



Raphael Barreto da Conceição Barbosa

**Governança da Atenção Primária à Saúde: aspectos administrativos e relacionais da  
contratualização com as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2019

Raphael Barreto da Conceição Barbosa

**GOVERNANÇA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ASPECTOS  
ADMINISTRATIVOS E RELACIONAIS DA CONTRATUALIZAÇÃO COM AS  
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 28 de junho de 2019.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Maria Lemos  
Lima

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Teixeira

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

B238g      Barbosa, Raphael Barreto da Conceição.  
                Governança da atenção primária à saúde: aspectos administrativos e  
                relacionais da contratualização com as organizações sociais no Rio de  
                Janeiro / Raphael Barreto da Conceição Barbosa. -- 2019.  
                133 f. : il. color. ; mapas

                Orientadora: Sheyla Maria Lemos Lima.  
                Coorientadora: Márcia Teixeira.  
                Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
                Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

                1. Organização Social. 2. Governança. 3. Atenção Primária à Saúde.  
                4. Contratos. 5. Responsabilidade Social. 6. Estratégia Saúde da  
                Família. 7. Setor Público. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12098153

Raphael Barreto da Conceição Barbosa

**Governança da Atenção Primária à Saúde:** aspectos administrativos e relacionais da contratualização com as Organizações Sociais no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 28 de junho de 2019.

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Monica Vieira

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Dias de Lima

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Teixeira

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sheyla Maria Lemos Lima

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2019

Dedico este trabalho aos usuários e profissionais de saúde da administração direta e da indireta, que juntos, cotidianamente, lutam pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho é fruto de muita contribuição e paciência das minhas orientadoras que, mesmo com todas as adversidades, acreditaram na minha proposta e me incentivaram. Muito obrigado pelas discussões!

À minha mãe pelo amor, dedicação e, em especial, por compreender a ausência nesse período;

Ao Rafael pelo amor e suporte durante esse último ano de mestrado. Sua dedicação foi essencial para o cumprimento desse desafio.

À Professora Doutora Luciana Dias de Lima que, durante as aulas da disciplina “Políticas de Saúde no Brasil”, me emocionou e me deu ânimo para continuar na luta por um SUS integral, gratuito e equânime;

À Professora Doutora Roberta Gondim e ao Professor Doutor Paulo Bruno por me aceitarem como estagiário em docência na disciplina “Expressões do Racismo e Saúde”, primeira disciplina da ENSP que teve como objeto de análise os efeitos do racismo para a população negra;

À minha turma de mestrado, que foi composta por pessoas sensíveis, empáticas e cuidadosas, com as mais diversas experiências, que trouxeram discussões valiosas para a minha formação;

Ao Viva Rio pelo incentivo à minha formação e por seu meu campo de práticas para aplicação dos aprendizados;

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“*Tamo* pra escrever uma nova página (amém!)

Carolina de Jesus vai se orgulhar

Que o que era quarto de despejos

Seja o quarto dos nossos desejos

Que seja o poço dos desejos

pra *nóis* mergulhar”

**Djonga**

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a governança da Atenção Primária, com foco nos aspectos administrativos e relacionais do processo de contratualização, envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais. Buscou-se compreender o contexto de implantação do Programa Saúde Presente e das OS; as estruturas de comando e coordenação; o controle, prestação de contas e sistema de incentivos; o processo de decisão, pactuação e participação; além das possibilidades e limites para a atuação das OS. Utilizando-se das contribuições do neoinstitucionalismo como referencial metodológico, trata-se de uma pesquisa exploratória, que se caracteriza como um estudo de caso da governança da APS, que além da revisão bibliográfica, se utilizou da análise de documentos e de entrevistas com representantes institucionais do Nível Central e de cinco CAP da SMS e cinco OS diretamente envolvidos na contratualização da APS no período de 2014 a 2016. Inicialmente, identificou-se que a baixa cobertura da ESF e os limites impostos pela LRF foram justificativas apresentadas pela SMS para a contratualização e que o Programa Saúde Presente foi a estratégia utilizada para reformar a APS, consistindo na reorganização do sistema de saúde municipal, com ênfase na ESF. Pôde-se identificar que a SUBPAV da SMS, possui uma estrutura robusta, reproduzida pelas CAP. Essas, por sua vez, organizam o processo de trabalho de forma diferente em cada AP. O mesmo é percebido de forma mais acentuada nas OS, que possuem estruturas gerenciais distintas. Os mecanismos de controle, prestação de contas e sistema de incentivo, na prática, eram desenvolvidos tal qual a regra contratual, além disso, a reunião pré-CTA, não prevista formalmente, foi um achado da pesquisa. Percebeu-se uma discreta atuação do Conselho Municipal de Saúde e uma atuação mais presente dos Conselhos Distritais. O fomento para a realização dos Colegiados Gestores Locais variou entre as CAP e OS. A ampliação da cobertura da ESF foi a principal potencialidade identificada pelos entrevistados e o principal limite estava relacionado à indefinição das funções e responsabilidades entre CAP e OS.

**Palavras-chave:** Organizações Sociais; Governança; Atenção Primária à Saúde; Contratualização; Controle; Prestação de contas.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the governance of Primary Care, focusing on the administrative and relational aspects of the contract process, involving the Municipal Health Secretariat and Social Organizations. We sought to understand the context of implementation of the Present Health Program and OS; the command and coordination structures; control, accountability and incentive system; the process of decision, agreement and participation; beyond the possibilities and limits for the action of OS. Using the contributions of neoinstitutionalism as a methodological reference, it is an exploratory research, which is characterized as a case study of PHC governance, which, in addition to the bibliographic review, used document analysis and interviews with institutional representatives of the Central Level and of five CAPs of the SMS and five OSs directly involved in the contracting of the PHC in the period from 2014 to 2016. Initially, it was identified that the low coverage of the FHT and the limits imposed by the LRF were justifications presented by the SMS for the contract and that the Health Present Program was the strategy used to reform PHC, consisting of the reorganization of the municipal health system, with emphasis on FHS. It was possible to identify that the SMS SUBPAV has a robust structure, reproduced by CAP. These, in turn, organize the work process differently in each AP. The same is perceived more sharply in OSs, which have different managerial structures. The mechanisms of control, accountability, and incentive system were, in practice, developed as the contractual rule, in addition, the pre-CTA meeting, not formally foreseen, was a finding of the research. It was noticed a discrete performance of the Municipal Health Council and a more present action of the District Councils. The promotion of Local Management Colleges varied between CAP and OS. The expansion of ESF coverage was the main potential identified by the interviewees and the main limit was related to the lack of definition of roles and responsibilities between CAP and OS.

**Keywords:** Social Organizations; Governance; Primary Health Care; Contracting; Control; Accountability.

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

### FIGURAS

Figura 1. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.....	46
Figura 2. Organograma da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde.....	46
Figura 3. Divisão territorial da Atenção Primária à Saúde no MRJ, por Áreas Programáticas.....	48
Figura 4. Organograma da CAP 1.0.....	49
Figura 5. Organograma da Organização Social Viva Rio.....	56
Figura 6. Organograma da Organização Social FIOTEC.....	58

### QUADROS

Quadro 1. Diferentes conceitos de governança.....	28
Quadro 2. Ficções presentes no conceito de governança.....	30
Quadro 3. Divisão territorial da Atenção Primária à Saúde, por Organizações Sociais contratadas no Rio de Janeiro.....	34
Quadro 4. Questões e objetivos de pesquisa e procedimentos metodológicos.....	35
Quadro 5. Caracterização dos entrevistados.....	37
Quadro 6. Dimensões da governança, segundo as regras contratuais e variáveis relacionais.....	87

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

AMA – Assistência Médica Ambulatorial

AP – Área Programática ou Área de Planejamento

APD – Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência

APG – Administração Pública Gerencial

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Coordenadoria Geral de Atenção Primária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CER – Coordenação de Emergência Regional

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CF – Clínica da Família

CGA – Coordenação Geral Administrativa

CGL – Colegiado Gestor Local

CIAP - Centro Integrado e Apoio Profissional

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CMS – Centro Municipal de Saúde

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CnR – Consultório na Rua

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CODESP – Comissão de Programação e Controle de Despesas

COQUALI – Comissão de Qualificação de Organizações Sociais

DAPS – Divisão de Ações e Programas de Saúde

DICA – Divisão de Informação, Controle e Avaliação

DIL – Divisão de Infraestrutura e Logística

DOM – Diário Oficial do Município

DRH – Divisão de Recursos Humanos

DVS – Divisão de Vigilância em Saúde

EMAD – Equipe de Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio

EqSB – Equipe de Saúde Bucal

EqSF – Equipes de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FEDP – Fundação Estatal de Direito Privado

FGV – Fundação Getúlio Vargas

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FIOTEC – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FTS – Força de Trabalho em Saúde

GE – Governo Empreendedor

GLOBAL - Associação Global Soluções em Saúde

GP – Governança Pública

IABAS – Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde

IDS – Índice de Desenvolvimento Social

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MP – Ministério Público

MRJ – Município do Rio de Janeiro

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIGI – Núcleo Interno de Gestão de Indicadores

NIR – Núcleo Integrado de Reabilitação

NGP – Nova Gestão Pública

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ONG – Organização Não-Governamental

OS – Organização Social

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAB – Piso da Atenção Básica

PADI – Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso

PAI – Programa Acompanhante de Idosos

PAIS – Programa de Atenção Integral à Saúde

PAVS – Programas Ambientais Verdes e Sustentáveis

PCRJ – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PGM – Procuradoria Geral do Município

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PS – Pronto Socorro

PSF – Programa Saúde da Família

PV – Partido Verde

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SAP – Superintendência de Atenção Primária

SCGOS – Superintendência de Administração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais

SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SUBG – Subsecretaria de Gestão

SUBPAV – Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde

TCM – Tribunal de Contas do Município

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

URSI – Unidade de Referência à Saúde do Idoso

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## Sumário

1. Introdução.....	15
1.1 Objeto .....	16
1.2 Justificativa .....	17
1.3 Objetivo Geral: .....	19
2. A Reforma do Estado e a Nova gestão pública .....	19
2.1. A Nova Gestão Pública no Brasil .....	21
3. Governança.....	25
4. Método .....	31
4.1 Referencial analítico.....	31
4.2 Procedimentos metodológicos .....	33
4.3 Considerações éticas .....	38
5. Resultados .....	39
5.1. Contexto de implantação do Programa Saúde Presente .....	39
5.2. Estruturas de comando e coordenação .....	45
5.3 Controle, Prestação de Contas e Sistema de Incentivos .....	66
5.4 Processo de decisão – pactuação e participação .....	77
5.5 Potencialidades e limites.....	89
6. Considerações Finais .....	97
7. Referências Bibliográficas .....	101
Apêndice A – Legislação e documentos consultados, listados por data de publicação	106
Apêndice B - Roteiro de entrevista com gestor de contratos da SMS .....	109
Apêndice C - Roteiro de entrevista com gestores das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária .....	112
Apêndice D – Roteiro de entrevista com gestores das Organizações Sociais .....	115
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Secretaria Municipal de Saúde.....	118
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Coordenadoria Geral de Atenção Primária .....	123
Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Organização Social.....	128
Apêndice H – Carta de Anuência .....	133
Apêndice I – Carta de Anuência.....	134

## 1. Introdução

Este trabalho pretende analisar a governança da Atenção Primária, com foco nos aspectos administrativos e relacionais do processo de contratualização envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde e Organizações Sociais, no período de 2014 a 2016.

No início dos anos 1980, movimentos de Reforma do Estado ganharam, em pouco tempo, repercussão mundial. A crise econômica e fiscal e a insuficiência no atendimento das demandas sociais são consideradas seus motivos propulsores.

No Brasil, ganhou destaque em 1995 com a reforma da administração pública, durante o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso. Como aponta Bresser-Pereira (2009), a proposta de reformar a administração pública tinha como objetivo central “reconstruir a capacidade do Estado, tornando o governo mais eficiente e responsável”, além de reduzir custos. No Brasil o movimento foi batizado de Administração Pública Gerencial.

Como instrumento guia foi elaborado o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) que trazia pilares essenciais à reforma, como a divisão do Estado em quatro setores e a proposta de diretrizes que subsidiariam essa divisão. Uma das delas, a publicização, uma nova forma de relação do Estado com a sociedade, onde o Estado poderia transferir para a sociedade civil organizada (pessoa jurídica) a operacionalização de atividades de saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia e meio ambiente. Esse repasse de atividades foi possível após o sancionamento da Lei Federal Nº 9.637/98, que dispôs sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado como Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1998).

As OS são instituições privadas, sem fins lucrativos, que devem atuar em prol do interesse público. A relação com o poder público se dá a partir da celebração de um contrato de gestão onde deve constar o programa de trabalho da OS, as metas, prazos e os critérios que serão utilizados para a avaliação, além do montante de recursos necessários à sua operacionalização (BRASIL, 1998).

Para a execução do objeto proposto no contrato de gestão, alcance das metas e cumprimento dos prazos, as OS precisam desenvolver ações que favoreçam seu desempenho administrativo. Segundo Bento, tais mecanismos representam a governança

institucional (BENTO, 2003). Igualmente, o contratante precisa desenvolver ações para assegurar o cumprimento do contrato.

A discussão sobre governança, já usual no setor privado, ganha relevo no setor público em meio ao movimento de Reforma do Estado e da administração pública. A necessidade de se desenvolver mecanismos que aprimorassem a coordenação e o desempenho das instituições públicas, fez com que o debate sobre governança se ampliasse e diversas abordagens sobre o tema foram desenvolvidas.

Autores como Melo (1996) e Timmers (2000) utilizam uma abordagem normativa da governança, destacando as relações de poder e focando nas dimensões de controle, supervisão e prestação de contas. Já autores como Marques (2013) e Lima (2016) destacam a importância de se valorizar os componentes relacionais da governança, considerando que as instituições (públicas e privadas) são formadas por atores sociais que se relacionam e que essas relações influenciam o seu comportamento.

Na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ), a gestão da Atenção Primária à Saúde é descentralizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para as Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP). Em cada CAP há uma ou mais OS que operacionalizam a Atenção Primária por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

## **1.1 Objeto**

Esta dissertação tem como tema a governança da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro, e como objeto de estudo, os aspectos administrativos e relacionais do processo de contratualização envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Organizações Sociais (OS).

A SMS divide a Atenção Primária em cinco macrorregiões de saúde que por sua vez são subdivididas em dez Áreas Programáticas ou Áreas de Planejamento (AP). Em cada AP, há um coordenador geral de saúde (ordenador de despesas e autoridade sanitária local) que conjuntamente com o Nível Central da SMS estabelece um contrato de gestão com uma OS que responde assim pela ESF na AP. Atualmente, existem cinco OS atuando na APS carioca.

Para este estudo são considerados os aspectos da governança adotados pelo Nível Central da SMS-RJ, cinco Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (uma por macrorregião) e as cinco OS na operacionalização da APS.

## **1.2 Justificativa**

Com o advento da reforma do Estado e da administração pública cresce o número de experiências de contratualização entre o Estado e instituições não estatais para execução de serviços públicos, ampliando conseqüentemente o interesse sobre os mecanismos de governança, coordenação e de prestação de contas do desempenho das organizações (públicas e privadas), a fim de responder às demandas da sociedade. O mesmo movimento se reproduz no campo da saúde, tendo em vista a existência de múltiplos prestadores públicos e privados compondo a rede de serviços, com interesses potencialmente conflitantes.

No caso específico do município do Rio de Janeiro, onde parte considerável da APS é gerida e operacionalizada pelas OS, mais importante ainda se apresenta o desafio de assegurar que estas organizações sejam orientadas pelo interesse público.

A contratualização com as OS na operacionalização da APS na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro teve início em 2009. Como justificativa foi alegada a necessidade de aumentar a cobertura da ESF, tendo em vista que a cidade do Rio de Janeiro apresentava a menor cobertura entre as capitais brasileiras, com apenas 3,5% da população coberta. Uma resposta rápida exigia a adoção de uma alternativa à administração direta que possibilitasse flexibilizar a contratação de pessoal pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), reduzindo o tempo dos processos seletivos e eliminando ainda os vínculos precários de trabalho, até então existentes; adicionalmente, permitindo reduzir o tempo de aquisição de equipamentos e insumos. A contratualização com as Organizações Sociais foi o mecanismo para a implementação do Programa Saúde Presente da SMS, que pretendia fazer da APS a porta de entrada preferencial e organizadora do sistema de saúde, tendo a ESF como estratégia prioritária.

A relação entre a SMS e as OS se dá por meio de contratos de gestão, onde são especificados o objeto da pactuação, os indicadores e metas a serem alcançados pelas OS, o sistema de incentivo/punição, os recursos financeiros com cronograma de desembolso, os mecanismos de prestação de contas, além dos direitos e obrigações contratuais de ambas as partes.

A SMS enquanto contratante, exerce o papel de reguladora das ações das OS, verificando como os recursos estão sendo aplicados, se as metas estão sendo alcançadas e sinalizando ou corrigindo possíveis desvios de conduta das contratadas, com foco na preservação do interesse público. A contratualização dos serviços de saúde com as OS não exime a administração pública de suas responsabilidades legais, portanto, para a SMS, o controle do cumprimento das obrigações contratuais, deve ser prioritário.

Este estudo pretende contribuir para o debate sobre modelos de gestão alternativos à administração pública direta, além de descrever como se dava a operacionalização da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro.

A motivação para realizar este trabalho ocorreu durante a atuação do autor como Gestor de um Contrato de Gestão na OS Viva Rio, quando pôde ter contato com o modelo de governança, envolvendo a SMS e essa OS. Tal contato suscitou a curiosidade do autor em identificar os mecanismos de governança adotados nas demais OS que atuam no âmbito da APS, além dos utilizados pelo ente contratante.

Para tanto, caracterizar a governança adotada na APS da PCRJ, considerando desde aspectos prescritivos, a partir de mecanismos de coordenação, controle e prestação de contas, até os aspectos mais relacionais e específicos de cada um de seus atores institucionais (SMS, CAP e OS), destacando possíveis diferenças, pode trazer elementos importantes para o debate e aprimoramento do modelo.

Considerando que a inserção das OS na APS carioca é recente e que ainda há pouca produção científica a respeito da governança, este estudo pretende responder às seguintes questões:

1. Como se caracteriza a governança da APS, no âmbito dos contratos de gestão, no Nível Central e na CAP da SMS e OS nos seus aspectos mais formais e normativos e nos aspectos mais informais e relacionais?
2. Quais as principais estratégias, instrumentos gerenciais/regulatórios adotados pelo Nível Central e CAP da SMS e OS?
3. Como se estabelecem as relações entre o Nível Central e a CAP da SMS e entre essas e as OS na gestão/regulação dos contratos?

### **1.3 Objetivo Geral:**

Analisar a governança da Atenção Primária, com foco nos aspectos administrativos e relacionais do processo de contratualização envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde e Organizações Sociais, no período de 2014 a 2016.

### **1.4 Objetivos específicos:**

- Mapear o contexto de implantação do Programa Saúde Presente e das OS na APS;
- Caracterizar os atores institucionais da governança da APS;
- Identificar as estruturas de comando e coordenação;
- Descrever os mecanismos de controle (interno e externo), prestação de contas e sistema de incentivos;
- Desvelar a participação no processo de tomada de decisão de cada um dos atores institucionais envolvidos (Nível Central e CAP da SMS e OS) considerando ainda os profissionais e usuários;
- Discutir as potencialidades e limites da governança adotada pela SMS e OS, e suas implicações para a APS no MRJ.

## **2. A Reforma do Estado e a Nova gestão pública**

No início da década de 80 um movimento de reforma do Estado e da Administração Pública ganha repercussão mundial após a eleição de Margaret Thatcher na Grã-Bretanha (1979) e Ronald Reagan nos Estados Unidos (1980). Dentre os motivos que impulsionaram esse processo, pode-se destacar a crise econômica e fiscal do Estado e as críticas ao Estado de bem-estar (Welfare State) (COSTA, 2010).

Segundo Costa (2010), as críticas ao modelo de Welfare State foram baseadas em diagnóstico realizado por economistas liberais, que apontavam um esgotamento da máquina estatal causado pelo crescimento desordenado do aparelho do Estado. A todo momento novas demandas eram geradas pela sociedade e o Estado, para supri-las, necessitava aumentar a tributação para incorporar novas frentes de atuação. O aumento da tributação acabava por inibir a atuação da iniciativa privada.

Secchi (2009) destaca cinco fatores desencadeantes desses processos de reforma:

a crise fiscal do Estado, a crescente competição territorial pelos investimentos privados e mão de obra qualificada, a disponibilidade de conhecimentos organizacionais e tecnologia, a ascensão de valores pluralistas e neoliberais e a crescente complexidade, dinâmica e diversidade das nossas sociedades. (SECCHI, 2009, p. 349)

Nesse contexto, as propostas de redução do tamanho do Estado ganharam força em diversos países e sua aplicação se deu pelo corte de gastos públicos e na identificação de setores do Estado que podiam ser reduzidas (KETTL in PEREIRA, 1998).

Secchi (2009) salienta que, com o aumento das demandas da população em busca de melhores serviços, iniciou-se uma onda de críticas ao modelo burocrático weberiano, que passa a ser identificado pela “ineficiência, morosidade, estilo autorreferencial, e deslocamento das necessidades dos cidadãos”. Como resposta a essas características e com vistas à redução dos gastos públicos, são propostos modelos organizacionais que pretendem aumentar a efetividade da gestão pública, com base na produtividade, orientação ao serviço, descentralização, eficiência na prestação de serviços, marketization (utilização de mecanismos de mercado) e accountability (prestação de contas). É nesse contexto que surgem a Administração Pública Gerencial (APG) e o Governo Empreendedor (GE).

A APG, também denominada de A Nova Gestão Pública (NGP) é uma abordagem proposta pelo governo conservador de Thatcher, a fim de superar a crise financeira. Inicialmente foram apresentadas medidas neoliberais, como o livre mercado, seguidas de reformas administrativas, que resultaram em uma nova organização da administração pública. Nesse cenário, iniciou-se o processo de descentralização da máquina estatal, com separação das atividades de planejamento das executivas; empresas estatais foram privatizadas; alguns serviços públicos foram terceirizados; o setor privado passou a realizar atividades públicas; além da adoção de ferramentas gerenciais predominantemente utilizadas no setor privado (COSTA, 2010; PAULA, 2005).

O GE se desenvolveu de forma mais potente nos Estados Unidos em 1992, após suas prescrições serem utilizadas na campanha presidencial do Partido Democrata pela chapa Clinton-Gore, que logrou êxito na disputa eleitoral. Durante o governo de Clinton,

as premissas do GE foram adotadas a fim de tornar a administração pública racional, mais eficaz e com liberdade de escolha (SECCHI, 2009).

Além dos modelos organizacionais referidos (APG e GE), Secchi (2009) identifica mais uma alternativa ao modelo burocrático, a Governança Pública (GP) que considera a relação entre o governo e o ambiente ao seu redor, destacando a atuação dos atores públicos e privados na formulação de políticas públicas. A GP preconiza menor insulamento estatal na solução de problemas públicos, ao reforçar mecanismos de participação e deliberação na esfera pública.

O movimento da GP foi impulsionado pela “crescente complexidade, dinâmica e diversidade de nossas sociedades”, pelo fortalecimento da agenda neoliberal e esvaziamento do Estado, marcados pela desconfiança na capacidade estatal e fortalecimento de organizações não estatais; e pela APG, que tem foco no desempenho e resolução dos problemas, sem se ater a quem e como devem ser formuladas e implementadas as políticas públicas (KOOIMAN 1993 apud SECCHI, 2009).

As diferentes alternativas ao modelo burocrático weberiano influenciaram reformas da administração pública em diversos países, com diferentes graus de penetração de cada modelo organizacional. A função controle é o elemento comum entre esses modelos, usada como ferramenta de manutenção da “homeostase do sistema organizacional” (SECCHI, 2009, p. 362). Portanto, em uma mesma estrutura de governo, é possível identificar características do modelo burocrático, da APG, do GE e da GP.

### **2.1. A Nova Gestão Pública no Brasil**

O modelo de administração pública adotado no Brasil a partir da retomada da democracia em 1985, visou coibir a flexibilidade e aumentar o controle externo (realizado pelo Ministério Público). Essa medida ocasionou o aumento da rigidez e burocracia, tornando a máquina pública lenta (BARBOSA; VECINA, 2011).

Assim como no movimento internacional da NGP, o Estado foi visto, por diagnóstico do governo brasileiro, como uma fonte de ineficiência ao mostrar-se insuficiente na promoção do bem-estar social (BRASIL, 2003). Destaca-se, segundo Bresser Pereira (1997), que o Estado brasileiro vinha fracassando no seu papel garantidor de serviços públicos básicos e essenciais aos cidadãos e devido a isso, fazia-se necessária

uma reforma estatal. Esse tipo de visão é característica da abordagem neoliberal, que traz consigo preocupações políticas para consolidação da estabilidade econômica, a partir da redução do tamanho do Estado.

Em que pese as iniciativas de reforma do Estado iniciadas no Brasil nos governos anteriores, foi durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003) que as propostas de reforma do aparelho estatal ganharam força, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Luiz Carlos Bresser Pereira assumiu a pasta e, em busca de diminuir o engessamento estatal e diminuir o tamanho da máquina pública, entre outras intenções, lançou em 1995 o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).

De acordo com o diagnóstico apresentado foram identificados os seguintes pilares para a reforma:

- Perenidade do ajuste fiscal;
- Reforma da previdência social;
- Reformas econômicas (com foco no mercado) a partir de investimento no avanço industrial e tecnológico, tendo em vista o aumento da competitividade internacional;
- Avanço na qualidade dos serviços sociais;
- Reforma do aparelho do Estado, em busca de maior capacidade governativa.

As propostas de reforma da administração pública pretendiam modernizar e agilizar a máquina estatal para torná-la mais eficiente e eficaz, reduzindo os custos. Assim, iniciou-se nesse período a tentativa de separação do papel de regulador, do papel de diretor de desenvolvimento (PEREIRA, 2009). Em suma, a reforma gerencial brasileira apresentada no PDRAE (BRASIL, 1995) foi baseada na divisão do Estado em quatro setores:

- Núcleo estratégico: composto pelo poder legislativo, judiciário e pela cúpula dos ministérios, responsável pela formulação e supervisão de políticas públicas;
- Atividades exclusivas: responsável por ações exclusivas do Estado como as ações de segurança e de fiscalização, estas últimas a serem realizadas

por novo ente, as agências autônomas, depois denominadas de agências reguladoras;

- Serviços não exclusivos: composto pelos bens e serviços públicos (saúde, educação, cultura e pesquisa) que podem ser ofertados por organizações estatais ou da sociedade civil;
- Produção de bens e serviços para o mercado: propriedade privada.

Além da divisão setorial, o PDRAE propôs cinco diretrizes que deveriam pautar as intervenções, são elas: institucionalização, racionalização, flexibilização, publicização e desestatização (COSTA, 2010).

A *institucionalização* pressupunha severas mudanças institucionais, sendo necessário realizar alterações na Constituição Federal. Em 1998, foi aprovada no Congresso a Emenda Constitucional nº 19, que modificou “o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos” (BRASIL, 1998). Essa emenda ficou conhecida como reforma administrativa e foi fundamental para a operacionalização da reforma da gestão pública. Dentre seus objetivos estavam: eliminação de excedente de pessoal, o aumento da eficiência e responsabilidade, a partir de um sistema de avaliação que motivasse os bons profissionais e punisse aqueles que não cumprissem com suas obrigações e a extinção do Regime Jurídico Único, passando a existir o emprego público sob regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), entre outras propostas.

