



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

EDUARDO PONTE DE GOUVEIA VIEIRA

ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E A
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

ANALYSIS OF THE RELATIONS AMONG ORGANIZATIONAL FORMS AND
PRIMARY HEALTH CARE

CAMPINAS

2016

EDUARDO PONTE DE GOUVEIA VIEIRA

ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E A
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

ANALYSIS OF THE RELATIONS AMONG ORGANIZATIONAL FORMS AND
PRIMARY HEALTH CARE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de concentração: Política, Gestão e Planejamento.

Dissertation presented to the Professional Master Program in Public Health, Health Policy and Management, Department of Public Health, School of Medical Sciences, State University of Campinas – UNICAMP for obtaining the title of Master in Public Health: Health Policy and Management, in the area of concentration: Policy, Management and Planning.

ORIENTADORA: DANIELE SACARDO NIGRO

CO-ORIENTADOR: CELSO STEPHAN

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO EDUARDO PONTE DE GOUVEIA VIEIRA, E ORIENTADO PELA PROF.^a DR.^a DANIELE SACARDO NIGRO E PELO DR. CELSO STEPHAN.

CAMPINAS

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

V673a Vieira, Eduardo Ponte de Gouveia, 1987-
Análise das relações entre as formas de organização e a atenção básica à saúde / Eduardo Ponte de Gouveia Vieira. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Daniele Sacardo Nigro.

Coorientador: Celso Stephan.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Modernização do setor público. 4. Administração pública. 5. Parcerias público-privadas. I. Sacardo, Daniele Pompei. II. Stephan, Celso. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Analysis of the relations among organizational forms and primary health care

Palavras-chave em inglês:

Unified Health System

Primary health care

Modernization of the public sector

Public administration

Public-private sector partnerships

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Daniele Sacardo Nigro [Orientador]

Gastão Wagner de Sousa Campos

Marcos Drumond Júnior

Data de defesa: 15-12-2016

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

EDUARDO PONTE DE GOUVEIA VIEIRA

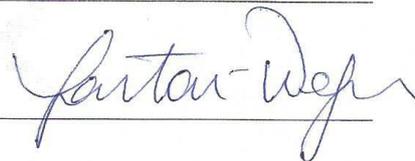
Orientador (a) PROF(A). DR(A). DANIELE SACARDO NIGRO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). DANIELE SACARDO NIGRO



2. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



3. PROF(A). DR(A). MARCOS DRUMOND JÚNIOR



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 15 de dezembro de 2016

Dedico este trabalho

À minha esposa, pelo eterno apoio e carinho, me mantendo no pique mesmo quando as forças já haviam esvaecido.

Ao meu irmão, pela amizade e pelos exemplos que me fazem seguir mais forte.

À minha mãe, pelos ensinamentos no dia-a-dia de como viver a vida.

Ao meu pai, pelo eterno exemplo de como ser uma boa pessoa.

Agradecimentos

À Daniele, que pacientemente acolheu minhas idéias e ajudou-me a lhes dar corpo.

Ao Celso, que alegremente me ensinou como ver além dos números.

Ao Gastão, pelos ensinamentos que inspiram continuar a luta por um SUS público de qualidade.

Ao Marcos, pelas experiências vívidas de como a epidemiologia contribui para além do seu núcleo duro.

À Eneida, pelo apoio e motivação para a realização do estudo.

Ao Gustavo Tenório, pelo suporte durante a residência e o apoio para a realização do mestrado profissional

Ao Roberto Mardem, pelo exemplo de força e pelos contínuos ensinamentos.

Ao Adail, pelos ensinamentos e apoio na luta pelo SUS.

À Valéria Salgado, que me auxiliou na compreensão do complexo universo das formas de organização.

