que, inclusive, participam do processo de seleção desses profissionais junto com a OSS.

O gerente é um cargo de confiança meu. A OSS os avalia, faz reuniões com eles, não tem problema, até porque eles têm metas a cumprir. Mas o gerente precisa estar muito afinado conosco, ele tem que entender que uma unidade de saúde que ele gerencia não é da OSS, mas sim da prefeitura (GSMS).

A gente também não vai discutir nada de fluxo de processo de trabalho com os gerentes sem falar com a CAP (GOSS).

Eu respondo primeiro à CAP. A OSS tem que manter a clínica abastecida, isso faz parte do contrato de gestão. Agora, por exemplo, questões de protocolos, atendimento clínico, essas coisas que tem a ver com o gerenciamento do cuidado e organização do processo de trabalho da unidade, é com a CAP, o pessoal da OSS pode até saber e apoiar, mas isso é uma questão de saúde, então a CAP orienta de acordo com os protocolos da SMS e do MS. A diretriz do processo de trabalho é da CAP (GCF1).

Em síntese, a autonomia concedida às OSS limita-se àquela decorrente do seu regime jurídico privado: contratação de pessoal pelo regime celetista e aquisição de insumos, equipamentos e serviços sem obediência às regras que regem a administração direta. Se por um lado, esta é a principal motivação do gestor municipal para adoção do modelo de OSS no Rio de Janeiro, por outro, ao limitar a autonomia do prestador somente à esfera administrativa, afasta-se da lógica contratual e reduz a potencialidade da parceria na adoção de práticas inovadoras, bem como dificulta o exercício da responsabilização.

Isso porque a efetiva responsabilização só aconteceria em um ambiente de autonomia do prestador de serviço. Não se trataria de independência, mas de descentralização de poderes, funções e processos. A autonomia na execução das

atividades seria regulada por um conjunto de instrumentos formais explícitos elaborados pelos prestadores em parceria com o ente contratante; como por exemplo, plano de ação, regulamento interno ou carteira de serviços. Nessa perspectiva, pesquisa realizada em Portugal demonstrou que a autonomia das equipes de APS na organização do seu processo de trabalho foi considerada importante fator de motivação e estímulo à criatividade e inovação (Portugal, 2009).

5.2 Regulação das Organizações Sociais de Saúde: normatização, monitoramento, avaliação e controle

A regulação sobre os entes contratados para prestação de serviços públicos é atribuição essencial e estratégica do Estado quando o mesmo realiza a separação entre financiamento e execução de políticas públicas. Quer porque uma forte capacidade regulatória poderia prevenir comportamentos indesejados dos entes contratados, quer porque o Estado precisa garantir a adequada execução das políticas públicas. Na contratualização com OSS, ter capacidade regulatória significa que o Estado necessita normatizar, ou seja, definir as regras para execução das atividades; conceder autonomia dos processos; controlar os resultados por meio de avaliação permanente e responsabilizar as OSS pelos resultados alcançados.

Nessa perspectiva, o município do Rio de Janeiro adota quatro etapas na contratualização com as OSS: qualificação das entidades do terceiro setor como OSS; convocação pública; formalização do contrato de gestão; e monitoramento, avaliação e controle. As três primeiras etapas estabelecem a normatização da relação entre a SMS e a OSS.

5.2.1 – Normatização

A qualificação é realizada pela Secretaria da Casa Civil que instituiu a Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COMQUALI), órgão colegiado que, mediante pedidos de entidades de cada setor verifica a documentação obrigatória requerida na legislação e nos decretos regulamentadores⁶¹ e emite um parecer quanto à qualidade técnica da entidade para atuar naquela área específica. Tal comissão também é

⁶¹ A legislação municipal pertinente encontra-se na Cartilha das Organizações Sociais do Município do Rio de Janeiro, disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2116763/243778/pef0.0.6.0.1.1.crtcartilhasite.pdf> e também no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2304364>. Acesso: 08 de jan. 2014.

responsável pela manutenção da qualificação. Essa normatização tem sido constantemente aperfeiçoada pela redefinição de regras específicas e publicação de novas regulamentações mais adequadas à necessidade do município. Trata-se de um processo em construção, considerando que seis alterações do Regulamento Geral das OS foram realizadas até o momento.

Os requisitos para qualificação das OS observados no Decreto nº 30.780 de 2 de junho de 2009 se assemelham àqueles da lei federal e de outras leis estaduais e municipais⁶². Destacamos, a seguir, aqueles que consideramos pontos-chave na conformação da relação público-privado:

- finalidade não lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
- previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe forem destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do município da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do município, na proporção dos recursos e bens por este alocados;
- atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, no caso das Organizações Sociais da área da saúde.
- comprovar a presença, em seu quadro de pessoal, de profissionais com formação específica para a gestão das atividades a serem desenvolvidas, notória competência e experiência na área de atuação.
- estar constituída há pelo menos dois anos, no pleno exercício das atividades a serem contratadas;

⁶² A esse respeito, ver estudo de análise comparada entre legislações instituintes de OS realizado por Silva, 2012.

Esse último ponto foi flexibilizado pela COMQUALI, pois não havia na cidade do Rio de Janeiro, em 2009, entidades do terceiro setor em número suficiente para atender à nova demanda por OSS. Das quatro OSS desse estudo, duas (SPDM e Fibra) tinham experiência como OSS em São Paulo e, portanto com contratos de gestão e as outras duas (Viva Comunidade e IABAS) não possuíam experiência prévia e foram criadas para atuar na cidade do Rio de Janeiro e qualificadas como OSS em 2009. Essa observação é importante porque a existência de parceiros sem experiência prévia e capacidade institucional para atuar como agente dificulta e retarda o estabelecimento de relações adequadas entre o agente e o principal, contexto que deve ser levado em conta nas análises realizadas.

Destacamos também a pertinência do atendimento exclusivo aos usuários do SUS, pois a existência de “dupla porta de entrada” poderia criar privilégios aos usuários de planos de saúde em uma unidade pública. Isso iria de encontro aos princípios do SUS de acesso universal e igualitário. De acordo com Silva (2012), das 71 leis de OSS analisadas em seu estudo, incluindo a Lei Federal, apenas em quatro localidades a legislação limita o atendimento exclusivamente ao SUS, quais sejam, os estados de São Paulo e Espírito Santo e os municípios do Rio de Janeiro e Curitiba.

A segunda etapa da contratualização é a convocação pública, e os editais elaborados para tal finalidade normatizam grande parte da relação entre a SMS e as OSS, pois incluem a minuta do contrato de gestão. Os editais de convocação pública contemplam o objeto da parceria com descrição das atividades a serem executadas; o programa de trabalho com indicadores e metas; e o limite máximo do orçamento previsto.

Cabe apontarmos que o contrato de gestão instituído pela SMS é distinto dos contratos administrativos convencionais utilizados entre a administração direta e o setor privado para aquisição de bens e serviços. Enquanto estes só podem ser celebrados com empresas escolhidas por meio de licitação pública, tem a previsão de lucro e de reequilíbrio financeiro quando o lucro é prejudicado, e o pagamento é feito após a entrega, por meio de emissão de nota fiscal; aqueles são celebrados com entidades escolhidas sem licitação, não visam lucro e o repasse financeiro é antecipado à realização do serviço. Nesse aspecto, o CG apresenta natureza convencional.

A terceira etapa é a formalização do contrato de gestão que contém a produção mínima de procedimentos esperados por cada categoria profissional; os indicadores e metas vinculados à remuneração variável; o número máximo de pessoas a serem cadastradas por equipe; a articulação com outros níveis assistenciais e a obrigatoriedade de implementação das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença.

A comparação entre o primeiro contrato celebrado pela SMS, em 2009, para CAP 5.3 e o último, em 2013, para a CAP 1.0, nos revela um maior detalhamento na especificação dos serviços a serem prestados pela OSS, bem como melhoria na composição dos indicadores da parte variável 1 (gestão da OSS). Por exemplo, se antes a implementação da “Carteira de Serviços para a Atenção Primária” definida pela SMS era uma recomendação, agora é parte do instrumento contratual. Além disso, passou a fazer parte do CG um conjunto de orientações para o processo de trabalho na ESF, intitulado “Os 15 passos para gestão da atenção primária”. E, como já exposto, isso significa mais normatização dos processos e, portanto, menos autonomia organizacional das clínicas de família.

Além dessas regras formais e outras contidas na legislação pertinente que normatizam a relação entre o contratante e os contratados, outro conjunto de orientações específicas do processo de trabalho na ESF são repassadas rotineiramente pelas CAP às clínicas da família em reuniões e visitas periódicas, como por exemplo, a organização da recepção ao usuário e manejo nas linhas de cuidado e agravos específicos.

5.2.2 – Monitoramento, avaliação e controle

Após a formalização do contrato de gestão inicia-se a última etapa do processo de contratualização, de caráter permanente, e que compreende todas as atividades de coordenação, supervisão, monitoramento dos indicadores e avaliação do desempenho das OSS. Essas atividades são realizadas tanto pelas áreas técnicas finalísticas, que são as CAP, quanto pela Coordenadoria de Administração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais, no nível central da SMS.

Existem dois momentos formais de prestação de contas das OSS, um mensal e outro trimestral. O foco do primeiro é a execução orçamentária e financeira dos CG e o foco do segundo é o desempenho das OSS medido pelo grau de alcance das metas definidas no CG e que compõem o sistema de incentivos ao desempenho.

Em relação a essas metas, consta no CG que “A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados” (Rio de Janeiro, 2013, p. 105). Entretanto, de acordo com a percepção dos entrevistados, a SMS não realiza auditoria para verificar a fidedignidade das informações enviadas pelas OSS, o que seria uma prática desejável.

As informações enviadas mensalmente referem-se ao detalhamento da receita e das despesas com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica, além do envio de todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira como notas fiscais, recibos, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira.

A prestação de contas trimestral abrange as metas alcançadas pelos indicadores de desempenho e justificativas quando do não alcance da meta; detalhamento dos contratos de serviço, dos bens permanentes adquiridos com recursos do CG; do saldo de estoque de insumos; de todo pessoal contratado (incluindo nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões) e da planilha financeira.

Essa prestação de contas é enviada quer em papel quer por meio digital à SMS, mas em 2013 foi criado o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais⁶³ como instrumento de acompanhamento, avaliação e controle dos CG. Cada OSS tem uma senha para lançamento dos dados no site do Painel - www.osinfo.com.br. Seu objetivo é veicular e oferecer consultas às informações pertinentes sobre essas parcerias e agregaria eficiência, qualidade e transparência às ações de monitoramento, avaliação e controle. Entretanto, o Painel de Gestão encontra-se em fase de implantação.

A análise da prestação de contas mensal é realizada pelas respectivas CAP onde atuam as OSS e pela área específica da Subsecretaria de Gestão que acompanha também a resolução de pendências. A análise trimestral é realizada pela Comissão Técnica de Avaliação – CTA, órgão colegiado formado por profissionais da Subsecretaria de Gestão, da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde e pelos Coordenadores das CAP. Existe uma CTA para cada CG.

É competência da CTA, além da avaliação dos indicadores de desempenho, analisar os aspectos econômico-financeiros da atuação da OS; verificar possíveis desvios ocorridos em relação ao orçamento estabelecido no CG, bem como suas causas e consequências para o funcionamento dos serviços; analisar a rotatividade dos profissionais de saúde; realizar observação direta e discussões com a OSS sobre o funcionamento dos serviços; estabelecer acordos e medidas corretivas, quando necessárias; e analisar preliminarmente propostas de implantação de novos serviços. Após tais análises, a CTA emite um relatório sobre os resultados obtidos no trimestre que

⁶³ Instituído por meio do Decreto nº 37079 de 30 de abril de 2013, disponível em http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/44211Dec%2037079_2013.pdf. Acesso: 10 de nov. 2013.

contém sua avaliação das justificativas apresentadas pela OSS além de recomendações, críticas e sugestões de alterações.

Esse relatório é encaminhado à OSS, na perspectiva do aprimoramento contínuo da atuação dessas entidades, e também ao Secretário de Saúde e aos órgãos de controle interno (Controladoria Geral) e externo (Tribunal de Contas - TCM) para ciência. Quando a CTA verifica necessidade de punição da OSS, essa demanda é encaminhada ao Gabinete do Secretário para devidas providências que podem ser advertência, notificação, interrupção do contrato ou desqualificação (cassação do título de OSS) da entidade. Na ESF, até o momento duas entidades foram desqualificadas e substituídas pelas atuais. Quando isto acontece, os profissionais de saúde das equipes permanecem nas clínicas e são recontratados pela nova OSS que assume. Essa pode ser considerada uma boa prática para evitar rotatividade de profissionais e perda de vínculo com a comunidade.

Os apontamentos das CTA sobre o não alcance de metas ou não organização de algum processo de trabalho nas clínicas promovem algum grau de responsabilização entre os atores envolvidos na medida em que é preciso identificar qual instância é responsável pela inadequação apontada. Vejamos trecho da entrevista de um gerente de clínica de família a esse respeito.

E a cada três meses existe também a avaliação da CTA, não recebo a íntegra dos apontamentos, mas sempre que a CF é citada, a CAP ou a OSS me encaminha pra eu prestar esclarecimento, se for o caso. Por exemplo, na questão da distribuição de kits de higiene bucal, a CAP bate em cima que tem que ter o kit pra distribuir, mas eu sinalizo que não consegui atingir a meta porque a OSS não entregou a tempo ou ao contrário, a OSS entregou os kits, mas nós não nos organizamos para distribuí-los. Então revemos internamente essa ação de distribuição dos kits (GCF).

Conforme já exposto, a CAP faz um acompanhamento rigoroso da rotina de atuação da OSS quer porque a relação de confiança ainda é frágil, quer porque o coordenador entende ser esse mesmo seu papel:

Somos fiscais do contrato, somos ordenadores de despesa do contrato, somos quem fiscaliza os indicadores, a gente autoriza o repasse do dinheiro, então não dá para deixar correr na mão deles. Eles são responsáveis por gerenciar os contratos que eles fazem com terceiros, a gente teoricamente não tem que se meter nessas escolhas, mas a gente verifica se um contrato aparentemente está com um custo acima do que deveria, até porque a gente tem rubricas pré-estabelecidas no CG, e aí se eles começam a fazer contratações que não vão caber naquela rubrica, pode ter problema no futuro de descontinuidade de um serviço de limpeza, por exemplo, aí não tem como, e isso configura má gestão da parte deles.

Onde começa a obrigação de um, onde termina a obrigação do outro, isso é muito tênue para o coordenador de área. No final das contas, se der alguma coisa errada na área o responsável é o coordenador e sua equipe. Entendeu? É o nosso telefone que toca de manhã, de tarde, de noite e de madrugada, e não o da OSS (GSMS).

Cabe destacar que os coordenadores das CAP são servidores públicos que sempre atuaram no controle procedimental típico da administração direta, e para a mudança de cultura requerida no processo de contratualização é importante o acúmulo de experiência e a capacitação permanente desses profissionais. O desejável seria que os coordenadores não confundissem suas responsabilidades com as das OSS para que a relação de parceria possa, de fato, ser estabelecida.

Nessa perspectiva, a SMS passa, desde 2009, por um processo de desenvolvimento de sua capacidade institucional com o objetivo de ajustar as estruturas e processos e melhorar sua função regulatória. Uma das medidas foi o fortalecimento das CAP que deixaram de atuar como instâncias articuladoras entre o nível central e local dos diferentes serviços existentes naquele território, incluindo hospitais, e passaram a se dedicar somente à APS, o que inclui a coordenação e supervisão direta do trabalho na ESF, e também a fiscalização contábil e das despesas realizadas pelas OSS.