A reforma da administração pública foi muito marcada pelo ajuste estrutural do aparelho do Estado. A *racionalização* é a diretriz que melhor representa esse movimento, pois tem seu foco na eficiência, ao propor diminuição da estrutura governamental com manutenção das mesmas funções.

A *flexibilização* visava tornar menos enrijecida a gestão dos recursos humanos e financeiros das organizações estatais. As agências executivas foram apresentadas como alternativas para as autarquias e fundações por contemplarem um modelo de administração gerencial, caracterizado por decisões e ações orientadas para resultados.

Considerando o aumento constante das demandas da sociedade por melhores serviços, a incapacidade estatal de responder à totalidade dessas demandas e o crescimento de organizações não-governamentais (ONG) prestando serviços à sociedade, o PDRAE propunha a *publicização*. A publicização é caracterizada pela transferência de serviços públicos, anteriormente operacionalizados pela administração direta do Estado, para Organizações Sociais (OS). Bresser Pereira (2009, p. 318) classifica as OS como

entidades “quase-estatais” ou “públicas não-estatais”, destacando que essas organizações trariam consigo as mesmas obrigações legais que as demais organizações do setor privado, no entanto, seriam orientadas para o interesse público.

A *desestatização* visava privatizar empresas estatais e ficou conhecida como reforma patrimonial da administração pública, que tinha como objetivo o ajuste fiscal. Pretendia-se alienar ativos públicos, obtendo recursos e reduzindo gasto, além de retrain a intervenção do Estado na economia.

A privatização das empresas estatais foi fortemente influenciada pela agenda neoliberal imposta por organismos internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que condicionavam empréstimos à adoção dessa agenda. Na medida em que a privatização transfere para o mercado a responsabilidade na condução das empresas privatizadas, cresce a necessidade de o Estado aumentar seu poder regulatório. É nesse contexto que são criadas as Agências Autônomas, mais tarde chamadas de Agências Executivas ou Reguladoras, que são organizações estatais descentralizadas e autônomas responsáveis por receber parte das responsabilidades regulatórias estatais (BRESSER PEREIRA, 2009).

Segundo Paes de Paula (2005, p. 42), em que pese as diversas iniciativas adotadas, a Reforma Administrativa ocasionou a fragmentação do aparelho estatal, ao prescrever novas modalidades para a administração, sem a substituição das modalidades antigas, pois:

nem todas as autarquias e fundações públicas se transformaram em agências executivas, e várias entidades da sociedade civil que iniciaram o processo de conversão em organizações sociais acabaram optando pelo antigo status institucional (PAES DE PAULA, 2005, P. 42).

A utilização das Organizações Sociais ganhou força, principalmente no setor saúde, no âmbito dos estados e municípios. A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF - lei nº 101/2000) estipulou o teto de gastos da receita corrente líquida (50% para a União e 60% para estados e municípios) para contratação de pessoal na administração direta, constrangeu estados e municípios a ampliar sua Força de Trabalho em Saúde (FTS). A saída identificada foi a utilização das OS, sem implicar em contratação direta e aumento da despesa de pessoal (SILVA, 2012; BRASIL, 2000).

Diversas ONG que realizavam serviços sociais, buscaram se qualificar como OS, para receber incentivos financeiros do governo. O governo, por sua vez, optou pelo modelo visando reduzir gastos e melhorar a flexibilidade gerencial.

Como critério para a obtenção do título de OS, as pessoas jurídicas sem fins lucrativos, deveriam passar pelo processo de qualificação, onde apresentariam documentação comprobatória relacionada à sua área de atuação.

A proposta do governo em tornar a OS uma via de fortalecimento da democracia, a partir da relação Estado x sociedade civil organizada, não se consolidou, pois, houve pouca inserção da sociedade na formulação desse projeto. Os movimentos populares, de trabalhadores e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) repudiaram esse modelo de gestão, fator que dificultou sua consolidação (SILVA, 2012).

### **3. Governança**

No contexto da Nova Gestão Pública, a discussão sobre governança cresce no interior das instituições públicas, inicialmente baseando-se em uma visão negativa sobre a atuação do Estado, destacando suas falhas, com vistas a instituir “melhores políticas com menos governo” (MARQUES, 2013, p. 10).

No cenário nacional, a agenda reformista do aparelho do Estado conduzida durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, introduziu o debate sobre governança, separando-a da governabilidade. Discutia-se que uma boa administração em um governo democrático vai além de aspectos técnicos, sendo necessário também o apoio popular para o alcance dos objetivos e sucesso (BENTO, 2003).

A governabilidade, segundo Bresser Pereira (1998), guarda relação com a capacidade política de governar, ao enfatizar o foco no contexto em que se encontra o ambiente político onde as ações planejadas serão desenvolvidas, ou seja, um governo que não tem capacidade de implementar as políticas que desenvolve por falta de apoio da sociedade, pode estar sofrendo de ingovernabilidade (BENTO, 2003).

Diniz (1997) destaca que no contexto brasileiro à época da Reforma Administrativa do Aparelho do Estado, haviam três fatores possíveis de ocasionar ingovernabilidade: ausência de instrumentos e condições operacionais satisfatórios, capazes de realizar diagnósticos de problemas e propor medidas corretivas; dificuldade de apoio externo por

consequência da má formulação das estratégias de implementação, com destaque para estratégias impositivas e/ou pouco negociadas; e histórico de tentativas fracassadas de implementação de políticas, o que ocasiona perda de credibilidade.

O Banco Mundial e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) também tiveram um papel importante na disseminação do conceito de governança, ao destacarem que o Estado era uma possível fonte de ineficiência e que a solução para esse problema estaria no desenvolvimento de novas instituições, que estivessem submetidas a maior autoridade/poder/controlado político (WORLD BANK, 1992).

Essas agências multilaterais defendiam a diminuição das ações governamentais, sugerindo maior presença do mercado nas decisões a partir de prescrições neoliberais. No Brasil, o conceito de governança é disseminado como o “rumo a um modelo pós-burocrático de administração pública” (BENTO, 2003, p.81).

Para Bento (2003), governança consiste nos mecanismos institucionais utilizados para o alcance do bom desempenho administrativo, guardando relação com a competência dos envolvidos no cumprimento das metas. Essa definição pode sugerir um aspecto normativo, ao focalizar no *modus operandi* em que são desenvolvidas e aplicadas as políticas públicas (BENTO, 2003 apud. CASTRO SANTOS, 1997). Também pode ser relacionada ao conceito de “melhores práticas” num dado contexto de complexidade e de pluralidade, com vistas a tornar o governo eficiente e efetivo a partir de boas soluções técnicas (MARQUES, 2013, p. 16).

Diniz (1997) conceitua governança como a capacidade estatal na implementação de políticas e sua relação com a dimensão participativa e plural da sociedade e na consecução de metas coletivas. Esse conceito traz uma necessidade da ampliação do controle/participação social por dentro das instituições públicas, visando reduzir o controle estatal, tornando as relações mais democráticas (MARQUES, 2013).

Há ainda uma outra vertente que dá ênfase à *disclosure/accountability*, como elemento central da governança. Para esse grupo, as instituições agem com maior responsabilidade quando têm de prestar contas, tornando mais transparentes os meios pelos quais governam.

Timmers (2000) se enquadra nessa corrente, ao utilizar o conceito Governança Governamental, como a proteção ao inter-relacionamento da administração, do controle e da supervisão, realizada pela instância governamental, com vistas a relacionar objetivos políticos eficiente e eficazmente, como também prestar contas (*accountability*) à sociedade.

Outra possibilidade de conceituação advinda do setor privado, com forte utilização no ramo empresarial, é denominada de Governança Corporativa. Essa corrente destaca quatro valores implícitos à boa governança: *fairness* (senso de justiça no interior das organizações); *disclosure* (transparência das informações); *accountability* (responsabilidade na prestação de contas) e; *compliance* (conformidade no cumprimento das leis e normas vigentes) (LEAL et al, 2007).

Nesse sentido, Governança Corporativa relaciona-se às dimensões normativas ou prescritivas que estruturam o processo de tomada de decisão e não a decisão em si. Tem como principal função minimizar os conflitos de agência<sup>1</sup> a partir de um bom alinhamento entre o principal e o agente (BRANDÃO, 2008). Podem ser comparadas com as regras do jogo.

Martins (2014) utilizou-se do conceito de Governança Corporativa para cunhar o conceito de Governança Pública, que para o autor, é a capacidade de governar em rede, de forma colaborativa com o setor privado na coprodução de serviços, políticas e bens públicos, orientado para resultados. Marques (2013) destaca que tanto a vertente que enfatiza uma maior eficiência estatal (utilizada pelos organismos multilaterais), quanto a que defende uma maior participação social (utilizada por Diniz), são paradigmas que surgem como críticas à atuação do Estado.

Segundo Marques (2013, p. 16), governança pode ser entendida como “conjuntos de atores estatais e não estatais interligados por laços formais e informais que operam dentro do processo de formulação de políticas e incorporados em configurações institucionais específicas”.

Sendo assim, a partir deste conceito devem ser considerados elementos como: as várias formas de conexão (formais e informais) entre os atores, conformando redes e a influência que esses exercem sobre a formulação de políticas, o lugar que cada um desses

---

<sup>1</sup> Conflito de agência é a divergência de interesses entre o principal e o agente, onde um tenta tirar vantagens em relação ao outro, envolvendo problemas de assimetria de informações (NASSIF; SOUZA, 2013).

atores ocupa na estrutura de poder e a incorporação de boas práticas e processos informais (por vezes, ilegais) presentes nessas relações (MARQUES, 2013).

Predominantemente prescrições normativas são atribuídas ao conceito de governança e pouco se discute sobre as relações estabelecidas entre os diferentes atores e instituições na definição e implementação de políticas públicas. Lima et al (2016, p. 5) se distanciam das prescrições, ao enfatizarem à dimensão relacional entre governos, agentes privados e a sociedade, com destaque à interdependência desses grupos, o que, de certa forma, influencia no processo decisório, que deixa de ser insulado nas instituições estatais. As autoras entendem governança como “a ação de governar, incluindo o exercício de poder e a condução da política pública, em um processo que envolve relações entre múltiplos atores em contextos institucionais específicos”.

No quadro 1 são apresentadas algumas das diferentes definições do conceito de governança e respectivas autorias.

#### **Quadro 1.** Diferentes conceitos de governança

Autores	Ano	Definições
Banco Mundial	1992	Maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos econômicos e sociais tendo em vista o desenvolvimento.
Melo	1996	Formas e mecanismos de coordenação e cooperação não necessariamente ancoradas no uso da autoridade pública, como nos casos de auto regulação e governo privado.
Diniz	1997	A capacidade da ação estatal na implementação de políticas e na consecução de metas coletivas. Refere-se ao 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.
Timmers	2000	Proteção ao inter-relacionamento da administração, do controle e da supervisão, realizada pela instância governamental, com vistas a relacionar objetivos políticos eficientemente e eficazmente, como também prestar contas à sociedade.
Bento	2003	Pré-requisitos institucionais para a otimização do desempenho administrativo, ou seja, o conjunto dos instrumentos técnicos de gestão que assegure a eficiência e a democratização das políticas públicas. Tais requisitos implicam em aspectos como: custos de transação e sua redução através do estabelecimento de regras; produtividade; descentralização; flexibilidade; mix público-privado; participação; e responsabilização.

Leal et al	2007	A governança corporativa visa diminuir os efeitos de assimetria informacional, atribuindo importância idêntica aos interesses de todas as partes da organização, minimizando os problemas de agência.
Brandão	2008	Tem a ver com o ato de governar, com a forma de decidir, e não com a decisão em si, mas como está estruturado o processo de tomada de decisão.
Marques	2013	Conjuntos de atores estatais e não estatais interligados por laços formais e informais que operam dentro do processo de formulação de políticas e incorporados em configurações institucionais específicas.
Martins et al	2014	Governança pública é um processo de geração de valor público a partir de determinadas capacidades e qualidades institucionais; da colaboração entre agentes públicos e privados na coprodução de serviços, políticas e bens públicos e da melhoria do desempenho. Dessa forma, nenhum desses elementos pode ser pensado de forma isolada. Governança pública é capacidade de governo; é governar em rede de forma colaborativa; é governar orientado para resultados; todos estes elementos juntos para gerar valor público sustentável.
BNDES	2016	É o conjunto de processos, costumes, políticas, leis, normativos e instituições que regulam a maneira como uma empresa é administrada. O termo inclui também a forma como se dão as relações entre os diversos atores envolvidos, como são estabelecidos e atingidos os objetivos organizacionais e a existência de mecanismos específicos de controle, que transmitam segurança aos tomadores de decisão e a todos os demais usuários.
Lima et al	2016	Redefinição e ampliação das formas de relacionamento entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, tendo como traço distintivo a dimensão relacional e a forte interdependência (entre grupos e organizações) que caracteriza uma dada política.

Fonte: Adaptado de Vanice (2012).

Marques (2013) destaca que os conceitos apresentados expressam ideias força ou ficções que podem levar a uma visão reducionista, e por vezes distorcida, do que a governança representa. No quadro 2 são apresentadas as ficções e seus contrapontos, relativizando assim algumas compreensões/conceitos sobre governança. O conceito de governança neste sentido apresentaria múltiplas ideias força ou pretensões não realizáveis na sua completude.

## Quadro 2. Ficções presentes no conceito de governança

Ficção	Contraponto
Do governo à governança	A governança é apresentada como solução para resolver os problemas de ineficiência do Estado, propondo-se menos governo. No entanto, não é possível ter arranjos de governança sem forte atuação de governo.
A governança é necessariamente positiva	Para que tal afirmação se concretize, os atores políticos ou demais atores relevantes devem ter sua atuação para o interesse público e devem existir instituições que garantam essa atuação, o que não se pode garantir.
A governança faz com que as hierarquias desapareçam, produzindo relações horizontais	Em que pese a inserção de mecanismos de governança que favoreçam a participação, as desigualdades de recursos entre os atores políticos permanecem, mantendo assim, as hierarquias.
Ao promover a participação, a governança poderia significar mais democracia	A participação institucionalizada pode levar à captura de grupos organizados, ocasionando a defesa de interesses particulares.
Governança como eficiência ou capacidade	É comum a utilização de “alcance de objetivos”, na definição do conceito de governança, todavia, mesmo em cenários onde existem bons projetos, os resultados podem não ser satisfatórios. Destaca-se que o foco da governança deve estar em identificar quem são os favorecidos pelo “alcance de objetivos”.
A governança envolve dimensões prescritivas ou normativas	As prescrições visam a utilização das “melhores práticas” para a realização de um “bom governo”. No entanto, a definição do que seria um bom governo parte da perspectiva de quem prescreve essas práticas, não sendo possível agradar a todos.
O conceito de melhores práticas	O uso de prescrições não é capaz de considerar a volatilidade dos contextos onde se aplicam as políticas, a cada novo contexto é necessária a revisão das práticas e políticas. Além disso, mais importante do que estudar as melhores práticas, é avaliar o ‘o que’ e o ‘por que’ não funcionou.

Fonte: Elaboração própria, a partir de Marques, 2013.

Portanto, os estudos sobre governança não deveriam se ater às “ficções” destacadas acima, sob risco de não utilizarem todas as potencialidades que o conceito possibilita.

Para este estudo, optou-se por utilizar a definição de governança segundo Marques, por abarcar elementos de interesse para as relações a serem pesquisadas.

É importante destacar que num mesmo cenário, elementos de diferentes padrões de governança podem coexistir, considerando aspectos mais normativos como as regras vigentes que constroem as ações dos atores, a utilização de mecanismos de mercado (com foco na eficiência) e também dispositivos informais (relacionais) que borram os

limites de atuação entre os atores estatais e não estatais, como a presença de espaços sociais participativos (MARQUES, 2013; LIMA et al, 2016).

## **4. Método**

### **4.1 Referencial analítico**

Neste estudo o neoinstitucionalismo foi utilizado como referencial analítico do modelo de governança utilizado no âmbito da APS no MRJ, especificamente na relação entre SMS (Nível Central e CAP e OS).

O neoinstitucionalismo é considerado uma corrente das Ciências Sociais, que possibilita a contribuição de diversos teóricos de campos disciplinares variados. O papel central das instituições é a base para sua discussão, destacando a influência que estas exercem sobre os atores, rumos, trajetórias e conteúdo das políticas (LIMA et al, 2011).

Os neoinstitucionalistas classificam a corrente como um conjunto de teorias de médio alcance, pois não abarca todos os fenômenos políticos e preocupa-se em estabelecer afirmações provisórias, a partir de um contexto político-econômico. Tais estudos tornam-se relevantes à medida que identificam as instituições que interferem no comportamento dos atores e os processos por meio dos quais estas instituições agem e se mantêm ativas (LIMA et. al, 2011).

As instituições são entendidas como “regras formais (leis, normas e outros procedimentos regimentais) e informais relacionadas a códigos de conduta, hábitos e convenções em geral” (LIMA et al, 2011, p. 114). Podem também ser apresentadas como a definição e defesa de interesses por grupos de atores. Independentemente do conceito utilizado, o foco está no constrangimento que tais instituições causam nos atores, o que pode vir a moldar sua interação.

É importante que o conceito de instituição seja observado de forma dissociada do conceito de organização, apesar dos dois guardarem forte relação na prática. Enquanto o conceito de instituição trata de um campo mais relacional, baseado nas regras e formas de constrangimento alterando o comportamento humano, o conceito de organização preocupa-se com estruturas políticas, econômicas, sociais e educacionais mais formais

(instâncias governamentais, cooperativas, instituições culturais e de ensino) (LIMA et al, 2011).

Dentre os neoinstitucionalistas, Lima et al (2011) identificam dois grupos que trabalham a partir de perspectivas diferentes:

- Um grupo analisa as instituições por uma perspectiva calculadora, destacando que os indivíduos, a partir de um cálculo estratégico, fazem escolhas visando o alcance de seus objetivos políticos. Tais escolhas muitas vezes são de cunho individual, o que pode interferir no futuro dos outros atores políticos. As instituições atuam determinando as “regras do jogo”, evitando ou corrigindo o desequilíbrio entre os atores, priorizando o ganho coletivo;
- Outro grupo destaca a influência da visão de mundo individual no comportamento humano, para ressaltar que suas ações jamais serão completamente calculadas. Os atores se utilizam das normas e protocolos já existentes, para alcançarem seus objetivos e as instituições operam influenciando esses atores e grupos, atualizando e fornecendo tais protocolos. Essa é a perspectiva cultural.

O neoinstitucionalismo pode ser utilizado para compreender as políticas de saúde, considerando o contexto em que são formuladas e implementadas; a existência de regras formais e informais (seja de cunho estatal, ou até mesmo do próprio setor saúde) e; a posição/cargo que os atores ocupam nas organizações (LIMA et al, 2011). Tais fatores são elementos de constrangimento dos atores e influenciam na tomada de decisão, portanto, é importante identificá-los, para compreensão do modelo de governança adotado.

Ademais, o neoinstitucionalismo possibilita a análise de políticas de saúde, à medida que considera um ou mais grupos de instituições. Nesse sentido, essa corrente preocupa-se com as relações entre Estado e sociedade e com os grupos sociais/de interesse que interferem nessas políticas e, principalmente, como essa interferência ocorre. Outro ponto a ser observado, é a organização desses grupos, com vistas a influenciar as políticas ou afetar seus resultados (LIMA et al, 2011). No cenário na ESF no MRJ, as OS podem ser consideradas esses grupos sociais/de interesse.

## 4.2 Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, que se caracteriza como um estudo de caso da governança da APS no Município do Rio de Janeiro, que além da revisão bibliográfica, se utilizou do levantamento e análise de documentos e de realização de entrevistas com representantes institucionais da SMS e OS diretamente envolvidos na contratualização da APS no período de 2014 a 2016.

Gil (2008) destaca que as pesquisas exploratórias são aplicadas principalmente em situações onde há pouca exploração do tema e, portanto, a formulação de hipóteses precisas torna-se difícil. Para tal, esse tipo de pesquisa se propõe a desenvolver, esclarecer e rever conceitos, com vistas à formulação de problemas mais relevantes.

A revisão bibliográfica contribuiu para o aprofundamento teórico e foi realizada a partir de pesquisas em livros e bases de dados disponíveis para acesso online, como a Biblioteca virtual em Saúde - BVS, Scielo (Scientific Electronic Library), Periódicos CAPES. A busca foi baseada nos seguintes temas: Governança, Contratualização em Saúde, Reforma do Estado, Nova Gestão Pública, Atenção Primária à Saúde, Organização Social e Neoinstitucionalismo.

O levantamento e análise de documentos contribuiu para a identificação dos aspectos normativos/prescritivos da governança. Foram considerados o arcabouço jurídico no qual estão inseridas as OS, os estatutos sociais de constituição das mesmas e os cinco contratos de gestão vigentes entre os anos 2014 e 2016. A delimitação desse período se justifica pela hipótese da consolidação do modelo de governança, levando-se em consideração que nesse período se iniciou a vigência dos novos contratos de gestão na APS, após novo processo licitatório.

A realização das entrevistas respondeu à necessidade de se conhecer motivos, valores e atitudes através dos quais as relações, processos e fenômenos aconteceram, o que não seria possível demonstrar somente pela análise documental (DESLANDES, 1994).

NETO (1994) ressalta que entrevistas em profundidade possibilitam interação entre o pesquisador e o entrevistado. O autor destaca que a utilização de questionário semiestruturado consiste na aplicação de perguntas previamente formuladas e permite que o entrevistado responda livremente aos questionamentos.

De acordo com Gil (2008, apud. YIN, 2005) o estudo de caso baseia-se na investigação de um fenômeno atual dentro de seu contexto de realidade, a fim de desvelar as fronteiras entre fenômeno e contexto. Nesse sentido, os neoinstitucionalistas se utilizam dos estudos de caso como estratégia de investigação porque consideram que os contextos, os atores e as regras ao se combinarem de diferentes formas podem trazer distintos resultados dependendo da realidade considerada.

A Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) é a instância responsável por coordenar a APS na SMS-RJ. Toda a dimensão territorial do município no âmbito da APS é dividida em cinco macrorregiões de saúde e subdividida em dez áreas programáticas. Em 2016 havia onze contratos de gestão vigentes e cinco OS atuando na APS da PCRJ. No quadro 3 apresenta-se a divisão territorial da APS, bem como as OS que atuam em cada AP e os respectivos contratos de gestão.

Optou-se por selecionar uma AP por macrorregião, garantindo que, ao final, as cinco AP selecionadas, correspondessem às cinco OS que atuaram na APS. Sendo assim, as AP de abrangência deste estudo e OS correspondentes serão: AP 1.0 (SPDM), AP 2.2 (Gnosis), AP 3.1 (Viva Rio e FIOTEC), AP 4.0 (IABAS) e AP 5.3 (SPDM) (Quadro 3).

**Quadro 3.** Divisão territorial da Atenção Primária à Saúde, por Organizações Sociais contratadas no Rio de Janeiro

Macrorregião	Área Programática	Nº do Contrato/ano	Organização Social
1	1.0	021/2013	SPDM
2	2.1	019/2014	Viva Rio
	2.2	007/2015	Gnosis
3	3.1	030/2014	Viva Rio
	3.1 (Manguinhos)	032/2014	FIOTEC
	3.2	025/2015	SPDM
	3.3	146/2014	Viva Rio
4	4.0	016/2015	IABAS
5	5.1	014/2015	IABAS
	5.2	007/2015	IABAS
	5.3	020/2014	SPDM

Fonte: Elaboração própria, 2019

A partir da seleção de uma amostragem por conveniência, foram identificados onze profissionais responsáveis pela contratualização da APS a serem entrevistados: um representante do Nível Central da SMS, cinco Coordenadores Gerais de Saúde e cinco representantes das OS que atuaram na APS.

Os convites foram encaminhados via correio eletrônico e as entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador. Utilizou-se questionários semiestruturados (Apêndice I, II e III), que abarcavam as seguintes dimensões da governança: alta administração (estrutura formal de governo e mando), mecanismos de controle, prestação de contas, instâncias de pactuação e mecanismos de participação. As entrevistas foram realizadas de forma individualizada em local indicado pelos entrevistados, em dias e horários que garantiram que os entrevistados não se encontrassem.

A análise de material empírico foi realizada com base no método de análise de conteúdo de Bardin, seguindo as três fases fundamentais utilizadas pela autora: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

No quadro 4 é apresentada uma síntese que correlaciona as questões e objetivos de pesquisa com os procedimentos metodológicos adotados.

**Quadro 4.** Questões e objetivos de pesquisa e procedimentos metodológicos

Questões de Pesquisa	Objetivos de pesquisa	Procedimentos metodológicos
Como se caracteriza a governança da APS, no âmbito dos contratos de gestão, nas OS, SMS e CAP nos seus aspectos mais formais e normativos e nos aspectos mais informais e relacionais?	Mapear o contexto de implantação do Programa Saúde Presente e das OS na APS	
	Caracterizar os atores institucionais da governança da APS	
	Identificar a estrutura de comando e coordenação;	

	Descrever os mecanismos de controle (interno e externo), prestação de contas e sistema de incentivos;	Análise de documentos  Entrevistas semiestruturadas
Quais as principais estratégias, instrumentos gerenciais/regulatórios adotados pelas OS, SMS e CAP?		
Como se estabelecem as relações entre a SMS e a CAP e entre essas e as OS na gestão/regulação dos contratos?	Desvelar a participação no processo de tomada de decisão de cada um dos atores institucionais envolvidos (Nível Central e CAP da SMS e OS) considerando ainda os profissionais e usuários	
	Discutir as potencialidades e limites da governança adotada pela SMS e OS e suas implicações para a APS no MRJ	

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Na legislação e nos documentos governamentais foram coletadas informações referentes à normatização das OS na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ), além de diretrizes operacionais referentes ao funcionamento das unidades, bem como a operacionalização desses serviços pelas OS.

Dos seis contratos de gestão analisados foram extraídas informações referentes à estrutura de comando, mecanismos de prestação de contas, controle interno e externo, sistemas de incentivo e instâncias de participação de trabalhadores e da sociedade.

Dos cinco estatutos sociais das OS foram coletadas as seguintes informações: escopo e finalidade de atuação, instâncias de deliberação e sua composição, mecanismos de controle interno, externo e prestação de contas. A partir dessa análise, foi realizada consulta no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) visando identificar a descrição das atividades econômicas principal e secundária de cada OS.

Nos sítios eletrônicos das OS foi possível identificar a história de constituição, origem, abrangência geográfica, bem como os equipamentos que as OS administram por meio de contratos de gestão.

Além disso, foi realizada consulta ao Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, com vistas a identificar o ano de qualificação das Organizações Sociais.

Entre os meses outubro de 2018 e janeiro de 2019, foram entrevistados doze profissionais envolvidos na governança da APS: o secretário municipal de saúde (representante do Nível Central da SMS), cinco coordenadores gerais de saúde (Coordenadores 01 a 05) e seis gestores das OS (OS 01 a 06).

A OS SPDM indicou dois participantes e a entrevista foi realizada de forma conjunta, onde um complementou as respostas do outro. Todos os entrevistados aceitaram participar da pesquisa e as entrevistas foram realizadas em locais, dias e horários indicados por eles. Estes serão caracterizados no quadro 5.