RESUMO

A Constituição Federal (CF) de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) em meio a um cenário de crise econômica. O Estado teve nesse momento suas atribuições modificadas, assumindo papel regulador e atribuindo atividades públicas a entes não estatais. Inicialmente restrita ao campo hospitalar, a atuação de outras formas de organização além da administração direta na gestão da atenção básica (AB) ainda carece de estudos. A presente pesquisa aborda a temática das modalidades de gestão em saúde, buscando descrever e analisar as formas de organização vigentes na gestão da AB no Brasil e suas relações com o cuidado no âmbito da AB. Para esse aprofundamento, realizamos uma breve contextualização dos conceitos de Estado, sociedade civil, esferas pública e privada, bem como das formas como os sistemas de saúde e a administração pública são configurados. Identificamos as formas de organização mais prevalentes na AB dos municípios brasileiros e analisamos suas relações com indicadores do Índice de Desempenho do SUS e com variáveis da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. O estudo se valeu apenas de dados secundários, sendo dispensado de análise pelo comitê de ética. Seu desenho se caracteriza como estudo transversal, tendo contemplado por meio de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 5.560 municípios e, pelo PMAQ, 3.944 municípios, totalizando 13.920 unidades (17.202 equipes). Discutimos a partir dos achados a importância dos condicionantes e determinantes de saúde e as relações das formas de organização com o cuidado em atenção básica. Verifica-se que, apesar de apresentar um papel secundário no desempenho do sistema de saúde quando comparadas às variáveis socioeconômicas, as formas de organização apresentam um importante papel na prestação dos cuidados em saúde. Os achados desta pesquisa oferecem caminhos de possível e necessário aprofundamento na ainda atual temática da dicotomia público/privado.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Modernização do Setor Público; Administração Pública; Parcerias Público-Privadas.

ABSTRACT

The Brazilian Constitution of 1988 established the Unified Health System in the midst of a scenario of economic crisis. The State had at that moment its attributions modified, assuming a regulatory role and assigning public activities to non-state entities. Initially restricted to the hospital field, the performance of other forms of organization besides direct administration in the management of primary health care still needs further studies. This research deals with the health management modalities, trying to describe and analyze the current forms of organization in the management of primary health care establishments in Brazil and its relations with the primary health care. For better understanding, we made a brief contextualization of the concepts of State, civil society, public and private spheres, as well as the ways in which health systems and public administration are configured. We identified the most prevalent forms of organization in the primary health care of Brazilian municipalities and analyzed their relationships with indicators of the Unified Health System Performance Index and with variables from the External Evaluation Program for Improving Access and Quality. The study was based only on secondary data, being exempted from analysis by the ethics committee. Its design is characterized as a cross-sectional study, and it has included, through data from the National Register of Health Establishments, 5,560 municipalities and, through the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care, 3,944 municipalities, totaling 13,920 units (17,202 teams). We discussed from the findings the importance of conditioning factors and determinants of health and the relations among the forms of organization and primary health care. It is observed that, although it plays a secondary role in the performance of the health system when compared to socioeconomic variables, the forms of organization play an important role in the delivery of health care. The findings of this research offer paths of possible and necessary deepening in the current thematic of the public/private dichotomy.

Keywords: Unified Health System; Primary Health Care; Modernization of the Public Sector; Public administration; Public-Private Sector Partnerships.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação esquemática da relação entre o Estado Liberal e o Estado Social.	33
Figura 2. Gradiente das formas jurídico-institucionais da administração pública e do setor privado.....	57
Figura 3. Esquema do modelo de proteção social: Assistência.	59
Figura 4. Esquema do modelo de proteção social: Seguro Social.	60
Figura 5. Esquema do modelo de proteção social: Seguridade Social.	60
Figura 6. Esquema das relações entre Estado, Mercado e Filantropia da Colônia ao Governo Dutra.....	78
Figura 7. Esquema das relações entre Estado, Mercado e Filantropia do segundo governo Vargas ao governo Jango.	79
Figura 8. Esquema das relações entre Estado, Mercado e Filantropia da Ditadura Militar ao governo Collor.	80
Figura 9. Esquema do sistema de saúde brasileiro.....	85
Figura 10. Proporção de vínculos de trabalhadores da AB com entidades privadas sem fins lucrativos por unidade da federação, 2008-2014, Brasil.	136
Figura 11. Modelo do campo da saúde.	163
Figura 12. Campo da saúde: influência de diferentes fatores de risco.	163
Figura 13. Relações entre o Estado e a Saúde.....	189