O Decreto nº 36.968, de 02 de abril de 2013, institucionaliza essa mudança nas atribuições das CAP e altera sua denominação de Coordenadorias Gerais de Saúde das Áreas de Planejamento para Coordenadorias Gerais de Atenção Primária das Áreas de Planejamento. Apesar do fortalecimento das CAP, os gerentes da SMS entrevistados consideram que sua capacidade regulatória ainda precisa ser melhorada, quer porque dispõem de número insuficiente de profissionais para realização do monitoramento do CG em um contexto de rápida expansão do número de equipes de saúde, quer porque necessitam de profissionais com perfil administrativo e contábil. Além disso, referiram necessitar de maior qualificação para entendimento da lógica contratual na relação com as OSS e consequentemente com as equipes de saúde da família.

A esse respeito, é digno de nota o investimento que Portugal realizou na capacitação dos diretores executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), instâncias que corresponderiam às CAP cariocas, como suporte à Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Ela foi realizada por meio de uma formação-ação intitulada Programa Avançado em Gestão, Governança Clínica e Liderança para os ACES, o qual teve um ano de duração e cujo objetivo era contribuir para o processo de mudança organizacional em curso. Estudo realizado sobre o impacto desse Programa, concluiu que “depois da intervenção de formação-ação, as percepções dos diretores executivos sobre a

sua cultura organizacional se encontram mais alinhadas com a reforma da atenção primária à saúde, valorizando o tipo de práticas e valores que esta defende” (Leone et al, 2014, p.149).

Mudanças também ocorreram no organograma da Subsecretaria de Gestão da SMS. Os primeiros contratos de gestão celebrados eram acompanhados por uma gerência de contratos e convênios. Em 2011 foi criada uma coordenadoria de organizações sociais, contratos e convênios e, em 2012, criou-se uma coordenadoria específica para os contratos de gestão com organizações sociais que é composta por três gerências: de contratualização; de análise e acompanhamento das despesas; e de atendimento a demandas.

Esta última tem como atribuição gerenciar a elaboração e o envio de respostas solicitadas pelos órgãos de controle e fiscalização (Controladoria Geral, TCM e Ministério Público). Além desse atendimento por demanda, há dois processos regulares de acompanhamento dos órgãos de controle: o envio à Câmara de Vereadores e TCM de cada novo contrato de gestão celebrado; e o envio à Controladoria Geral para auditoria e posterior encaminhamento ao TCM da prestação de contas das OSS relativas aos CG que já terminaram ou que serão renovados⁶⁴.

Finalizando, ressaltamos mais uma vez o alto controle dos processos exercido pela SMS, especialmente as CAP, em relação às OSS. Diversos entrevistados compararam esse modelo com o adotado pelo município de São Paulo, tanto os gerentes da SMS que fizeram visita técnica àquela cidade, quanto os gerentes de OSS que também atuam em São Paulo.

Eu acho que é diferente do modelo de São Paulo e alguns outros modelos onde você diz quais são as metas, dá o dinheiro e cobra o resultado, a gente ainda monitora processo a processo (GSMS1).

No Rio de Janeiro é o município quem dita as regras, quem controla, quem vê como está funcionando, cobra. Se tem alguma coisa que está errada ele vai lá e determina, “tem que ser feito dessa forma” e não como a OSS quer que se faça. Em São Paulo e outros municípios onde atuamos, nós fazemos tudo, o município não se envolve, ele quer os resultados, ele quer os indicadores, ele não se envolve. No Rio de Janeiro não, aqui é diferente realmente (GOSS1).

Em São Paulo o governo cobra metas diante de um montante que foi dado à OSS e dentro daquele objeto a OSS dispõe daquilo sem ter essas amarras, vamos dizer assim. E aqui se resolveu fazer um trabalho mais apurado já colocando para a OSS o que ela tem que priorizar como gasto (GOSS2).

⁶⁴ Instituído por meio de Ato do Controlador Geral, Resolução CGM nº 1.105 de 02 de agosto de 2013.

Ainda nessa perspectiva, chamou-nos atenção o fato das 71 clínicas de família gerenciadas por OSS estarem cadastradas no CNES, no campo “natureza da organização”, como pertencentes à “administração direta da saúde” e não como “organização social” que seria o correto, de acordo com o manual de preenchimento do CNES. E quando perguntamos aos entrevistados o motivo dessa classificação, houve unanimidade no entendimento de que as clínicas pertencem à administração direta e somente são apoiadas administrativamente pelas OSS. Vejamos alguns trechos significativos:

Porque consideramos mesmo que é da SMS, a gente não entende como fora da administração direta. Então nunca vamos colocar no CNES que é OSS. Até porque os funcionários usam crachá e uniforme da SMS, não tem nada na unidade que remeta à OSS [...]. Consideramos os profissionais como servidores, só que não estatutários, desenvolvendo um serviço público dentro de uma unidade pública. A OSS é ferramenta administrativa (GSMS1).

É porque apesar de ser OSS consideramos mesmo como administração direta, a OSS entra como ferramenta gerencial. Acompanhamos todo o processo. E se essa OSS sair, tudo que foi investido continua no município, só vai entrar outra para dar continuidade na gestão administrativa. Os profissionais continuam nas CF, imediatamente recontratados pela nova OSS. Isso já aconteceu aqui (GSMS).

5.3 Transparência Pública e Controle Social

A transparência pública consiste na divulgação de dados e informações pelos órgãos e entidades da administração pública como parte da responsabilidade de prestar contas de seus atos aos cidadãos de forma voluntária. É uma importante dimensão da boa governança, pois incrementa a *accountability* e também o controle social. Além de ser condição necessária para que os cidadãos possam exercer efetivamente o controle social, a promoção da transparência pública pode evitar atos indevidos e arbitrários por parte dos governantes e dos administradores públicos.

Tendo em conta os conceitos de governança pública e de transparência apresentados nesse estudo, entende-se que a *accountability* governamental se materializa também a partir da divulgação de informações claras e tempestivas acerca dos resultados da atuação da gestão pública, bem como suas implicações para a sociedade. Concordamos com Cruz et al (2012, p. 172), para os quais “essa divulgação deve abranger informações quantitativas e qualitativas, disponibilizadas de forma acessível a todos os atores sociais, em meios de comunicação eficazes, com destaque para a internet”.

Nesse sentido, a transparência deveria estar presente em todas as etapas do processo de contratualização entre a SMS e as OSS com a divulgação de informações básicas sobre os contratos de gestão e seus resultados. Essas informações deveriam ser apropriadas, minimamente, pela instância legítima de controle social no SUS que é o Conselho Municipal de Saúde.

Entretanto, os achados da nossa pesquisa apontam para a dificuldade de acesso às informações. Apenas o edital de convocação pública para as parcerias com as OSS é publicado no Diário Oficial do Município⁶⁵ e a página da SMS que é destinada à publicação dos CG e termos aditivos assinados com as OSS⁶⁶ encontra-se desatualizada desde outubro de 2011. Em relação ao monitoramento e avaliação do CG, os mesmos não são divulgados pela SMS. Tal constatação pode ser exemplificada pela resposta de um gerente à seguinte pergunta: “Em relação à sociedade, qual instrumento de transparência que a SMS utiliza sobre a contratualização com as OSS?”.

Os relatórios trimestrais de prestação de contas, a parte do desempenho, não são publicados em lugar nenhum, nem o Conselho Municipal de Saúde tem acesso. Quando o Painel de Gestão for aberto ao público, aí sim. Quanto ao parecer das CTA também não é divulgado, não publicamos no site da SMS e nem há previsão de publicarmos no Painel de Gestão. É um bom questionamento, mas eu tenho certeza de que se eu der essa sugestão aqui, a resposta vai ser “não”, porque o modelo de controle dos resultados ainda é muito frágil. Mas é claro que deveria sim, ser público (GSMS).

Como apontado pelo entrevistado, existe a previsão no Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais de um módulo específico para que qualquer cidadão possa acompanhar a execução financeira e o cumprimento das metas definidas nos CG. Isto seria um importante incremento da transparência e da participação social nesse processo.

Em relação ao controle social, a lei municipal de instituição das OSS é bastante tímida, constando apenas que “Qualquer cidadão, partido político, associação ou entidade sindical é parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pelas Organizações Sociais à Administração Municipal, ao Tribunal de Contas ou à Câmara Municipal” (Lei nº 5026 de 19 de maio 2009, seção IV, art. 10).

O Conselho Municipal de Saúde se manifestou contrariamente às parcerias com OSS seguindo o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde em sua deliberação nº

⁶⁵ Apesar da legislação instituir a obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão, a pesquisa que realizamos no Diário Oficial Eletrônico de 01/01/2013 a 31/12/2013 não encontrou tais publicações.

⁶⁶ Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2247880>. Acesso: 13 jan. 2014

001, de 10 de março de 2005, “contrária à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS) [...]”. Mas isso não teve impacto efetivo sobre a política pública, pois a SMS desconsiderou esse posicionamento. Em que pese os Conselhos de Saúde serem instâncias também deliberativas do SUS, é comum o poder executivo de municípios e estados ignorarem as deliberações dos conselhos quando as mesmas contrariam seus interesses e se apoiarem exclusivamente em sua própria discricionariedade e no controle público realizado pelo poder legislativo.

Entretanto, concordamos com Silva (2012, p.87) para a qual:

Ainda que pesem questionamentos sobre alguns casos de fisiologismo nos Conselhos de Saúde, estes são os órgãos propostos coletivamente no processo de constituição do SUS e, portanto são os órgãos legítimos da representação e controle social a serem considerados por qualquer entidade prestadora de serviços. Sua composição expressa o modelo de participação social preconizado pelo SUS, que estabelece um maior peso aos usuários dos serviços e também contempla os trabalhadores.

A relação entre o poder executivo e o CMS pode ser percebida nas falas dos conselheiros municipais:

Pode até ter transparência, não sei se tem suficiente, mas de que adianta se o que eles mandam prá cá, a gente tem que aprovar? Não tem discussão, não temos autonomia (CMS1).

Não temos acesso a coisa nenhuma, eu participo das reuniões do Conselho, brigo, solicito informações. Os contratos de gestão? Nunca vi, nem da minha CAP, porque também sou conselheiro distrital. Não sei nem qual a OSS que está servindo, o valor do contrato. Porque veja bem, se a SMS diz que aqui tem que ter três médicos e manda o dinheiro pra isso, mas a OSS só consegue um médico, como fica esse dinheiro? É um mistério (CMS2).

Eu sou uma das poucas pessoas que conhece os contratos de gestão porque estava na mesa de negociação quando a Prefeitura queria criar a lei das OSS. Nós fomos contra, mas eles tinham maioria na Câmara e aprovaram. Precisa ter mais transparência, eles (das OSS) nunca vieram aqui ao Conselho Municipal pra prestar contas. Nós sempre solicitamos, mas eles nunca vieram. A Secretaria presta conta, às vezes, mas eles é que têm que prestar. E não precisamos de capacitação para fazer as análises, não é necessário, temos “n” conselheiros capazes de realizar esse acompanhamento das OSS. Além disso, tem dois membros do CMS que são representantes de OS, mas dificilmente aparecem porque são muito cobrados (CMS3).

Em síntese e de acordo com os conselheiros municipais de saúde entrevistados, as OSS não atendem às solicitações do CMS para prestação de contas. Esta é feita pela SMS e com pouca discussão. Algumas CAP, dependendo do perfil do Coordenador e do

Conselho Distrital de Saúde, enviam a prestação de contas aos Conselhos Distritais. Uma boa prática seria a participação de usuários na composição das CTA, prevista em algumas legislações municipais, mas ausente no município do Rio de Janeiro.

Nesse cenário, o que verificamos é que o grau de transparência e controle social existente na relação entre a SMS e as OSS é baixo e pela nossa experiência não se diferencia daquele existente nos ritos da administração direta do SUS⁶⁷. Isto contraria as prescrições da administração pública gerencial de que tal modelo induziria a mais transparência e participação social.

Estudo realizado por Sano e Abrucio (2008) sobre as OSS do Estado de São Paulo também concluíram que poucos avanços concretos foram identificados quanto à transparência e controle social. Segundo os autores,

O esperado controle social descrito no Plano Diretor, elaborado por Bresser-Pereira, encontra pouco espaço nas OS paulistas. A participação da sociedade, por meio do Conselho de Administração das OS ou dos representantes do Conselho Estadual da Saúde, na definição das metas e indicadores para cada OS, ainda não é uma realidade” (p.77).

O controle social, quando bem exercido, seria uma importante alternativa para flexibilizar o controle burocrático e dar maior autonomia de gestão à burocracia. Entretanto, o controle social apoia-se mais na normatização e menos na compreensão dos dispositivos efetivos que poderiam deslocar a lógica do controle da esfera procedimental para a esfera dos resultados e da fiscalização da sociedade.

De acordo com Lopez e Alencar (2011), essa dificuldade em ativar o controle social sobre a gestão pública explica-se por diferentes razões:

Em primeiro lugar, a complexidade da gestão contemporânea impõe uma barreira à compreensão fácil dos procedimentos necessários à consecução de políticas em seu interior. Os cidadãos não apenas desconhecem, mas não têm estímulo e tempo para se informarem sobre questões próprias à esfera administrativa. Em segundo lugar, falta-nos ativismo cívico suficiente para tomar as rédeas da iniciativa de fiscalizar o poder público, conquanto a legislação empodere o cidadão e lhe outorgue os direitos de ser informado sobre todas as decisões no âmbito da gestão pública. Em terceiro lugar, o patrimonialismo e práticas de corrupção são ainda práticas relevantes no interior da administração pública, conspurcando a práxis republicana (p.260).

⁶⁷ A esse respeito ver Pereira Neto, 2012 e Lopez e Alencar, 2011.

Finalizando a análise sobre o sistema de governança adotado na ESF do município do Rio de Janeiro, identificamos que o mesmo apresenta algumas singularidades que o diferenciam das práticas esperadas e construídas a partir do referencial teórico sobre a administração pública gerencial e a contratualização na saúde.

O discurso oficial da SMS é de que a governança por OSS tem foco no resultado, em um movimento de abandono da forma tradicional de se avaliar os contratos e a prestação dos serviços somente pela correta utilização dos recursos. Essa forma tradicional seria substituída pela verificação quanto ao atingimento das metas previstas para os indicadores de desempenho, com mais transparência e controle social. Mas, não verificamos isso no campo. A preocupação predominante é com o acompanhamento do processo e a conformidade legal dos atos e procedimentos e uma preocupação secundária com os resultados. Tal discussão será retomada no próximo capítulo aonde analisaremos aspectos do desempenho da Estratégia Saúde da Família gerenciada por OSS no município do Rio de Janeiro como expressão do foco nos resultados.

Capítulo 6

Desempenho Assistencial na Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro: reorganização ou expansão da atenção primária à saúde?

A avaliação do desempenho de serviços de saúde é uma prática complexa quer porque a existência de vários modelos de análise leva à adoção de pontos de vistas restritos e fragmentados, quer porque a avaliação de desempenho é multidimensional e dependente dos valores de referência de cada grupo de interesse presente no processo avaliativo (Sicotte, 1996; Furtado, 2001; Viacava et al, 2012).

Concordamos com Campos (2007, p. 305) quando argumenta sobre os limites de qualquer reforma gerencial ou de modelo de gestão: “em geral, o desempenho das organizações depende de um complexo de fatores, entre eles, o contexto político, econômico e cultural e não somente de alterações tecno-gerenciais, ainda que estas interfiram no desempenho dos serviços”.