**Quadro 5.** Caracterização dos entrevistados

Características dos entrevistados			Entrevistados (n)		
			Nível Central da SMS (01)	CAP (05)	OS (06)
Formação profissional	Graduação	Enfermeira	-	01	03
		Médico	01	02	01
		Odontólogo	-	01	-
		Farmacêutico	-	-	01
		Assistente Social	-	01	01
	Pós-graduação	Doutorado	01	-	01
		Mestrado	01	03	02
		Especialização	01	05	05
Vínculo trabalhista	Servidor público		-	03	01
	Cargo comissionado		01	02	-
	Celetista		-	-	05
Tempo em que ocupou o cargo	Dois anos		01	04	05
	Um ano		-	-	-

entre 2014 e 2016	Menos de um ano	-	01	-
	Não ocupou	-	-	01

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Dentre os entrevistados, todos eram profissionais da saúde e possuíam pós-graduação (*lato sensu* ou *stricto sensu*) no campo da Saúde Coletiva ou Saúde da Família.

Exceto pelo representante da FIOTEC que é servidor público estatutário da FIOCRUZ, os demais representantes das OS são contratados pelo Regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). O representante do Nível Central da SMS e um dos Coordenadores Gerais de Saúde possuíam cargo comissionado, e eram servidores cedidos pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), respectivamente.

A OS Gnosis somente firmou contrato na APS do Rio de Janeiro em 2015, após a desqualificação da OS Fibra, no entanto, a representante indicada por essa instituição trabalhou na gestão da OS anterior. O gestor indicado pela OS FIOTEC possui cargo em nível mais macro da gestão, além de ter assumido essa função somente em 2017, não atuando à frente do contrato de gestão durante os anos da pesquisa e o representante da CAP 1.0 somente assumiu o cargo em julho de 2016, fatores que dificultaram a obtenção de algumas informações.

### 4.3 Considerações éticas

O presente estudo observou os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 510, de 07 de abril de 2016 que “dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes [...]” (BRASIL, 2016).

A pesquisa de campo somente foi iniciada após a submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com os pareceres consubstanciados de números: 2.581.543 e 2.900.916, respectivamente.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices V, VI e VII) foi elaborado conforme roteiro do CEP da ENSP, e foi apresentado aos respondentes no

ato da entrevista, para leitura e esclarecimentos que se fizerem necessários e posterior assinatura. Uma cópia ficou com o entrevistado e outra com o pesquisador.

As entrevistas foram gravadas, as perguntas lidas pelo pesquisador e as respostas anotadas. Os dados obtidos encontram-se armazenados em local seguro e possuem acesso a eles, somente o pesquisador principal e suas orientadoras, garantindo sigilo e confidencialidade. Qualquer dado que pudesse identificar os entrevistados foi omitido ou codificado na apresentação dos resultados da pesquisa. Os representantes das OS foram identificados como OS e cada um recebeu um número, conforme exemplo: OS1, OS2, OS3. O mesmo procedimento foi aplicado aos Coordenadores Gerais de Saúde, que foram identificados como Coordenador (a) de 1 a 5. No entanto, em relação ao representante da SMS à época, apesar da codificação pretendida (SMS), a identificação poderá ser possível por haver somente um representante. Os dados serão mantidos em arquivo por, no mínimo, 05 anos, conforme Resolução CNS nº 510/2016.

## **5. Resultados**

Este capítulo apresenta a caracterização da governança na APS da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro a partir da análise das legislações e documentos governamentais, contratos de gestão, estatutos sociais e sítios eletrônicos das OS e da síntese das entrevistas realizadas com os representantes da SMS (Nível Central e CAP) e OS responsáveis pela contratualização e implicados na governança da APS entre os anos 2014 e 2016.

Os resultados a seguir apresentados, expressam uma síntese das informações coletadas nas diversas fontes enunciadas e estão organizados segundo os seguintes eixos que englobam os objetivos específicos da pesquisa: Contexto de implantação do Programa Saúde Presente e das OS; Dirigentes, estruturas de comando e coordenação; Controle, prestação de contas e sistema de incentivos; Processo de decisão, pactuação e participação; Potencialidades e limites do modelo de governança adotado.

### **5.1. Contexto de implantação do Programa Saúde Presente**

Desde a publicação, em 2006, da Portaria Nº 648/GM/MS que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Ministério da Saúde (MS) intensificou as ações

de fomento para que os municípios aderissem à Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de atenção à saúde. E em 2007, foi publicada a Portaria N° 204/GM/MS que regulamentou o financiamento e a transferência de recursos a partir de blocos de financiamento. O bloco da Atenção Básica (AB) por sua vez, foi dividido em dois componentes (PAB fixo<sup>2</sup> e PAB variável<sup>3</sup>) e as transferências de recursos ocorriam automaticamente do Fundo Federal para os Fundos Municipais.

Apesar das diversas estratégias de fomento do MS, em 2008, apenas 3,5% da população do MRJ possuía cobertura da Saúde da Família, que era operacionalizada por Organizações Não-Governamentais (ONG's) ou por cooperativas formadas por associações de moradores. Essas parcerias apresentavam diversas fragilidades, visto que eram firmadas por meio de contratos/convênios sem a previsão de avaliação de desempenho e, tampouco, um monitoramento mais adequado. Além disso, os profissionais que atuavam no ESF possuíam diferentes vínculos trabalhistas muitos deles precários, sem assinatura da carteira de trabalho, previsão de férias, pagamento de fundo de garantia e décimo terceiro salário e atrasos salariais.

Soranz (2016) no Congresso da World Organization of National Colleges, Academies (WONCA) de médicos de família, destacou quatro fatores que interferiam na baixa cobertura da Saúde da Família no Rio de Janeiro: priorização de implantação da ESF nas comunidades mais carentes; lobby das indústrias farmacêutica e de procedimentos; planejamento das ações de saúde desestruturado e altamente centralizado; e subfinanciamento.

Segundo o autor, uma fragilidade apresentada, residia na inadequada infraestrutura das unidades básicas de saúde que, de modo geral, foram implantadas, em imóveis residenciais, por vezes alugados por essas associações de moradores, em conglomerados populacionais localizados em áreas conflagradas pela violência. Tais fatores influenciavam, sobremaneira, na vinculação dos profissionais às unidades.

A baixa cobertura da ESF, por sua vez, sobrecarregava os hospitais municipais, que além dos pacientes de maior complexidade pertinentes à atenção hospitalar, atendiam também os casos sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS). Essa sobrecarga era

---

<sup>2</sup> "O Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios" (BRASIL, 2011).

<sup>3</sup> "O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde" (BRASIL, 2007).

divulgada pela mídia e atendia interesses das indústrias farmacêutica e de procedimentos, que percebiam a Atenção Primária pouco lucrativa. Tais fatores influenciavam a tomada de decisão relacionada ao direcionamento dos recursos da saúde para esses hospitais.

Em 2008, o “Plano de Trabalho do Gabinete do Secretário” (documento conhecido como Capão) da SMS, absorvia aproximadamente 90% do orçamento da Secretaria. Deste recurso, 83% era destinado aos hospitais da rede e 7% para a Atenção Primária, evidenciando assim, uma priorização da assistência hospitalar, em detrimento da Atenção Primária.

Em 2008, ano eleitoral, uma severa epidemia de dengue assolou o MRJ, colocando a saúde como uma das principais pautas debatidas pelos doze candidatos à Prefeitura. Em 2009, no governo do prefeito eleito Eduardo Paes, a estrutura de atenção à saúde do município foi reconfigurada, com vistas a tornar a ESF o modelo de atenção prioritário. Dentre as ações propostas, estava prevista a descentralização do orçamento da SMS para o nível local, conferindo maior autonomia às CAP e aos Hospitais.

A SMS implementou, em 2009, o Programa Saúde Presente que instituiu uma reforma organizacional e administrativa no modelo de atenção à saúde, no qual a Saúde da Família tornou-se estratégia prioritária, ganhando força na agenda política.

Antes do Programa Saúde Presente, havia uma diversidade de nomenclaturas utilizadas para identificar as unidades de saúde da APS. Com a instituição do Programa estabeleceu-se dois tipos de Unidades Básicas de Saúde (UBS): os Centros Municipais de Saúde (CMS) e as Clínicas da Família (CF). Essas UBS foram divididas em três modelos, conforme cobertura da ESF:

- Modelo A – 100% do território de abrangência da unidade possui cobertura da SF. Tipo de unidade: CMS ou CF;
- Modelo B ou Unidade Mista – parte do território de abrangência é coberto pela SF e parte pelo modelo tradicional. Tipo de unidade: CMS;
- Modelo C – 100% de cobertura do modelo tradicional, sem atuação de Equipes de Saúde da Família (EqSF). Tipo de unidade: CMS.

As unidades Modelo C eram gerenciadas exclusivamente pela administração direta – CAP e as Modelos A e B, pela CAP e OS ao estabelecerem contratos de Gestão.

Além das unidades básicas, os contratos de gestão podiam incluir os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de Consultório na Rua (CnR) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, apesar de serem classificados como equipamentos da Atenção Secundária, foram incorporados em alguns contratos da APS (SMSDC, 2011).

Para que o modelo pudesse ser implantado, a Prefeitura optou por uma reforma administrativa nos moldes propostos no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Ao considerar que a saúde seria um serviço não exclusivo do Estado, propôs a sua publicização. Para tanto, a exemplo da Lei Federal nº 9.637, foi sancionada a Lei Municipal nº 5.026, que autorizou a qualificação de entes já existentes e com atuação na área da saúde, há pelo menos dois anos, como Organizações Sociais (RIO DE JANEIRO, 2009).

A lei possibilitou que entidades privadas, sem fins lucrativos, qualificadas como Organizações Sociais, firmassem contratos de gestão com o poder público municipal, em diversos ramos, dentre eles, a saúde. Todavia, foram impostos alguns limites para atuação das OS no campo da saúde: essas organizações só poderiam operar em unidades de saúde da SMS, inauguradas após a lei entrar em vigor (com exceção ao Hospital Municipal Ronaldo Gazolla) e, no âmbito da APS, somente nos serviços destinados à Estratégia de Saúde da Família.

A expectativa da SMS a partir da contratualização das OS era solucionar alguns importantes entraves, como a contratação de pessoal, a aquisição de insumos e serviços e a cessão de bens móveis.

A contratação de pessoal na SMS, pela administração direta, estava estrangida pela Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>4</sup>, pois seu orçamento encontrava-se próximo ao teto estabelecido pela referida Lei. A contratação de pessoal pelas OS, além de não ser considerada como despesa de pessoal pela LRF, resolveria a precarização e diversidade dos vínculos de trabalho, uma vez que obrigatoriamente todos os profissionais seriam contratados pelo regime CLT.

---

<sup>4</sup> O teto de gastos com pessoal previsto na LRF refere-se à contratação de servidores da administração direta ou de mão-de-obra terceirizada, com o intuito de substituir, por tempo determinado, servidores e empregados públicos. Segundo o Supremo Tribunal Federal, os contratos de gestão não se configuram em terceirização de mão-de-obra, por sua natureza de convênio (TCU, 2016).

Seria possível ainda, conferir maior flexibilidade e agilidade aos processos de aquisição de insumos e contratação de serviços, pois as OS não teriam a obrigatoriedade de atendimento à Lei Nº 8.666/93<sup>5</sup>.

Por fim, a Cláusula Sexta – Da Cessão de Bens, presente nos contratos de gestão, garantia guarda e manutenção dos bens móveis pela OS contratada e, assegurava que todos os bens adquiridos com recursos dos contratos de gestão deveriam ser incorporados ao patrimônio municipal.

O procedimento de qualificação de entidades foi instruído pelo Decreto Municipal nº 30.780, que instituiu a Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COQUALI), como a instância responsável por avaliar os requerimentos e deliberar sobre o deferimento ou não do título de OS, a partir da análise dos documentos exigidos no decreto. A composição dessa comissão deveria ser definida pelo Prefeito. Os resultados dessa avaliação foram publicados em Diário Oficial e as instituições qualificadas tornaram-se aptas a participarem de certames licitatórios e celebrarem contratos de gestão com o ente municipal (RIO DE JANEIRO, 2009).

Com vistas a seleção das OS, foram elaborados contratos de gestão pela área técnica da SMS, responsável pelo serviço. Na APS, o contrato era elaborado pela equipe técnica da Superintendência de Atenção Primária (SAP), com definição das regras, indicadores e metas a serem alcançadas pelas OS. O Superintendente de Atenção Primária aprovava a minuta do contrato e atribuía os recursos financeiros destinados a execução das metas previstas. Esse documento era encaminhado à Superintendência de Administração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais<sup>6</sup> (SCGOS), para elaboração do edital e posterior submissão à Procuradoria Geral do Município (PGM), para fins de parecer jurídico sobre a regularidade das cláusulas contratuais, e à Comissão de Programação e Controle de Despesas (CODESP), responsável por avaliar a sustentabilidade orçamentária dos contratos.

Após a avaliação positiva dessas instâncias, o contrato e o edital retornavam para a SAP para dar início ao chamamento público, com divulgação em Diário Oficial. O edital continha o objeto a ser contratualizado, a proposta de trabalho, o orçamento previsto e a

---

<sup>5</sup> Lei Federal nº 8.666/93: Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências (BRASIL, 1993).

<sup>6</sup> Anteriormente denominada Coordenadoria de Administração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais, a SCGOS tem por atribuições a supervisão, controle e avaliação dos contratos de gestão com Organizações Sociais, além de integrar as atividades relativas a esses contratos (PCRJ, 2016).

descrição dos procedimentos para avaliar o desempenho da contratada, além do critério de avaliação das propostas. As OS interessadas apresentavam a documentação exigida no edital, além da especificação do plano de execução da proposta de trabalho, considerando o orçamento proposto. A avaliação das propostas era realizada pela COQUALI, o resultado publicado em Diário Oficial e a OS vencedora, convocada para a assinatura do contrato de gestão.

Os contratos de gestão são instrumentos jurídicos que geram obrigações e direitos, uma vez que se configuram em instrumentos bilaterais e comutativos, de delegação de serviço público à Associações Privadas Sem Fins Lucrativos. Sendo assim, deve haver soma de esforços para o alcance do interesse das partes (MÂNICA, 2010).

Fernandes (2010, p. 522) destaca que objeto do contrato de gestão necessariamente é a prestação de serviços referente a uma atividade que consta nesse contrato e que os repasses das parcelas envolvem a contraprestação por serviços a serem prestados à Administração pública. Nesse contexto, as partes são solidariamente responsáveis por ambos os atos praticados.

Segundo o Supremo Tribunal Federal, os contratos de gestão possuem natureza convenial, pois as partes que o celebram devem conjugar esforços em prol do interesse público (STF, 2015).

O período compreendido entre 2009 e 2014 se caracteriza pela importante expansão da APS. Houve ainda, mudanças nas OS contratadas e em cargos estratégicos da SMS.

Diversas unidades foram inauguradas e o número de equipes aumentou exponencialmente, e a cobertura da ESF alcançou, aproximadamente, a marca de 70% de pessoas cobertas.

Inicialmente, em 2009, foram selecionadas as OS SPDM (AP 5.3), Viva Rio (AP 2.1, 3.1 e 3.3), FIOTEC (AP 3.1 – Território Manguinhos), IABAS (APs 5.1 e 5.2), Centro Integrado e Apoio Profissional (CIAP) (APs 2.2, 3.3 – Complexo Madureira e 4.0) e Associação Global Soluções em Saúde (Global) (AP 1.0). As duas últimas foram desqualificadas, respectivamente, em 2010 e 2011 e seus contratos assumidos pelas OS Viva Rio (AP 3.3 – Complexo Madureira), IABAS (AP 4.0), SPDM (AP 1.0) e FIBRA (AP 2.2).

Em julho de 2014, o então secretário municipal de saúde Hans Dohmann pediu exoneração do cargo, sendo substituído por Daniel Ricardo Soranz, que até então,

ocupava o cargo de subsecretário de promoção, atenção primária e vigilância em saúde. A partir dessa mudança, alguns atores que ocupavam cargos estratégicos (subsecretários, superintendentes e coordenadores gerais de saúde) também foram substituídos, o que refletiu em impactos na governança da APS.

Até dezembro de 2018, cinco OS possuíam contratos de gestão firmados com a SMS, no âmbito da APS e atuavam nas cinco macrorregiões de saúde, as quais são divididas em dez Áreas Programáticas (AP). Ao todo, eram onze contratos de gestão firmados para esse nível de atenção. Em cada uma das AP foi celebrado um contrato com uma OS, exceto na AP 3.1 onde existiram dois contratos.

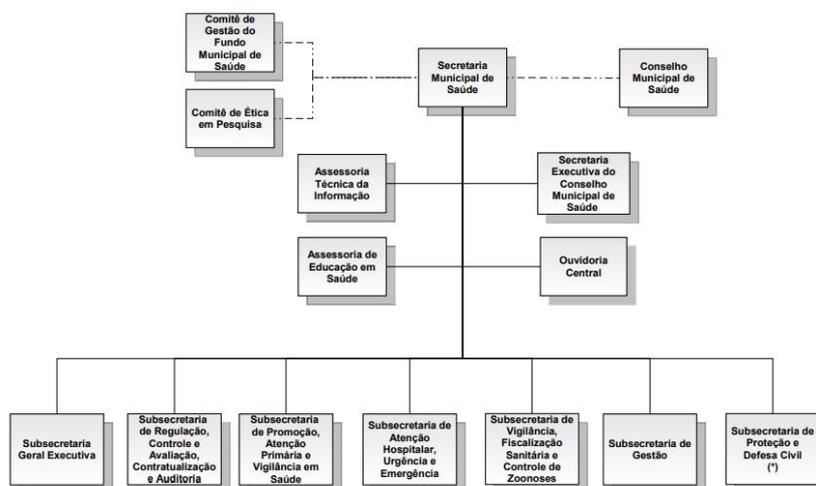
## **5.2. Estruturas de comando e coordenação**

Esta seção trata da caracterização de cada ator institucional da governança da APS carioca (Nível Central e CAP da SMS e OS), das estruturas de comando e de coordenação a partir das informações coletadas nos estatutos das OS, nos sites oficiais e entrevistas realizadas.

### **Secretaria Municipal de Saúde – Nível Central e CAP**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro possui uma estrutura gerencial robusta, sendo subdividida em sete subsecretarias, conforme apresentado na figura 1. Todas as subsecretarias interagem, de alguma maneira, com a Atenção Primária à Saúde (APS). Para esta pesquisa iremos nos ater a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), pelo seu maior destaque em relação à governança da APS.

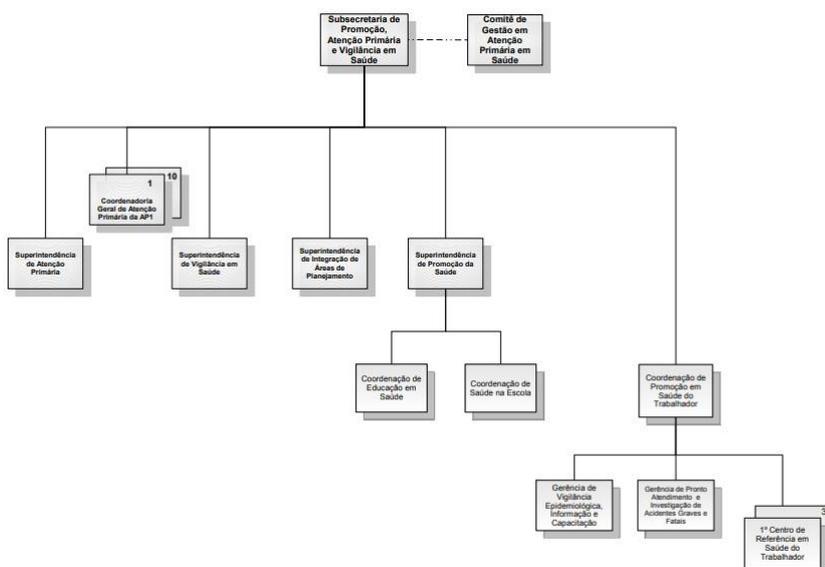
**Figura 1.** Organograma da Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019.

A SUBPAV é a responsável por “planejar, coordenar, acompanhar e avaliar as ações e serviços de promoção, atenção primária e vigilância em saúde”. Nessa subsecretaria são formuladas as políticas e diretrizes da APS, além dos protocolos técnicos institucionais da SMS nessa área (SMS, 2019). Ela é dividida por superintendências, localizadas em sua sede e pelas dez Coordenadorias Gerais de Atenção Primária, distribuídas pelo território municipal, conforme figura 2.

**Figura 2.** Organograma da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019.

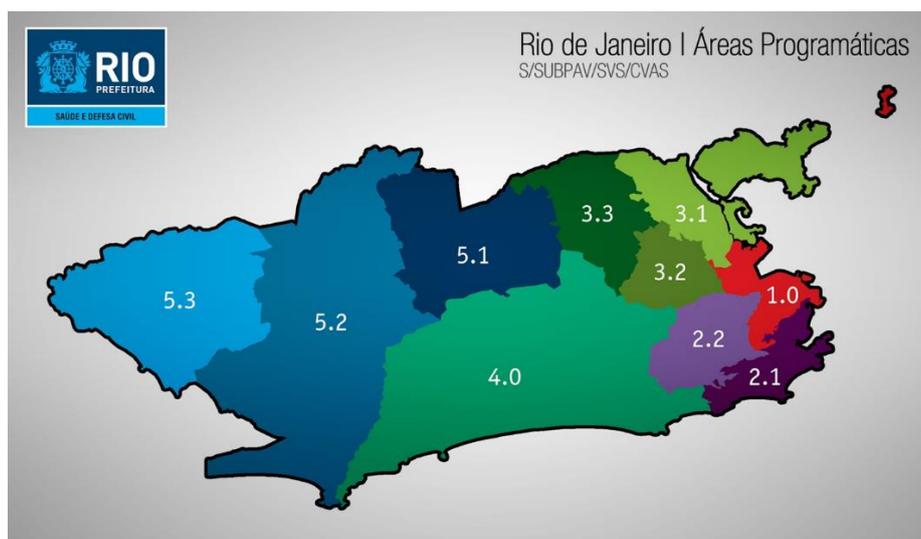
As superintendências que compõem a SUBPAV são: de Atenção Primária, de Vigilância em Saúde, de Integração de Áreas de Planejamento e de Promoção da Saúde. Essas superintendências são divididas em Coordenações que, por sua vez, são subdivididas em gerências. Além delas, a SUBPAV conta com a Coordenação de promoção em saúde do Trabalhador.

Apesar de não estar vinculada à SUBPAV, faz-se necessário destacar a Superintendência de Administração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais (SCGOS), essa Superintendência era vinculada à Subsecretaria de Geral Executiva (SUBGEX) e, mais tarde, foi vinculada à Subsecretaria de Gestão (SUBG). Essa Superintendência é composta pela Coordenação de Contratos de Gestão e pela Gerência de Contratualização, sendo responsável pela análise dos processos de empenhos financeiros realizados pelas CAP e encaminhamento desses processos à Secretaria de Fazenda; e análise das prestações de contas das OS.

As Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP) são instâncias locais, responsáveis pela gestão da APS. Considerando a divisão sanitária do MRJ, serão discriminadas as macrorregiões e suas respectivas Áreas Programáticas (AP) (Figura 3), além do organograma das CAP:

- 05 macrorregiões – 1.0 (Centro), 2.0 (Zonal Sul e Grande Tijuca), 3.0 (Zona Norte, exceto os bairros da Grande Tijuca), 4.0 (Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Recreio) e 5.0 (Zona Oeste, exceto os bairros de Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Recreio); e
- 10 Áreas Programáticas (AP), que subdividem as macrorregiões, correspondendo a distritos sanitários – 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3.

**Figura 3.** Divisão territorial da APS do MRJ, por Áreas Programáticas



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

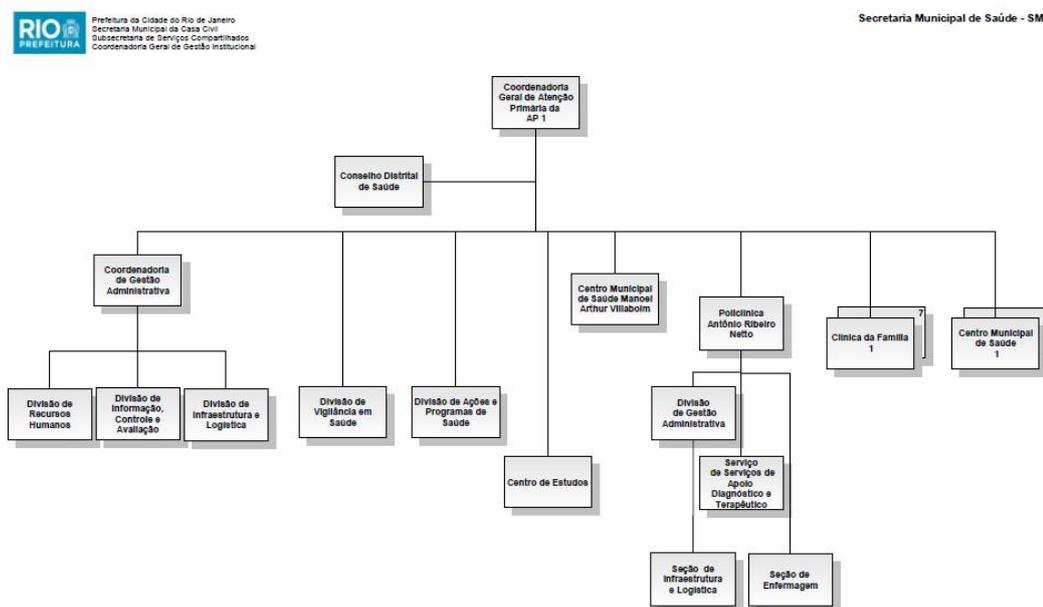
Em cada uma das AP existe uma CAP, que é a instância local responsável pela coordenação da APS e organização da rede assistencial, além de mediar as relações intersetoriais da saúde. Dentre as atribuições das CAP está a de ordenamento de despesas, sendo assim, responsáveis pela aplicação de recursos destinados pela SMS.

A estrutura organizacional de cada uma das CAP é pré-determinada pela SUBPAV, contando com os seguintes setores: Gabinete do Coordenador, Conselho Distrital de Saúde (CODS), Coordenadoria de Gestão Administrativa (CGA), Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS), Centro de Estudos e Ouvidoria. Segundo o Coordenador 02:

Essa estrutura ela reproduz, em alguma medida, a estrutura de organização também da secretaria municipal de saúde, com estruturas equivalentes em suas composições, e também os Centros Municipais de Saúde no modelo tradicional, um pouco antes da expansão da estratégia de saúde da família no município, também obedecem, grosso modo, essa organização, essa estrutura. (Coordenador 02)

Abaixo será apresentado o organograma da CAP 1.0 (Figura 4) como exemplo:

**Figura 4.** Organograma da CAP 1.0



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019.

O Gabinete do Coordenador constitui-se no núcleo diretivo e estratégico da CAP, liderado pelo Coordenador Geral de Saúde, seu substituto imediato e assessores. A composição dessa área varia em quantitativo de profissionais de acordo com a CAP. O Coordenador é o responsável sanitário do território, ordenador de despesas e ator principal da governança na CAP.

O CODS configurou-se como uma instância de controle social local, prevista na Lei Municipal Nº 5.104/2009 que dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e os Conselhos Distritais (PCRJ, 2009).

Na CGA é realizado todo o controle administrativo, financeiro e orçamentário da CAP. Esta área é a responsável por analisar toda prestação de contas emitida pela OS, além disso, sua composição inclui a Divisão de Recursos Humanos (DRH) – responsável pela gestão da Força de Trabalho em Saúde (FTS), principalmente no que diz respeito aos servidores estatutários, todavia, com interfaces junto à área de Recursos Humanos da OS; a Divisão de Informação, Controle e Avaliação (DICA) – responsável pela análise e acompanhamento dos indicadores da CAP, previstos ou não nos contratos de gestão; e a Divisão de Infraestrutura e Logística (DIL) – responsável pelo acompanhamento das condições de infraestrutura e abastecimento das unidades geridas em parceria com a OS

e, pela execução, em parceria com outras instâncias do núcleo central da SMS, das ações logística (movimentação de documentos institucionais, amostras de exames e insumos), bem como das relacionadas à infraestrutura (manutenção predial e de equipamentos) das unidades geridas exclusivamente pelas CAP. Essa área tem como responsável o Coordenador de Gestão Administrativa que, a partir de 2016, tornou-se o fiscal do contrato de gestão com as OS.