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação entre domínios público e privado na história.	23
Quadro 2. Síntese das Formas de Organização pertencentes à Administração Direta e Indireta.	53
Quadro 3. Síntese das Formas de Organização pertencentes à iniciativa privada sem fins lucrativos.....	55
Quadro 4. Síntese das Formas de Organização pertencentes à iniciativa privada com fins lucrativos.....	56
Quadro 5. Indicadores de AB do IDSUS.	111
Quadro 6. Variáveis da avaliação externa do PMAQ referentes à percepção do usuário.	118
Quadro 7. Variáveis da avaliação externa do PMAQ referentes aos dispositivos de gestão e cuidado.	119
Quadro 8. Variáveis socioeconômicas dos usuários entrevistados na avaliação externa do PMAQ.....	120
Quadro 9. Vínculos profissionais.....	134
Quadro 10. Números absolutos e proporções nacionais dos tipos de vínculos de trabalhadores da AB de 2014.....	135
Quadro 11. Número de municípios conforme proporção de vínculos de trabalhadores da AB com iniciativa privada sem fins lucrativos em 2014.	137
Quadro 12. Distribuição de vínculos de trabalhadores da AB com entidades privadas sem fins lucrativos nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, em 2014.....	137
Quadro 13. Número de equipes e proporções para as formas de organização identificadas no primeiro ciclo do PMAQ.....	138
Quadro 14. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis do IDSUS, com base nos dados de formas de organização do PMAQ. ..	142
Quadro 15. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 1).....	143
Quadro 16. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 2).....	144
Quadro 17. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 3).....	145
Quadro 18. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 4).....	146
Quadro 19. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 5).....	147

Quadro 20. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 6).....	148
Quadro 21. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 7).....	149
Quadro 22. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 8).....	150
Quadro 23. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 1).....	152
Quadro 24. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 2).....	153
Quadro 25. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 3).....	154
Quadro 26. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 4).....	155
Quadro 27. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 5).....	156
Quadro 28. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 6).....	157
Quadro 29. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 7).....	158
Quadro 30. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 8).....	159
Quadro 31. Distribuição dos tipos de EAB analisados por forma de organização...	169
Quadro 32. Distribuição dos vínculos empregatícios conforme as formas de organização, Brasil, 2012.....	176

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário de saúde
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIC	Critério de Informação de Akaike
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APEX-Brasil	Agência de Promoção de Exportações do Brasil
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
Ceme	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CLoS	Conselho Local de Saúde
CLPS	Consolidação das Leis da Previdência Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CO	Exame citopatológico
CPO-D	Índice de dentes cariados, perdidos e restaurados
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DGSP	Diretoria Geral de Saúde pública
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRE	Desvinculação das Receitas do Estado
DRM	Desvinculação das Receitas do Município
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EAB	Equipe de Atenção Básica
EC	Emenda constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde

EqSF	Equipe de saúde da família
ESB	Equipe de saúde bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FMI	Fundo Monetário Internacional
Funabem	Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IMS/Uerj	Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
Lops	Lei Orgânica da Previdência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
Pasep	Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público