Nessa perspectiva, não pretendemos avaliar o desempenho da ESF em suas várias dimensões⁶⁸, mas sim analisar, com dupla intencionalidade, os resultados de alguns indicadores de desempenho selecionados e referentes ao monitoramento de ações estratégicas mínimas da ESF. A primeira é verificar a adequação das tecnologias de informação utilizadas pela SMS para o monitoramento e controle dos resultados da prestação de serviços realizada pelas OSS; a segunda, analisar se os valores alcançados por esses indicadores apontam para a institucionalização de práticas relacionadas à ESF quando comparados com a média nacional.

6.1 – Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB: monitoramento e controle dos resultados

A existência de sistemas de informação em saúde que gerem informações de boa qualidade e que sejam utilizadas na revisão de estratégias e práticas da assistência é um importante desafio no SUS. Diversos estudos apontam significativas inconsistências no processo de coleta, registro, armazenagem, disponibilização e uso das informações em saúde no âmbito da APS (Ribeiro et al, 2007; Mota, 2009; Marcolino e Scochi, 2010; Cavalcante, 2011; Frias et al, 2012; Lima et al, 2012).

A contratualização com OSS, foco de nosso estudo, pressupõe a existência de sistemas de informação fiáveis e adequados. Sua atuação é transversal a todo o ciclo contratual, pois subsidia o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação do

⁶⁸ Sobre a complexidade da avaliação de desempenho na APS ver Conill 2002; Brasil, 2005; Ibañez et al, 2006; Tanaka, 2011.

contrato de gestão. Além disso, a correta alimentação dos sistemas de informação é uma medida de prestação de contas e transparência das atividades desenvolvidas pelos prestadores e permite o ajuste gradual da oferta de serviços às necessidades de saúde das pessoas. Ou seja, sistemas de informação constituem-se elementos-chave, sem o qual a contratualização não pode existir de forma efetiva.

Nessa perspectiva, desde os primeiros contratos de gestão a SMS instituiu a obrigatoriedade das OSS informatizarem todos os postos de trabalho das clínicas de família e implantarem o prontuário eletrônico do paciente (PEP) por meio da aquisição de softwares privados. O PEP é dividido em dois ambientes, o prontuário clínico do paciente propriamente dito e o prontuário não clínico. Esse se refere às fichas informatizadas onde são lançadas as atividades desenvolvidas pelas equipes, especialmente os agentes comunitários de saúde, e relacionadas ao território, tais como visitas domiciliares, grupos de educação em saúde e cadastramento de pessoas. No âmbito da ESF do município existem três softwares de PEP: as OSS SPDM, Viva Comunidade e IABAS utilizam o Vitacare®, o que corresponde à grande maioria da ESF, a Fibra utiliza o Medicine One® e a Fiotec utiliza o Alert®. As três empresas desenvolveram seus PEP para o Sistema de Saúde de Portugal e encontram-se em fase de adaptação às necessidades da SMS.

Além da utilização do PEP em todas as clínicas de família, o contrato de gestão define outras atribuições das OSS relacionadas aos sistemas de informação em saúde, quais sejam: produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência; e organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para alimentação dos diferentes sistemas de informação do SUS em vigência ou a serem implantados, tais como SINAN, SISCOLO, SISPRENATAL, SIA e SIAB.

O PEP é a única fonte oficial de informação sobre as atividades desenvolvidas na ESF. Essa é uma estratégia importante, na medida em que poderia resolver o problema da múltipla alimentação de sistemas de informação pelas equipes. A partir da sua utilização na rotina da unidade, são extraídos automaticamente relatórios para os sistemas de informação do SUS e também para o sistema de incentivos ao desempenho (partes variável 1, 2 e 3), estes analisados pelas respectivas CTA. Ou seja, é responsabilidade das OSS criar os meios adequados que permitam a aferição do seu desempenho e encaminhar os dados e informações à SMS.

Nesse cenário, realizamos o levantamento dos valores alcançados pelas vinte e uma CF inauguradas em 2009 e 2010⁶⁹ referente aos indicadores selecionados do PMAQ-AB que fazem parte do SIAB. A maioria delas situa-se na zona oeste da cidade (CAP 5.3) e as 124 equipes de saúde da família são responsáveis pela cobertura potencial de 452.420 habitantes. Todas adotam o PEP da empresa Vitacare®.

Construímos os indicadores a partir dos relatórios do SIAB, quais sejam o SSA2 (Situação de Saúde das Famílias Acompanhadas), o PMA2 (Produção e Marcadores para Avaliação) e o Relatório de Cadastramento das Famílias. Esses relatórios são gerados mensalmente pelo PEP, em cada clínica, enviados às respectivas OSS, que depois encaminham às CAP e estas à SMS para consolidação e envio ao MS⁷⁰. O período de análise compreendeu os doze meses (agosto de 2012 a julho de 2013) anteriores à fase de análise de resultados desse estudo. Importante esclarecer que, embora a geração dos relatórios seja automática, cada equipe de saúde da família pode monitorá-los em tempo real, o que facilitaria a utilização dessas informações no planejamento local.

No quadro 7 apresentamos os valores encontrados em cada indicador, consolidado pelo total das vinte e uma CF e também por CAP, em perspectiva comparada com os valores mínimos, médios e máximos encontrados nos estados brasileiros na base limpa nacional do SIAB referente ao ano 2010, descritos no capítulo três.

⁶⁹ Encontra-se no anexo 4, a relação dessas CF com o total de equipes de saúde da família, quantitativo da população cadastrada e número de equipes que aderiram ao PMAQ-AB, por AP e OSS.

⁷⁰ Desde 1998 os municípios tem por norma enviar mensalmente esses relatórios consolidados de toda a ESF ao MS, sob pena de não receber o incentivo financeiro federal, além disso, o MS disponibiliza essas informações, de todos os municípios brasileiros que utilizam a ESF, no endereço: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABP>

Quadro 7 – Indicadores SIAB, por CAP e total CF, e parâmetros do estudo, agosto de 2012 a julho de 2013, Rio de Janeiro.

Indicador	CAP2.1	CAP3.1	CAP5.2	CAP5.3	Total CF	Parâmetros		
						min.	med.	max.
Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada (c/a*)	9,9	7,1	5,0	7,8	7,5	5	7	9
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	3,5	10,9	0,7	3,5	4,9	56%	79%	89%
Proporção de gestantes com pré-natal no mês	8,4	10,8	2,1	9,7	8,5	66%	90%	96%
Proporção de gestantes com vacina em dia.	14,5	18,1	5,8	15,2	14,2	67%	93%	98%
Saúde da Criança								
Média de atendimentos de puericultura (c/a)	1,5	2,8	1,2	2,2	2,1	3,5	4,5	5,5
Proporção de crianças < de 4 meses com aleitamento exclusivo.	15,8	26,3	5,6	17,2	16,8	70%	76%	82%
Proporção de crianças < de 1 ano com vacina em dia.	12,0	28,0	6,8	15,7	16,2	96%	97%	99%
Proporção de crianças < de 2 anos pesadas.	4,6	10,5	2,6	6,4	6,4	85%	90%	91%
Média de consultas médicas para < de 5 anos (c/a)	1,2	0,6	0,8	1,1	1,0	1,6	1,7	1,9
Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial								
Proporção de diabéticos cadastrados.	23,7	80,4	54,0	39,3	49,0	33%	52%	68%
Proporção de hipertensos cadastrados.	23,6	79,1	49,2	35,2	46,3	39%	63%	79%
Média de atendimentos por diabético (c/a)	2,7	1,3	1,1	2,1	1,7	3	4,5	6
Média de atendimentos por hipertenso (c/a)	1,1	0,9	1,1	1,9	1,2	2	3,5	5
Produção geral								
Média de consultas médicas por habitante (c/a)	0,8	0,2	1,3	1,4	0,9	1,5	1,9	2,25

Fonte: CAP e Brasil, 2012a.

* Consulta/ano

Esses resultados nos revelam que a maioria dos indicadores de proporção de usuários acompanhados em determinadas condições e agravos apresenta valores muito abaixo daqueles encontrados no país, seja no nível de agregação do total das 21 CF ou por CAP. Também na análise de cada clínica individualmente o resultado encontrado foi o mesmo. Essa discrepância acentuada nos fez levantar a hipótese de que não se poderia atribuir esses resultados somente ao processo de trabalho insatisfatório das equipes, mas principalmente às inconsistências no PEP. Ou seja, ainda não seria possível utilizar os dados produzidos pelo PEP para avaliar o desempenho da ESF. Isso incluiria não somente

os indicadores SIAB, mas também aqueles vinculados ao sistema de incentivos ao desempenho, pois a fonte de informação é a mesma.

Nossa interpretação foi confirmada pela percepção dos gerentes que consultamos após o levantamento dos valores dos indicadores.

Esses dados que te enviamos foram referentes ao que foi lançado no prontuário eletrônico, se olharmos os arquivos de papel, eles melhoram, porém o oficial é o do prontuário (GCF1).

Os gerentes apontaram ainda diversos problemas no PEP, quer na dificuldade de preenchimento por parte dos profissionais: *Sabemos que algumas unidades precisam melhorar os seus registros, que não é problema só do sistema e estamos trabalhando na qualidade do registro das informações (GOSS);* quer na dificuldade de extração dos dados nos campos adequados por parte das empresas desenvolvedoras do PEP:

Os valores do SIAB ainda estão abaixo do esperado devido às inconsistências encontradas no prontuário eletrônico e desde a sua implantação, em 2011, estamos em constantes reuniões mensais com a empresa do PEP para o acerto dos problemas (GOSS).

Existem muitas interpretações erradas por parte das empresas sobre de onde o dado precisa ser extraído para a composição dos relatórios (GSMS).

A gente discute e mandamos pra CAP as falhas do PEP, por exemplo, a cobertura vacinal a gente não consegue atingir porque o calendário de vacina não está atualizado no PEP, ainda vão atualizar por esses meses (GCF 2).

O grande problema é que o PEP não nos dá relatórios fidedignos. Conversando agora com uma equipe vimos que no SSA2 não tinha nenhuma criança pesada ao nascer, ou com amamentação exclusiva de nenhum ACS, que disseram ter digitado suas fichas de crianças, mas não foi computado. Então mando email pra empresa do PEP e eles querem saber qual o problema, mais especificamente, mas eu não sei, só sei que os ACS digitaram e não foi computado. O que mais posso saber? E daí, por falta de informação, eles também não resolvem o problema... Ficam naquele gerúndio... Estamos resolvendo, procurando...

Então, temos problemas graves de relatórios extraídos do PEP, é vergonhoso, não diz nada do que fazemos de fato [...]. É uma ferramenta importante, mas ainda é muito falha, não posso, por exemplo, utilizar como um bom sistema de vigilância. Eu preciso que o ACS tenha sua listinha de prioridades de vigilância, como crianças menores de 02 anos, em papel. Eu tenho hipertenso na listagem que já morreu, tem a data do óbito e a cruzinha no PEP, mas ele continua lá na lista de hipertensos... (GCF3).

Chamou-nos atenção o fato de três indicadores - “média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada”, “proporção de diabéticos cadastrados e proporção de hipertensos cadastrados”, terem se aproximado dos parâmetros. De acordo com um gerente de OSS consultado, as regras de cálculo desses indicadores são mais simples e as

dos demais são mais complexas, o que exige dos profissionais que o registro seja muito bem feito sob o risco da informação não ser contabilizada nos relatórios.

Para a média de atendimentos de pré-natal, basta registrar uma consulta de pré-natal no prontuário de uma paciente com o CID de gestante ativo no sistema. Já para contabilizar a proporção de gestantes com início do pré-natal no 1º trimestre é preciso ter uma consulta a uma paciente com o CID de gestante ativo no sistema e também a data da última menstruação e a data provável do parto, registradas corretamente, para que o sistema, na data de geração do relatório (competência mensal) possa cruzar essas informações com a data atual.

No caso dos hipertensos e diabéticos cadastrados os resultados são melhores porque basta o indivíduo estar cadastrado no sistema com os CID dessas doenças ativo (GOSS).

Em síntese, a implementação do PEP necessitaria ser aperfeiçoada tanto para a efetiva gestão do cuidado, no âmbito da qualidade dos serviços prestados, quanto para o adequado subsidio à contratualização, a qual tem subjacente o princípio da responsabilização das OSS. Essa responsabilização também é traduzida na quantidade e qualidade dos serviços prestados tendo como contrapartida um financiamento adequado. Mas, para isso seria importante a articulação entre três campos de tecnologias: as tecnologias de avaliação, que garantiriam o efetivo monitoramento dos resultados, incluído a realização de auditorias; as tecnologias de informação, que produziriam informações confiáveis para o monitoramento; e as tecnologias de gestão do trabalho que promoveriam a adesão dos profissionais à lógica contratual e consequentemente à correta utilização do PEP .

O uso de uma ferramenta eletrônica representa uma mudança de paradigma para as equipes em um movimento que tira os profissionais da zona de conforto em relação à informação, considerando que a ferramenta eletrônica exige do profissional maior compromisso com os registros e consequentemente, com os próprios resultados (GOSS).

Uma possibilidade seria a criação de uma gerencia de informação no âmbito da SMS com profissionais tanto da área de sistemas computacionais quanto da área de estatística, e sanitaristas que pudessem acompanhar o desenvolvimento desses PEP, realizar auditorias rotineiras, atuar na interface entre as dificuldades identificadas pelas equipes e as empresas do PEP, além de monitorar a utilização dessa tecnologia pelas diferentes categorias profissionais que a utiliza e propor estratégias de melhoria por meio da educação permanente.

6.2 – Desempenho da Estratégia Saúde da Família: a informação das equipes

A precariedade das informações oficiais da SMS nos impossibilitou atribuir qualquer significado em relação ao desempenho das equipes e à institucionalização de práticas relacionadas à ESF. Diante desse cenário, submetemos os resultados encontrados a alguns gerentes de CF e de CAP que confirmaram sua inadequação à realidade percebida nos serviços de saúde e sugeriram que verificássemos o desempenho desses indicadores por meio de um “SIAB paralelo” que a SMS desenvolveu para atender ao PMAQ-AB em 2013.

A SMS está ciente dessas inconsistências e para a avaliação da PMAQ-AB as unidades digitaram a produção na plataforma da SUBPAV para que as mesmas não fossem prejudicadas na avaliação por problema do sistema de informação (GSMS).

Ou seja, para que as equipes que aderiram ao 2º ciclo de contratualização do PMAQ-AB não fossem prejudicadas na certificação realizada pelo MS⁷¹ a partir da análise dos dados oficiais, a SUBPAV desenvolveu uma plataforma onde as equipes puderam verificar os dados produzidos para o SIAB a partir do PEP (relatórios SSA2 e PMA2) e alterá-los de acordo com o conhecimento sobre a realidade local. Esse procedimento foi possível somente para o quadrimestre analisado pelo PMAQ-AB: junho a setembro de 2013.