A DVS é a responsável pelo acompanhamento epidemiológico do território. Geralmente possui equipe multidisciplinar, com predomínio de sanitaristas e epidemiologistas. Muitas de suas ações são realizadas em parceria com a DAPS, que é a responsável pelo acompanhamento das linhas de cuidado e, na maioria das áreas, pelo apoio institucional às unidades e EqSF. Em geral, a DAPS possui equipe multidisciplinar, com predomínio de enfermeiras. Essas duas áreas possuem ações integradas com a DICA, que fornece as informações estatísticas sobre o perfil epidemiológico territorial, possibilitando assim, o planejamento de suas atividades.

O Centro de Estudos é um núcleo técnico-administrativo, responsável por autorizar, cadastrar e acompanhar a realização de estágios e pesquisas acadêmicas nas unidades de saúde sob gestão da CAP. E a Ouvidoria é a responsável pelo acolhimento de demandas dos usuários e funcionários do território.

Com a expansão da Atenção Primária, por meio do aumento da cobertura da ESF, tornou-se necessária a ampliação da força de trabalho das CAP. Anteriormente as CAP eram compostas exclusivamente por servidores estatutários, alguns deles sem experiência na Saúde da Família (SF), segundo a maior parte dos Coordenadores entrevistados.

Além disso, a formalização dos contratos de gestão exigiu das CAP investimento em tecnologia tanto no campo técnico-assistencial quanto no campo da informática, a partir da necessidade de um controle rigoroso das ações executadas pelas OS. Nesse período foram implantados os Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP), o Painel OSINFO, o sistema de georreferenciamento para adstrição das áreas de atuação das unidades e equipes, entre outros sistemas.

Como forma de possibilitar o incremento de tecnologia e recursos humanos nas CAP, na elaboração dos contratos de gestão foi inserida, no cronograma de desembolso financeiro, uma rubrica chamada “Apoio à Gestão da CAP” que, mensalmente destinou recursos financeiros para a contratação de pessoal celetista, por meio das OS, de acordo

com sua necessidade específica, como advogado, contador, geógrafo e estatístico, entre outros.

Quanto à coordenação da APS, do ponto de vista da atuação das CAP, a partir das entrevistas, observou-se uma diferenciação importante em relação à supervisão do trabalho das EqSF:

- Na AP 1.0, a supervisão era realizada pela equipe multidisciplinar da DAPS, dividida em duplas, que, segundo o entrevistado, tinham sua atuação mais voltada para a função de apoio institucional<sup>7</sup> do que para a supervisão;
- Na AP 2.2, a supervisão era realizada por equipes multiprofissionais da DVS e DAPS, a partir da elaboração de relatórios dos indicadores contratuais pela DICA. O foco era a discussão das metas com os gerentes e EqSF;
- Na AP 3.1, a supervisão era realizada pelo mesmo grupo de assessoras da OS. O Coordenador Geral, em comum acordo com o gestor de contratos da OS Viva Rio, optou por unificar o grupo de supervisão, sendo as seis contratadas pela OS, sendo que três delas pelo custo indireto da OS e as outras três, contratadas pelo custo da CAP (rubrica Apoio à Gestão da CAP). Sua atuação era voltada para o acompanhamento e discussão dos indicadores contratuais, além das questões administrativas das unidades;
- Na AP 4.0, a supervisão das unidades era realizada diretamente pela Coordenadora e quatro assessores que trabalhavam com ela em seu gabinete. A atuação desses profissionais estava mais voltada para o apoio institucional;
- Na AP 5.3, a supervisão era realizada por uma equipe de apoiadores. Esses apoiadores acompanhavam os processos administrativos e assistenciais da unidade, a partir da utilização de um *check-list* para guiar as visitas.

---

<sup>7</sup> A função de apoio institucional "É um método de apoio à cogestão de processos complexos de produção. Esta articula a produção de bens e serviços com a produção de instituições, organizações e dos próprios sujeitos. É um método de gestão para a elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas, enquanto apoia a construção de sujeitos, individuais e coletivos" (WAGNER, 2014, p. 896).

## **Organizações Sociais**

Outro ator institucional da governança da APS era Organização Social. No período considerado no estudo (2014 a 2016) atuaram as seguintes OS na operacionalização da APS no Município do Rio de Janeiro: Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Viva Rio, FIOTEC, Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) e Instituto Gnosis.

Apesar dessas instituições possuírem a mesma qualificação (Organização Social), há diferenças importantes em sua conformação. Portanto, para uma compreensão mais detalhada da governança da APS carioca, utilizou-se informações contidas nos estatutos e sites das OS, no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro (DOM), além das entrevistas.

### **Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM**

A SPDM foi fundada em 1933, no estado de São Paulo. Em 2018 atuava nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste. Tem como objetivos a promoção de atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa no campo da saúde. Possui natureza jurídica de Associação Privada, tendo como atividade econômica principal atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências e atividade econômica secundária: atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências.

Apresenta as seguintes instâncias de deliberação: Assembleia Geral, Conselho Administrativo, Conselho Fiscal e Conselho de Gestões Delegadas. A **Assembleia Geral**, órgão soberano da SPDM, é formada por associados. O principal órgão deliberativo é o **Conselho Administrativo**, composto por sete associados, eleitos pela Assembleia Geral, com suas funções divididas da seguinte maneira: um conselheiro presidente, um conselheiro vice-presidente e cinco conselheiros administrativos. Além disso, a SPDM conta ainda com um **Conselho Fiscal**, composto por três membros titulares e três membros suplentes. Há também o **Conselho Administrativo de Gestões Delegadas**, responsável pelas unidades públicas sob a gestão da SPDM. Este Conselho é presidido pelo presidente do Conselho Administrativo e com a participação de mais oito membros. A eleição dos membros do Conselho Administrativo de Gestões Delegadas está organizada de forma em que o Conselho Administrativo indica três membros, entre os associados, esses, por sua vez, indicam quatro membros da comunidade e um membro é

eleito pelos funcionários da SPDM. A eleição do representante dos funcionários é realizada online e todos os funcionários podem votar. São eleitos dois membros, sendo um titular e um suplente.

Abaixo do Conselho de Gestão Delegadas existem três superintendências, são elas: **Superintendência do Hospital São Paulo** - responsável pela gestão do Hospital São Paulo – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); a **Superintendência de Afiliados** - majoritariamente responsável pelos contratos de gestão com hospitais, todavia, possui contratos de APS e; a **Superintendência do Programa de Atenção Integral à Saúde (PAIS)** - responsável por contratos de gestão na Atenção Primária à Saúde, entretanto, possui contratos para gestão de hospitais. O fato da Superintendência de Afiliados e a Superintendência do PAIS possuírem basicamente o mesmo escopo de atuação, se deu pela mudança na governança organizacional que anteriormente as diferenciava pelo nível de atenção à saúde (Superintendência de Afiliados – atenção secundária e Superintendência do PAIS – atenção primária). No entanto, com a expansão territorial da SPDM, foi decidido pela Presidência que a atuação passaria a ser por regionalização, evitando assim, que duas equipes atuassem no mesmo território e mantivessem relações contratuais com o mesmo ente contratante.

A Superintendência do PAIS divide-se da seguinte maneira: Diretoria Administrativa (prioritariamente responsável por recursos humanos); Diretoria Técnica (responsável pelo acompanhamento dos protocolos assistenciais); Diretoria de Planejamento e Informação (responsável pelo planejamento das ações, implantação dos serviços, acompanhamento dos resultados e prestação de contas assistenciais) e; Diretoria de Educação Permanente (responsável pelos treinamentos). Tal estrutura fica lotada na matriz da SPDM em São Paulo. No Rio de Janeiro havia duas Diretorias, uma com sede na região Norte do Rio (responsável pelos contratos das AP 1.0 e 3.2) e outra com sede na Região Oeste da cidade (responsável pelo contrato da AP 5.3), vinculadas à Superintendência do PAIS, responsáveis pelos contratos da APS e nelas havia representação das quatro linhas de atuação das diretorias da matriz.

Em cada Diretoria do Rio de Janeiro havia um **diretor de projetos** e supervisores (dois na AP 1.0 e três na AP 5.3).

Quanto à coordenação das atividades assistenciais, as equipes de supervisão eram compostas, em sua maioria, por enfermeiros escolhidos a partir de processo seletivo

interno, realizado nas unidades sob a gestão da SPDM, com o crivo da Diretoria de Planejamento e Informação. Os supervisores de planejamento tinham a atribuição de discutir o alcance das metas dos indicadores contratuais por unidade/EqSF e propor mudanças nos processos, a fim de alcançar os melhores resultados. Os supervisores técnicos eram responsáveis pelo acompanhamento dos processos administrativos e assistenciais das unidades.

Essa composição foi alterada em 2017, devido à crise financeira enfrentada pela PCRJ, quando a organização optou por manter apenas uma diretoria, que deveria ser responsável por todos os contratos de gestão, e reduziu o número de supervisores.

A Superintendência do PAIS gerencia os equipamentos de saúde discriminados a seguir: Hospitais, Programa Acompanhante de Idosos (PAI), Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD), Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Eventos de Massa, Complexo Regulador, Coordenação de Emergência Regional (CER), Estratégia de Saúde da Família, Equipe de Atenção em Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, Programas Ambientais Verdes e Sustentáveis (PAVS), Saúde no Esporte, Casa do Parto, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico, Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Telecárdio AMA/SAMU, Pronto Socorro, Centro Diagnóstico por Imagem, Consultório Odontológico, Ambulatório de Especialidades e Centro de Oftalmologia.

Em setembro de 2009 foi qualificada como Organização Social na PCRJ, tendo a Superintendência do PAIS como responsável pela operacionalização dos contratos de gestão da APS entre a SPDM e SMS. Desde então, foram celebrados contratos de gestão para a operacionalização dos seguintes objetos: Hospital Municipal Pedro II, CER Santa Cruz e Leblon, Central de Regulação/Eventos e as UPA João XVIII, Paciência e Sepetiba.

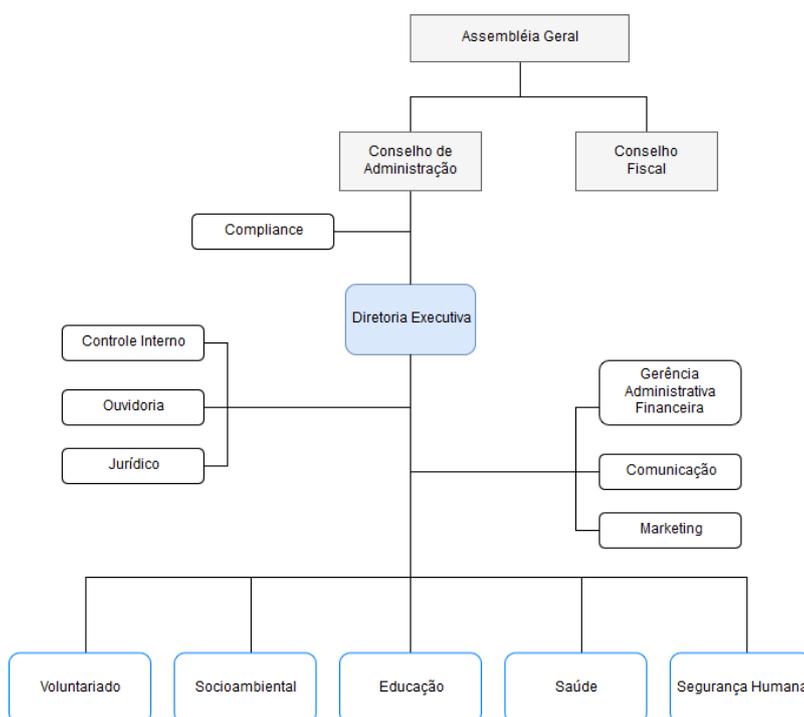
### **Viva Rio**

O Viva Rio foi fundado em 1993, no estado do Rio de Janeiro. Originário de um movimento social em resposta à violência, tem como objetivo o desenvolvimento de

ações assistenciais e sociais nas áreas de saúde e saneamento, segurança pública, educação, arte e esporte, meio ambiente, comunicação e cultura, além do desenvolvimento econômico do Brasil e/ou em outros países. Atua no Brasil (no Estado do Rio de Janeiro) e no Haiti, onde desenvolve programas sociais. Possui natureza jurídica de Associação Privada, tendo como atividade econômica principal atividades de associações de defesa de direitos sociais e atividades secundárias atividades de organizações associativas ligadas à cultura e à arte e atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares não especificadas.

Em seu estatuto são apresentados os seguintes órgãos de deliberação: Assembleia Geral, Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Conselho Diretor e Diretoria. A **Assembleia Geral da Associação** é o órgão soberano do Viva Rio, composta por associados. O principal órgão deliberativo é o **Conselho de Administração**, composto da seguinte maneira: 20 a 40% de representantes do poder público, 40 a 50% de membros ou associados, 10 a 30% de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho e, 10% de indicados pelos empregados da entidade. O **Conselho Fiscal** é o responsável por analisar as contas da instituição, composto por no mínimo três e no máximo cinco membros.

Subordinada ao Conselho de Administração encontra-se a área de Compliance, responsável pelo Programa de Ética e Integridade, com base na Lei Federal nº 12.846/13, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira. O Viva Rio possui, em seu estatuto, um segundo órgão deliberativo, um **Conselho Diretor**. Este conselho deve ser constituído por no mínimo três e no máximo cinco membros. A **Diretoria** é a instância responsável pela gestão e operacionalidade da instituição e possui um Diretor Executivo eleito pelo Conselho de Administração e um Vice-Diretor Executivo nomeado pelo Diretor.

**Figura 05.** Organograma Viva Rio

Fonte: Viva Rio, 2018.

O Controle Interno, a Ouvidoria e o Departamento Jurídico são áreas vinculadas à Diretoria da instituição. Além delas há a Gerência Administrativa e Financeira que é composta pelas Gerências de Gestão de Pessoas, Aquisições, Financeiro, Tecnologia da Informação, Ressuprimento e Logística, entre outras.

Abaixo da Diretoria há a divisão em cinco coordenações técnicas, a saber: de Segurança Humana; Socioambiental, Voluntariado; de Educação e Esportes; de Saúde e Assistência Social.

A **Coordenação de Saúde e Assistência Social** é a responsável pela operacionalização dos contratos de gestão em saúde. No que se refere à coordenação assistencial, era composta por uma **Coordenadora Geral de Saúde e Assistência Social** e seis gestores de contrato divididos da seguinte forma: Atenção Primária (três); Saúde Mental e Assistência Social (um); UPA Estaduais e Projetos do Interior do Rio de Janeiro (um); e Hospitais (um).

Os **gestores de contrato** da Atenção Primária eram responsáveis pelo acompanhamento técnico-administrativo dos contratos de gestão e pela coordenação da

relação CAP – OS. Além dos gestores de contrato, as equipes de Atenção Primária eram compostas por **assessoras técnicas em saúde** (três na AP 2.1, seis da AP 3.1 e seis na AP 3.3), com formação multiprofissional. Na AP 3.1, as assessoras eram responsáveis pela supervisão das UBS, e acompanhavam, desde processos administrativos (movimentação de pessoal, abastecimento, infraestrutura, entre outros), até questões assistenciais (indicadores, atuação por linhas de cuidado da DAPS, entre outras). Três dessas assessoras eram contratadas pela OS, na rubrica de custo administrativo da CAP (Apoio à Gestão da CAP).

Em 2018, devido à supressão financeira nos cronogramas de desembolso financeiro dos contratos, a Coordenação de Saúde, mais especificamente as áreas de Atenção Primária e Saúde Mental, foi reestruturada, quando passou a ser composta por uma gestora de contratos, três assessores técnicos institucionais (responsáveis pela supervisão das unidades e mediação da relação CAP – OS) e cinco assessoras técnicas em saúde (responsáveis por discutir o alcance das metas dos indicadores contratuais e propor mudanças nos processos, a fim de melhor os resultados). Além disso, nessa Coordenação foi criada a Área de Planejamento e Informação que, ao absorver a área de Sistemas de Informação, passou a ser responsável pela análise de indicadores assistenciais e de produção dos serviços citados acima, além disso, se tornou responsável pela elaboração de propostas técnicas para novos certames licitatórios e pelo planejamento das atividades dos responsáveis técnicos de medicina, enfermagem, farmácia e radiologia (responsável pelo acompanhamento técnico dos protocolos assistenciais por categoria e relação com os conselhos de classe).

O Viva Rio possui contratos com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, com a SMS-RJ, entre outras Secretarias Municipais, gerindo serviços de Estratégia Saúde da Família, Hospitais, Pronto Socorro, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto de Atendimento (UPA), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Acolhimento Adulto (UAA).

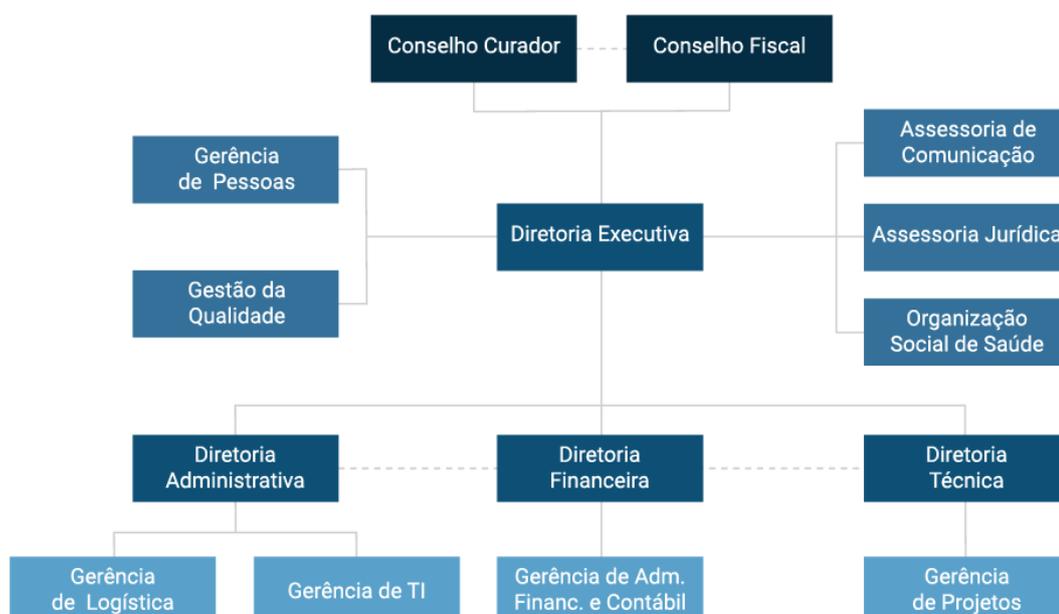
No Município do Rio de Janeiro, o Viva Rio foi qualificado como Organização Social em outubro de 2009. Desde então celebrou três contratos de gestão da APS (AP 2.1, AP 3.1 e AP 3.3) e um convênio de Saúde Mental.

## Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC

A FIOTEC, inicialmente denominada de Fundação de Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Cooperação à Escola Nacional de Saúde Pública, foi fundada em 1997, no estado do Rio de Janeiro, tendo como objetivos a prestação de serviços de apoio logístico, administrativo e financeiro aos projetos desenvolvidos pelas unidades componentes da FIOCRUZ. Atua a nível nacional e possui natureza jurídica de Fundação Privada, tendo como atividade econômica principal a administração pública em geral, e secundária, outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente.

Conforme a figura 6 e o estatuto, entre as instâncias de deliberação estão: o Conselho Curador, o Conselho Fiscal e a Diretoria. O **Conselho Curador**, órgão de deliberação superior da FIOTEC, é composto por sete conselheiros, sendo um deles representante do Presidente da FIOCRUZ. Para os demais conselheiros, exige-se experiência ou conhecimento na área da saúde e que, no mínimo quatro deles pertençam ao quadro funcional da FIOCRUZ. A análise das contas da Fundação é atribuição do **Conselho Fiscal**, formado por três membros indicados pela presidência da FIOTEC e referendados pelo Conselho Deliberativo da FIOCRUZ.

**Figura 06.** Organograma FIOTEC



Fonte: Site FIOTEC, 2018.

A **Diretoria Executiva** é a instância responsável pela orientação e acompanhamento das atividades finalísticas, administrativas e financeiras e em sua composição possui quatro diretores, incluindo o Diretor Executivo, todos eleitos pelo Conselho Curador. A coordenação das atividades assistenciais é realizada por uma pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), todavia, não foi exemplificada a atuação dessa coordenação.

Em agosto de 2009 a FIOTEC foi qualificada como Organização Social na PCRJ, quando criou uma estrutura específica para a operacionalização de contratos de gestão. O único contrato de gestão celebrado pela FIOTEC abrange o Território Manguinhos – AP 3.1.

### **Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde - IABAS**

O IABAS foi fundado em 2008, no estado de São Paulo, tendo como objetivos a execução de prestação de serviços, o desenvolvimento tecnológico e a execução programas de educação continuada com cursos de stricto sensu e latu sensu na área da saúde. Sua natureza jurídica é de Associação Privada e sua atividade econômica principal consiste em atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências, e suas atividades secundárias em atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares, atividade médica ambulatorial restrita a consultas, atividade odontológica, atividades de enfermagem, atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos, serviços móveis de atendimento a urgências, exceto por UTI (Unidade de Terapia Intensiva) móvel, UTI móvel, serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências e atividades de fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio, pesquisa e desenvolvimento experimental em ciências físicas e naturais e atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica. Atua nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste, nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Mato Grosso do Sul.

Tem como instâncias de deliberação a Assembleia Geral, o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e a Diretoria. A **Assembleia Geral** é composta pelos associados. O **Conselho de Administração** é o órgão soberano do IABAS, formado da seguinte maneira: 55% de membros eleitos pela Assembleia Geral, 35% de membros

eleitos pelos demais integrantes do conselho, 10% de membros eleitos pelos empregados do instituto. O processo eleitoral é feito via internet, sendo os candidatos convidados pela instituição a concorrer. Os membros do **Conselho Fiscal** são nomeados pelo Conselho de Administração, na seguinte conformação: três membros titulares e três membros suplentes.

Ademais, a composição da **Diretoria** está organizada da seguinte maneira: Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Tesoureiro. Subordinada à Diretoria está a Superintendência Geral e abaixo dela as Coordenações (médica, de compras, de infraestrutura, entre outras). Abaixo das coordenações estão as Gerências Técnicas e o Núcleo Interno de Gestão de Indicadores (NIGI), responsável pela análise dos indicadores, produzindo informações assistenciais e de produção.

No tocante à coordenação das atividades assistenciais da APS, existe a **Coordenação Médica** (responsável pelo acompanhamento assistencial da área médica), **Supervisores** (responsáveis pela supervisão técnica das equipes junto com a Coordenação Médica), **Gerência de Contratos** (responsável pelos contratos de serviços continuados com empresas terceirizadas) que possuía profissional lotado na CAP, para apoiar a relação CAP-OS, **Gerente técnico** (responsável pela execução acompanhamento técnico dos contratos) e **Apoiadores Técnicos** (responsáveis por apoiar as ações dos Gerentes).

O IABAS operacionaliza os seguintes serviços: Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), Hospitais, Unidade Básica de Saúde (UBS), Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Pronto Socorro (PS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD), Programa Acompanhante de Idosos (PAI), Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e Complexo Regulador.

Em agosto de 2009 qualificou-se como Organização Social na PCRJ. Desde então firmou contratos de gestão com a SMS-RJ nas seguintes áreas: AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2, Programa de Internação Domiciliar ao Idoso (PADI) e UPAs.

## **Instituto Gnosis**

O Instituto Gnosis foi fundado em 2008, no estado do Rio de Janeiro. Tem como objetivos a prestação de serviços de saúde e o desenvolvimento de programas de estágio, estudos, aperfeiçoamento, prêmios, cursos e bolsas de estudo, voltados para estimular o desenvolvimento de tecnologias na área da saúde. Sua natureza jurídica é de Associação Privada, tendo a atividade médica ambulatorial restrita a consultas descrita como atividade principal e como atividades secundárias, atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares, serviços de diálise e nefrologia, outras atividades associativas profissionais e atividades associativas não especificadas. Todas as suas atividades são realizadas no MRJ.

Dentre as instâncias de deliberação está a **Assembleia Geral**, órgão soberano da instituição, composta por associados. O órgão deliberativo é o **Conselho de Administração**, organizado da seguinte maneira: cinco membros eleitos dentre os associados, quatro membros eleitos pelos demais integrantes do conselho e um membro eleito pelos empregados do instituto. O **Conselho Fiscal**, responsável por analisar as contas do instituto, apresenta a seguinte composição: um membro indicado pela Assembleia Geral, um membro indicado pelo Conselho de Administração e um membro indicado pela Diretoria. A **Diretoria** é composta por um Diretor-Presidente, um Diretor Técnico e um Diretor Administrativo-Financeiro.

A coordenação assistencial da APS se constitui pela **coordenação** responsável pela AP 2.2 composta exclusivamente por uma **Coordenadora Técnica** (responsável pela supervisão das unidades e mediação da relação CAP – OS – unidades de saúde) e uma assistente administrativa.

O Instituto Gnosis foi qualificado como Organização Social pela PCRJ em agosto de 2013, desde então, atua nas seguintes áreas: Saúde da Família, Centro de Emergência Regional - CER Centro, Hospitais e Rio Imagem. Com o MRJ possui dois contratos de gestão vigentes, sendo um para a operacionalização da SF na AP 2.2 e o outro para a operacionalização do CER-Leblon e do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda.

## **Semelhanças e diferenças entre as OS**

A partir da análise de dados e das entrevistas, notou-se que todas as OS analisadas foram fundadas em anos anteriores ao da promulgação da Lei Municipal N° 5.026/2009, que instituiu a qualificação de entidades como Organizações Sociais no Município do Rio de Janeiro. Tendo como base o ano de fundação das Organizações Sociais, identifica-se que a SPDM, a FIOTEC e o Viva Rio foram fundadas antes mesmo da Lei Federal N° 9.637/98.

Todas as Organizações foram constituídas, desde sua origem, com atuação voltada para a prestação de serviços de saúde, com exceção do Viva Rio, que nasceu como um movimento da sociedade civil em resposta à violência, até se tornar uma ONG e, mais tarde, se qualificar como OS. A SPDM, fundada como Sociedade Civil Paulista de Medicina, desde o início de sua atuação, vinculada à categoria médica. A FIOTEC, criada para apoiar as atividades da FIOCRUZ. Em relação às OS IABAS e Gnosis, não foi possível identificar a origem de sua constituição

No tocante à finalidade a que se propõem essas entidades, todas elas destacam as atividades assistenciais de saúde e o compromisso com a formação da força de trabalho em saúde. Ressalta-se que o Viva Rio além da saúde, tem como finalidade ações de saneamento, educação, arte, esportes, segurança pública, comunicação, cultura e desenvolvimento econômico local no Brasil e no exterior.