PCCS	Plano de carreiras, cargos e salários
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PIS	Programa de Integração Social
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Projeto Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCB	Receita Corrente Bruta
RCL	Receita Corrente Líquida
Sams	Sistema de Atenção Médica Supletiva
SDD	Sistema de Desembolso Direto
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
Senai	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
Sesi	Serviço Social da Indústria
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSA	Serviço Social Autônomo
STF	Supremo Tribunal Federal
Suas	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistemas Únicos e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose pulmonar bacilífera
TI	Tecnologia de Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. Introdução.....	16
As esferas pública e privada.....	16
A sociedade civil e o Estado.....	23
As políticas públicas e a administração pública.....	33
As formas de organização.....	40
Administração Direta.....	41
Administração Indireta.....	43
Iniciativa privada sem fins lucrativos.....	45
Iniciativa privada com fins lucrativos.....	51
Os sistemas de saúde.....	57
O sistema de saúde brasileiro.....	68
Alguns aspectos históricos.....	68
O Sistema Único de Saúde.....	81
Atenção básica.....	86
2. Objetivos.....	107
Objetivo geral.....	107
Objetivo específico.....	107
3. Metodologia.....	108
Variáveis dependentes.....	110
Variáveis independentes.....	129
4. Resultados e discussões.....	134
Caracterização da distribuição das formas de organização.....	134
Caracterização das relações entre as variáveis socioeconômicas e as formas de organização com a atenção básica.....	140
Caracterização das relações entre os condicionantes e determinantes de saúde e a atenção básica.....	160
Caracterização das relações entre as formas de organização e a atenção básica.....	167
6. Conclusão.....	177
7. Referências.....	191

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo versa sobre os tipos de administração presentes na gestão de equipamentos de saúde e, mais especificamente na Atenção Básica (AB) e se justifica à medida que enriquece as discussões quanto aos arranjos organizacionais na saúde, tão amplos e diversos no cenário atual e ainda pouco estudados nesse nível de atenção (CANABRAVA, ANDRADE, *et al.*, 2007).

Estudar formas de organização em saúde nos remete a conceitos como Estado, sociedade civil, público e privado, bem como à forma como os sistemas de saúde e a administração pública são configurados, dentre diversas outras questões. A fim de subsidiar as análises desse trabalho, trazemos a seguir uma breve apresentação dessas temáticas, buscando demonstrar a complexidade das questões que constituem o objeto de estudo desse trabalho, bem como justificar nossos recortes e delimitações no processo de pesquisa.

As esferas pública e privada

Conforme o dicionário Houaiss (HOUAISS e VILLAR, 2001), público é derivado do latim *publicus* e tem por significados:

1. Relativo ou pertencente a um povo, a uma coletividade
2. Relativo ou pertencente ao governo de um país, estado, cidade etc.
3. Que pertence a todos; comum
4. Que é aberto a quaisquer pessoas
5. Sem caráter secreto; manifesto, transparente
6. Universalmente conhecido
7. O homem comum, do povo
8. Conjunto de pessoas; o povo de determinado lugar
9. Conjunto de pessoas com características ou interesses comuns
10. A plateia ou a audiência de um teatro, um espetáculo, um evento esportivo, um programa de rádio ou televisão etc.
11. Conjunto das pessoas às quais se destina determinada mensagem, campanha ou promoção

Privado, por sua vez, também é derivado do latim *privatus* e possui os significados:

1. Favorito, conselheiro ou protegido de um soberano; valido
2. A quem se privou de (algo); destituído, despojado, desapossado
3. Que pertence a um indivíduo particular
4. Restrito, reservado a quem de direito; confidencial
5. Que é pessoal e não expresso em público
6. Que não possui emprego público nem oficial
7. Afastado do conhecimento público; secreto
8. Assumido individualmente ou por conta própria
9. Sem presenças alheias; só, solitário, isolado
10. Do interior da pessoa; íntimo, interno
11. Relativo ou pertencente à fonte não governamental

Os termos público e privado ingressam na história do pensamento político e social do Ocidente através do Corpo de Direito Civil (529 a 534)¹ citado por (BOBBIO, 1987), no qual são definidos o direito público e o direito privado. A dupla de termos público/privado é apontada por Bobbio (1987) como uma das “grandes dicotomias”, tais como “paz/guerra, democracia/autocracia, sociedade/comunidade, estado de natureza/estado civil” (BOBBIO, 1987, p. 13). Para serem consideradas grandes dicotomias, o autor considera ser necessário que a distinção cumpra os seguintes requisitos:

- 1) De dividir o universo em duas esferas mutuamente exclusivas;
- 2) De contemplar todos os entes do universo e nela convergirem outras dicotomias que se tornam, em relação a ela, secundárias.