Nesse cenário, realizamos coleta de dados complementar, além de consultas posteriores a alguns gerentes sobre alguns resultados. Isso foi possível porque, apesar da adesão das equipes ao PMAQ-AB ser voluntária, a grande maioria das equipes que escolhemos para o estudo aderiu ao PMAQ-AB, ou seja: 118 equipes do total de 124 equipes (anexo 4). Por meio da plataforma Tabnet PMAQ-AB⁷² foram extraídos os dados referentes ao período de junho a setembro de 2013 de cada CF. A coleta foi realizada em janeiro de 2014. Nossa estratégia possibilitou tanto uma aproximação à realidade do trabalho das equipes quanto a comparação entre as informações produzidas pelo PEP e aquelas produzidas diretamente pelos profissionais de saúde. Essa comparação ratifica a

⁷¹ O processo de certificação das equipes, que determina o volume de recursos a serem transferidos aos municípios, é composto por três dimensões: uso de instrumentos autoavaliativos - 10% da nota da certificação; desempenho em resultados do monitoramento dos indicadores de saúde do SIAB contratualizados no momento de adesão do PMAQ-AB - 20% da nota da certificação; desempenho nos padrões de qualidade verificados *in loco* por avaliadores externos - 70% da nota da certificação (Brasil, 2012a).

⁷² Disponível *on line* em www.subpav.org, mediante senha de acesso.

discussão anterior da atual fragilidade do PEP para o acompanhamento da ESF e do contrato de gestão, como pode ser verificado no quadro 8.

Quadro 8 – Valores dos indicadores SIAB, por fonte dos dados e período de análise, ESF, Rio de Janeiro, 2013.

Período e Fonte de Dados	Indicador	jun/set 2013 Equipes	ago2012/jul2013 PEP
Saúde da mulher			
	Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	3,2*	7,5
	Proporção de gestantes com pré-natal no 1º trimestre	48,3	4,9
	Proporção de gestantes com pré-natal no mês	55,2	8,5
	Proporção de gestantes com vacina em dia	59,8	14,2
Saúde da Criança			
	Média de atendimentos de puericultura	1,1*	2,1
	Proporção de crianças < de 4 meses com aleitamento exclusivo	65,7	16,8
	Proporção de crianças < de 1 ano com vacina em dia	71,2	16,2
	Proporção de crianças < de 2 anos pesadas	59,3	6,4
	Média de consultas médicas para menores de 5 anos	0,4*	1,0
Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial			
	Proporção de diabéticos cadastrados	58,8	49
	Proporção de hipertensos cadastrados	52,5	46,3
	Média de atendimentos por diabético	0,8*	1,7
	Média de atendimentos por hipertenso	0,6*	1,2
Produção Geral			
	Média de consultas médicas por habitante	0,4*	0,9

* Em princípio, esses valores de um quadrimestre deveriam ser projetados para o período de 12 meses na comparação com os valores consultas/ano, da fonte PEP.

Os novos resultados encontrados nos pareceram mais fiáveis: distantes dos valores da primeira coleta e mais próximos dos parâmetros iniciais adotados no estudo (base limpa nacional SIAB 2010). Apresentamos esses resultados a alguns gerentes locais para que analisassem a discrepância entre as informações produzidas pelas equipes e aquelas geradas pelo PEP. A melhoria dos indicadores foi justificada não só pela correção dos

dados, mas também pela revisão de algumas práticas relacionadas ao processo de trabalho, incentivada pelo PMAQ-AB.

O período analisado corresponde, portanto, a um quadrimestre em alguma medida atípico pois, trata-se do período de avaliação do PMAQ-AB em todo o Brasil. Para reduzir o viés de interpretação dos valores encontrados, optamos por não utilizar parâmetros de comparação, mas apresentar os resultados encontrados e cotejar com a percepção dos gerentes sobre o desempenho das equipes.

Ou seja, há que se ponderar a limitação da análise imposta pelo curto período analisado (quatro meses) e pela qualidade da informação. Apesar das equipes terem validado os dados gerados pelo PEP no Tabnet PMAQ, a existência de dupla fonte de informação, PEP e papel, por si só é um elemento que pode gerar inconsistências nos dados, independente da fonte utilizada. Nessa perspectiva, seria precipitado atribuir um julgamento de valor sobre o desempenho das equipes. Apesar dessas limitações, insistimos na apresentação dos resultados como efeito demonstração e também para produzir valor de uso dessas informações e verificar melhorias ao longo do tempo, quer em relação às tecnologias de informação, quer em relação ao processo de trabalho das equipes.

A seguir apresentamos os indicadores consolidados pelo total das CF. Não apresentamos os resultados por CAP porque o número de equipes de saúde da família em cada uma delas é bastante heterogêneo e poderia induzir a inferências equivocadas. As análises foram realizadas por área temática.

5.2.1 – Saúde da Mulher

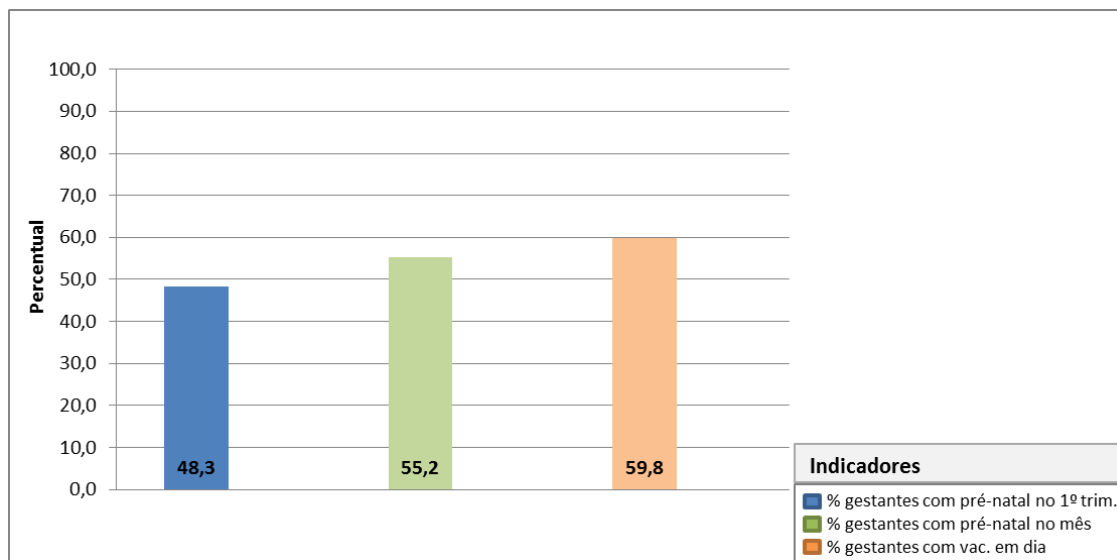
Os indicadores de saúde da mulher utilizados referem-se especificamente ao acesso e à adequação⁷³ da assistência ao pré-natal. Em relação à média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada, o valor encontrado no quadrimestre resultou em 3,2 consultas de pré-natal no total das clínicas.

O indicador “proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre” resultou em 48,3% nas CF. Em relação à “proporção de gestantes com pré-natal no mês”, 55,2% delas realizaram pré-natal no mês. O último indicador de saúde da mulher é a

⁷³ Utilizamos as definições de Viacava et al (2012) para os quais acesso é “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado” (p. 924) e adequação é “grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados nos conhecimentos técnico-científicos bem fundamentados existentes”(p.925).

“proporção de gestantes com vacina em dia” e refere-se à vacina de prevenção ao tétano. Este indicador apresentou resultados de 59,8% no total das clínicas, conforme gráfico 3.

Gráfico 3 – Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre; proporção de gestantes com pré-natal no mês; e proporção de gestantes com vacina em dia, junho a setembro de 2013, total das CF.



Fonte: Tabnet Subpav/SMS

É possível verificar um melhor desempenho da “média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada” em relação às outras ações. Reafirmamos a ressalva de não podermos garantir que a tendência do quadrimestre seria mantida, pois no período analisado as equipes estavam mobilizadas para a melhoria dos indicadores devido à certificação do PMAQ-AB, o que não necessariamente ocorreria nos demais meses do ano. A esse respeito um gerente de clínica de família faz a seguinte ponderação:

Ocorre que fizemos uma limpa das gestantes com mais de 42 semanas de gestação, que não saíam espontaneamente do PEP. Associado a isso, iniciamos o grupo de gestantes que foi uma forma de captação. Também imprimimos uma mudança de fluxo de admissão das gestantes (GCF).

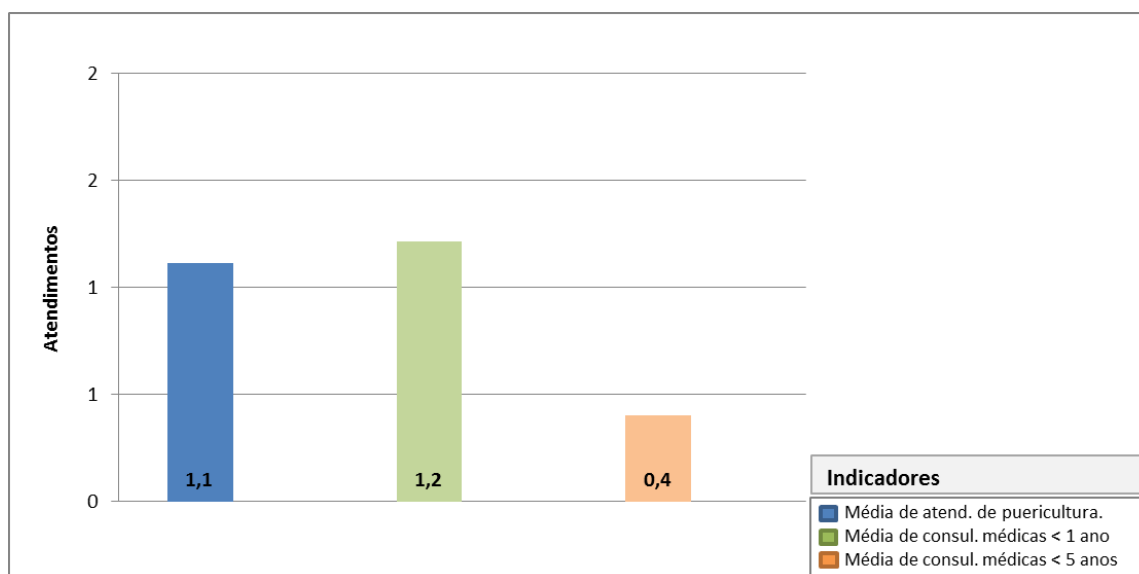
Cabe destacar que o indicador ‘proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre’ também faz parte da parte variável 2 do sistema de incentivos ao desempenho. As clínicas alcançaram 48,3%, apesar da meta do contrato de gestão ser 80%.

Em síntese, a análise dos valores totais desses indicadores sugere que a ESF nas clínicas analisadas neste estudo garantiria o acesso à quantidade de consultas necessárias à assistência pré-natal, mas precisaria avançar nas medidas de adequação e qualidade, quais sejam, captação da gestante no primeiro trimestre; vacinação antitetânica e regularidade das consultas de pré-natal.

5.2.2 – Saúde da Criança

Apresentamos a seguir os resultados das CF em relação à assistência à saúde da criança. O valor do indicador “média de atendimentos de puericultura” foi de 1,1 atendimentos de médicos ou enfermeiros às crianças até dois anos. Em relação à média de consultas médicas aos menores de um ano, o valor foi de 1,2 consultas; enquanto que nos menores de cinco anos, a média encontrada foi de 0,4 consultas. O gráfico 4 apresenta os resultados relativos à produção de consultas nas faixas etárias prioritárias para acompanhamento.

Gráfico 4: Média de atendimentos de puericultura; média de consultas médicas para menores de 1 ano; e média de consultas médicas para menores de 5 anos, junho a setembro de 2013, total das CF.



Fonte: Tabnet Subpav/SMS

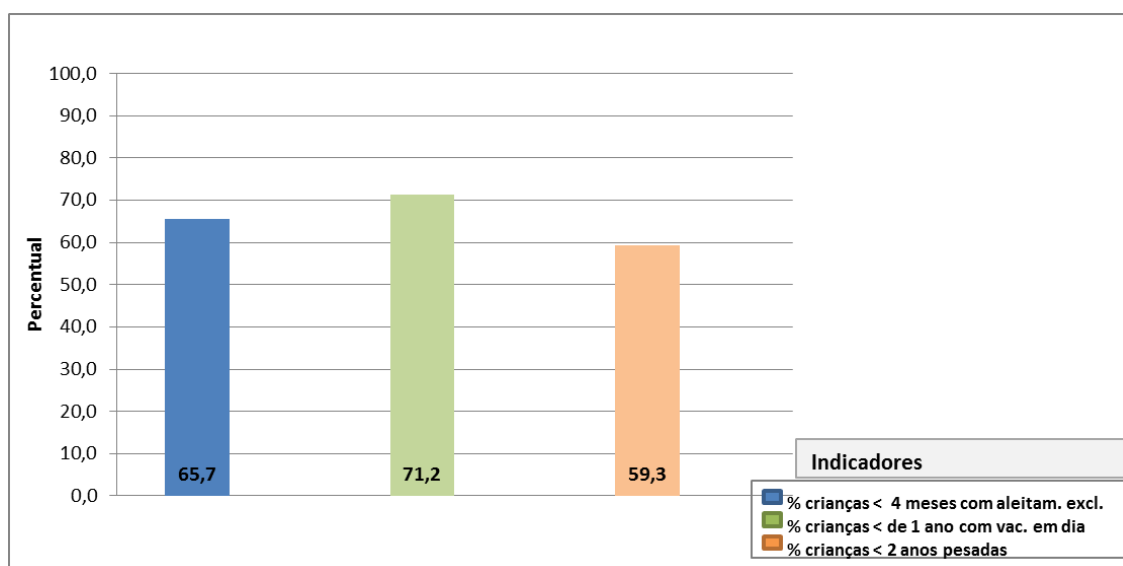
Em relação à “proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo”, o valor encontrado nas CF foi de 65,7%.

A “proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia” estima o percentual da população infantil menor de 1 ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). São considerados os seguintes tipos de vacinas e respectivo esquema, de acordo com o período de análise: - Tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções pela bactéria *haemophilus influenza* tipo b), três doses em menores de 1 ano; - Poliomielite oral, três doses em menores de 1 ano; - Tuberculose – BCG, uma dose em menores de 1

ano; - Hepatite B, três doses em menores de 1 ano (Brasil, 2012a). O valor alcançado nas CF foi de 71,2%.

O indicador “proporção de crianças menores de 2 anos pesadas” expressa o percentual de crianças menores de 2 anos pesadas entre as acompanhadas no domicílio pela ESF, em determinado local e período. No total das CF, 59,3% das crianças foram pesadas. O gráfico 5 apresenta os resultados desses três indicadores.

Gráfico 5: Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo; proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia; e proporção de crianças menores de 2 anos pesadas, junho a setembro de 2013, total das CF.