Com exceção à FIOTEC, todas as OS possuem a Assembleia Geral como instância superior, formada pelos associados, pessoas físicas ou jurídicas (na SPDM somente pessoas físicas) dessas instituições. A admissão de novos associados se dá por meio da submissão de carta de intenção ao Conselho de Administração, que é responsável por avaliar as propostas e julgar sobre a admissão do candidato. Em relação aos requisitos para se tornar associado, somente as OS SPDM e Viva Rio os destacam em seus estatutos. Na SPDM os requisitos são mais específicos e passam por atender uma das seguintes necessidades: ser professor titular ou titular aposentado do quadro permanente da UNIFESP; ser um dos representantes indicados pela Associação de Docentes da Universidade Federal de São Paulo (ADUNIFESP); ser um dos representantes eleitos entre e pelos funcionários lotados no Hospital São Paulo; entre outros. No Viva Rio exige-se que o candidato esteja interessado em contribuir com os objetivos sociais da instituição, que não apresente impedimentos legais e redução da capacidade civil, cujas práticas não contrariem seus objetivos.

A OS IABAS é a única que diferencia seus associados por categorias, sendo elas: associados fundadores (pessoas físicas e jurídicas signatárias do ato constitutivo da instituição; associados curadores (pessoas físicas ou jurídicas que dediquem, pelo menos, vinte horas de trabalho voluntário por mês); e associados beneméritos (pessoas físicas e jurídicas que contribuem financeiramente).

Os estatutos dessas quatro instituições citam as possibilidades de demissão dos associados, pela utilização indevida do nome da instituição, por faltas injustificadas e consecutivas nas Assembleias Gerais, entre outras. A OS Gnosis é a única que não prevê a solicitação de desligamento, pelo associado, através de carta.

Exceto a FIOTEC, que é uma fundação estatal de direito privado, a natureza jurídica na qual se enquadram essas organizações é de associação sem fins lucrativos, com prazo de duração indeterminado. A sede e foro da maioria delas localiza-se na cidade do Rio de Janeiro, sendo a SPDM registrada na comarca da cidade de São Paulo.

Ainda em função da sua natureza jurídica, a OS FIOTEC tem como órgão deliberativo o Conselho Curador, que é equivalente ao Conselho Administrativo ou Conselho de Administração, presentes nas demais OS. A OS Viva Rio possui um segundo órgão deliberativo, chamado Conselho Diretor, por ser também qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) no estado de Minas Gerais (exigência da Lei Estadual Nº. 14.870, de Minas Gerais, que dispõe sobre a qualificação de pessoa jurídica de direito privado como OSCIP). Diferente das demais, a SPDM não possui Diretoria ou Diretoria Executiva, ademais, possui um Conselho Gestor do Hospital Universitário da UNIFESP e um Conselho Administrativo de Gestões Delegadas, sendo a única instituição a possuir um conselho específico para acompanhar a contratualização com entes públicos.

O modo de ingresso dos membros do Conselho Administrativo/de Administração varia entre as organizações. Na SPDM são os associados, em Assembleia Geral, que decidem sobre os membros do Conselho, não havendo no estatuto, recomendação sobre o perfil desses conselheiros. Nas demais OS, a composição do Conselho é detalhada, possuindo ainda a descrição da forma de ingresso: representantes do poder público, pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral e membro indicado pelos demais funcionários da entidade. O fato de se ter um representante eleito

pelos funcionários no principal órgão de deliberação, possibilita que os direitos desses funcionários sejam defendidos.

Com base nas entrevistas, notou-se certo desconhecimento dos representantes da SMS (Nível Central e CAP) em relação a estrutura de governo das OS, seus conselhos, composição, regras de participação. Somente os representantes das AP 2.2 e 4.0 relatam terem tido qualquer tipo de relação com os Conselhos, ainda assim, a atuação dos mesmos era pouco percebida na tomada de decisão cotidiana, bem como, na coordenação das ações desenvolvidas pelas OS.

Desconhecimento semelhante foi observado junto aos representantes das OS 03 e 04 que, em que pesem os anos de trabalho nessas instituições, não souberam responder sobre a composição e modos de ingresso em seus Conselhos de Administração. Cumpre destacar que, segundo seus estatutos, nas duas instituições deve haver conselheiros eleitos pelos/entre seus empregados, o que sugere que o processo eleitoral não ocorre ou ocorre com baixa divulgação e participação.

Pelos estatutos, as OS Viva Rio e Gnosis preveem em seus Conselhos, 20% de assentos reservados para representantes indicados pelo Poder Público, todavia, nenhum dos estatutos detalha como essa indicação deve ocorrer.

Considerando a Lei Municipal nº 5.026/09, identificou-se que o IABAS não possuía o requisito mínimo no ano em que foi qualificado como OS. A referida lei exige que as entidades tenham ao menos dois anos de atuação na área da saúde, para então solicitarem sua qualificação, no entanto, segundo o estatuto social dessa OS, sua fundação foi em maio de 2008 e sua qualificação em agosto de 2009.

A Os SPDM, possivelmente por ser a que tem mais tempo de constituição e de atuação na saúde, aparenta ter uma estrutura gerencial mais robusta, considerando o número de serviços que presta junto ao Poder Público. Já o Viva Rio se destaca pela sua história de participação em movimentos sociais, o que foi identificado nas entrevistas (quatro) como um diferencial positivo. Alguns de seus projetos sociais eram realizados nas comunidades e contavam com a interface das unidades de saúde sob sua cogestão, o que se constituiu em um aspecto facilitador na relação com a população. Essa experiência pregressa também parece ter influenciado o fomento às atividades de participação social nas unidades, mais presente nas unidades gerenciadas pelo Viva Rio.

O Viva Rio e a SPDM possuem o título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, expedido pelo Ministério da Justiça. Além disso, as OS SPDM, Viva Rio e IABAS possuem a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) que é concedida pelo Governo Federal (Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Saúde ou Ministério da Educação), por meio da Lei Nº 12.101/09, às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que prestam serviços nas áreas de Assistência Social, Saúde ou Educação. Essa certificação confere imunidade em relação às contribuições para seguridade social.

As OS Viva Rio e Gnosis foram as únicas OS onde foi identificada área de Compliance, no Viva Rio a área pode ser identificada no organograma e na Gnosis a mesma foi citada durante a entrevista. O Compliance é a instância responsável pelo Programa de Ética e Integridade, com base na Lei Federal nº 12.846, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira. Essa área pode ser considerada uma instância de controle interno.

O Viva Rio é a única OS que possui equipe própria de manutenção, portaria e higienização, as demais OS terceirizam essas atividades.

As coordenações assistenciais das OS, previstas formalmente em todas elas, exceto na FIOTEC, apresentam uma configuração diferenciada entre si e parecem residir no acompanhamento dos indicadores e metas contratuais, segundo os entrevistados. Todas informam fazer visitas às equipes, com foco das visitas parece estar no âmbito da gestão de recursos humanos, de insumos e das instalações físicas, todavia, sem haver necessariamente uma supervisão direta do trabalho assistencial das equipes de saúde.

Diferentemente das demais OS, no Viva Rio, especificação na AP 3.1, a assessoria técnica em saúde, responsável pela supervisão assistencial e administrativa das equipes e unidades de saúde, era composta por uma única equipe de supervisores CAP-OS.

O IABAS, a fim de tornar mais próxima a relação CAP-OS, designava um profissional para atuar na sede da CAP 4.0, no âmbito administrativo.

A OS SPDM é a que possui maior abrangência territorial, sendo seguida pela OS IABAS. As OS Viva Rio e Gnosis somente atuam no estado do Rio de Janeiro. A

FIOTEC, apesar de possuir abrangência nacional, em seu sítio eletrônico não foi possível identificar os projetos em desenvolvimento.

### **5.3 Controle, Prestação de Contas e Sistema de Incentivos**

Neste tópico, são apresentados os mecanismos de controle interno e externo bem como a prestação de contas e os incentivos presentes na relação entre SMS e OS. Foram considerados os dados colhidos nas entrevistas (expressando a dinâmica do processo), e nos contratos de gestão e legislações vigentes à época (expressando o previsto nas regras).

São múltiplas as instâncias de controle e prestação de contas dos contratos, entre elas há a Comissão Técnica de Avaliação (CTA), que configura-se na principal instância de controle interno da SMS, responsável pelo acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados pela OS. Além disso, a Câmara Municipal dos Vereadores e o Tribunal de Contas do Município (TCM) são identificados como responsáveis pelo controle externo.

Durante as entrevistas, além dessas instâncias previstas nos contratos, foram citados os seguintes órgãos de controle externo: o Controle Social (por meio dos Conselhos Distritais e do Conselho Municipal), o Ministério Público (MP) e a Controladoria Geral do Município (CGM).

Os atores institucionais da governança possuem, cada um deles, seus próprios mecanismos de controle interno e participam em diferentes momentos do processo de controle e prestação de contas. O processo tem início na OS com a análise de seu controle interno e inclusão de documentação de comprovação de pagamentos e produção assistencial no Painel OSINFO.

Em seguida, essa documentação é analisada na CAP pela Coordenação de Gestão Administrativa (CGA) e no Nível Central da SMS pela Superintendência de Administração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais (SCGOS). Posteriormente, a CAP realiza uma reunião com a OS, para elucidar possíveis dúvidas.

Após essa fase, é realizada a reunião dos membros da CTA que, conjuntamente, avaliam a Prestação de Contas e emitem um relatório analítico com questionamentos à OS. Ao identificarem irregularidades ou dúvidas sobre dados apresentados na Prestação de Contas, as CTA encaminham cópia do relatório analítico aos órgãos de controle externo.

## **Controle Interno das Organizações Sociais**

Durante as entrevistas, cada OS exemplificou como se dava o controle interno por ela realizado, em relação aos contratos de gestão. A seguir, os resultados serão apresentados por OS, dividindo o controle assistencial do financeiro/orçamentário.

Na SPDM, o controle assistencial era de responsabilidade da Superintendência de Planejamento e Informação. No Rio de Janeiro havia supervisoras de planejamento que analisavam os relatórios de produção e de indicadores e, em seguida, os enviavam para a sede da SPDM, em São Paulo, para análise final. Em relação ao controle financeiro, o processo era semelhante: a Gerência Financeira do Rio de Janeiro realizava os pagamentos das despesas e as encaminhava à Controladoria, em São Paulo, para análise e realização da prestação de contas. Segundo os entrevistados, o foco do controle interno estava nos resultados.

No Viva Rio, o controle interno, do ponto de vista assistencial, era realizado em reuniões periódicas com a área de Sistemas de Informação da OS, que apresentava e discutia com o gestor do contrato, os resultados alcançados. Do ponto de vista financeiro, foi citado o acompanhamento dos contratos estabelecidos com empresas terceirizadas, realizado de forma conjunta com a Gerência de Aquisições, além do acompanhamento das despesas em geral, realizado pelo gestor de contratos, através de sistema financeiro interno. Foi citada a participação do setor de Prestação de Contas na análise das despesas. Igualmente, segundo o entrevistado, o foco do controle interno sempre foi o alcance dos resultados.

No IABAS, o controle interno dos indicadores assistenciais era realizado a partir da produção quinzenal de relatórios pelo Núcleo Interno de Gestão de Indicadores (NIGI). A gerência técnica ficava a cargo de analisar esses indicadores e, mensalmente, reunir os gerentes das unidades básicas de saúde para apresentação dos resultados e construir, de forma conjunta, um plano de melhoria e qualidade. Além disso, a OS desenvolveu indicadores próprios, complementares aos da SMS, que também eram discutidos nessas reuniões. No tocante ao controle financeiro, ele era realizado principalmente pelo setor de Prestação de Contas, que analisava a regularidade de cada despesa, como comprovantes de pagamento e suas respectivas notas fiscais e comprovantes de recebimento de itens (insumos e equipamentos) enviados para as unidades, atestados pelos gerentes. Segundo o entrevistado, o foco do controle interno eram os meios. Na sua

compreensão, ao assegurar o controle dos meios, os resultados viriam como consequência.

Na OS Gnosis, o acompanhamento dos indicadores contratuais era de responsabilidade da Coordenadora Técnica da OS, que realizava visitas às unidades para discutir o comportamento dos indicadores com os gerentes e equipes. Além disso, foram citadas a área de Compliance e o monitoramento de preços como responsáveis pelo controle interno financeiro/orçamentário, todavia, a atuação dessas áreas não foi exemplificada. O entrevistado destacou que os meios eram o foco do controle interno.

Em todas as OS, a exceção da FIOTEC, porque não houve descrição do controle interno durante a entrevista realizada, há uma separação clara, formalmente definida, entre a estrutura que se ocupa da prestação de contas assistencial, da financeira.

As OS SPDM e Viva Rio possuíam um controle interno com foco no alcance de metas contratuais, enquanto as OS IABAS e Gnosis focalizam os meios utilizados para o alcance das referidas metas.

Os focos distintos do controle interno das OS – meios ou resultados - pode ter tradução no desenvolvimento e planejamento de suas ações com impacto direto nos resultados assistenciais alcançados. Ao focalizar resultados, em especial, os indicadores e metas assistenciais previstas nos contratos, há maior possibilidade de ser realizada uma programação mais adequada das ações a serem implementadas, tendo em vista às necessidades de saúde da população atendida.

### **A Prestação de Contas das OS**

A cláusula décima dos contratos de gestão define que prestação de contas seja realizada por meio do Painel de Gestão de Parcerias com as Organizações Sociais (OSINFO), destacando as informações a serem inseridas: receitas e despesas; contratos de prestação de serviços e/ou fornecimento de insumos, assinados pelas OS com terceiros; bens permanentes adquiridos com recursos dos contratos; pessoal contratado (nome, CPF, cargo, vínculo trabalhista, carga horária, CNES, salários, benefícios, entre outras); documentos fiscais (notas fiscais, recibos, extratos bancários, entre outros); e os valores quantificados das metas e indicadores contratuais alcançados.

O OSINFO foi instituído pelo Decreto Municipal Nº 37.079/2013 como instrumento de acompanhamento, avaliação e controle das prestações de contas dos contratos de gestão firmados entre a administração pública e as OS. Esse painel foi desenvolvido por meio de parceria entre a SMS e a Fundação Getúlio Vargas (FGV). A proposta visava fortalecer o controle interno da SMS e dar maior transparência à relação com as OS.

Anteriormente à implantação do painel, as OS elaboravam relatórios físicos de prestação de contas que continham informações assistenciais (indicadores sanitários), bem como, comprovação de transações financeiras (contratos firmados com terceiros, notas fiscais e extratos bancários). Durante a fase de implantação do painel, foi solicitado que as OS inserissem as informações digitalizadas, mas permanecessem apresentando os relatórios físicos para fins de conferência, visto que o painel foi customizado conforme as necessidades apresentadas durante sua utilização. Inicialmente, customizou-se a seção administrativa/financeira, considerando a intenção de fortalecer o controle financeiro, enquanto a seção assistencial foi desenvolvida de forma mais morosa.

A exigência de que a prestação de contas fosse apresentada por meio digital, através do painel, aumentou a demanda de trabalho das OS, o que levava à baixa utilização do mesmo. Como eram aceitos os dois meios de apresentação, as informações não inseridas no painel, mas apresentadas nos relatórios físicos eram validadas pelas CTA. Em 2014, visando a extinção dos relatórios físicos, a SMS passou a orientar que as CGA e CTA não considerassem as informações extra painel. Outra medida de fomento à utilização do painel foi a sua previsão na cláusula décima primeira – da prestação de contas, dos contratos de gestão firmados a partir de 2014.

Na prestação de contas apresentada no painel era possível analisar os resultados alcançados, mas também os meios utilizados para tal. Todas essas informações deviam ser inseridas no painel até o 10º (décimo) dia útil de cada mês subsequente ao avaliado. Em caso de não cumprimento dessa exigência, as OS estavam sujeitas às penalidades previstas nos contratos.

O OSINFO possui acesso público e irrestrito apenas para os dados assistenciais. Os dados financeiros e orçamentários, como folha de pagamentos, entre outras despesas, são restritos aos atores institucionais da governança.

### **O Controle Interno do Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde**

Assim como nas OS, o controle interno realizado pelo Nível Central da SMS era dividido entre a parte assistencial e a parte financeira. A partir das entrevistas, foram identificadas duas instâncias de controle: o Colegiado SUBPAV (assistencial) e a Superintendência de Controle dos Contratos de Gestão com as Organizações Sociais (SCGOS) (financeira).

No Colegiado SUBPAV eram discutidos entre os dez Coordenadores Gerais de Saúde e membros da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), os resultados dos indicadores contratuais por Área Programática (AP). Essa instância colegiada será mais bem descrita na seção sobre pactuação.

O controle da parte financeira ficava a cargo da SCGOS que, analisava as despesas apresentadas pelas OS através do Painel OSINFO, além de possuir assento nas CTA. A SCGOS foi pouco citada durante as entrevistas.

### **O Controle Interno das CAP**

Do ponto de vista contratual, não há previsão de controle interno a ser realizado pelas CAP, há apenas previsão de sua participação nas reuniões trimestrais da CTA, que é composta por majoritariamente por membros das CAP.

Fica a cargo da CAP a gestão compartilhada das unidades geridas por OS, bem como a fiscalização mais próxima da execução do contrato. A CAP participa diretamente das decisões relacionadas à compra de insumos e equipamentos, contratação de serviços e de pessoal, além da fiscalização do contrato. Reside aqui um certo conflito de funções. A CAP define os meios e ao mesmo tempo realiza a avaliação, a posteriori, dos resultados.

O controle interno das CAP referente aos contratos de gestão pode ser dividido em duas dimensões, uma de cunho assistencial e a outra administrativo e financeiro.

A equipe da Divisão de Informação, Controle e Avaliação (DICA) cotidianamente monitora os indicadores assistenciais por meio dos Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Essa Divisão possui relação direta com a Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) e a Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS), subsidiando-as com informações sobre o comportamento dos indicadores contratuais, a fim de possibilitar intervenções. Além desses indicadores, as CAP monitoram também os indicadores elencados como prioritários pela Casa Civil, pela SUBPAV e pela própria CAP, considerando seu diagnóstico local. Muitos desses indicadores eram acompanhados por meio de planilhas

em Excel e algumas CAP desenvolveram painéis de indicadores para que as equipes pudessem acompanhar os resultados dos indicadores não contemplados nos PEP.

A Coordenação de Gestão Administrativa (CGA) se encarrega do controle administrativo dos contratos, através do Painel OSINFO. Esse acompanhamento é diário, considerando o volume de transações, visando a regularidade da aplicação dos recursos pelas OS. Fica a cargo da CGA avaliar a completude e coerência das informações inseridas no painel pelas OS, observando a alocação das despesas nas rubricas corretas previstas nos cronogramas de desembolso dos contratos.

A análise cotidiana das informações apresentadas pelas OS, possibilita que as equipes das CGA realizem questionamentos e recomendações sistemáticas, via e-mail às OS, reduzindo assim o número de questionamentos apresentados em ata da reunião da CTA.

Faz-se importante destacar a especificidade da AP 3.1 no que se refere a atuação da equipe da CAP no controle interno. Por essa área ser a única a possuir dois contratos de gestão firmados com OS diferentes, o fluxo de trabalho dessa equipe torna-se mais intenso, principalmente pelo fato de que no contrato de gestão com a OS FIOTEC estão previstos, além da operacionalização da Atenção Primária do subsistema Manguinhos, os projetos e subprojetos desenvolvidos em parceria com a ENSP/FIOCRUZ, como por exemplo o Programa de Residência em Saúde da Família, que atende todo o MRJ.

Os coordenadores entrevistados destacaram que o controle interno das CAP visava avaliar, principalmente, os meios utilizados pelas OS e equipes de saúde no alcance dos resultados. Há também o entendimento por um dos coordenadores de que o papel da CAP deve-se ater ao resultado alcançado pela OS, uma vez que a OS selecionada para a operacionalização dos serviços, comprovou sua competência técnica no certame licitatório e as regras contratuais norteiam os meios.

### **Controle interno - Reunião Pré-CTA**

Apesar de inexistente nos contratos de gestão e de não haver formalização dessa instância, foi um achado da pesquisa, a identificação de uma reunião entre OS e CAP, prévia à realização da reunião da CTA. Denominada de reunião pré-CTA, todas as CAP informaram realizá-la, com o intuito de elucidar dúvidas da CAP antes da reunião da Comissão Técnica de Avaliação. Esta prática é difundida no Município, sendo realizada para controlar todos os contratos de gestão analisados neste estudo.

Geralmente discutem-se questões mais relacionadas aos indicadores contratuais. Nesse momento, eram discutidas, entre CAP e OS, as justificativas para os resultados alcançados.

Como exemplo, foi citada em uma entrevista, pactuação realizada entre a CAP 3.1 e a OS Viva Rio em uma reunião pré-CTA. Em determinado período da vigência contratual, a AP 3.1 possuía no contrato de gestão, 26 UBS, todas elas com farmácia, no entanto, por questões orçamentárias, a CAP orientou que a OS Viva Rio contratasse apenas 16 farmacêuticos. O indicador 05 da Variável I – Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados, era calculado a partir da seguinte fórmula:

Nº de unidades que o fornecimento registrado pelo prontuário x 100.

Nº total de unidades na área

Como havia obrigatoriedade da presença do profissional farmacêutico para que a dispensação de medicamentos controlados ocorresse e havia manifestação formal da CAP para que não houvesse mais contratações, a OS não alcançava a meta de 100% de unidades dispensando medicamentos de alto controle.

Essa pauta foi discutida em reunião, quando pactuaram, CAP e OS, que a partir daquela data somente seriam consideradas no denominador do indicador, as unidades que possuíam farmacêuticos.

Mesmo sendo discutidas em menor escala, as questões administrativas também eram vistas nessa reunião. Discutia-se sobre alocação de despesas conforme as rubricas do cronograma de desembolso, despesas realizadas e não previstas, estornos financeiros, completude das equipes, qualidade dos serviços prestados pelas empresas terceirizadas, entre outras pautas.

As reuniões pré-CTA costumavam ocorrer duas semanas antes da reunião da CTA. Pelo tempo exíguo, geralmente o terceiro mês do trimestre era pouco discutido, considerando que as OS prestavam contas até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente, que coincidia com a realização dessa agenda. Não havia formalização com registro e publicização dos termos avaliados e pactuados.

Essas reuniões possibilitavam o esclarecimento e o amadurecimento das razões e a apresentação de justificativas sobre o não atendimento ou sobre o atendimento parcial de algumas metas contratualizadas e de despesas executadas, o que conferia mais elementos para discussão e agilizava a operacionalização da reunião da CTA. Vale observar que, aos funcionários das CAP, membros da CTA, interessa melhor compreender as justificativas, para discuti-las com os demais componentes das Comissões, uma vez que

as justificativas não acatadas pela CTA poderão ser revertidas em glosas e como consequência, um montante menor de recursos será deliberado para o desenvolvimento das atividades das unidades de sua área.

### **Controle Interno - Nível Central e CAP - Comissão Técnica de Avaliação (CTA)**

Além desse controle mais próximo realizado pelas CAP, há previsão nos contratos de gestão, de avaliação das atividades e resultados obtidos pelas Organizações Sociais, por meio das CTA.

A cláusula quarta dos contratos de gestão trata sobre as atribuições da CTA, que consiste numa comissão nomeada pelo secretário municipal de saúde. A composição da CTA se dava por servidores municipais, não remunerados para esse fim e geralmente possuía nove membros (sendo seis titulares e três suplentes), entre funcionários do Nível Central da SMS e das CAP. Havendo uma CTA por AP.

Essa comissão reúne-se trimestralmente para analisar a prestação de contas da OS e extraordinariamente quando seus membros julgam necessário. Ao final de cada reunião é elaborado um relatório em duas vias, cujas cópias deveriam ser encaminhadas ao secretário municipal de saúde e à OS. O referido relatório continha recomendações e pedidos de esclarecimento que deveriam ser respondidos pela OS dentro do prazo estipulado no mesmo. Ao serem identificadas irregularidades, a CTA pode propor ao secretário a aplicação de penalidades e deve encaminhar cópia do relatório ao Tribunal de Contas do Município (TCM), à Procuradoria Geral do Município (PGM) e ao Ministério Público (MP).

A CTA era a responsável por deliberar o montante de recursos a ser repassado à OS. Os cronogramas de desembolso dos Contratos de Gestão previam que os repasses financeiros para sua execução, estavam submetidos a duas lógicas distintas. Uma parte do recurso denominada de Parte Fixa (a maior parte) seria repassada mensalmente independente de cumprimento de metas. Outra parte, denominada de Variável, repassada mediante o cumprimento de metas pré acordadas constantes no CG. A parte variável de recursos era a base do sistema de incentivos, destinado às OS. Assim estes recursos seriam repassados trimestralmente mediante a avaliação da CTA do cumprimento das metas específicas de cada agente: OS, UBS e equipe.

A Parte Variável 1 – incentivo institucional à gestão do TEIAS, referia-se a indicadores que visavam induzir boas práticas de gestão às OS. O Coordenador 5, em sua entrevista, destacou que esse pagamento estimulava a OS a ajustar seus processos em busca de resultados positivos.

A Parte Variável 2 – incentivo à qualificação das unidades de saúde, referia-se ao pagamento por performance em favor das UBS, mediante o alcance das metas. Os contratos de gestão destacam que no primeiro ano as metas eram definidas pela SMS e nos anos seguintes, a pactuação das metas deveria ser entre as CAP e Equipes de Saúde da Família (EqSF), com assinatura de um contrato de gestão entre as partes. O sistema de incentivo previa que a unidade receberia R\$ 3.000,00 por equipe, associado ao alcance da meta de cada indicador. No entanto, para o repasse do recurso à UBS, era necessário que todas as EqSF alcançassem a meta, caso uma delas não alcançasse, nenhuma delas recebia;

A Parte Variável 3 – incentivo institucional à gestão da clínica, referia-se ao pagamento por performance para os profissionais das EqSF e Equipes de Saúde Bucal (EqSB). O cálculo para o pagamento desse incentivo era realizado por meio de Unidades Contábeis (UC), sendo consideradas no máximo 300 UC por trimestre (periodicidade da avaliação desses indicadores), equivalente a 10% dos salários base do trimestre. Numa mesma equipe, todos os profissionais alcançavam o mesmo número de UC, todavia, havia diferença entre os valores recebidos, uma vez que o pagamento correspondia ao salário base de cada categoria profissional.

Os representantes da OS SPDM ressaltaram o quão positivo é o sistema de incentivo utilizado pela PCRJ, uma vez que independentemente do resultado da avaliação de desempenho, os valores referentes à Parte Fixa do cronograma de desembolso estão garantidos e, em caso de bons resultados, eram repassadas as Partes Variáveis. Nos demais municípios e estados onde a SPDM possui contratos firmados, não há Parte Fixa, sendo assim, em caso de não atingimento das metas contratuais, são realizados descontos nos valores de repasse, o que pode prejudicar a operacionalização de suas ações.

Ainda considerando o sistema de incentivos, os contratos de gestão preveem que a CTA pode recomendar a aplicação de um conjunto de sanções (punição) em caso de inobservância das regras contratuais, pelas OS, dentre elas: advertência; multa moratória; multa de 20%; suspensão temporária de participar de licitações e contratar com o

Município por até dois anos; declaração de idoneidade para licitar e/ou contratar com a Administração Pública; e perda de qualificação como OS no MRJ.

Todos os entrevistados demonstraram conhecimento sobre as penalidades contratuais e sua aplicação. A decisão pela aplicação, bem como o julgamento da proporcionalidade da sanção são atos do Secretário Municipal de Saúde que, após deliberar, encaminha a decisão para publicação no Diário Oficial do Município. À OS penalizada é garantido o direito ao contraditório e à ampla defesa, através de interposição de recurso ao Secretário, no prazo de cinco dias úteis, a contar da data da publicação.

Durante o período considerado no estudo, algumas OS foram penalizadas, como por exemplo a FIOTEC e a FIBRA. Sobre a sanção da OS FIOTEC, um dos entrevistados recordou-se que a motivação para aplicação da sanção foi a ausência de documentos fiscais na Prestação de Contas.