Bobbio (1987) aponta como um dos lugares-comuns do debate sobre a relação entre a esfera do público e a do privado é que, aumentando a esfera do público, diminui a do privado, e aumentando a esfera do privado diminui a do público, bem como que tal constatação geralmente é acompanhada por juízos de valores contrapostos.

¹ Corpo do Direito Civil (*Corpus Juris Civilis*): “conjunto ordenado de leis e princípios jurídicos reduzidos a um corpo único, sistemático, harmônico, mas formado de várias partes, planejado e levado a efeito no VI século de nossa era por ordem do imperador Justiniano, de Constantinopla, monumento jurídico de maior importância, que atravessou séculos e chegou até nossos dias. O conjunto de normas jurídicas regeram o povo romano nas várias épocas de sua História, desde as origens de Roma até a morte de Justiniano, Imperador do Oriente, ocorrida em 565 da era cristã” (WOLKMER, 2008, p. 127).

Bobbio (1987) apresenta dicotomias que convergem para a dicotomia público/privado, a completando e podendo até substituí-la:

1) Sociedade de iguais e sociedade de desiguais

A esfera pública, podendo ser representada pelo Estado, é caracterizada pela relação desigual entre governantes e governados. A esfera privada, por sua vez, é caracterizada pela relação entre iguais. Tal regra, no entanto, não é absoluta, sendo exemplos de exceções: a família, tipicamente pertencente à esfera privada, porém tida como portadora de desigualdade nas suas relações, considerando sua configuração patriarcal; e a relação entre países, considerada pertencente à esfera pública, porém sendo considerada como uma relação entre iguais (BOBBIO, 1987).

2) Lei e contrato

A dicotomia público/privado tem sua expressão na sua fonte. O direito público é determinado por agentes políticos e tem sua expressão por meio de leis, ou seja, de normas vinculatórias postas pelo poder supremo (soberano), sendo habitualmente reforçada pela coação, exercida exclusivamente pelo soberano. O direito privado, ou direito dos privados, considerando a terminologia mais adequada², tem como fonte o conjunto das normas que os singulares estabelecem para regular suas recíprocas relações, sendo as mais importantes as relações patrimoniais, mediante acordos bilaterais, cuja força vinculatória repousa sobre o princípio da reciprocidade, sendo independente da regulamentação pública (BOBBIO, 1987).

3) Justiça comutativa e justiça distributiva

A justiça comutativa é aquela que preside as trocas, sendo considerada justa a troca de duas coisas de igual valor, tais como, por exemplo, o preço e o valor do item comprado, a remuneração e a qualidade e/ou quantidade do trabalho. A justiça distributiva é aquela que se baseia na distribuição de honras ou de obrigações pela

² Apesar de ser considerado um critério para se diferenciar o direito público do privado, a fonte das normas jurídicas de todos os direitos provém das mesmas fontes jurídicas, a saber: costumes, leis, decretos, regulamentos, sentenças judiciais, temas jurídicos, etc. À medida que todas essas fontes dependem do poder estatal, podem ser entendidas como pertencentes ao direito público. Dessa forma, o direito privado, como apresentado anteriormente, também seria entendido como um direito público. Buscando outra fonte que não seja o Estado, poderíamos falar dos direitos dos privados, aqueles provenientes das relações entre os indivíduos antes da implementação do Estado (BOBBIO, 1997).

autoridade pública, por meio de critérios, tais como o mérito, a necessidade e o trabalho. Dessa forma, pode-se compreender a justiça comutativa como a que se aplica na relação entre as partes e, a distributiva, entre o todo e as partes. Há, assim, a sobreposição da justiça comutativa na esfera privada, entendendo-a como uma sociedade de iguais, e da justiça distributiva na esfera pública, entendendo-a como uma sociedade de desiguais, conforme já apontado. Diante disso, as exceções apontadas na dicotomia de sociedades de iguais e desiguais, família e sociedade internacional, se repetem também na dicotomia da justiça comutativa e distributiva (BOBBIO, 1987).