Fonte: Tabnet Subpav/SMS

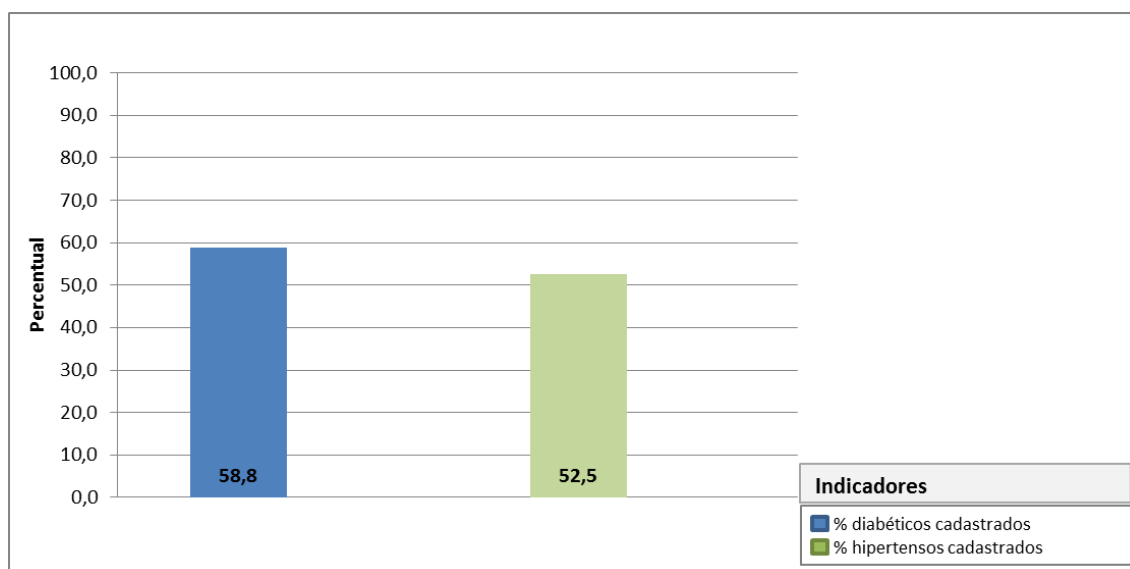
Os indicadores que tratam de média de atendimento permitiriam avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população. E os demais se referem às ações educativas e preventivas realizadas nas clínicas e principalmente nas visitas domiciliares, o que seria uma prática incentivada na ESF, entretanto a análise desses nos sugere que essas práticas ainda não se encontram satisfatoriamente estabelecidas nas clínicas analisadas. Por tratar-se de uma área de atuação prioritária para a ESF, os processos de trabalho relacionados à saúde da criança necessitariam ser aprimorados.

5.2.3 – Controle da hipertensão e diabetes

A importância do diagnóstico populacional para controle da hipertensão se baseia na sua alta prevalência e vários efeitos adversos à saúde, incluindo mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. O cálculo adotado pelo PMAQ-AB baseia-se na prevalência estadual de hipertensão arterial sistêmica referida e informada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008. O estado do Rio de Janeiro apresentou uma prevalência estimada de 22,1% da população acima de 15 anos. O resultado do indicador “proporção de hipertensos cadastrados” foi de 52,5% nas CF.

Em relação ao controle da diabetes, ações no nível da APS são fundamentais por tratar-se de doença crônica cuja prevalência está aumentando na população em geral. A prevalência estimada para o Rio de Janeiro, de acordo com a PNAD 2008, é de 5,5 % da população acima de 15 anos (Brasil, 2012a). O resultado do indicador “proporção de diabéticos cadastrados” foi de 58,8% nas CF. O gráfico 6 apresenta os resultados.

Gráfico 6 – Proporção de diabéticos cadastrados e proporção de hipertensos cadastrados, junho a setembro de 2013, total das CF.

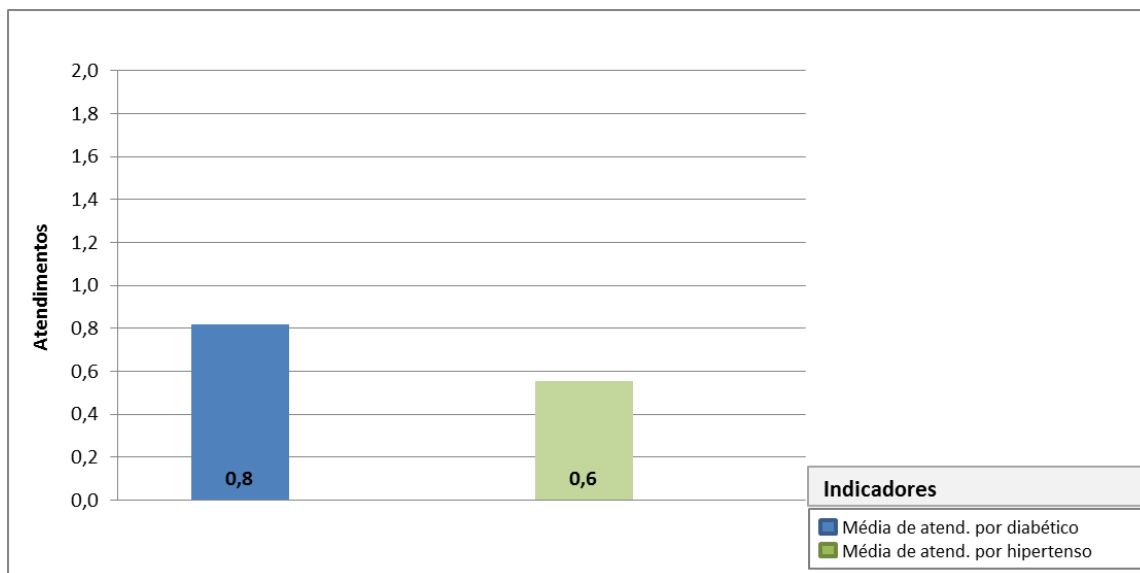


Fonte: Tabnet Subpav/SMS

Os indicadores “média de atendimentos por hipertenso” e “média de atendimentos por diabético” mede a adequação do volume de atendimentos (médico e enfermeiro) às necessidades potenciais dessa população cadastrada, supondo que esses atendimentos sejam igualmente distribuídos para cada um dos hipertensos ou diabéticos cadastrados. Para o controle da hipertensão, o valor do indicador foi de 0,6 atendimentos/quadrimestre

nas CF. Para o controle da diabetes, o valor do indicador foi de 0,8 atendimentos/quadrimestre nas CF, conforme gráfico 7.

Gráfico 7: Média de atendimentos por diabéticos e média de atendimentos por hipertenso, junho a setembro de 2013, CF.



Fonte: Tabnet Subpav/SMS

Em relação à “média de atendimentos” o resultado das CF apresentaria um desempenho satisfatório em relação ao sistema de incentivos ao desempenho da SMS, caso a tendência do quadrimestre fosse mantida no ano, pois a parte variável 2 preconiza a realização de duas consultas/ano a pelo menos 80% dos diabéticos cadastrados.

Os resultados sugerem que as ações voltadas para o controle do diabetes estão um pouco melhor organizadas que aquelas do controle da hipertensão. Uma explicação possível é o reduzido número de pessoas com diabetes quando comparadas àquelas com hipertensão e sua inclusão no sistema de incentivos ao desempenho.

O último indicador considerado nesse estudo é a “média de consultas médicas por habitante” e também fornece uma estimativa da suficiência da oferta total de consultas médicas diante da demanda potencial da população cadastrada. Reflete a capacidade da ESF em prestar assistência médica individual à população cadastrada. As consultas médicas consideradas no cálculo desse indicador se referem não só às consultas médicas de cuidado continuado, como também aos atendimentos médicos à demanda agendada e às urgências (Brasil, 2012a). O valor encontrado nas CF foi de 0,4 consultas por habitante, o que daria uma estimativa anual de 1,2 consultas e seria considerado insatisfatório em relação ao parâmetro da Portaria n.º 1101/GM (Brasil, 2002).

De acordo com o manual do PMAQ-AB (Brasil, 2012a, p.49) “resultados insatisfatórios nesse indicador devem ser alvo de apoio institucional às equipes, promovendo uma autoanálise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolutividade sobre as necessidades de saúde da população”.

Em síntese, e tendo em conta as limitações impostas pela fragilidade dos dados, a análise do conjunto dos indicadores nos sugere que apesar da expansão do acesso à APS por meio da ESF, as práticas desse modelo de atenção à saúde necessitariam ser mais bem qualificadas em um movimento contínuo de apoio institucional às equipes e educação permanente em saúde.

+A adoção dessas novas práticas visa a superar o enfoque seletivo do modelo tradicional de APS de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, sustentadas no tripé médico, apoio laboratorial e medicamentos. Isso aconteceria por meio da ênfase na construção de vínculos entre equipes e usuários, de projetos terapêuticos singulares e ações de educação em saúde, entre outras. Ou seja, a expansão da cobertura potencial da ESF é fundamental, mas insuficiente na reorientação do modelo de APS. De acordo com Ribeiro et al (2007, p. 03) “Há uma percepção ainda difusa de que o PSF não estaria efetivamente produzindo mudanças nas práticas assistenciais tradicionais [...] Ou seja, o impacto do PSF estaria sendo atribuído predominantemente à ampliação do acesso a uma atenção básica tradicional e não à mudança de modelo”.

A percepção dos gerentes entrevistados vai ao encontro desse entendimento. Quando perguntamos “Como você avalia o desempenho assistencial das equipes hoje? Considera que existe alguma relação com o modelo de parceria com as OSS?” houve unanimidade na constatação de que é preciso grande investimento na qualidade da ESF, quer porque o ingresso de novos profissionais se deu muito rapidamente e sem a estrutura adequada para capacitação das equipes no âmbito das CAP, quer porque a implantação da ESF é recente.

Avançamos muito quantitativamente [...], mas qualitativamente ainda temos muito que trabalhar. A velocidade com que tivemos que ampliar é muito maior que a nossa capacidade da qualificação (GSMS).

As equipes estão atendendo? Estão. Estão produzindo, só que sem o planejamento e a organização para que todos os hipertensos tenham acesso, por exemplo. O desafio é entrar na lógica da ESF, trabalhar com diagnóstico e planejamento. (GCF1).

O desempenho ainda deixa a desejar, tem a ver com a maturidade do modelo da ESF, tem a ver com os profissionais que estão trabalhando, porque a gente está com muito profissional novo, profissional recém-formado, ou profissionais antigos que também não sabem trabalhar nessa lógica (GSMS).

Os entrevistados também ponderaram que o modelo de OSS não influenciaria a qualidade do trabalho das equipes diretamente, pois a responsabilidade de condução dos processos de capacitação e educação permanente é das CAP, entretanto a melhoria da estrutura física das unidades e o sistema de incentivos ao desempenho, ambos instituídos e facilitados pelo modelo de OSS, contribuiriam indiretamente na melhoria dos processos de trabalho.

Eu acho que a equipe melhorou, cresceu em termos de vínculo com a população, houve ganhos como espaço físico, material chegando no tempo certo, manutenção acontecendo, repasse da variável 3 acontecendo, então melhorou o clima organizacional (GCF).

A implementação efetiva da ESF não é um desafio somente da cidade do Rio de Janeiro, considerando que diversos estudos⁷⁴ apontam dificuldades. Estas vão desde aspectos mais gerais como a adoção de um modelo único de equipe em todo o Brasil, e as limitações decorrentes da aplicação de políticas homogêneas para situações desiguais e a fraca integração dos serviços de APS com outros níveis de atenção, até aspectos específicos do processo de trabalho. Dentre eles, o grande número de famílias e pessoas adscritas a uma equipe, o que dificulta a realização das atividades preconizadas (educacionais e assistenciais; individuais, em grupo e domiciliares) e o despreparo dos profissionais para o exercício da prática de saúde integral e comunitária, para o trabalho em equipe e para a valorização de novos saberes.

Em síntese, o desempenho da ESF à luz dos resultados apresentados nos revelou, por um lado, que o PEP ainda é um instrumento frágil de controle de resultados, e por outro, tendências indicativas de que as práticas relacionadas à ESF ainda necessitariam ser aperfeiçoadas. Consideramos importante continuar a monitorar esses resultados em vários períodos temporais para elaborar conclusões sobre o desempenho da ESF no Rio de Janeiro, o que não foi possível nesse estudo.

Essa perspectiva corrobora com aquelas discutidas no capítulo anterior de que a SMS desenvolveu um modelo singular de parcerias com as OSS. Esse modelo se utiliza de elementos da administração pública gerencial, quais sejam a separação institucional entre as funções de financiamento e prestação de serviços por meio da contratualização com entidades do terceiro setor, mas não utiliza outros elementos considerados importantes. A contratualização foi instituída sem levar em conta aspectos importantes

⁷⁴ Brasil, 2002b; Favoreto e Camargo, 2002; Viana et al, 2006; Pereira et al, 2006; Conill, 2008; Costa et al, 2009; Sousa e Hamann, 2009; Gervaz e Pérez Fernández, 2011; Dalla Vecchia, 2012; Mendes, 2012.

da lógica contratual como a negociação e a responsabilização com autonomia dos prestadores; a avaliação e o controle têm como foco os processos, por meio do acompanhamento permanente das CAP e não houve incremento da transparência e do controle social.

Considerações Finais

O produto final da análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa (Minayo, 2004, p.74).

A reforma administrativa de cunho gerencialista que ocorreu no Brasil na década de 1990, e que se inspirou no movimento da *New Public Management*, instituiu o modelo de Organizações Sociais para a gestão das atividades pertencentes ao “espaço público não estatal”, onde foi incluída a prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS. Esse modelo foi concebido como uma alternativa à constante baixa capacidade de desempenho da gestão pública, e cuja principal causa seria o excessivo controle dos procedimentos e a reduzida autonomia técnico-administrativa, próprios do modelo burocrático e das normas que regem a administração direta. Além das OS, outros modelos jurídico-institucionais foram desenvolvidos com o mesmo objetivo e coexistem com o modelo burocrático da administração direta e diversos entes da federação.

Não há consenso político, ideológico, econômico-financeiro ou social sobre o(s) modelo(s) mais adequado(s) para o Brasil e talvez não seja essa a questão, mas sim qual modelo, em cada ente federativo onde é desenvolvido, determina respostas melhores e mais sustentáveis frente às necessidades da população. No caso do setor saúde, essa escolha deveria ter em conta não somente o contexto histórico, político-econômico e social local, mas também as dificuldades de consolidação do SUS, quer em relação ao subfinanciamento da saúde, quer em relação à organização de redes de serviços coordenadas pela APS.

A realidade de cada experiência e sua permanente avaliação é que deveriam orientar a tomada de decisão. Ou seja, existem duas possibilidades de olharmos para as parcerias com o terceiro setor na área da saúde. A primeira como uma privatização de fim em si mesmo, o que se constitui em uma crença, no sentido daquilo que são construções ideológicas que não carecem de demonstração; e a segunda como mais um instrumento, útil ou não, de acordo com a complexidade do contexto em que são implantadas. Esta última foi a perspectiva que adotamos.

A tentativa de compreensão dos limites e possibilidades das parcerias do Estado com o terceiro setor na construção do SUS, especialmente em relação ao modelo de OSS na ESF da cidade do Rio de Janeiro, e o avanço dessa reflexão no campo da saúde coletiva foi o que nos motivou. Nossa análise cotejou as propostas que inspiraram o movimento da reforma administrativa brasileira e as mudanças atualmente em curso na SMS.

Destaca-se que os resultados observados são limitados o que em parte pode ser explicado quer pelo tempo ainda insuficiente de uso dos arranjos contratuais e de implementação da ESF para avaliar seus efeitos de longo prazo, quer pelo acelerado processo de expansão da ESF. Além disso, o alcance dos resultados visados não depende apenas da contratualização; mas se sujeita a uma série de variáveis intervenientes de difícil controle e que dificilmente caberiam em um único estudo. Entretanto, a análise dessa implementação sugeriu tendências e apontou caminhos.

Sob o ângulo do sistema de governança do modelo de OSS, aspectos considerados importantes para o sucesso da parceria são a adoção da lógica contratual, a capacidade regulatória, a transparência e o controle social. Contudo os elementos que encontramos nesse estudo sugerem que tais aspectos ainda estão pouco presentes no modelo instituído pela SMS.