No tocante à OS FIBRA, durante a execução do contrato foram aplicadas advertências por problemas administrativos, o que levou à solicitação de parecer à Procuradoria Geral do Município (PGM) e, em seguida, requisição de abertura de processo pela COQUALI, o que mais tarde levou ao deferimento da desqualificação dessa OS.

O representante do Nível Central da SMS ressaltou que durante a sua gestão, três instituições foram desqualificadas (FIBRA, SIAP e Global). Segundo o entrevistado, no início da contratualização, havia poucas OS interessadas em participar dos certames licitatórios e, apesar dessas instituições terem vencido os certames, as mesmas não atendiam a critérios mínimos estabelecidos pela PCRJ.

### **O Controle Externo**

O controle externo dos contratos de gestão era realizado prioritariamente pelos seguintes órgãos/instâncias: Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselhos Distritais de Saúde (CODS), Ministério Público (MP), Tribunal de Contas do Município (TCM), Controladoria Geral do Município (CGM) e Câmara dos Vereadores.

De acordo com as entrevistas, a atuação do CODS no que se refere ao controle externo se dava a partir de visitas às unidades e questionamentos apresentados às CAP e gerentes de unidades mensalmente. Além disso, havia análise pelo CMS, dos relatórios de gestão anuais elaborados pelas CAP. Os contratos de gestão são um dos itens que

compunham esses relatórios.

O TCM se encarregava de analisar a parte financeira/orçamentária da SMS, incluindo a aplicação dos recursos repassados às OS, a partir da publicação anual de seus balanços patrimoniais e/ou em resposta à provocação de outros órgãos/instâncias, como por exemplo, a CTA.

Ficava a cargo da CGM o acompanhamento dos processos financeiros/orçamentários, operacionais e patrimoniais da Prefeitura, visando o controle interno e a prevenção da corrupção, o que abrangia os contratos de gestão.

Além disso, o TCM e a CGM realizavam visitas às unidades de saúde, o que era positivo, conforme relatou o Coordenador 04:

Iam avaliar uma unidade, e falavam "olha, essa unidade está com o teto caído", e aí a gente tem que consertar o teto, não é porque a CGM tá falando, o que aconteceu foi uma auditoria que inclusive nos muniu. A gente eventualmente não teve tempo ou estava difícil de fazer essa avaliação do acompanhamento dessa estrutura e a CGM e o TCM, TCM principalmente fazia essas, vai lá e fala "Em tal unidade tem unidade que tá com vazamento não sei aonde" e aí a gente fala "Tá, ok. Já faz parte do nosso trabalho, mas sim, vou consertar eu sei que é um problema." (Coordenador 04)

A Câmara dos Vereadores, por meio de comissão permanente específica, analisa quadrimestralmente a produção assistencial das unidades de saúde. Quando há indícios de malversação dos recursos vinculados aos contratos, essa comissão representa denúncia ao MP.

Considerando o MP como parte e fiscal da lei, ele atua no controle dos contratos de gestão a partir do recebimento de denúncias de atos de improbidade e problemas na assistência, ou até mesmo, de forma espontânea, por meio de apresentação de pedidos de esclarecimento e/ou visitas às UBS.

O controle externo realizado por esses órgãos focava, principalmente, no que diz respeito às questões financeiras/orçamentárias, a partir dos meios utilizados pelas OS para a utilização da verba pública. Os coordenadores gerais ressaltaram que os questionamentos advindos do controle externo geralmente tratavam sobre valores orçados, repassados e executados pelas organizações.

#### 5.4 Processo de decisão – pactuação e participação

Ao considerarmos o conceito de governança utilizado por Marques (2013), onde o autor destaca a interligação dos atores estatais e não estatais, através de laços formais e informais, faz-se necessária a compreensão do processo decisório relacionado à atuação de cada um dos atores institucionais da governança na contratualização da Estratégia de Saúde da Família no MRJ. Ademais, Diniz (1997) ressalta que a governança “implica expandir e aperfeiçoar os meios de interlocução e de administração do jogo de interesses” da dimensão participativa da sociedade.

Nesta seção o processo decisório será descrito destacando-se as semelhanças e diferenças entre as Áreas Programáticas (AP), a partir da análise das entrevistas. Pode-se afirmar que, guardadas as semelhanças, em cada AP a pactuação ocorria de forma diferenciada, muito relacionada à dinâmica de trabalho do Coordenador Geral de Saúde e da Organização Social (OS) que ali atuava. Além disso, serão descritos os meios de participação social e de funcionários no processo decisório.

Como exemplos de **objetos de pactuação** foram citadas: a revisão de metas dos indicadores contratuais; a aplicação de recursos, o ajuste orçamentário; as admissões, transferências e demissões dos membros das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e a organização do processo de trabalho.

Segundo o Representante do Nível Central da SMS, a **revisão das metas** contratuais poderia ocorrer durante o certame licitatório, a partir do envio de pedido de revisão de metas no plano de trabalho elaborado pela OS vencedora, que seria analisado pela Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV).

Após a assinatura do contrato, o processo de revisão de indicadores e repactuação das metas contratuais era realizado a cada dois anos. O Coordenador 03 destacou que inicialmente não havia pactuação mas, ao longo do tempo, os indicadores foram revistos por se tornarem obsoletos, o que foi percebido por ele como um aperfeiçoamento desses indicadores, que anteriormente eram mais quantitativos e, ao longo do tempo, se tornaram mais qualitativos.

O Coordenador 05 informou que a SUBPAV reunia os Coordenadores das CAP para analisarem o comportamento dos indicadores e proporem novas metas e/ou novos indicadores. Nesse momento, eram consideradas as sugestões de alterações das fontes ou

fórmulas de cálculo emitidos pelas OS no decorrer da vigência contratual. Ao final, eram elaborados termos aditivos que previam os novos indicadores e metas aos contratos de gestão.

De acordo com as entrevistas, para a utilização dos recursos da variável 1, as OS deveriam submeter à aprovação das respectivas CAP, um plano de aplicação que, obrigatoriamente, deveria prever atividades vinculadas ao objeto contratual, o que garantia que as CAP pudessem opinar e acompanhar a matéria. Como a elaboração dos planos de aplicação era de responsabilidade das OS, as ações propostas geralmente atendiam aos interesses dessas instituições. Como exemplos extraídos de algumas entrevistas, destaca-se a construção de uma sala de treinamentos para os profissionais da SPDM e os projetos sociais desenvolvidos nas unidades sob gestão do Viva Rio.

Os Coordenadores 03, 04 e 05 citaram ter havido pactuação das metas da Variável 2. Na AP referente ao Coordenador 03, o processo se dava a partir elaboração e apresentação da proposta pelas EqSF para os gerentes das unidades que, por sua vez, apresentavam para a CAP e OS e nesse momento as novas metas eram estabelecidas e os contratos assinados. Em outra área, referente ao Coordenador 04, as metas eram redefinidas pela CAP, que em seguida agendava uma reunião com a OS e os gerentes, onde as novas metas eram apresentadas e os gerentes assinavam o novo contrato. Já na AP referente ao Coordenador 05, a contratualização não se concretizou por divergência entre propostas, quando as equipes propuseram metas mais factíveis de alcance e a CAP esperava metas mais audaciosas. O processo de pactuação de metas não foi citado pelos Coordenadores 01 e 02. Essas diferenças no processo de redefinição das metas sugerem que, com exceção da AP do Coordenador 03, a regra contratual não foi seguida, impossibilitando assim a participação dos profissionais.

Apesar das críticas, os entrevistados destacaram o pagamento por performance da Variável 3 como positivo, pelo menos no início de sua utilização, pois ele incentivava os profissionais. Como vantagens desse modelo foi destacada a necessidade do trabalho coletivo dos membros das equipes, visto que, para o alcance das UC, cada um deles possuía um papel fundamental no preenchimento de um ou mais itens considerados para o alcance dos resultados. Além disso, como os dados referentes aos indicadores eram calculados exclusivamente a partir do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), as equipes gradativamente substituíram os registros em prontuários de papel, pelo PEP. As

desvantagens citadas estavam relacionadas ao conjunto de indicadores, uma vez que, para esta Variável, existiam grupos de ações com metas mais factíveis e outros com metas mais ousadas.

Outra desvantagem citada pelos entrevistados, foi a certa autonomia que as equipes possuíam para escolher, no conjunto de indicadores, quais seriam priorizados para sua avaliação e conseqüente repasse do recurso/incentivo. As equipes escolhiam os indicadores mais fáceis de serem alcançados. Além disso, foi percebido por muitos dos entrevistados, que alguns profissionais utilizavam esse sistema de incentivo apenas como forma de ganho financeiro, a despeito de seu propósito, que era qualificar a gestão clínica.

Outro problema apontado, refere-se ao indicador referente à inserção dos programas de residência nas EqSF, pois as equipes que possuíam residentes, além de terem sua força de trabalho incrementada, pontuavam automaticamente, o que poderia desmotivar as demais equipes sem residência.

Como forma de estimular que todos os indicadores fossem tratados com a mesma importância pelas EqSF, a SMS poderia ter estruturado a avaliação, associando o alcance das 300 UC, necessariamente ao alcance de todos os indicadores. Além disso, poderia ter revisado de forma mais regular esses indicadores que eram fruto de avaliação e proposto formas de incentivo alternativas ao pagamento por performance.

Khon (1995) afirma que o pagamento por performance é baseado em motivação extrínseca, portanto, não gera comportamentos duradouros e sim, mudanças de comportamento temporárias, a partir da manipulação dos incentivados, o que converge com a opinião dos entrevistados. Para uma mudança efetiva, o autor destaca que deve haver motivação intrínseca e essa, quando existente, pode ser prejudicada pelo estabelecimento de metas inalcançáveis.

Como oportunidade de melhoria de todo o sistema de incentivo, os representantes da OS 02 destacou a necessidade da participação dos três atores institucionais da governança na repactuação das metas, uma vez que os diferentes atores possuem olhares complementares, que podem contribuir com a discussão, a partir do conhecimento das especificidades de cada território. Considerando que o MRJ possui uma grande dimensão territorial e que as AP possuem Índice de Desenvolvimento Social (IDS) diferentes, a pactuação de indicadores por território pode se mostrar mais ajustada às especificidades de cada área.

A **aplicação de recursos** foi citada pelo Coordenador 03 como importante objeto de pactuação entre CAP e OS e tinha a função de conciliar o que “estava no papel, com o

mundo real”. Destacou, ainda, as reuniões entre esses atores em casos de atraso no repasse financeiro, o que exigia um maior planejamento, com vistas a minimizar impactos assistenciais como a interrupção de serviços de empresas terceirizadas e desabastecimento de insumos. Os demais entrevistados somente citaram a pactuação sobre a aplicação de recursos provenientes do incentivo das Variáveis 1 e 2.

Somente a OS 04 informou que entre os anos 2014 e 2016, ocorreram reuniões envolvendo a SMS (Nível Central e CAP) e a OS para **ajuste orçamentário** do contrato de gestão que, até então, se mostrava superavitário. O montante de recursos a ser suprimido era informado pela SMS e cabia à OS apresentar uma proposta de ajuste, considerando as rubricas do cronograma de desembolso. Esses ajustes contratuais, eram formalizados por meio de Termos Aditivos que previam a supressão de recursos.

No tocante à tomada de decisão cotidiana relacionada à ESF, como admissões, transferências e demissões dos profissionais, notam-se diferenças entre as AP. As **admissões** parecem ocorrer de forma mais homogênea. Por haver previsão contratual de realização de processo seletivo (cláusula segunda, inciso XVII), ficavam mais a cargo das OS em todas as AP, exceto para o cargo de gerente, onde as CAP faziam questão de conduzir, por entenderem que era um cargo de confiança.

É importante destacar que o gerente, assim como os demais cargos da ESF, é empregado com vínculo celetista firmado com as OS. Pela sua atuação estratégica, nota-se uma certa disputa entre CAP e OS pela coordenação desse profissional, ao ponto do seguinte relato da OS 02: “Até para reunir os gerentes tem que ter aval da CAP”. A fala a seguir, exemplifica essa disputa:

[...] falta uma certa autonomia para a OS definir o gerenciamento das unidades [...] predomina muito o poder da CAP nessas definições e, particularmente, nós tivemos muitas dessas atuações, dificuldades com gerências e a CAP não enxergava no mesmo ponto. (OS 02)

Apesar das interferências realizadas pelas CAP e OS, para o Representante da SMS, o Programa Saúde Presente em sua concepção, previa que os gerentes deveriam ser autônomos e responsáveis pelo funcionamento das unidades. Essa autonomia fazia parte de uma estratégia de gestão da SMS, que visou descentralizar o processo decisório para

mais próximo da assistência, o que para ele era parte fundamental do modelo de governança.

Isso fica evidenciado em todas as entrevistas, onde foi destacada a atuação do gerente de unidade na proposição das **movimentações e/ou demissões** de pessoal. Esse processo era iniciado pelo gerente, por meio da elaboração de um relatório técnico, que descrevia os motivos da solicitação de movimentação/demissão e as avaliações e eventuais sanções disciplinares aplicadas deveriam ser juntadas ao documento e encaminhadas à OS.

O Coordenador 02 destacou que outros atores políticos poderiam interferir nas movimentações e demissões, nesse sentido, reforçou a importância de que os relatórios técnicos fossem bem embasados, para que, em havendo interferência, as justificativas técnicas fossem apresentadas, o que segundo ele, sensibilizava esses atores.

“quando eu falo da dimensão política, [...] falo de reconhecer que esse é um elemento que pode produzir um determinado tipo de interferência [...] que pode atropelar qualquer tipo de movimentação [...] mas uma coisa que todos esses atores são sensíveis é o aspecto técnico.” (Coordenador 02)

Foi possível perceber que a participação das CAP nesse processo está permeada pelo entendimento/interesse/importância que o Coordenador dá ao tema. Identificou-se desde aqueles Coordenadores que exigiam que todas as solicitações de movimentação e/ou demissão passassem pela sua aprovação (Coordenadores 01, 03 e 05), até aqueles Coordenadores que relataram terem participado apenas nos casos mais delicados (Coordenadores 02 e 04).

Apesar da **organização do processo de trabalho** estar diretamente relacionada à governança, apenas o Coordenador 04 a citou como objeto de pactuação entre CAP e OS. Como exemplos, foram citados: o horário de funcionamento das unidades, considerando as particularidades do território (violência e influência política local) e a divisão das equipes de supervisão da CAP e da OS em dias de campanha de vacinação e de demais eventos que ocorriam nas unidades da AP.

Uma outra instância que discutia a organização do processo de trabalho era o “Colegiado SUBPAV”, conforme destacou o Coordenador 05. Para ele, esse fórum era uma importante instância de pactuação entre o Nível Central da SMS e as CAP. Esse

encontro ocorria quinzenalmente e contava com a presença da Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde e dos dez Coordenadores Gerais de Saúde, onde eram discutidos aspectos dos contratos de gestão, apresentadas as demandas do Nível Central da SMS e discutidas as formas de aplicação nas rotinas do processo de trabalho das áreas. Além disso, bimestralmente, esse colegiado era ampliado e contava com a participação do Subsecretário de Atenção Hospitalar, Urgências e Emergências e dos Diretores das Maternidades Municipais, onde a pauta principal era a atenção ao pré-natal, parto e puerpério, com vistas a qualificar a integração da rede. Normalmente, as OS não participavam dessa agenda.

Além da pactuação entre CAP e OS e SMS e CAP, citada acima, também foi mencionada a criação de espaços informais, somente entre os coordenadores de AP que possuíam contratos com a mesma OS, no intuito de discutirem sobre dificuldades enfrentadas na operacionalização cotidiana dos contratos e pactuarem seus posicionamentos em relação às solicitações da OS em comum.

Os entrevistados informaram que, geralmente, as demandas cotidianas eram pactuadas entre o Coordenador Geral de Saúde e o Gestor/Coordenador da OS, não havendo necessidade da participação do Nível Central da SMS. No entanto, o Coordenador 04 relatou que, em dada ocasião, foi necessário envolver o Secretário Municipal de Saúde, quando houve impasse entre ele e a OS, sobre a alocação de despesas com RH em rubricas do cronograma de desembolso.

O Coordenador 05 destacou que em poucas ocasiões houve impasse entre ele e os representantes mais operacionais da OS, quando foi necessário reunir-se com alguns membros do Conselho de Administração da OS.

Quanto à **participação social e de trabalhadores** no processo de contratualização, a partir das entrevistas e análise de documentos, foram extraídas as seguintes instâncias de participação da comunidade e dos profissionais de saúde: o Conselho Municipal de Saúde (CMS), os Conselhos Distritais (CODS), os Colegiados Gestores Locais (CGL) e as Ouvidorias.

Durante as entrevistas, apenas um Coordenador citou o Conselho Municipal de Saúde (CMS) como uma instância de participação social, considerando a análise que o CMS realiza sobre Relatórios de Gestão anuais produzido pelas CAP. Já os Conselhos Distritais de Saúde (CODS) aparentam ser mais valorizados que o CMS, tendo em vista

que foram citados por todos os Coordenadores e uma das OS. A maior valorização dos CODS, pode ser explicada por se tratar de instâncias de participação local, na qual os Coordenadores têm assento como conselheiros, além de serem previstos no organograma das CAP.

Os Coordenadores 03 e 05 destacaram a importância da participação dos gerentes das unidades nas reuniões dos CODS, onde são tratadas as pautas que envolvem o funcionamento das unidades das AP. Os gerentes deveriam selecionar as pautas mais relevantes discutidas nos CGL de suas unidades e discuti-las no CODS. Do ponto de vista regimental, os CODS, assim como o CMS, somente admitem servidores estatutários como conselheiros representantes dos funcionários, o que exclui a representação da maior parte da Força de Trabalho em Saúde da Atenção Primária do Rio de Janeiro.

Os Colegiados Gestores Locais (CGL) eram instâncias de participação social e de funcionários criadas nas unidades de saúde, com a finalidade de alinhar o funcionamento das unidades às expectativas das comunidades em relação ao. Os contratos de gestão, bem como a Carteira de Serviços (documento lançado em 2011 pela SMS, onde constavam os serviços ofertados nas unidades da APS) previam a manutenção desses espaços de participação social, nas unidades de saúde. Além disso, o sistema de incentivo previsto nos contratos de gestão, induzia a realização de reunião mensal.

Em regra, os CGL deveriam ser dirigidos pelos gerentes das unidades, compostos por 50% (cinquenta por cento) de usuários e 50% de funcionários e, idealmente, deveriam contar, na cota de funcionários, com a participação de pelo menos um membro de cada EqSF, com fala garantida a todos os participantes. Embora na carteira de serviço seja prevista, ao menos, uma reunião por ano, pelo sistema de incentivos, havia uma indução de reunião mensal. A definição sobre os membros e frequência de reuniões deveria ser fruto de pactuação entre a unidade e a comunidade.

Apesar de ser a opinião de apenas um entrevistado, faz-se importante destacar a resistência do CMS e dos CODS em relação aos CGL. Segundo o Coordenador 01, essas instâncias enxergavam nos CGL uma concorrência, além do esvaziamento do papel dos CODS, pois as pautas que seriam abordadas nas reuniões mensais dos CODS, muitas vezes eram tratadas nas próprias unidades, junto às comunidades.

Foi amplamente destacada pelos entrevistados, a dificuldade de adesão da comunidade em relação a esses espaços. O Coordenador 03 explicou que diversos fatores

impactavam na participação dos usuários, desde dia da semana e horário em que as reuniões eram realizadas, a oferta ou não de lanches durante as reuniões e o histórico da comunidade em relação à participação em movimentos de luta social. Além disso, o Coordenador 05 e as OS 03 e 05 citaram a dificuldade que os profissionais encontravam em manejar os conflitos eventualmente surgidos nesses espaços colegiados.

Como tentativa de mitigar as dificuldades apresentadas, algumas iniciativas foram citadas pelo Coordenador 05: permissão para que as reuniões dos CGL fossem realizadas independentemente do número de usuários presentes e treinamento dos gerentes para o desenvolvimento e manutenção desses espaços.

[...] a gente precisava estudar uma forma de mobilizar as pessoas para isso, eles não vão nem para reunião do síndico de condomínio, que é uma coisa que impacta a sua vida, você está lá todos os dias, eu acho bem complicado a gente conseguir, eu acredito, mas [...] a gente tem bastante dificuldade de conseguir essa. (Coordenador 05)

Outra dificuldade relatada em algumas entrevistas está relacionada à defesa de interesses individuais, em detrimento aos interesses coletivos, de algumas lideranças comunitárias que participavam dos CGL. Essa questão foi mais bem exemplificada durante a entrevista da OS 05:

A gente tem problemas com relação a isso, sendo bem sincero. Você sabe que infelizmente, cada um quer puxar brasa para a sua sardinha. [...] O que a gente tenta, na verdade é fomentar alguma ação que dê resposta a todos os pedidos, mas que de uma forma também atenda aos nossos problemas e as nossas ansiedades. Nossa isso é bem difícil sim, mas a gente tenta de certa forma articular e ter jogo de cintura para que essas ações sejam desenvolvidas dando resposta às necessidades que a população tem. (OS 05)

Pode-se perceber que o Nível Central da SMS, durante o período considerado na pesquisa, ao inserir a formação de Colegiados Gestores Locais como obrigação das OS e como meta contratual, além da sua previsão na carteira de serviços, fomentou a participação social. Em relação às CAP, as iniciativas de fomento à participação foram variadas. Alguns Coordenadores relataram pouca iniciativa da CAP nesses espaços e outros fomentavam a existência dos CGL, flexibilizando a composição dos mesmos e capacitando os gerentes.

Nas OS notou-se maior conhecimento sobre o funcionamento dos CGL. Uma das OS, por exemplo, possuía uma assessora de educação permanente que dedicava sua atuação exclusivamente na organização e acompanhamento desses colegiados. Já outra, utilizava-se da reunião colegiada já existente no território para os encontros com a comunidade. O representante da OS 02 não soube responder sobre a existência do CGL, mas acreditava não haver.

Em relação à Ouvidoria, apesar de não ser considerada uma instância de participação, mas sim, um canal de escuta, o 1746 (ouvidoria institucional da PCRJ) foi citado como principal meio para a manifestação do usuário por todos os entrevistados. As demandas podiam ser recebidas a partir de ligações telefônicas ou pela internet. Havia na SMS uma Ouvidoria Central que compartilhava as demandas com as CAP, que procedia a triagem e posterior encaminhamento para os gerentes das unidades, que deveriam responder dentro do prazo estipulado.

As OS 03 e 05 e o Coordenador 05, relataram que, a rigor, as OS não têm ciência sobre as manifestações registradas pelo 1746, somente são compartilhados com elas, as demandas mais graves, quando buscam responder de forma conjunta.

Mas o oficial é o 1746, que vai pra CAP e aí a CAP ela só me aciona, uma crítica inclusive que eu faço, ela só me adiciona quando o gerente passou o prazo de resposta, quando a resposta não foi a contento, como se eu viesse só para tentar intervir. Onde eu gostaria de participar do momento inclusive de geração da ouvidoria, que é um termômetro, quando eu aqui dentro trabalho também com avaliação de profissional, com feedback de profissional, de um milhão de clima organizacional, então acho que seja ouvidoria positiva ou uma crítica, uma reclamação, eu acho que é importante por que é uma ouvidoria de um processo de trabalho de uma clínica que a gente faz a gestão. (OS 03)

Quanto a participação dos funcionários, registra-se que todas as OS possuem Ouvidoria e relatam que principalmente esses canais são utilizados para elucidação de dúvidas sobre recursos humanos. Havia também casos relacionados a assédio moral, concessão de férias e dificuldades na relação interpessoal com outros funcionários.

As ouvidorias são importantes instrumentos de gestão quando bem utilizadas. A SMS poderia utilizá-las para acompanhamento da satisfação dos usuários e como forma de cobrar a resolução dos problemas pelas OS. Para as OS, ter ciência sobre as demandas do 1746, potente instrumento de gestão, seria fundamental na avaliação dos profissionais

por elas contratados, além de contribuir no acompanhamento dos serviços, servindo como sinalizador de problemas, bem como, poderiam utilizá-lo para o planejamento de suas atividades.

Outras iniciativas de participação de usuários e funcionários foram citadas, como: a pesquisa de satisfação dos totens (que consta como uma dos indicadores da variável 2 – Satisfação do Usuário), o Primary Care Assessment Tool (PCATool – instrumento que permite mensurar a satisfação dos usuários e a presença dos atributos da APS), a contratação de empresa terceirizada para avaliar a satisfação dos funcionários, sejam servidores estatutários ou celetistas e o seminário accountability, que se constituía apresentação anual dos resultados da unidade para a comunidade).

A manutenção de espaços de participação, seja de forma institucionalizada, como no CMS e nos CODS ou de forma mais difusa, como nos CGL e nas Ouvidorias, configura-se num grande desafio para os atores institucionais. Esses espaços podem conferir maior legitimidade à governança das instituições envolvidas, à medida que podem tornar a gestão mais transparente e democrática (MARTINS, 2014).

Marques (2013), alerta para o risco de a institucionalização da participação social poder levar à captura de grupos organizados, que defenderiam seus próprios interesses, concluindo, assim, que a participação nem sempre promoveria mais democracia.

Considerando que a governança se expressa na interação de aspectos formais e informais (Marques, 2013) apresenta-se um balanço entre as dimensões da governança presentes nas cláusulas dos contratos de gestão (laços formais) e na dinâmica da governança na prática (laços informais), relatada pelos entrevistados (quadro 6).

**Quadro 6.** Dimensões da governança, segundo as regras contratuais e percepção dos atores

<b>Governança</b>			
Dimensões	Cláusulas contratuais	Percepção dos atores	
Estruturas de comando e coordenação	Cláusula segunda – Obrigações e responsabilidades da contratada; item XXI.  Manter em seus quadros técnicos para a gestão, profissionais qualificados	Nível Central – Secretário Municipal de Saúde, Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde e Superintendente de Administração dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais  CAP – Coordenador Geral de Saúde e Coordenador de Gestão Administrativa, supervisão/apoio institucional compartilhado entre profissionais da DAPS e DVS  OS – Coordenador/gerente técnico ou gestor de contrato  Demais instâncias colegiadas	
Controle, prestação de contas e sistema de incentivos	Controle Interno	Cláusula quarta – Da avaliação;  Avaliação dos resultados obtidos na execução do contrato, por meio dos indicadores de desempenho e da economicidade no desenvolvimento das atividades contratualizadas é de responsabilidade da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)	CTA – reunião trimestral (Nível Central e CAP)  Pré-CTA – reunião trimestral (CAP e OS)  Nível Central – monitoramento contínuo pela SCGOS  CAP – monitoramento contínuo pela CGA  OS – setor de Controladoria/Controle Interno, Compliance e Prestação de Contas
	Controle Externo	Cláusula décima quinta – Disposições finais.  Após a celebração do contrato, o Município deve encaminhar cópias à Câmara Municipal dos Vereadores e ao Tribunal de Contas do Município	Câmara Municipal  Tribunal de Contas do Município  Controladoria Geral do Município  Ministério Público  Demais instâncias colegiadas

	Prestação de Contas	Cláusula décima – Da prestação de contas. A prestação de contas deve ser realizada por meio do Painel de Gestão de Parcerias com as Organizações Sociais (OSINFO)	Nível Central e CAP da SMS – envio anual de relatórios ao CMS CAP – participação nas reuniões dos CODs OS – envio mensal das informações pelo OSINFO UBS – realização anual do Seminário Accountability
	Sistema de incentivos	Anexo Técnico B – item B.3. Pagamento da parte variável. Dividida em três partes: parte variável 01, parte variável 02 e parte variável 03	O incentivo focaliza OS, UBS e EqSF. Inicialmente o pagamento por desempenho funcionou como incentivo Priorização das metas e indicadores mais factíveis de serem alcançados, em detrimento de outros, que poderiam expressar maior impacto na saúde da população
		Cláusula décima quarta - Das penalidades. Apresenta os procedimentos para aplicação de sanções em caso de inobservância das regras contratuais pelas OS	CTA – recomenda a sanção e o Secretário Municipal avalia a legitimidade da recomendação, bem como decide sobre sua proporcionalidade
Processo de decisão, pactuação e participação	Cláusula segunda – Obrigações e responsabilidades da contratada; item VIII. Fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular	Havia Colegiados Gestores Locais (CGL) em todas as AP. Em algumas delas, o fomento da CAP e/ou da OS se mostrou mais consistente. Além do CGL, o Conselho Municipal e o CODs foram citados como instâncias de participação	

Fonte: Elaboração própria, 2019.