A contratualização poderia contribuir com melhorias nas relações de trabalho por meio da substituição das relações hierárquicas de comando e controle, típicas do modelo burocrático, por normas dialogicamente negociadas e relações de cooperação e parceria. Entretanto, isso só aconteceria mediante o desdobramento da negociação, responsabilização com autonomia e concessão de incentivos ao desempenho para o interior das CAP e das CF e com a participação efetiva dos profissionais de saúde da família na negociação local das metas do sistema de incentivo ao desempenho (contratualização interna). Apesar das equipes terem atualmente pouca participação nessa negociação, a introdução do sistema de incentivos foi apontado tanto como indutora do comportamento do agente para o alcance dos resultados desejados pelo principal, quanto como estímulo à reflexão sobre o processo de trabalho e melhoria no planejamento local, discutido no capítulo cinco. Entretanto, o pagamento de remuneração variável atrelado ao desempenho adotado pela SMS é uma prática que apresenta poucas evidências sobre seus efeitos na literatura e deveria ser constantemente monitorada e aperfeiçoada.

Nesse sentido, uma maior ênfase poderia ser dada à negociação por meio da contratualização interna que é uma possibilidade de microgestão no movimento real da atenção à saúde, em um processo gradativo de consolidação e de aprendizagem. Isto exigiria competências gerenciais complexas.

A SMS fomentou, junto às instituições de ensino, diversas frentes de formação continuada para os profissionais da ESF com o objetivo de dar sustentabilidade à mudança do modelo de atenção. Isso inclui o mestrado profissional em APS com ênfase na ESF; a residência de medicina de família e comunidade; a residência multiprofissional em saúde da família; a especialização em saúde pública e o curso técnico para agentes

comunitários. Além desse fomento direto, instituiu uma gratificação salarial vinculada à titulação dos profissionais da ESF como estímulo à formação continuada. Entretanto a mesma ênfase deveria ter sido dada em relação à mudança do modelo de gestão em termos de capacitação dos gerentes das CF e das CAP e também dos apoiadores das linhas de cuidado que realizam o apoio institucional cotidiano às equipes e gerentes de CF. Isso poderia contribuir para a efetivação da lógica contratual, e possibilitar as inovações dela decorrentes, na perspectiva de que a experimentação de novos modelos de gestão seria capaz de gerar aprendizagem e desenvolvimento institucional da gestão pública.

Em relação à capacidade regulatória da SMS na condução do modelo de OSS, nosso estudo identificou algumas lacunas, quais sejam; a ênfase maior no controle dos processos e menor no controle dos resultados e a insuficiência das tecnologias de informação utilizadas no monitoramento, avaliação e controle, não somente da execução do contrato de gestão, mas também da implementação da ESF, na medida em que as informações sobre indicadores de ações prioritárias desse modelo de atenção ainda são pouco fidedignas, conforme discutido no capítulo anterior.

Consideramos que o controle dos resultados é um importante avanço na gestão da política pública, pois são eles que interessam à população; entretanto nosso entendimento é que o controle de processos não deve ser excessivo, mas também não é desnecessário. Ele também possibilita mais segurança àqueles envolvidos na contratualização em relação aos princípios que regem a administração pública e o uso do recurso público. Além disso, no caso da ESF de uma cidade do porte do Rio de Janeiro, o monitoramento do processo de trabalho das equipes realizado pelas respectivas CAP conjuga dois fatores essenciais a ser ter em conta no provimento de políticas públicas de caráter social: permite a direcionalidade da SMS no modelo de atenção; e evita possíveis comportamentos oportunistas ou inadequados das OSS para o alcance de metas “a qualquer custo” (problemas de agencia). Outro argumento favorável ao controle dos processos é a dificuldade de mensuração do impacto das ações empreendidas no domínio da APS, discutido no primeiro capítulo.

Se a institucionalização da avaliação de resultados é fundamental para o desenvolvimento do SUS, torna-se mais importante ainda no modelo de gestão por resultados e de separação institucional entre as funções de financiamento e provisão de serviços. Nesse contexto, o desenvolvimento de tecnologias de informação de apoio à contratualização é um fator crítico de sucesso.

Entendemos que a SMS deveria caminhar nesse sentido e integrar a avaliação “em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento,

ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas” (Hartz, 2002, p. 419). Ao contrário, uma visão burocratizada, estática e desarticulada do processo de avaliação subverteria a filosofia que lhe é subjacente, reduziria o seu potencial transformador como instrumento de análise crítica da gestão e nada acrescentaria às organizações, para além de um conjunto de tarefas a realizar.

Uma efetiva avaliação e controle de resultados minimizariam os problemas inerentes à relação de agência, pois proporcionariam mecanismos de medição regular e periódica das mudanças produzidas, monitorando-as ao longo do tempo, identificando os problemas, as dificuldades e os elementos da organização e desempenho dos serviços de saúde que produzem maior impacto sobre a qualidade da atenção. Essa prática seria importante tanto para que a SMS exercesse adequadamente sua função de regulação dos contratos de gestão, quanto para que subsidiasse a gestão da política de APS e para que obtivesse reconhecimento de outros atores (intra e extragovernamentais) e legitimidade frente às diferentes forças sociais (apoio político).

Nas parcerias do Estado com o terceiro setor, seria desejável a diferenciação entre a função de regulação e a própria gestão das atividades finalísticas, de forma que a regulação não se confunda com os interesses do setor contratante e “permita um juízo de valor isento do desempenho das parcerias” (Medice, 2011, p.84). A partir dos resultados do nosso estudo, consideramos que a capacidade regulatória poderia ser mais bem desenvolvida por uma instância externa à Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV/ SMS). Tal instância teria independência e autonomia para fiscalizar e verificar a conformidade da execução do contrato de gestão e do monitoramento realizado pelas CAP; e seria formada por servidores públicos de alta competência nas áreas administrativa, jurídica, de auditoria contábil e clínica.

O controle de resultados pela administração direta, de acordo com os preceitos do gerencialismo, seria complementado pela transparência e pelo controle social. A nossa análise da percepção dos Conselheiros Municipais de Saúde sugere haver pouco incentivo, por parte da SMS, à participação e ao controle social do modelo de OSS, o que não difere das dificuldades do exercício do controle social no âmbito da administração direta do SUS. Concordamos com Bernardo (2011, p. 150), para a qual “em geral os contratos de gestão têm priorizado os mecanismos que promovem melhor desempenho, em detrimento de mecanismos que garantam maior controle social e transparência”.

A SMS adota um modelo de OSS no qual a mesma é considerada uma ferramenta administrativa para facilitar a aquisição de bens e serviços e a provisão de profissionais

de saúde. Nesse sentido, estabelece uma relação com essas entidades mais próxima da subordinação e mais afastada da parceria e da cooperação, o que limitaria o desenvolvimento de inovações gerenciais que poderiam ser introduzidas pela adoção da lógica contratual e da institucionalização da avaliação de resultados.

Nosso estudo apontou a existência de esforços organizados na SMS destinados ao aprimoramento da parceria com as OSS, e verificado pelas sucessivas adequações em sua estrutura organizacional. Entretanto, carecem de melhorias em relação ao controle dos resultados e aumento da *accountability* e do controle social para que essa forma de organização administrativa seja efetiva e voltada para a preservação do interesse público.

A análise da implementação desse processo, de significativa dimensão e complexidade em curso há cinco anos na SMS, requer conclusões prudentes que visam muito mais subsidiar os esforços de monitoramento do que realizar julgamentos de valor sobre os acertos e erros de decisões e ações de governo. Há obstáculos e, sobretudo, um inequívoco processo de aprendizagem em curso. É certamente o caso de aprender com a experiência, de tal forma que os erros e acertos possam permitir melhores resultados.

A SMS adotou o modelo de OSS na gerência da ESF com o compromisso explícito de fortalecer a atenção primária à saúde, verificado pelo aumento do recurso financeiro disponível. O objetivo foi criar um modelo jurídico que implicasse em modelos de gestão mais adequados à rápida expansão da ESF. No entanto essa dinâmica necessita de avaliações permanentes para ajustes e correção de rumos, quer em relação às dificuldades inerentes à implementação da ESF em grandes centros urbanos, quer em relação ao processo de contratualização com as OSS que estabelece novas dinâmicas na interação dos atores.

A “Reforma Administrativa” da SMS, definida no capítulo quatro, parece ser mais modernizante em seu componente de flexibilização administrativa do que no componente do aumento da *accountability* governamental. Enquanto o primeiro é respaldado pela utilização das regras do direito privado pelas OSS, o segundo parece estar condicionado aos elementos da cultura administrativa burocrática e não do gerencialismo. Se a SMS encontra-se em um momento de transição do modelo de administração burocrático para o gerencial, somente novos estudos ao longo do tempo poderão dizer.

Entendemos que não há um modelo único de parceria com OSS, mas sim diferentes modalidades originadas da combinação entre as normas institucionais, as singularidades socioeconômicas, o grau de desenvolvimento institucional e as determinações do jogo político local. Em síntese, e à luz do estudo realizado, podemos dizer que o modelo de OSS ainda é frágil como alternativa organizacional, no âmbito da

APS do SUS, porque o Estado não possui a capacidade regulatória necessária, o que inclui debilidades nas tecnologias de monitoramento das atividades prestadas que dificultam a avaliação do desempenho dos serviços contratados.

A complexidade das relações de causa e efeito inerentes aos processos organizacionais e interorganizacionais do setor público justificaria o permanente esforço de acompanhamento, interpretação e avaliação dos novos modelos gerenciais no SUS. Nesse sentido, nosso estudo serviu para indicar horizontes e possibilitar reflexões, como também identificou questões que merecem ser exploradas em estudos futuros.

A gestão do trabalho no modelo de OSS, aqui tratada de forma breve, é um tema importante a ser discutido e mereceria um estudo específico. Qual a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família a esse respeito? Quais os efeitos, tanto positivos como negativos, da adoção de incentivos financeiros para o alcance de indicadores de desempenho na APS? Outro ponto a ser explorado consistiria na análise custo-efetividade da parceria com as OSS em perspectiva comparada com a ESF prestada diretamente pelo Estado, tendo em vista que o aumento da eficiência na administração pública também é um conceito-chave no gerencialismo.

Para terminar, os sucessos e fracassos no caminho das parcerias do Estado com o terceiro setor dependem da capacidade do Estado nas distintas fases de organização dessas parcerias o que incluiria um grupo de trabalho de alto nível; clareza de objetivos; análise de alternativas – as parcerias teriam que apresentar vantagens em relação à opção pública; capacidade técnica e jurídica; definição de linhas de base de avaliação; gestão da mudança e comunicação clara com os profissionais e a população; e o adequado monitoramento dos processos e controle dos resultados.

Nosso estudo analisou os limites e possibilidades do modelo por OSS na gerencia da ESF. Entendemos que assim contribuímos para as reflexões acerca de modelos de gestão que venham produzir respostas às necessidades do setor saúde e ampliem a capacidade dos governos de implementação das políticas públicas como estratégia de promoção da justiça social.

Referências Bibliográficas

ABRUCIO, F. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Texto para discussão 10. Brasília, Enap, 1996.

_____. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. Revista de Administração Pública, v. 41, 1967-2007, Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa, pp. 67-86, 2007.

ANDRADE, L. R.; TEIXEIRA, M.; MACHADO, C. V. Gestão do trabalho na estratégia saúde da família: a proposta da fundação estatal saúde da família da Bahia. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, 2012, 47, pp. 65-76.

ARAGÃO, A. S. et al. Fundações estatais: estudos e parecer. Campinas: Saberes Editora, 2009.

ARAÚJO, M.; SANCHEZ, O. A. A Corrupção e os Controles Internos do Estado. Lua Nova, São Paulo, n.65, p.137-173, 2005.

BACHELARD, G. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996, 316 p.

BAKER, R. Reforming primary care in England – again. Plans for improving the quality of care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, jun. 2000, v. 18, n. 2, pp. 72-74.

BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

BARZELAY, M.; ARMAJANI, B. J. Atravesando la burocracia: una nueva perspectiva de la administración pública. México: Fondo de Cultura Económica, 1998, 252 p.

BARZELAY, M. Breaking through bureaucracy: a new vision for managing in government. Berkeley: University of California Press, 1992.

_____. Origins of the new public management: an international view from public administration/political science. In: MCLAUGHLIN, K.; OSBORNE, S. P.; FERLIE, E. (Orgs.). The new public management: current trends and future prospects. Londres: Routledge, 2002, 355 p., pp. 15-33.

_____. The new public management: improving research and policy dialogue. Berkeley: University of California Press, 2001.

BERNARDO, R. A. Instrumentos de contratualização de resultados na administração pública como mecanismo de promoção da accountability. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 4, 2011, Brasília. Anais. Disponível em: <<http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/handle/123456789/577>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

BRANDÃO, C. E. L. Conceitos em governança corporativa. Revista Debates GVsaúde, n. 5, pp. 26-35, 2008.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civil da união, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9527.htm#art13>. Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm>. Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. Presidência da República. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados, Brasília, 2002b.

_____. Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o Governo Lula. Brasília: Ministério do Planejamento, 2003, 30 p. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/081003_SEGES_Arq_gestao.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Boas práticas de humanização na atenção e gestão do Sistema Único de Saúde – SUS: contrato interno de gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Brasília: Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

_____. Projeto Fundação Estatal – principais aspectos. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Levantamento dos modelos de parceria entre o poder público e entes de cooperação e colaboração no Brasil. Brasília: MP, Seges, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB

Variável. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>.

Acesso em: 30 abr. 2012.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011b.

Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 18 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo: anexo: ficha de qualificação dos indicadores. Brasília, 2012a. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq_anexo>. Acesso em: 28 jan. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012b. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Gradiente das formas jurídico-institucionais da administração pública e de relacionamento com entidades civis sem fins lucrativos. Disponível em: <<http://www.gespublica.gov.br/projetos-aco-es/pasta.2009-07-15.5584002076/Gradiente.pdf/view?searchterm=gradiente>>.

Acesso em: 29 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família.

Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 15 fev. 2014.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Cadernos MARE da reforma do estado; v. 1. Brasília: MARE, 1997, 58 p.

_____. Da administração pública burocrática à gerencial. Revista do Serviço Público, Brasília, n. 47; v. 1, 1996.

_____. Reforma do Estado para cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34; Brasília: Enap, 1998.

_____. Uma interpretação da América Latina: a crise do estado. Novos Estudos, CBRAP, São Paulo, v. 37, pp. 37-57, nov. 2003.

- BULLINGER, M. La administración, al ritmo de la economía y la sociedade: reflexiones y reformas em Francia y Alemania. *Revista de Administración Pública*, v. 91, pp. 139-172, 1996.
- CAMPBELL, S. M.; MCDONALD, R.; LESTER, H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 6, pp. 228-234, 2008.
- CAMPBELL, S. M. et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal Medicine*, Waltham, v. 361, pp. 368-378, 2009.
- CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, n. 36, v. 5, pp. 723-745, 2002.
- CAMPOS, F. E. C.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, pp. 47-58, 2002.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, pp. 301-306, 2007.
- CASSESE, S. Tendenze recenti della riforma amministrativa in Europa. Bologna: Il Mulino, 1989, 185 p.
- CAPISTRANO FILHO, D. Da saúde e das cidades. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CAVALCANTE, R. B. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento de poder. 218 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- CAZELLI, C. M. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fiocruz, 151 p., 2003.
- CHESNAIS, F. Capitalismo de fim de século. In: COGGIOLA, O. (Org.). *Globalização e socialismo*. São Paulo: Xamã, 1997, pp. 7-34.
- CLAD – Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Uma nova gestão pública para a América Latina. Caracas, 1998.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução 223/1997. Dispõe sobre a decisão do Conselho Nacional de Saúde sobre a proposta das organizações sociais em discussão no Legislativo e no Executivo. Brasília, Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res22397.htm>>. Acesso em: 10 set. 2011.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis. Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, 2002; 18, pp. 191-202. Suplemento.
- _____. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, pp. 7-16. Suplemento 1, jan. 2008.

- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001, n. 6, v. 2, pp. 319-328.
- COSTA, G. D. et. al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 1, pp.113-118, jan.-fev. 2009.
- COSTA, N. R. Alternativas de governança na gestão pública: o caso dos hospitais no modelo de parceria público-privada organização social no estado de São Paulo. In: MODESTO, P.; CUNHA JUNIOR, L. A. P. (Coord). *Terceiro setor e parcerias na área da saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2011, pp. 93-106.
- COSTA e SILVA, V. *et al.* Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. No prelo. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14450>. Acesso: 15 de nov. 2013.
- CRUZ, C. F. et al. Transparência da gestão pública municipal: um estudo a partir das homepages dos grandes municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, pp. 153-176, fev. 2012.
- CUNHA JUNIOR, L. A. P. Aperfeiçoamentos necessários ao sistema de controle público sobre as entidades do Terceiro Setor. In: MODESTO, P.; CUNHA JUNIOR, L. A. P. (Coord). *Terceiro Setor e parcerias na área da saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2011, pp.177-197.
- CUNILL, G. N. La Rearticulación de las Relaciones Estado-Sociedad: en Busqueda de Nuevos Sentidos. *Revista del Clad Reforma y Democracia*, n. 4, jul. 1995.
- DALLA VECCHIA, M. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-político. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.
- DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Coord). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, pp. 49-88.
- DINIZ, E. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. *Dados – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, pp. 385-415, 1995.
- DI PIETRO, M. S. Z. *Direito administrativo*. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2012
- _____. *Parcerias na administração pública*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- DITTERICH, R. G. A contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção primária à saúde: avanços, dificuldades e desafios. Tese (Doutorado em Odontologia – área de concentração saúde coletiva). Curitiba, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2011.
- DOHMANN, H. Organizações Sociais da Saúde no município do Rio de Janeiro: modelo diferenciado. In: SEMINÁRIO TERCEIRO SETOR E PARCERIAS NA SAÚDE, São Paulo, 2012, [documento sonoro da apresentação do autor no seminário].

Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/tvdireito/hans-dohmann>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

DUCATI, E.; VILELA, E. S. A participação nos lucros ou resultados e a avaliação de desempenho. In: ENANPAD, 25, 2001, Curitiba. Anais. Curitiba: ANPAD, 2001. CD-ROM.

DUCCI, L. Curitiba firma contrato de gestão com metas para a saúde. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, n. 14, pp. 43-57, 2007.

DUDLEY, R. A.; ROSENTHAL, M. B. Pay for performance: a decision guide for purchasers. Agency for Healthcare Research and Quality. US. Department of Health and Human Services, 2006. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/p4p/p4pguide.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

DUSSAULT, G. A gestão de serviços de saúde: características e exigências. *Revista da Administração Pública*, v. 26, n. 2, abr./jun., 1992.

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R.; MATOS, T. T. A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático, n. 9, pp. 41-57, 2010.

ESCOVAL, A. et al. Contratualização em cuidados de saúde primários: horizonte 2015/20: fase 5: relatório final. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública/UNL; 2010. Disponível em: <<http://www.acss.min-saude.pt/Projectos/tabid/tabid/57/xmmid/436/xmid/1178/xmview/2/Default.aspx>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

ESCOVAL, A. Curso Contratualização e Financiamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública; UNL. Lisboa, 2012.

FAIRBROTHER, P. Politics and the State as employer. Londres: Mansell. 1994.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do Modelo Assistencial. *Physis*, v. 12, n. 1, pp. 59-76, 2002.

FELICIANO, K. V. O. Abordagem qualitativa na avaliação em saúde. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, 196 p.

FERLIE, E. et al. A nova administração pública. Brasília: Ed UNB/ENAP, 1999.

_____. The New Public Management in Action. Oxford: Oxford University Press, 1994.

FIGUERAS, J.; ROBINSON, R. J.; JAKUBOWSKI, E. (ed.). Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead: European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2005.

FISHER, E. S. Paying for performance-risks and recommendations. The New England Journal of Medicine; 355p., pp. 1845-6, 2006.

FLEETCROFT, R.; STEEL, N.; COOKSON, R. et al. Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: cross-sectional analysis. BMC Health Services Research, v. 12, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/94>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

FLEURY, S. Reforma administrativa: uma visão crítica. Revista de Administração Pública, v. 31, n. 4, pp. 299-309, 1997.

FOLHA DIRIGIDA. RioSaúde já é lei, e polêmica continua. Disponível em <http://www.folhadirigida.com.br/fd/Satellite/concursos/noticias-RioSaude-2013-2000040684907/Em-meio-a-protestos-criacao-da-RioSaude-e-aprovada-2000043602155-1400002102880>. Acesso em 11 de jul. 2013.

FRIAS, P. G. et al. Avaliação da notificação de óbitos de menores de um ano ao Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 12, n. 1, pp. 15-25, 2012.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, pp. 165-181, 2001.

GARNIER, L. El espacio de la política en la gestión pública. In: BRESSER-PEREIRA, L. et al. Política y gestión pública. Caracas: CLAD, 2004, pp. 91-138.

GAVAGAN, T. F. et al. Effect of Financial Incentives on Improvement in Medical Quality Indicators for Primary Care. The Journal of the American Board of Family Medicine. Lexington, v. 23, n. 5, pp. 622- 631, 2010. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/728607>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

GEERTZ, C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2001.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. Una atención primaria fuerte en Brasil. Informe sobre cómo fortalecer los aciertos y corregir las fragilidades de la estrategia de salud de familia, Madri, 2011.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa? 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI, L. G. Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais. [trabalho produzido para a Organização Pan-Americana da Saúde], mai. 2007. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObserveRH/NESCON-UFMG/Modalidades_contratacao_trabalho_medico.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2013.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, pp. 20-31, mai.-ago. 2004.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, pp. 287-301, mar.-ago. 2005.

GOUVEIA, M. et al. Análise dos Custos e Sistema de Remuneração e Incentivos das Unidades de Saúde Familiar. Lisboa: Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2007.

GREß, S.; DELNOIJ, D. M. J.; GROENEWEGEN, P. P. Gestão do comportamento da atenção primária através de sistemas de pagamento e de incentivos financeiros. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A., BOERMA, W. G. W (Orgs.). Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2010, pp. 263-283.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, pp. 419-421, 2002.

HARVEY, D. Condição pós-moderna. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1989.

HOOD, C. Beyond 'progressivism': a new 'global paradigm' in Public Management? *International Journal of Public Administration*, v. 19, n. 2, pp. 151-177, 1996.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y; CASTRO, P. C. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, pp. 683-703, 2006.

JENSEN, M.C.; MECKLING, W. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, North-Holland, v.3, n.4, p.305-360, out, 1976.

KAZANDJIAN, V. A. Pay-for-performance in health care: the natural evolution of performance measurement and community expectations. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; volume temático 9, pp. 117-128, 2010.

KLIKSBERG, B. Repensando o Estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

LEONE, C.; DUSSAULT, G.; LAPÃO, L. V. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, pp. 149-160, jan. 2014.

LIMA, G. T.; SICSU, J. Macroeconomia do emprego e da renda: Keynes e o Keynesianismo. Barueri, São Paulo: Manole, 2003.

LIMA, S.M.L. Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. Tese (Doutorado em Ciências – área de concentração Saúde Pública). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, 2009.

LIMA, A. P.; CORREA, Á. C. P.; OLIVEIRA, Q. C. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [on-line], 2012, v. 65, n. 1, pp. 121-127. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267022810018>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

LOPEZ, G. F.; ALENCAR, J. L. O. É o controle social uma alternativa crível para controlar a burocracia? In: CARDOSO JUNIOR, J. C.; PIRES, R. R. C. (Orgs.). Gestão pública e desenvolvimento. Brasília: Ipea, v. 6, pp. 257-264, 2011.

LOTTENBERG, C. L.; ZLOTNIK, E.; SANTOS, C. Sistema Único de Saúde: acesso, qualidade, financiamento e as parcerias público-privadas. In: MODESTO, P.; CUNHA JUNIOR, L. A. P. (Coord.). Terceiro Setor e parcerias na área da saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011, pp. 89-92.

LUSTOSA, C. F. A reforma do Estado e as organizações sociais. Revista da Administração Pública, v. 32, n. 5, pp. 209-213, 1998.

_____. Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica ao paradigma gerencialista. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

LUSTOSA, C. F.; CAVALCANTI, B. S. Mudança organizacional no setor público. Revista da Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, pp. 82-106, 1990.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24, pp. S42-S57, 2008. Suplemento 1.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Services Research; v. 38, n. 3, pp. 831-865, 2003.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), v. 31, n.2, pp. 314-320, 2010.

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República. 1995, 68 p.

_____. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Cadernos MARE da reforma do estado, v. 1. Brasília, 1997a, 58 p.

_____. Organizações Sociais. Cadernos MARE da reforma do estado, Brasília, v. 2. 1997b, 74 p.

_____. A reforma administrativa do sistema de saúde. Cadernos MARE da reforma do estado, Brasília, v. 13, 1998, 33 p.

MARINI, C. A emergência da Nova Gestão Pública. In: FUNDAÇÃO LUÍS EDUARDO MAGALHÃES (Org.). Gestão pública: o debate contemporâneo. Cadernos FLEM, 7. Salvador, 2003, 104 p.

MARTINS, H.F. Cultura de Resultados e Avaliação Institucional: avaliando experiências contratuais na administração pública federal. Revista Eletrônica Sobre a Reforma do Estado, Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, n.08, dezembro

2006, janeiro, fevereiro 2007. Disponível em www.direitodoestado.com.br. Acesso em 15 de mar. 2014.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, jun. 2013.

MARTY, I. K. Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. In: GIACOMINI, C. H. (Org.). *Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização*. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2009, pp. 43-56.

MATIAS-PEREIRA, J. *Governança no setor público*. São Paulo: Atlas, 2010.

MCDONALD, R.; MARTIN ROLAND, D. M. Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences. *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 7, n. 2, pp. 121-127, 2009. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/7/2/121.long>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

MEDICE, A. C. O papel das parcerias público-privadas na gestão e no financiamento do setor saúde. In: MODESTO, P.; CUNHA JUNIOR, L. A. P. (Coord.). *Terceiro Setor e parcerias na área da saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2011, pp. 69-87.

MEIRELLES, H. L. *Direito Administrativo Brasileiro*. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 1999, 244p.

MELO, M.; SOUSA, J. C. Os indicadores de desempenho contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; n. 27, pp. 28-34, 2011.

MELO, M. A. Governance e reforma do Estado: o paradigma agente X principal, *Revista do Serviço Público*; v. 47, n. 1, 1996.

_____. O sucesso inesperado das reformas de segunda geração: federalismo, reformas constitucionais e políticas sociais. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, v. 48, n. 4, pp. 845-889, 2005.

MENDES, E. V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512 p.

MÉSZAROS, I. *Para além do Capital*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

MILANI, C.; SOLINÍS, G. Pensar a democracia na governança mundial: algumas pistas para o futuro. In: MILANI, C.; ARTURI, C.; SOLINÍS, G. (Orgs.). *Democracia e governança mundial: que regulações para o século XXI?* Porto Alegre: UFRGS/Unesco, 2002, pp. 266-291.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MINTZBERG, H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995.

MODESTO, P. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das Organizações Sociais. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/18967-18968-1-PB.html>>. Acesso em: 2 nov. 2013.

_____. O direito administrativo do Terceiro Setor: a aplicação do direito público às entidades privadas sem fins lucrativos. In: MODESTO, P.; CUNHA JUNIOR, L. A. P. (Orgs.). Terceiro Setor e parcerias na área da saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011, pp. 21-40.

_____. Reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil. Revista de Direito Administrativo – RDA, n. 214, pp. 55-68, out-dez. 1998.

MOTA, F. R. L. Registro de informação no sistema de informação em saúde: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM no Estado de Alagoas, 2009. 265 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MOTTA, P. R. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. (Orgs.). Rio de Janeiro: Cebes, 2010, pp. 24-47.

NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. J. A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. Práxis Educativa, Ponta Grossa, v. 5, n. 1, pp. 9-29, jan.-jun, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.uepg.br>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

NUNBERG, B. Managing the Civil Service – Reform Lessons from Advanced Industrialized Countries. Washington, DC, World Bank Discussion Paper n. 204, abr. 1995.

OLIVEIRA, J. A. S.; ROSA, G. F. S.; PEREIRA, F. W. A. Plano de desenvolvimento da gestão e do cuidado: uma ferramenta do Apoio Institucional/FESF-SUS às Equipes de Gestão da Atenção Básica. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, 6, 2012. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/601/1088>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

OLIVEIRA, J. A. A.; FLEURY, S. (Im)Previdência social – 60 anos de história da previdência social no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1985. 356 p.

ORMOND, D; LOFFLER, E. A nova gerência pública. Revista do Serviço Público, Brasília, a. 50, v. 2, pp. 67-89, 1999.

- OSBORNE, D.; GAEBLER, T. Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. 6. ed. Brasília: MH Comunicação, 1995, 436 p.
- OSZLAK, O. From smaller to better government: the challenge of the second and third generations of state reform. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, v. IX, n. 3, Estados Unidos, 2006. Disponível em: <<http://www.oscaroszlak.org.ar/articulos-ing.php>>. Acesso em: 12 nov. 2011.
- PACHECO, R. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid: CLAD, 2004.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007, 12, pp. 1819-1829. Suplemento.
- PAPANICOLAS, I.; SMITH, P. C. Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/162568/e96456.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.
- PATTON, M. Q. *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills: Sage, 1980.
- PAULA, A. P. P. Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005, 201 p.
- PEREIRA NETO, A. F. Conselho de favores: controle social na saúde: a voz dos seus atores. Rio de Janeiro: Garamond, 2012, 124 p.
- PEREIRA, A. T. S. et al. A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, pp. 607-620, 2006.
- PETERSEN, L. A. et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine Journal*, 145, pp. 265-72, 2006.
- PIERANTONI, C. R. As Reformas do Estado, da Saúde e Recursos Humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*; v. 6, n. 2, pp. 341-360, 2001.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, ago. 2012, 6. Suplemento 2; cerca de 19 p. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624>>. Acesso em: 30 jan. 2013.
- PINTO, E. G. Plano diretor da reforma do aparelho do estado e organizações sociais. Uma discussão dos pressupostos do "modelo" de reforma do Estado Brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 6, n. 51, 1 out. 2001. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/2168>>. Acesso em: 21 out. 2013.

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória. Decreto 15.407. Regulamenta a Lei no 8.254, de 5 de abril de 2012, que instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Serviço de Saúde do Município de Vitória. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2012/D15407.PDF>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

POLLIT, C.; BOUCKAERT, G. Public management reform: a comparative analysis. 2. ed. Nova York: Oxford University Press, 2004, 347 p.

POLLITT, C. El gerencialismo y los servicios públicos: la experiencia anglo norteamericana. Madri: Ministério da Economia e Fazenda, 1993.

POPE, C.; MAYS, N. Qualitative research in health care. 3. ed. Oxford: Blackwell Publising, 2006.

PORTUGAL. Grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários – Acontecimento extraordinário. SNS: proximidade com qualidade, 2009. Disponível em: <<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/7BC7CBA8-CAFB-4BA0-8CEE-D214AF7316A5/0/RelatorioCSPFev2009FECHADOx300dpi.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2012.