## 5.5 Potencialidades e limites

Esta seção foi desenvolvida a partir das entrevistas. Aos entrevistados foram questionadas as possibilidades e limites do modelo compartilhado entre os três atores institucionais da governança, além de sua opinião sobre a atuação das Organizações Sociais no Sistema Único de Saúde. Inicialmente, serão apresentadas as potencialidades desse modelo de contratualização, seguidas pelos limites que essa relação impõe.

Considerando que a abrangência das perguntas não as localizou no período de corte da pesquisa, algumas falas podem ter sido motivadas pela mudança da gestão municipal e pela crise financeira enfrentada pela PCRJ durante os anos 2017 e 2018 (ano de realização das entrevistas, quando atrasos nos salários e déficits de estoque, marcaram o sistema de saúde carioca).

Foi ressaltado pelo Representante do Nível Central da SMS o apoio ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde, em especial no Rio de Janeiro, à medida que as OS possibilitaram a **ampliação da cobertura da ESF**. Além dele, todos os Coordenadores e as OS 03, 04 e 05 destacaram, também, que a contratualização com as OS foi fundamental para a expansão da Estratégia Saúde da Família no município.

Outra vantagem elencada foi a **flexibilidade e agilidade** que as OS conferiram aos processos de contratação de pessoal e aquisição de insumos, o que consideraram ser uma fragilidade da administração direta. No tocante à contratação de pessoal, para esses entrevistados, a Lei de Responsabilidade Fiscal foi um dos motivos para a contratualização com as OS, uma vez que, o gasto com Recursos Humanos no município já se aproximava de seu teto.

Os Coordenadores 02 e 03 destacaram que a expansão da cobertura da ESF seria também possível se realizada por outros modelos, alternativos à administração direta, desde que mais ágeis e menos burocráticos. O Coordenador 03 ponderou que “se fosse uma empresa pública, se fosse uma Fundação, talvez pudesse, eu não acho que isso é um mérito exclusivo da OS”.

O Coordenador 02 refletiu sobre a natureza da administração direta, que caracterizou como “lenta, burocrática e pouco ágil” e ressaltou:

[...] eu acredito que essa relação [com as OS] é muito boa na medida em que ela atualiza a necessidade de se fazer de novo essa discussão das possibilidades de resposta do Estado mais ágil [...] pensar se a agilidade dessa resposta é possível através das vias da administração direta, ou se ela é de fato inviável. (Coordenador 02)

O Representante do Nível Central da SMS considerou que o modelo de gestão compartilhado entre os três atores institucionais da governança no Município do Rio de Janeiro encontra-se em fase de amadurecimento e ressaltou a **participação social** nesse processo. Apesar de não detalhar de que forma a participação social atua no amadurecimento do modelo, pode-se inferir, a partir da análise das demais entrevistas, que a participação tem se dado no acompanhamento das políticas de saúde, por meio dos Colegiados Gestores Locais, dos Conselhos Distritais de Saúde e, mais esporadicamente, no Conselho Municipal de Saúde.

Os entrevistados apontaram alguns **limites da contratualização**: insegurança dos trabalhadores, qualificação insuficiente dos profissionais, indefinição das funções e responsabilidades, autonomia constrangida da OS, desconhecimento da sociedade, mudanças de governo e alta rotatividade nos cargos de gestão da contratante, desconhecimento sobre a política/diretriz governamental e irregularidade nos repasses financeiros.

Destacou-se como limite, em especial para o Coordenador 02 a contratação por meio da CLT. Por um lado, apesar de não ser uma relação de trabalho precária, por outro, ela promove algum tipo de **insegurança nos trabalhadores**, que ficam à mercê das OS e até da própria CAP. Além disso, ressaltou-se que em unidades Tipo B, havia convivência entre servidores estatutários e funcionários das OS, o que promovia inúmeros conflitos entre os profissionais, que possuíam escopo de trabalho, carga horária e salários diferentes.

**A qualificação insuficiente dos profissionais**, membros das Comissões Técnicas de Avaliação foi um dos limites citados pelos entrevistados. Apesar de o Representante do Nível Central da SMS afirmar que os contratos de gestão com as OS são os “mais fiscalizados pela administração pública”, todos os Coordenadores (presidentes das CTA) e OS entrevistados destacaram a importância de se investir na qualificação dos membros das CTA, com vistas ao aperfeiçoamento do acompanhamento dos contratos.

[...] eu tinha que ter sido melhor preparado pra trabalhar com isso. Porque, teve uma hora que eu tive que aprender a ser contador, eu tive que me virar. Mas essa era a saída que a gente tinha pra fazer. (Coordenador 01)

A fala acima denota que o Coordenador e presidente da CTA não se sentia capacitado para assumir a função de fiscal do contrato de gestão e sugere que não houve investimento por parte da SMS para que a nova função fosse adotada.

Britto (2016) destacou em sua pesquisa que a rotina dos Coordenadores de CAP, anteriormente à contratualização com as OS, estava relacionada ao controle quantitativo de procedimentos assistenciais e não aos resultados, portanto, se fazia necessária a qualificação destes, para o acompanhamento dos resultados e das atividades contratualizadas. Além dos Coordenadores, a autora ressaltou que os demais membros das CTA também careciam de capacitação, uma vez que identificou uma baixa padronização dos relatórios, foco nos aspectos financeiros e gerenciais (processos) em detrimento aos assistenciais (resultados) e pareceres inconclusos emitidos por essas comissões.

Ainda foi destacada a qualificação inadequada das equipes assistenciais que, por vezes, está aquém da necessidade das unidades. O Coordenador 04 considerou que na administração direta, a contratação de pessoal é realizada por meio de concursos públicos, com aplicação de provas, o que tenderia a selecionar profissionais mais bem qualificados. No caso das OS, os contratos de gestão obrigam a realização de processo seletivo público, todavia, não há obrigatoriedade na realização de provas, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde, além disso, a dificuldade de provimento de profissionais para as vagas ociosas, principalmente médicos, por vezes, reduzia a exigência das OS, que acabavam por contratar profissionais pouco qualificados.

Para minimizar o problema, em 2016 a SMS sancionou as Resoluções SMS N° 2.964/16 e 3.106/16, que impuseram critérios para a contratação de profissionais para os cargos de Gerente, Odontólogo e Enfermeiro. Dentre os critérios estava a obrigatoriedade de formação (Lato ou Stricto Sensu) nos campos da Saúde da Família, Saúde Pública ou Saúde Coletiva, todavia, o mesmo não foi aplicado para os médicos.

Outro problema identificado foi uma certa **indefinição das funções e responsabilidades** de cada ator institucional da governança, principalmente entre CAP e OS.

O Representante do Nível Central da SMS, considerou o Coordenador Geral de Saúde como o principal ator da governança, situando a CAP como instância central na relação contratual. Entretanto, a análise dos documentos evidencia que a CAP é pouco

mencionada nos contratos de gestão e seus anexos. As cláusulas contratuais que citam a CAP, se restringem à sua participação em processos como: garantia de inserção dos recursos destinados à operacionalização do contrato no plano de trabalho (sem explicações sobre o que trata e a quem interessa esse plano), assento na CTA, possibilidade de solicitação de memória de cálculo dos indicadores à OS, entre outras.

Nesse sentido, a definição de responsabilidades dos três atores institucionais da governança poderia ser mais bem caracterizada nos contratos de gestão, a fim de evitar a duplicidade de ações e mitigar possíveis conflitos.

Essa indefinição de papéis pode causar reflexos na assistência, uma vez que, o gerente é o responsável pelo funcionamento da unidade e organização das EqSF. Como citado na seção anterior, em função da disputa que ocorre entre CAP e OS na coordenação dos gerentes, não é incomum ocorrerem orientações conflitantes.

As CAP e OS reconhecem que cabe à SMS a definição dos protocolos técnico-assistenciais, entretanto, discordam quanto a quem cabe realizar a gestão técnico-assistencial. Para as CAP, essa função deve ser realizada pela própria CAP e para as OS, cabe a elas, tendo em vista que são responsáveis pela contratação das equipes e que, pela normatização contratual, a gestão e operacionalização da APS é de sua responsabilidade. Ademais, cabe destacar que no conjunto de indicadores utilizados para avaliar o desempenho das OS, a maior parte deles aborda aspectos técnicos-assistenciais (cobertura vacinal, assistência pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, entre outros).

A interferência da CAP é considerada neste sentido como aspecto limitante. Na prática, o que se percebe é uma relação de subordinação, evidenciada nas entrevistas, como na do Coordenador 03, que descreveu a OS como “um braço operacional” da SMS.

Essa percepção, acaba por reduzir a autonomia dessas instituições, ao criar uma relação tutelar<sup>8</sup>, que enxerga as OS como subordinadas, o que segundo Martins (2002), é uma má condição para a relação contratual pois a contratualização deve ser baseada na parceria, com vistas à geração de valor público sustentável (MARTINS, 2014). Ademais, a relação tutelar pode se configurar como um limitador para a implementação das ações previstas em contrato e para possíveis inovações, a partir de experiências acumuladas pelas OS na operacionalização de outros contratos de gestão (COSTA e SILVA, 2016). Nesse sentido a OS 02 destacou:

---

<sup>8</sup> Relação tutelar é quando a supervisão segue um padrão de subordinação baseado na atribuição de ações específicas e demandas paralelas ao pactuado.

[...] é claro que a política é do município, é da Secretaria de Saúde do município, mas a gestão ela deveria ser compartilhada, e às vezes ela não é compartilhada, entende? [...] muitas vezes ela se coloca [a OS], tem muito para contribuir, mas não consegue contribuir, pois o gestor [a SMS] quer só que você contrate mão de obra, e isso é uma coisa bastante complicada. (OS 02)

Manica (2010) argumenta que os contratos de gestão, pelo seu caráter bilateral e comutativo, são contratos de parceria, não apenas de prestação de serviço e que na contratualização com as OS há delegação de serviço público e a cogestão deveria ser a base para o desenvolvimento do trabalho.

Martins (2002), destaca que em uma boa condição de contratualização, a relação entre os atores deve ser baseada na cobrança dos resultados dos indicadores contratuais, conferindo à contratada, maior flexibilidade na utilização de seus próprios mecanismos de gestão. À contratada, cabe utilizar essa flexibilidade em favor do objeto contratado, garantindo melhorias aos processos.

Cabe assinalar que de fato há uma tensão nessa relação entre contratante e contratado, a qual será maior ou menor na dependência do amadurecimento do processo de negociação e pactuação e no desenvolvimento de relação de confiança e cooperação efetiva entre os atores envolvidos.

Assim, associada à indefinição de papéis, alguns entrevistados identificam como limite, uma **autonomia constrangida** das OS, no que tange, em especial, a coordenação assistencial e, em menor proporção, a contratação de pessoal e serviços e aquisição de insumos e equipamentos.

O **desconhecimento da sociedade**, dos profissionais de saúde e dos órgãos de controle sobre as OS é visto como um limitador da sua atuação. A OS 04 destaca que o desconhecimento atinge também o meio acadêmico. O Coordenador 04 percebe que as críticas são motivadas pelo estereótipo de que o modelo é uma “oportunidade de corrupção e de desvio de recursos”. Ressalta ainda a seguinte fala:

[...] “não sei quantos milhões do governo está nas mãos das OS”, isso é muito comum a gente ouvir. É óbvio que tem que estar nas mãos das OS, elas que vão executar. [...] é como dizer “a picareta está nas mãos do pedreiro”. É óbvio que tem que estar nas mãos do pedreiro. (Coordenador 04)

A OS 04 afirma que no início, muitos profissionais têm uma visão negativa sobre as Organizações Sociais, mas que com o passar do tempo, após serem admitidos por “OS sérias”, essa percepção tende a mudar. Ressalta ainda que muitas OS que atuam na APS do Rio de Janeiro, possuem em seus quadros, profissionais qualificados, com formação nas melhores escolas de Saúde Coletiva.

A mudança de percepção sobre as OS também surgiu durante a entrevista do Coordenador 05:

eu fui amadurecendo isso ao longo do tempo, porque no início eu não concordava, eu achava que não tinha que ser pela OS, mas depois eu fui acompanhando, fui aprendendo a trabalhar com a OS, e acho que estabeleci uma boa relação com eles. (Coordenador 05)

Para o enfrentamento do desconhecimento por parte da sociedade, o Coordenador 04 e as OS 04 e 05 propuseram investimento, por parte da SMS, na divulgação do modelo pelos meios de comunicação.

Os limites a seguir apresentados, estão associados ao período mais recente, iniciado a partir de 2017, com o novo governo municipal. Optou-se por apresentá-los, apesar de não estarem relacionados ao período considerado neste estudo, por terem interferência direta na governança da APS.

**A rotatividade de pessoal em cargos estratégicos da SMS no Nível Central e nas CAP** foi identificada como limite da contratualização pela OS 02. Destacou-se a dificuldade em se planejar atividades, visto que os atores fundamentais ao processo decisório mudam com frequência.

[...] tudo muda na secretaria, o próprio secretário, a Superintendência, o tempo todo. E aí o que um escreveu a um mês atrás cai, e aí há um ofício que se sobrepõe. [...] quem tem que explicar para Funcionário é a gente, então isso é uma limitação. [...] Nada é engessado, minimamente de quatro em quatro anos vai mudar tudo, ou não, caso haja reeleição, mas é uma tendência. Mas se você perguntar uma limitação eu diria: essa instabilidade. Quando a gente começa entrar no *modus operandi* do processo de trabalho, muda tudo. (OS 03)

[...] às vezes em algumas CAP, você acaba tendo uma mudança mesmo dentro de uma mesma gestão, mudança de gestores locais, e que dá uma alteração nos processos que vinham sendo desenvolvidos, [...] às vezes muda o governo e a gente continua. [...] quando o governo entra, muda-se tudo, então esquece todo

o histórico, uma memória que é importantíssima para que as coisas funcionem, e às vezes para retomar isso leva tempo, dois ou três anos. (OS 02)

A OS 02 destaca que as Organizações Sociais poderiam conferir certa estabilidade ao sistema, pela sua permanência em momentos de transição de governo, contribuindo com o acúmulo das experiências vivenciadas nos territórios em que atuam.

Outro problema enunciado foi o **desconhecimento sobre os rumos da política/diretriz governamental**, citado pelo Coordenador 02 e pelas OS 02 e 04, ao afirmarem que até 2016 o programa do governo era conhecido por todos, o que deixou de ocorrer com o início do novo governo.

[...] a gente tinha uma determinada clareza de que o norte era um e depois que muda a gestão a gente não tem muita clareza de qual é a condução política do trabalho [...] não existe tanta clareza, assim, de qual é o modelo. (Coordenador 02)

[...] o fato de você não ter uma proposta mesmo, [...] uma política de saúde instituída no município, e ela acaba sendo muito vinculada ao governo que está naquele momento, então você acaba tendo mudanças que quebram este processo, então, eu acho que esta é uma limitação, então às vezes está se recomeçando ou você está indo em uma linha crescente, e você tem uma quebra. (OS 02)

A fala do Coordenador 02 e da OS 02 ressaltam a importância de que políticas públicas de saúde não sejam tratadas como políticas de governo, que são suscetíveis às trocas de gestão. É necessário que essas políticas sejam reconhecidas como Políticas de Estado, para que se possibilite o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A situação apontada é uma má condição para a contratualização e pode propiciar o surgimento de conflitos de agência, uma vez que os interesses do principal, neste caso o Nível Central da SMS, são desconhecidos pelos agentes, as Organizações Sociais (MARTINS 2012) (NASSIFF; Souza, 2010).

Mais um problema identificado reside na **irregularidade dos repasses financeiros** da SMS para as OS (atrasos das datas programadas para os repasses e/ou valores abaixo do deliberado pelas CTA). Para o Coordenador 02, anteriormente ao término da gestão do Prefeito Eduardo Paes, o modelo permitia autonomia e segurança para a realização de

planejamento financeiro/orçamentário, sem atrasos de repasse ou cancelamentos de empenho, o que gerava mais segurança à relação entre os atores institucionais. A OS 01 destacou o quão fundamental é que as demandas da SMS sejam acompanhadas pela regularidade nos repasses financeiros.

Uma vez que as Organizações Sociais são associações privadas sem fins lucrativos, quando os repasses não ocorrem em sua totalidade e com a pontualidade acordada pode ocasionar impedimentos para a execução do contrato de gestão, além de dívidas trabalhistas, com fornecedores e prestadores de serviço. Esse é uma diferença das OS para as empresas privadas com fins lucrativos que, em geral, ao firmarem contratos com a administração pública, devem comprovar que possuem lastro financeiro, proveniente de seus lucros, para a garantia da manutenção de serviços, em caso de atrasos.

A utilização adequada da contratualização, tem como pré-condição que as autoridades governamentais contratantes assegurem recursos para a sustentabilidade do modelo, a médio e longo prazo (LIMA, 2009).

## 6. Considerações Finais

Inspirado pelas experiências internacionais iniciadas nos anos 70, o movimento da Nova Gestão Pública no Brasil ganhou destaque na década de 90, durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Dentre as diretrizes para a reformatação do Aparelho Estatal, foi proposta a publicização dos serviços considerados como não exclusivos do Estado, como a saúde. Nesse sentido, as Organizações Sociais (OS) foram criadas com a finalidade de operacionalizar esses serviços.

Além disso, buscou-se no setor privado, práticas e mecanismos gerenciais associadas a um bom desempenho administrativo. Nesse momento, a discussão sobre governança foi incorporada à administração pública, com vistas a dar subsídios para o desenvolvimento e implementação de políticas e para o acompanhamento e avaliação dos resultados, considerando a participação da sociedade nesse processo.

A experiência de utilização das OS na APS do Rio, a partir de 2009, em parte se inspirou nas diretrizes da reforma de 90, dentre elas a publicização ao transferir a prestação de serviços para as OS por meio da Lei Municipal Nº 5.026, regulamentada pelo Decreto Municipal Nº 30.780/09. Nesse mesmo ano, foram firmados contratos de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e as OS para operacionalizar a APS implementada exclusivamente para a ESF. Outra inovação advinda no processo, foi a introdução da avaliação por desempenho, associada a um sistema de incentivos que teria como intuito a melhoria da assistência prestada à população pela APS no município.

O estudo pretendeu analisar os aspectos normativos e relacionais presentes na governança da contratualização da APS no município. Havia uma suposição inicial que a atuação das OS e a relação estabelecida entre OS e CAP eram diferentes entre si, com reflexos na sua prática de governança.

Ao término do estudo, tais suposições se confirmaram, ao menos, parcialmente. Entender o contexto vivenciado pela SMS, trouxe à tona as condições que em parte explicam a adoção do modelo compartilhado com as OS. Foi possível também compreender, a partir da identificação das trajetórias singulares de cada OS, suas diferenças de origem e conformação, com repercussão na sua atuação e nas práticas de governança.

Exemplificando alguns casos, a atuação pregressa do Viva Rio enquanto movimento social, lhe conferiu maior domínio sobre o estabelecimento das relações entre

as UBS e comunidades, seja por meio dos Colegiados Gestores Locais (CGL) ou pelas demais atividades que essa OS desenvolvia. No caso da OS SPDM, por ser a mais antiga e por ter sido fundada no seio de uma universidade de medicina, nota-se maior robustez nos mecanismos gerenciais, de controle e avaliação.

Do ponto de vista da relação CAP-OS, igualmente, observou-se diferenças. Destaca-se em especial a supervisão assistencial compartilhada entre a CAP 3.1 e a OS Viva Rio, a fim de homogeneizar e integrar os critérios de monitoramento e avaliação técnico-assistencial e administrativa entre as instituições. Na relação entre a CAP 4.0 e a OS IABAS, identificou-se a inserção de um técnico da OS na CAP, com vistas à mediação dos processos cotidianos da gestão.

Foi destacado o papel das CAP, por meio dos Coordenadores Gerais de Saúde e suas equipes, como principais atores no processo de contratualização. Esses atores estão envolvidos na definição do plano de atividades, metas, indicadores e recursos para a execução do contrato e também, na sua gestão, acompanhamento e avaliação. No entanto, considerando as regras formais, as CAP e suas atribuições são pouco valorizadas.

As CAP participam (e algumas vezes tomam pra si) de parcela muito importante da organização dos serviços, bem como das discussões sobre os indicadores contratuais, contratações, movimentações e demissões de pessoal, aquisições de insumos e equipamentos e contratos de prestação de serviços realizados pelas OS, ou seja, controlam e interferem nos meios pelos quais as OS buscam alcançar as metas.

Segundo a literatura, esse modelo de atuação que compreende desde a gestão, até a avaliação, pode propiciar conflitos de agência e, até mesmo, conflitos de interesse, uma vez que as CAP possuem ingerência sob o *modus operandi* das OS, além de avaliar e sugerir aplicações de penalidades quando os resultados não são alcançados. Cumpre ressaltar, que a publicização dos serviços não-exclusivos, tal qual foi pensada na Reforma do Estado, previa a separação entre ações de regulação e de gestão/execução.

Costa e Silva et al (2016) propõem, que a regulação dos contratos de gestão permaneça sendo realizada por servidores públicos, todavia, esses idealmente deveriam ter formação nas áreas administrativa, jurídica, de auditoria contábil e clínica, além disso, deveriam ser externos ao ente contratante.

Outra importante instância da governança da APS é a CTA, presidida pelo Coordenador Geral de Saúde, que é composta por servidores do Nível Central e das CAP. A composição da CTA exclusivamente por servidores da SMS, se por um lado é importante para favorecer articulação entre profissionais do âmbito administrativo e do assistencial, por outro apresenta fragilidade pela não inclusão, no processo de monitoramento e avaliação, de representantes do controle social, de trabalhadores e, até mesmo das OS.

As principais vantagens que afloraram das entrevistas residem na efetiva expansão da cobertura da APS no município e na maior agilidade que a contratualização com as OS conferiu aos processos administrativos (como contratação de pessoal e aquisição de insumos e equipamentos). Permanece o debate sobre a possibilidade de outros modelos alternativos à administração direta, desde que mais ágeis e menos burocráticos, também apresentarem resultados satisfatórios.

Mesmo reconhecendo que a CAP é um ator central da definição do projeto assistencial e na sua avaliação, a operacionalização da atenção é realizada pelos profissionais contratados pela OS e assim fortemente dela dependente.

A atuação desses dois atores deve se dar pela cooperação, com foco na melhoria da APS. A partir desta constatação faz necessário maior amadurecimento da relação entre CAP e OS no compartilhamento e negociação das responsabilidades e atribuições. A mera definição formal do papel de cada um nas regras contratuais por si só não será suficiente para o estabelecimento de uma boa relação de parceria e alcance de bons resultados. Constitui-se certamente em um desafio a ser permanentemente enfrentado em um aprendizado contínuo. Cabe ainda assinalar que o Nível Central da Secretaria deve buscar incentivar este processo, além de identificar estratégias para assegurar sedimentação e disseminação do conhecimento acumulado, tendo em vista uma certa uniformização das condições para o exercício da governança entre as diferentes APS.

As reuniões Pré-CTA foram um importante achado desta pesquisa, tendo em vista sua ausência de previsão contratual. Segundo os entrevistados, essas reuniões são consideradas como uma boa-prática, utilizada para alinhar os entendimentos do que é apresentado nas prestações de contas. Considerando que essa reunião é realizada em diversas AP, sugere-se que a mesma seja formalizada, para que as pautas ali discutidas

sejam registradas e sirvam como objeto de análise e aprendizado para a qualificação do modelo de contratualização.

Uma fragilidade do estudo refere-se ao fato de, apesar de se reconhecer como atores da governança da APS, a população atendida e os profissionais de saúde, suas representações não foram entrevistadas, dado que no período analisado não ocupavam espaço na estrutura formal da governança. Outra limitação reside no recorte da governança exclusivamente no âmbito da gestão, não considerando aspectos econômico-financeiros e, por consequência, não realizando uma análise da sustentabilidade do modelo.

Por fim, ressalta-se que estudos que analisem a dinâmica da governança dos modelos de gestão alternativos à administração direta são fundamentais para a identificação de seus impactos no Sistema Único de Saúde.

## 7. Referências Bibliográficas

BARBOSA, P. R.; VECINA NETO, G. Estruturas jurídico-institucionais e modelos de gestão para hospitais e outros serviços de saúde. In: VECINA NETO, G; MALIK, A. M. Gestão em Saúde - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENTO, L. V. Governança e governabilidade na reforma do Estado: entre eficiência e democratização. 1. ed. Barueri (SP): Manole, 2003. v. 1.

BNDES, Banco Nacional do Desenvolvimento. Governança e Controle. Banco Nacional do Desenvolvimento, 2016. Disponível em: <<https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/quem-somos/governanca-controle/governanca-controle>>. Acesso em: 07/01/2018.

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

BRITTO, F.A. Contratualização de Organizações Sociais (OS) na Atenção primária a Saúde (APS) no Município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – área de concentração Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2016.

CÂMARA, R.H. Análise de Conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais: Rev. Interinstitucional Psicol. 2013.

COSTA, F.L. Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

COSTA E SILVA, V; BARBOSA, P.R.; HORTALE, V.A. Parcerias na Saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. – Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2016.

DINIZ, E. In: DINIZ, E; AZEVEDO, S. Reforma do Estado e Democracia no Brasil: dilemas e perspectivas / Eli Diniz e Sérgio de Azevedo, organizadores – Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

FERNANDES, J.U.J. *Contratação Direta sem Licitação*. 5ª ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2000.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. – 6. Ed. – São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, A. O conceito de governança. In: XIV Congresso Nacional do CONPEDI. Anais. Fortaleza, 3, 4, e 5 de novembro de 2005.

LEAL, E.A.; FAMÁ, R. Governança nas Organizações do Terceiro Setor: Um estudo de caso. In X SEMEAD – SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 10, 2007, São Paulo. Anais. São Paulo: FEA/USP, 2007.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. Novos Caminhos, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 2016. Disponível em [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br)

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W.F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. P. 111-137. Online: disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

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. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2009.

MÂNICA, Fernando Borges. O setor privado nos serviços públicos de saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

MARQUES, Eduardo. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. Bras. Political Sci. Rev. vol.7, nº 3. São Paulo, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-38212013000300001>

MARTINS, H.F. Cultura de resultados e avaliação institucional: avaliando experiências contratuais na administração pública federal. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 2002.

MARTINS, H.F; MARINI, C. Governança Pública Contemporânea: uma tentativa de dissecação conceitual. Revista do TCU, Brasília, 2014.

MELO, M. A. Governance e reforma do Estado: o paradigma agente x principal. Revista do Serviço Público, Brasília, ano 47, v. 120, n.1, jan./abr. 1996.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; NETO, O.C; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

NASSIFF, E; SOUZA, C. L. Conflitos de Agência e Governança Corporativa. Caderno de Administração – Revista do Departamento de Administração da FEA. Vol. 7, n. 1. Jan – Dez. 2013, p. 01 – 20.