PRATS, I; CATALÁ, J. Veinte años de modernización administrativa en los países de la OCDE. Lecciones aprendidas. In: Projeto de Modernización del Estado – SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE MODERNIZACIÓN DEL ESTADO. Buenos Aires, 2006.

PRJ – Prefeitura do Rio de Janeiro. Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2304364>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (Orgs.). Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.

RAMIÓ, M. C. Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional. Reforma y Democracia. Revista del CLAD, Caracas, n. 21, out. 2001. Disponível em: <<http://www.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/021-octubre-2001/0041100>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

RHODES, R. Governance and public administration. In: PIERRE, J. (Org.): Debating governance. Nova York: Oxford University Press, 2000.

RIBEIRO, L. C.; ALVES, M. J. M.; SILVA, J. A. Avaliação da cobertura do Sistema de Informação da Atenção Básica em saúde (SIAB): uma aplicação da metodologia de amostragem para garantia da qualidade de lotes. Revista APS, v. 10, n. 2, pp. 120-127, 2007.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Convocação pública para parcerias com Organizações Sociais – Edital e Anexos – Estratégia de Saúde da Família – AP 1.0, 2013. Disponível em:
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4378476/4108820/Minuta_Edital_AP1_0_2013_2015_10052013_eanexos.pdf>. Acesso em 28 jan. 2014.

ROSENTHAL, M. B. et al. Pay for performance in commercial HMOs. *The New England Journal of Medicine*. Waltham, v. 355, pp.1895-1902, 2006.

RUTH, A.; REUBEN, JR. R. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Manage Review*, v.25, pp. 83-92, 2000.

SALGADO, V. Perspectivas para a modernização do Estado brasileiro e os desafios para o SUS. In: SEMINÁRIO PREPARATÓRIO DA PLENÁRIA EXTRAORDINÁRIA DO VI CONGRESSO INTERNO DA FIOCRUZ, 2012. Disponível em:
<<http://www.fiocruz.br/congressointerno/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=131&sid=9>>. Acesso em: 9 mar. 2012.

SALISBURY-AFSHAR, E. Financial Incentives for Improving the Quality of Primary Care. *American Family Physician*. Leawood, v. 85, n. 7, pp. 690-691, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2012/0401/p690.html>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Orgs.). Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista Administração de Empresas*, v. 48, n. 3, pp. 64-80, 2008.

SANTOS, L. Administração pública e gestão da saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. (Orgs.). Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, pp. 68-86.

_____. Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações, 2007b. Disponível em:
<http://www.idisa.org.br/img/File/A%2520gestao%2520hospitalar%2520e%2520a%2520Reforma%2520Administrativa%2520_versao%2520CEBES.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2012.

SANTOS, O. et al. Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2007b.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, pp. 347-69, mar.-abr, 2009.

SEGATTO-MENDES, A.P.; ROCHA, K.C. Contribuições da teoria de agência ao estudo dos processos de cooperação tecnológica universidade-empresa. *R. Adm.*, São Paulo, v.40, n.2, p.172-183, 2005.

SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A conceptual framework for the analysis of health care organization performance. Toronto: Health Services Management Research of Toronto, 1996.

SIDDIQI, S.; MASUD, T. I; SABRI, B. Contratar, pero con prudencia: experiencia de externalización de servicios de salud en países de la Región del Mediterráneo Oriental. Bull World Health Organ, Ginebra, v. 84, n. 11, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862006001100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 nov. 2013.

SILVA, M. V. As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle, 2012, 99 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/carteira/carteiraServico_APS.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Rio de Janeiro, 2009.

SORANZ, D. Avaliação dos três anos de experiência dos novos modelos de gestão na atenção básica no Rio de Janeiro. [Trabalho apresentado no Centro de Estudos da ENSP]. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=16351&tipo=B>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

SOUSA, S. B. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência, v. 1. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. A reinvenção solidária e participativa do Estado. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 1999, 51 p. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/134.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2012.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14, pp. 1325-1335, 2009. Suplemento 1.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004, pp. 63-92.

SPINK, P. Gestão Pública e Cidadania. Debates GVsaúde, 2006, v. 1, 1º semestre: pp. 9-11.

TANAKA, O. W. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 927-934, 2011.

TROSA, S. Gestão pública por resultados: quando o estado se compromete. Rio de Janeiro: Renavan; Brasília: Enap, 2001.

VAITSMAN, J.; MOREIRA, R.; COSTA, N. R. Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Entrevista com Jairnilson da Silva Paim. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, pp. 899-901, 2009.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, pp. 921-934, 2012.

VIANA, A. L.; QUEIROZ, M. S.; IBÁÑEZ, N. Implementação do Sistema Único de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 29, n. 3, pp. 17-32, 1995.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Saúde em grandes centros. In: VIANA, A. L. A.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Orgs.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005, pp. 189-219.

VIANA, A. L. Á. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, pp. 577-606. 2006.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, jun. 2013.

WOOLHANDLER, S. et al. Why pay for performance may be incompatible with quality improvement. *BMJ*, Londres, v. 345, 2012. Disponível em <<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5015>>. Acesso: 20 de nov. 2013.

WORLD BANK. *Governance and Development*. Washington, 1992.

_____. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos*. Relatório N°. 36601-BR. Washington, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The International Journal of Public Health*, Special theme: contracting and health services. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 84, n. 11, 2006.

YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.

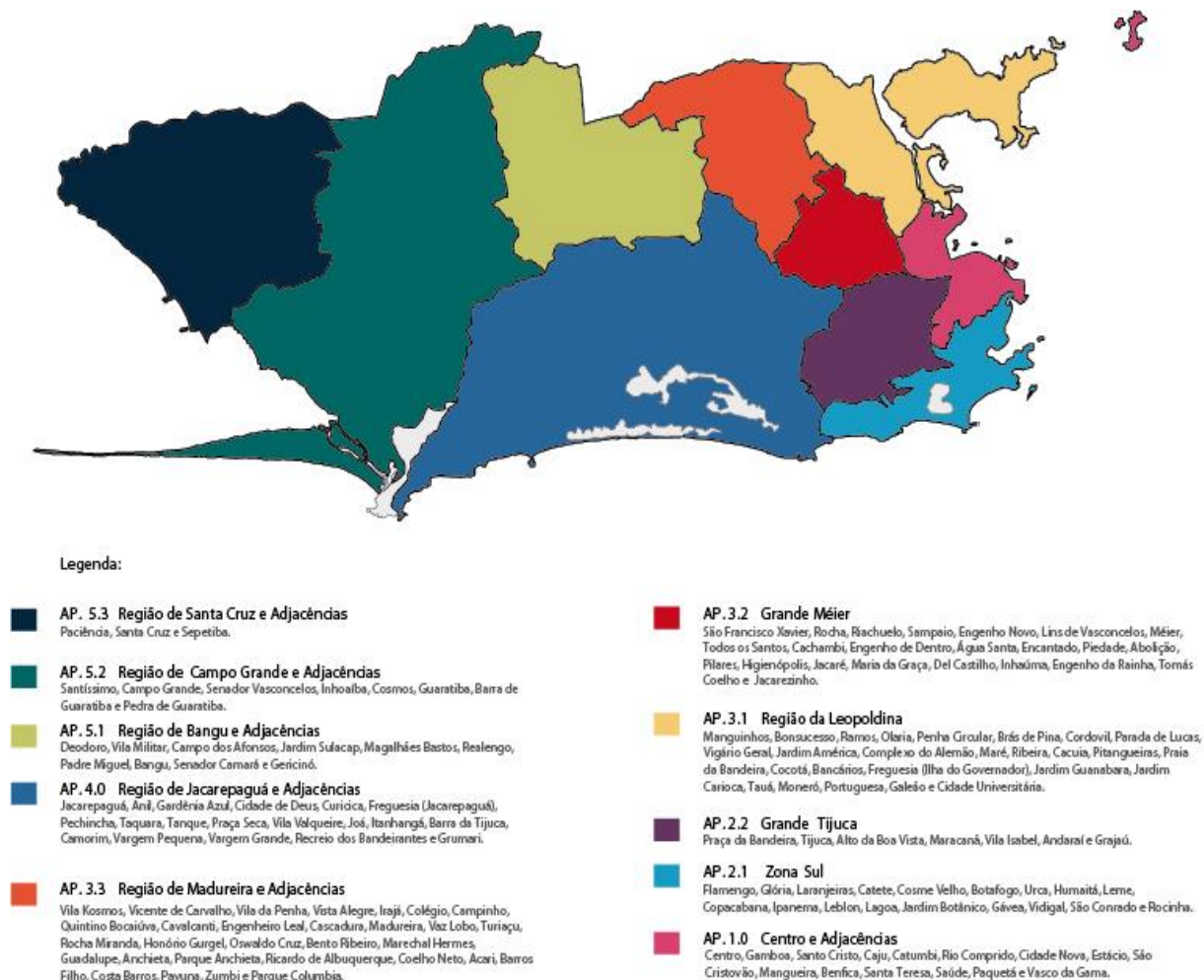
SITE CONSULTADO

Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) – <dab.saude.gov.br/portaldab/pmaq_realidades.php>.

Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica –<dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>.

Anexos

Anexo 1 – Divisão administrativa do setor saúde no município do Rio de Janeiro, por área programática (AP)2014.



Fonte: SMS

Anexo 2 – Roteiro das entrevistas com os informantes-chave do caso em estudo.

1) Identificação

Nome:

Formação profissional:

Função e vínculo atual:

Função e vínculo anterior:

Período no cargo atual:

2) O modelo de OSS

Conhece a origem da implantação do modelo de OSS no Rio de Janeiro?

Porque foi implantado? Qual o objetivo?

Você concorda que a prestação de serviços de saúde pode ficar fora do aparelho de Estado e dentro do terceiro setor?

O que percebe como limites e possibilidades?

Qual o papel da CAP nesse processo? Como se dá sua atuação?.

3) O processo de negociação entre a SMS e a OSS para a estratégia saúde da família.

Qual instância da SMS define o conteúdo dos contratos de gestão?

Quais são as autonomias concedidas às OSS? E às CF?

Em que momento do processo de negociação entre as OSS e a SMS os serviços e as metas são contratados? Como isso ocorre? Os profissionais da ESF participam desse processo?

O papel das CF contratadas na rede de serviços do SUS é definido no contrato de gestão?

Porque a SMS classifica a natureza jurídica das CF no CNES como pertencentes à Adm. Direta e não às OSS?

Considera que a introdução do modelo contratual na ESF modificou o planejamento local das equipes? Em que sentido? E o PMAQ-AB?

Considera que as práticas de saúde nas CF são orientadas pela SMS? Qual a autonomia dos profissionais?

4) Mecanismos de prestação de contas

Que mecanismos existem de acompanhamento e regulação do desempenho das OSS por parte da SMS? Como funcionam? Qual a periodicidade? Qual a utilidade dos mesmos?

Qual sistema de informação é utilizado para o monitoramento do Contrato de Gestão? Como funciona?

Existe acompanhamento pelos órgãos de controle externo? E pelo Conselho Municipal de Saúde?

5) Sistema de incentivo e punição

Existe sistema de incentivos ao bom desempenho ou punição das OSS? Se não, sugere algum? Se sim, como funciona? *(É extensivo aos profissionais de saúde e vinculado ao sistema de pagamento?)*.

6) Aquisição de insumos e serviços

Que fragilidades existem em relação às necessidades de insumos, equipamentos e contratos de prestação de serviços das Clínicas de família? E facilidades?

7) Gestão do Trabalho

Quem define o salário dos profissionais? Como é feito o processo seletivo?

O que considera inovador na gestão do trabalho?

Na sua perspectiva, o incentivo salarial ao bom desempenho das equipes produziu alguma mudança nas práticas dos profissionais? Quais?

8) Transparência e Controle Social

Em relação à sociedade, qual instrumento de transparência que a SMS utiliza sobre a contratualização com as OSS?

Existe Conselho de Administração Superior nas OSS? Como é formado? Como funciona?

Como descreveria a gestão participativa nas CF?

Como a SMS acompanha a manifestação do usuário sobre os serviços?

Quais são os mecanismos de prestação de contas à sociedade que existem da relação entre SMSDC e OSS? Os relatórios das CTA e a prestação de contas são publicados? Onde?

9) Considerações finais

Em sua opinião, em que sentido a introdução do modelo contratual na ESF modificou a capacidade institucional da SMS e das OSS? Há algo que precisaria ser aprimorado? Como você avalia o desempenho assistencial das equipes hoje? Considera que existe alguma relação com o modelo de parceria com as OSS?

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) _____

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre “Terceiro Setor e Parcerias na Saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família” desenvolvida por Vanessa Costa e Silva, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof.^a Dr^a Virginia Alonso Hortale. Você foi escolhido (a) porque ocupa uma função gerencial na _____ e, nesse contexto, sua percepção sobre o sistema de governança adotado é muito importante e contribuirá significativamente para o sucesso do estudo.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão preservadas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as resposta de um grupo de pessoas.

Além disso, a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação consistirá em responder perguntas, a partir de um roteiro pré-elaborado, à pesquisadora do projeto. A entrevista durará aproximadamente 01 hora e será gravada se houver sua autorização quando da realização da mesma. Caso sinta algum constrangimento durante a pesquisa, poderá interrompê-la sem qualquer problema.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/SMSDC. Seu benefício indireto é o de contribuir na construção do conhecimento sobre esse modelo de gestão no SUS. Os resultados do estudo serão divulgados na tese da pesquisadora e em possíveis artigos científicos.

O presente documento será assinado em 02 vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta email, telefone e endereço institucional da pesquisadora, da orientadora, além dos contatos do CEP/SMSRio.

Vanessa Costa e Silva – Doutoranda ENSP/FIOCRUZ

Email pesquisadora: vanessa@ensp.fiocruz.br

Email orientadora: virginia@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação nesta pesquisa, concordo em participar e autorizo a gravação da entrevista.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC: Tel (21) 3971-1463, email: cepsms@rio.rj.gov.br, cepsmsrj@yahoo.com.br.

Anexo 4 - Relação das clínicas da família selecionadas, total de equipes de saúde da família (ESF), quantitativo população cadastrada e número de equipes que aderiram ao PMAQ, por AP e OSS, Rio de Janeiro, 2013.

AP	OSS	Clínicas da Família	ESF	Pop.	Pop/ ESF	Adesão PMAQ 2º ciclo
2.1	Viva Comunidade	CF01	11	35.973	3.270	11
		CF02	8	23.498	2.937	8
		CF03	3	15.420	5.140	3
		CF04	3	14.262	4.754	3
3.1		CF05	4	13.192	3.298	4
		CF06	12	39.682	3.307	12
		CF07	13	42.406	3.262	12
		CF08	6	24.942	4.157	4
5.2	IABAS	CF09	5	21.206	4.241	5
		CF10	5	16.179	4.045	5
		CF11	4	19118	3.824	4
5.3	SPDM	CF12	4	14999	3.750	4
		CF13	5	19.786	3.957	5
		CF14	4	19.314	4.829	4
		CF15	4	10889	2.722	4
		CF16	7	31.814	4.545	6
		CF17	3	11.000	3.667	1
		CF18	6	26.805	4.468	6
		CF19	5	19.200	3.840	5
		CF20	5	12.335	2.467	5
		CF21	7	20.400	2.914	7
Total			124	452.420	3.649	118

Fonte: Disponível em <www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/listaconteudo?search-type=clnicasinauguradas>. Acesso em 28 jun 2013 e <http://www.subpav.org/pmaq/pmaq_lista_equipes_2013.php>. Acesso em 22 jan. 2014. Foi omitido o nome das CF para preservar o sigilo.