PAES DE PAULA, A. P. Administração pública brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social. Revista de Administração de Empresas. São Paulo. Vol. 45, nº 1, p. 37-49. Jan./mar. 2005.

PEREIRA, C. Em Busca de um Novo Perfil Institucional de Estado: uma Revisão Crítica da Literatura Recente, Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, Rio de Janeiro, nº 44, 2º semestre de 1997.

PEREIRA, Luiz C. Bresser. Construindo o Estado Republicano: democracia e reforma da gestão pública/Luiz Carlos Bresser-Pereira; tradução: Maria Cristina Godoy. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. Ver. Adm. Pública [online]. 2009, vol. 43, nº 2, pp. 347-369. ISSN 0034-7612. DOI: 10.1590/S0034-76122009000200004.

SILVA, V. M. 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. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012.

SORANZ, D; PINTO, L. F; PENNA, G. O. Themes and Reform of Primary Health Care (RCAPS) in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Ciência & Saúde Coletiva, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.01022016

STF, SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923. Sessão de 16 de abril de 2015. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10006961>>. Acesso em: 31/03/2019.

TIMMERS, Hans. Government Governance: corporate governance in the public sector, why and how? The Netherlands Ministry of Finances. 9th Free Public Sector Conference. 11/2000.

TCU, TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão 2444/2016 – TCU – Plenário Processo: 023.410/2016-7. Sessão de 21 de outubro de 2016. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A25753C20F01576C26BA403D4A&inline=1>>. Acesso em: 30/03/2019.

PEREIRA. Júnior N, CAMPOS. GWS. Institutional support within Brazilian Health System (SUS): the dilemmas of integration between federal states and comanagement. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:895-908.

WORLD BANK. Governance and Development. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 1818 H Street, N. W. Washington, D.C. 1992.

**Apêndice A – Legislação e documentos consultados, listados por data de publicação**

BRASIL. Lei nº 8.666, 21 de junho de 1983. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

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

BRASIL. Emenda Constitucional nº 19, 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o Governo Lula / Secretaria de Gestão. – Brasília: MP, SEGES, 2003.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Portaria GM/MS nº 204, 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

PCRJ, PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Decreto Municipal nº 30.780, 02 de junho de 2009. Regulamenta a Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.299, 29 de setembro de 2011. Altera as Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, para permitir, excepcionalmente, a definição do cálculo e aplicação dos recursos do Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo para fins de execução das ações relativas ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e respectivos componentes.

PCRJ, PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Lei Municipal nº 5.026, 19 de maio de 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências.

PCRJ, PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Lei Municipal nº 5.104, 03 de novembro de 2009. Dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

PCRJ, PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Decreto Municipal nº 37.079, 30 de abril de 2013. Institui o Painel de Gestão das parcerias com Organizações Sociais.

PCRJ, PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Decreto nº 41.343, 09 de março de 2016. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde – SMS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Competências. 2019. Disponível em: <<http://www.prefeitura.rio/documents/73801/feaa27f7-e20b-4631-a7b4-32c0ef132508>>. Acesso em: 15/05/2019.

# MECANISMOS DE GOVERNANÇA DOS CONTRATOS DE GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

## Apêndice B - Roteiro de entrevista com gestor de contratos da SMS

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1) Identificação

- 1.1. Nome: Código: Representante SMS
- 1.2. Formação profissional (graduação e pós):
- 1.3. Período em que ocupou o cargo na SMS:
- 1.4. Função e vínculo atual:
- 1.5. Período no cargo atual:

### 2) Protagonistas da governança/alta administração (estrutura formal de governo e mando)

Quem eram os responsáveis na SMS, CAP e OS pela contratualização da APS? Qual a hierarquia/ organograma?

Qual era o papel da SMS na contratualização da APS? Como se dava sua atuação?

Qual era o papel da CAP na contratualização da APS? Como se dava sua atuação?

Qual era o papel das OS na contratualização da APS? Como se dava sua atuação?

### 3) Mecanismos de Controle

3.1 Como se dava o controle interno da execução do contrato de gestão na SMS?

3.2. Quem eram os atores envolvidos (Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – SUBPAV e Subsecretaria de Saúde Complementar – SUBSCOM)?

3.3. Qual era o foco do controle interno (meios ou resultados)?

3.4. Como se dava o controle externo da execução do contrato de gestão?

3.5. Quem eram os atores envolvidos?

3.6. Qual era o foco do controle externo (meios ou resultados)?

3.7. Como se dava a relação com os Conselhos Municipais de Saúde, com o Legislativo (e suas comissões), com o Tribunal de Contas e com o Ministério Público?

#### **4) Prestação de Contas**

4.1. De que forma era feita a prestação de contas da execução do contrato de gestão da OS para a SMS?

Qual era o foco dos relatórios apresentados pela OS (meios ou alcance das metas)?

4.2. Como se dava a elaboração dos relatórios apresentados pela OS? Havia participação da CAP?

4.3. Qual era a periodicidade da prestação de contas?

4.4. Havendo dúvidas sobre as informações apresentadas, havia questionamento? De que forma?

4.5. Quais eram os mecanismos de prestação de contas para a sociedade existentes, referentes ao contrato de gestão?

4.6. Havia publicização dos resultados? Como era feita? Sites com informações sobre a OS? Sobre o contrato de gestão? Sobre o desempenho alcançado?

#### **5) Coordenação**

5.1. Como era realizada a supervisão do trabalho das equipes de saúde da família pela CAP?

5.2. Como era realizada a supervisão do trabalho das equipes de saúde da família pela OS?

5.3. Havia reuniões com as equipes SF para discussão de questões assistenciais? Para discussão de outra temática? Qual?

5.4. Qual era a atuação da OS no que diz respeito às questões técnico- assistenciais (exemplo: discutir os indicadores assistenciais das Variáveis 1, 2 e 3)?

5.5. Existiam reuniões periódicas com as OS? Qual a periodicidade?

5.6. Existiam reuniões periódicas com as CAP? Qual a periodicidade?

5.7. Existiam punições em caso de mau desempenho ou descumprimento das atividades contratualizadas?

5.8. Existiam incentivos para o alcance das metas contratualizadas para OS e profissionais?

5.9. Qual a sua percepção em relação ao pagamento por performance? Ele influenciava no alcance das metas pactuadas ou na motivação das equipes e das OS?

## **6) Instâncias de pactuação**

6.1. Quais eram os mecanismos de pactuação entre SMS, CAP e OS? O que era objeto de pactuação? Quem participava?

6.2. As metas do contrato de gestão eram pactuadas entre SMS, CAP e OS? Entre OS e profissionais?

6.3. Como os conflitos entre OS e profissionais eram tratados? E os conflitos entre OS e CAP e/ou OS e SMS?

## **7) Mecanismos de participação**

7.1. Como funcionavam as instâncias de participação social nas unidades básicas de saúde? Como eram tratadas as demandas? Eram efetuadas mudanças em função das demandas da participação?

7.2. Como a SMS acompanhava a manifestação do usuário sobre os serviços? Havia ouvidoria? Havia serviço de atendimento? Canal direto?

7.3. A OS fomentava a participação social local? Como?

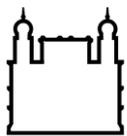
7.4. A SMS e/ou CAP fomentavam a participação social local? Como?

7.5. Havia canais de participação para os profissionais? Como se dava sua participação? Os profissionais efetivamente participavam dos processos de decisão?

## **8) Considerações finais**

8.1. Quais são os limites e possibilidades na relação entre a SMS, CAP e OS, com vistas à melhoria da APS?

8.2. Como você vê a atuação da OS no Sistema Único de Saúde?



## **MECANISMOS DE GOVERNANÇA DOS CONTRATOS DE GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

### **Apêndice C - Roteiro de entrevista com gestores das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária**

**Data da entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### **1) Identificação**

- 1.1. Nome: Código: Coordenador 01 a Coordenador 05
- 1.2. Formação profissional (graduação e pós):
- 1.3. Período em que ocupou o cargo na CAP:
- 1.4. Função e vínculo atual:
- 1.5. Período no cargo atual:

#### **2) Protagonistas da governança/alta administração (estrutura formal de governo e mando)**

- 2.1. Quem eram os responsáveis na SMS, CAP e OS pela contratualização da APS?  
Qual a hierarquia/ organograma?
- 2.2. Qual era o papel da SMS na contratualização da APS? Como se dava sua atuação?
- 2.3. Qual era o papel da CAP na contratualização da APS? Como se dava sua atuação?
- 2.4. Qual era o papel das OS na contratualização da APS? Como se dava sua atuação?

#### **3) Mecanismos de Controle**

- 3.1. Como se dava o controle interno da execução do contrato de gestão na CAP?
- 3.2. Quem eram os atores envolvidos (Coordenação de Gestão Administrativa – CGA e  
Divisão de Informação, Controle e Avaliação – DICA)?
- 3.3. Qual era o foco do controle interno (meios ou resultados)?
- 3.4. Como se dava o controle externo da execução do contrato de gestão?
- 3.5. Quem eram os atores envolvidos?
- 3.6. Qual era o foco do controle externo (meios ou resultados)?

3.7. Como se dava a relação com os Conselhos Municipais de Saúde, com o Legislativo (e suas comissões), com o Tribunal de Contas e com o Ministério Público?

#### **4) Prestação de Contas**

4.1. De que forma era feita a prestação de contas da execução do contrato de gestão da OS para a CAP?

4.2. Qual era o foco dos relatórios apresentados pela OS (meios ou alcance das metas)?

4.3. Como se dava a elaboração dos relatórios apresentados pela OS? Havia participação da CAP?

4.4. Qual era a periodicidade da prestação de contas?

4.5. Havendo dúvidas sobre as informações apresentadas, havia questionamento? De que forma?

4.6. A avaliação, a partir dos indicadores de desempenho, era discutida na CAP? E com os profissionais da ESF?

4.7. Quais eram os mecanismos de prestação de contas para a sociedade existentes, referentes ao contrato de gestão?

4.8. Havia publicização dos resultados? Como era feita? Sites com informações sobre a OS? Sobre o contrato de gestão? Sobre o desempenho alcançado?

#### **5) Coordenação**

5.1. Como era realizada a supervisão do trabalho das equipes de saúde da família pela CAP? Quem eram e qual a formação desses supervisores?

5.2. Como era realizada a supervisão do trabalho das equipes de saúde da família pela OS? Quem eram e qual a formação desses supervisores?

5.3. Havia reuniões com as equipes SF para discussão de questões assistenciais? Para discussão de outra temática? Qual?

5.4. Qual era a atuação da OS no que diz respeito às questões técnico- assistenciais (exemplo: discutir os indicadores assistenciais das Variáveis 1, 2 e 3)?

5.5. Existiam reuniões periódicas com as OS? Qual a periodicidade?

5.6. Existiam reuniões periódicas com a SMS? Qual a periodicidade?

5.7. Existiam punições em caso de mau desempenho ou descumprimento das atividades contratualizadas?

5.8. Existiam incentivos para o alcance das metas contratualizadas para OS e profissionais?

5.9. Qual a sua percepção em relação ao pagamento por performance? Ele influenciava no alcance das metas pactuadas ou na motivação das equipes e das OS?

## **6) Instâncias de pactuação**

6.1. Quais eram os mecanismos de pactuação entre SMS, CAP e OS? O que era objeto de pactuação? Quem participava?

6.2. As metas do contrato de gestão eram pactuadas entre SMS, CAP e OS? Entre OS e profissionais?

6.3. Como se dava a tomada de decisão cotidiana em relação a ESF (como por exemplo troca de profissionais entre equipes, demissões e contratações)? A OS decidia sozinha? A OS decidia com a CAP? A OS decidia com os profissionais? A CAP decidia sozinha? OS, CAP e profissionais decidiam juntos? Outro ator participava ou interferia nessa tomada de decisão?

6.4. Como os conflitos entre OS e profissionais eram tratados? E os conflitos entre OS e CAP e/ou OS e SMS?

## **7) Mecanismos de participação**

7.1. Como era formado o Conselho de Administração da OS? Como funcionava?

7.2. Como funcionavam as instâncias de participação social nas unidades básicas de saúde? Como eram tratadas as demandas? Eram efetuadas mudanças em função das demandas da participação?

7.3. Como a SMS acompanhava a manifestação do usuário sobre os serviços? Havia ouvidoria? Havia serviço de atendimento? Canal direto?

7.4. A OS fomentava a participação social local? Como?

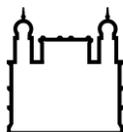
7.5. A SMS e/ou CAP fomentavam a participação social local? Como?

7.6. Havia canais de participação para os profissionais? Como se dava sua participação? Os profissionais efetivamente participavam dos processos de decisão?

## **8) Considerações finais**

8.1. Quais são os limites e possibilidades na relação entre a SMS, CAP e OS, com vistas à melhoria da APS?

8.2. Como você vê a atuação da OS no Sistema Único de Saúde?



# MECANISMOS DE GOVERNANÇA DOS CONTRATOS DE GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

## Apêndice D – Roteiro de entrevista com gestores das Organizações Sociais

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1) Identificação

- 1.1. Nome: código: OS01 a OS05
- 1.2. Formação profissional (graduação e pós):
- 1.3. Período em que ocupou o cargo na OS:
- 1.4. Função e vínculo atual:
- 1.5. Período no cargo atual:

### 2) Protagonistas da governança/alta administração (estrutura formal de governo e mando)

- 2.1. Quem eram os responsáveis na SMS, CAP e OS pela contratualização da APS? Qual a hierarquia/ organograma?
- 2.2. Quem eram os responsáveis na OS pela contratualização da APS? Qual era a hierarquia/organograma? Quantas e quais são as instâncias eram responsáveis pela contratualização da APS na OS? Como elas atuavam?
- 2.3. Qual era o papel da SMS na contratualização da APS? Como se dava sua atuação?
- 2.4. Qual era o papel da CAP na contratualização da APS? Como se dava sua atuação?
- 2.5. Qual era o papel das OS na contratualização da APS? Como se dava sua atuação?

### 3) Mecanismos de Controle

- 3.1. Como se dava o controle interno da execução do contrato de gestão na OS?
- 3.2. Quem eram os atores envolvidos (Setor de planejamento, de qualidade, de compliance, auditorias, controladoria)?
- 3.3. Qual era o foco do controle interno (meios ou resultados)?
- 3.4. Como se dava o controle externo da execução do contrato de gestão?

3.5. Quem eram os atores envolvidos?

3.6. Qual era o foco do controle externo (meios ou resultados)?

3.7. Como se dava a relação com os Conselhos Municipais de Saúde, com o Legislativo (e suas comissões), com o Tribunal de Contas e com o Ministério Público?

#### **4) Prestação de Contas**

4.1. De que forma era feita a prestação de contas da execução do contrato de gestão da OS?

4.2. Qual era o foco dos relatórios apresentados pela OS (meios ou alcance das metas)?

4.3. Como se dava a elaboração dos relatórios apresentados pela OS? Havia participação da CAP?

4.4. Qual era a periodicidade da prestação de contas?

4.5. Havendo dúvidas sobre as informações apresentadas, havia questionamento? De que forma?

4.6. A avaliação, a partir dos indicadores de desempenho, era discutida na OS? E com os profissionais da ESF?

4.7. Quais eram os mecanismos de prestação de contas para a sociedade existentes, referentes ao contrato de gestão?

4.8. Havia publicização dos resultados? Como era feita? Sites com informações sobre a OS? Sobre o contrato de gestão? Sobre o desempenho alcançado?

#### **5) Coordenação**

5.1. Como era realizada a supervisão do trabalho das equipes de saúde da família pela OS? Quem eram e qual a formação desses supervisores?

5.2. Havia reuniões com as equipes SF para discussão de questões assistenciais? Para discussão de outra temática? Qual?

5.3. Qual era a atuação da OS no que diz respeito às questões técnico- assistenciais (exemplo: discutir os indicadores assistenciais das Variáveis 1, 2 e 3)?

5.4. Existiam reuniões periódicas com a CAP? Qual a periodicidade?

5.5. Existiam reuniões periódicas com a SMS? Qual a periodicidade?

5.6. Existiam punições em caso de mau desempenho ou descumprimento das atividades contratualizadas?

5.7. Existiam incentivos para o alcance das metas contratualizadas para OS e profissionais?

5.8. Qual a sua percepção em relação ao pagamento por performance? Ele influenciava no alcance das metas pactuadas ou na motivação das equipes e das OS?

## **6) Instâncias de pactuação**

6.1. Quais eram os mecanismos de pactuação entre SMS, CAP e OS? O que era objeto de pactuação? Quem participava?

6.2. As metas do contrato de gestão eram pactuadas entre SMS, CAP e OS? Entre OS e profissionais?

6.3. Como se dava a tomada de decisão cotidiana em relação a ESF (como por exemplo troca de profissionais entre equipes, demissões e contratações)? A OS decidia sozinha? A OS decidia com a CAP? A OS decidia com os profissionais? 6.4. A CAP decidia sozinha? OS, CAP e profissionais decidiam juntos? Outro ator participava ou interferia nessa tomada de decisão?

6.5. Como os conflitos entre OS e profissionais eram tratados? E os conflitos entre OS e CAP e/ou OS e SMS?

## **7) Mecanismos de participação**

7.1. Como era formado o Conselho de Administração da OS? Como funcionava? Quem eram os membros? E como se tornar um conselheiro?

7.2. Como funcionavam as instâncias de participação social nas unidades básicas de saúde? Como eram tratadas as demandas? Eram efetuadas mudanças em função das demandas da participação?

7.3. Como a OS acompanhava a manifestação do usuário sobre os serviços? Havia ouvidoria? Havia serviço de atendimento? Canal direto?

7.4. A OS fomentava a participação social local? Como?

7.5. A SMS e/ou CAP fomentavam a participação social local? Como?

7.6. Havia canais de participação para os profissionais? Como se dava sua participação? Os profissionais efetivamente participavam dos processos de decisão?

## **8) Considerações finais**

8.1. Quais são os limites e possibilidades na relação entre a SMS, CAP e OS, com vistas à melhoria da APS?

8.2. Como você vê a atuação da OS no Sistema Único de Saúde?

**Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) –  
Secretaria Municipal de Saúde**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Mecanismos de Governança dos Contratos de Gestão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro**”, desenvolvida por **Raphael Barreto da Conceição Barbosa**, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Sheyla Maria Lemos Lima e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marcia Teixeira.

O objetivo central do estudo é: Caracterizar e Analisar os aspectos de governança adotados pela SMS-RJ, Coordenadorias Gerais de Atenção Primária e Organizações Sociais, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O convite à sua participação se deve à sua atuação entre os anos 2014 e 2016, como gestor/representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo o responsável pelo acompanhamento dos contratos de gestão celebrados com Organizações Sociais (OS), no âmbito da Atenção Primária.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, 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 tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: Apenas o pesquisador e suas orientadoras, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, além disso, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da ENSP e do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS e com o fim deste prazo, será descartado.

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.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade dos seus dados pessoais: Apenas o pesquisador e sua orientadora, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, além disso, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro, todavia, devido à sua posição na Secretaria Municipal de Saúde, não será possível garantir seu anonimato quando a pesquisa for publicada. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da ENSP e do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir na construção do conhecimento sobre esse modelo de gestão no SUS. Os resultados do estudo serão divulgados na dissertação do pesquisador e em possíveis artigos científicos.

Os riscos relacionados aos procedimentos que serão realizados neste estudo são os seguintes: 1 – constrangimento que possa vir a ser causado pelas perguntas e 2 – identificação indireta, devido ao cargo que ocupou na Secretaria Municipal de Saúde.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

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.

Todas as páginas do presente documento deverão ser rubricadas, sendo a última assinada. Serão assinadas 02 vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta e-mail, telefone e endereço institucional do pesquisador, da orientadora, além dos contatos dos Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, o (a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e/ou da Secretaria Municipal de Saúde. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

**Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fundação Oswaldo Cruz**

Telefone: (21) 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

**Comitê de Ética em Pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-deetica-em-pesquisa>

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401- Centro – RJ/CEP: 20031-040.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

**Rio de Janeiro, xx de xxxxx de 2018.**

**Pesquisador Responsável**

Raphael Barreto da Conceição Barbosa

Mestrando ENSP/FIOCRUZ

E-mail: raphael.barbosa@posgrad.ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

**Orientadora da Pesquisa**

Sheyla Maria Lemos Lima

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> e Pesquisadora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: slemos@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

**Orientadora da Pesquisa**

Marcia Teixeira

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> e Pesquisadora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: txmarcia47@gmail.com

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

---

Raphael Barreto da Conceição Barbosa (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Mecanismos de Governança dos Contratos de Gestão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro” e concordo em participar.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

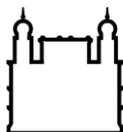
Autorizo a gravação da entrevista.

Não autorizo a gravação da entrevista.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:



## Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Coordenadoria Geral de Atenção Primária

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Mecanismos de Governança dos Contratos de Gestão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro**”, desenvolvida por **Raphael Barreto da Conceição Barbosa**, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Sheyla Maria Lemos Lima e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marcia Teixeira.

O objetivo central do estudo é: Caracterizar e Analisar os aspectos de governança adotados pela SMS-RJ, Coordenadorias Gerais de Atenção Primária e Organizações Sociais, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O convite à sua participação se deve à sua atuação entre os anos 2014 e 2016 como Coordenador (a) Geral de Saúde, de uma Coordenadoria Geral de Atenção Primária, que possuía Contratos de Gestão com uma ou mais Organizações Sociais (OS), no âmbito da Atenção Primária.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, 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 tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: Apenas o pesquisador e suas orientadoras, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, além disso, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da ENSP e do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS e com o fim deste prazo, será descartado.

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.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade dos seus dados pessoais: Apenas o pesquisador e sua orientadora, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, além disso, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro, todavia, devido à sua posição na Secretaria Municipal de Saúde, não será possível garantir seu anonimato quando a pesquisa for publicada. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da ENSP e do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir na construção do conhecimento sobre esse modelo de gestão no SUS. Os resultados do estudo serão divulgados na dissertação do pesquisador e em possíveis artigos científicos.

Os riscos relacionados aos procedimentos que serão realizados neste estudo são os seguintes: 1 – constrangimento que possa vir a ser causado pelas perguntas e 2 – identificação indireta, devido ao cargo que ocupou na Secretaria Municipal de Saúde.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

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.

Todas as páginas do presente documento deverão ser rubricadas, sendo a última assinada. Serão assinadas 02 vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta e-mail, telefone e endereço institucional do pesquisador, da orientadora, além dos contatos dos Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, o (a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e/ou da Secretaria Municipal de Saúde. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

**Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fundação Oswaldo Cruz**

Telefone: (21) 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

**Comitê de Ética em Pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-deetica-em-pesquisa>

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401- Centro – RJ/CEP: 20031-040.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

**Rio de Janeiro, xx de xxxxx de 2018.**

**Pesquisador Responsável**

Raphael Barreto da Conceição Barbosa

Mestrando ENSP/FIOCRUZ

E-mail: [raphael.barbosa@posgrad.ensp.fiocruz.br](mailto:raphael.barbosa@posgrad.ensp.fiocruz.br)

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

**Orientadora da Pesquisa**

Sheyla Maria Lemos Lima

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> e Pesquisadora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: [slemos@ensp.fiocruz.br](mailto:slemos@ensp.fiocruz.br)

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

**Orientadora da Pesquisa**

Marcia Teixeira

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> e Pesquisadora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: [txmarcia47@gmail.com](mailto:txmarcia47@gmail.com)

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

---

Raphael Barreto da Conceição Barbosa (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Mecanismos de Governança dos Contratos de Gestão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro” e concordo em participar.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Autorizo a gravação da entrevista.

Não autorizo a gravação da entrevista.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

## **Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Organização Social**

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Mecanismos de Governança dos Contratos de Gestão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro”**, desenvolvida por **Raphael Barreto da Conceição Barbosa**, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Sheyla Maria Lemos Lima e Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Marcia Teixeira.

O objetivo central do estudo é: Caracterizar e Analisar os aspectos de governança adotados pela SMS-RJ, Coordenadorias Gerais de Atenção Primária e Organizações Sociais, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O convite à sua participação se deve à sua atuação entre os anos 2014 e 2016 como gestor/representante de uma organização social que possui contrato (s) de gestão celebrado (s) com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no âmbito da Atenção Primária.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, 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 tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: Apenas o pesquisador e suas orientadoras, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, além disso, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da ENSP e do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS e com o fim deste prazo, será descartado.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

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.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade dos seus dados pessoais: Apenas o pesquisador e sua orientadora, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, além disso, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro, todavia, devido à sua posição na Secretaria Municipal de Saúde, não será possível garantir seu anonimato quando a pesquisa for publicada. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da ENSP e do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir na construção do conhecimento sobre esse modelo de gestão no SUS. Os resultados do estudo serão divulgados na dissertação do pesquisador e em possíveis artigos científicos.

Os riscos relacionados aos procedimentos que serão realizados neste estudo são os seguintes: 1 – constrangimento que possa vir a ser causado pelas perguntas e 2 – identificação indireta, devido ao cargo que ocupou na Secretaria Municipal de Saúde.

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.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Todas as páginas do presente documento deverão ser rubricadas, sendo a última assinada. Serão assinadas 02 vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta e-mail, telefone e endereço institucional do pesquisador, da orientadora, além dos contatos dos Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, o (a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e/ou da Secretaria Municipal de Saúde. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

**Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fundação Oswaldo Cruz**

Telefone: (21) 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

**Comitê de Ética em Pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-deetica-em-pesquisa>

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401- Centro – RJ/CEP: 20031-040.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

**Rio de Janeiro, xx de xxxxx de 2018.**

**Pesquisador Responsável**

Raphael Barreto da Conceição Barbosa

Mestrando ENSP/FIOCRUZ

E-mail: raphael.barbosa@posgrad.ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

**Orientadora da Pesquisa**

Sheyla Maria Lemos Lima

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> e Pesquisadora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: slemos@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

**Orientadora da Pesquisa**

Marcia Teixeira

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> e Pesquisadora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: txmarcia47@gmail.com

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão XX; de DIA de MÊS de ANO.

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

---

Raphael Barreto da Conceição Barbosa (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Mecanismos de Governança dos Contratos de Gestão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro” e concordo em participar.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Autorizo a gravação da entrevista.

Não autorizo a gravação da entrevista.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:



**Apêndice H – Carta de Anuência**  
**Subsecretaria/ Superintendência**

A Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Mecanismos de Governança dos Contratos de Gestão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, sob responsabilidade do pesquisador Raphael Barreto da Conceição Barbosa, aluno da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos (entrevista com funcionários e ex-funcionários da SMS e OS que ocuparam cargos na gestão, no período entre 2014 e 2016, além da disponibilização dos relatórios das Comissões Técnicas de Acompanhamento – primeiro relatório de 2014 e último relatório de 2016) e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Subsecretaria/ Superintendência mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o (s) gestor (es) e equipe (s) de saúde onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Leonardo Graever



**Apêndice I – Carta de Anuência**  
**Coordenadoria Geral de Atenção Primária**

A Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Mecanismos de Governança dos Contratos de Gestão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, sob responsabilidade do pesquisador Raphael Barreto da Conceição Barbosa, aluno da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos (entrevista com funcionários e ex-funcionários da SMS e OS que ocuparam cargos na gestão, no período entre 2014 e 2016, além da disponibilização dos relatórios das Comissões Técnicas de Acompanhamento – primeiro relatório de 2014 e último relatório de 2016) e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Subsecretaria/ Superintendência mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o (s) gestor (es) e equipe (s) de saúde onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Coordenador Geral de Saúde