Bobbio (1987) apresenta ainda o significado valorativo assumido pela dicotomia público/privado, sendo positivo para um e negativo para o outro. Dessa forma, há duas possibilidades: 1) o primado do privado e 2) o primado do público.

1) O primado do direito privado tem dentre os seus motivos a longa tradição do direito romano, em grande parte privado, que se constituiu como base do direito moderno, sendo considerado por seus primeiros comentadores como o direito da razão. Além disso, tal primado é favorecido pela concepção do direito privado tratar de relações jurídicas entendidas como relações “de direito”, tendo como institutos principais a família, a propriedade, o contrato e os testamentos, enquanto que o público trata de relações de “poder” (Kelsen, 1960³) citado por (BOBBIO, 1987, p. 22). Um dos exemplos marcantes do primado do privado é a resistência que o direito de propriedade opõe à ingerência do poder soberano e, portanto, à sua possibilidade de expropriá-lo. Tal autonomia do direito privado é apresentada por autores como Constant e Spencer como uma nova concepção de liberdade, na qual a esfera privada aumenta suas dimensões em detrimento da pública, chegando ao ponto senão da extinção do Estado, mas de sua redução a um tamanho mínimo.

2) O primado do público surge como reação à concepção liberal do Estado e se configura como derrota histórica, porém não definitiva do Estado mínimo. Ele é estruturado na concepção do interesse coletivo sobrepujando o interesse individual, da irredutibilidade do bem comum à soma dos bens individuais. O primado do público tem como ideia essencial, à despeito das

³ KELSEN, H. *Reine Rechtslehre*, Deuticke, Viena 1960 (trad. it. Einaudi, Turim 1975).

diferentes correntes que o fundamentam, que o todo vem antes das partes, ideia aristotélica posteriormente defendida também por Hegel. Com a instituição da sociedade burguesa, houve uma progressiva emancipação da sociedade civil frente ao Estado. Na concepção de primado do público, há maior intervenção estatal na sociedade civil, seguindo caminho contrário à essa emancipação. Essa situação se dá à medida que diminuem os limites às ações do Estado e aumenta a defesa dos direitos naturais dos indivíduos. O primado do público sobre o privado é também interpretado como o primado da política sobre a economia, atuando aquela de forma vertical sobre a ordem espontânea desta. Tal processo é conhecido como a publicização do privado, pela qual os interesses privados se subordinam ao interesse da coletividade representada pelo Estado, que engloba progressivamente a sociedade civil. Esse processo se dá concomitante, no entanto, à privatização do público, pelo qual os interesses privados se constituem de grandes grupos que se servem do aparato público para o alcance dos seus objetivos.

Outro significado para a dicotomia público/privado refere-se a quanto algo é manifesto, aberto ao público ou restrito a um círculo de pessoas, secreto. Correlacionando essa significação com a já apresentada, é possível vislumbrar duas formas de governo: a república, que se caracteriza pelo controle público do poder, e o principado, cujo método de governo é oculto ao público (BOBBIO, 1987).

A república democrática exige que o poder seja visível. O poder é exercido por meio de uma assembleia de cidadãos (democracia direta) ou de representantes do povo (democracia indireta). Neste caso, as reuniões devem ser abertas ao público de modo a que qualquer cidadão possa ter acesso a elas. Segundo Carl Schmitt, "a representação apenas pode ocorrer na esfera da publicidade" e "não existe nenhuma representação que se desenvolva em segredo e a sós", donde "um parlamento tem caráter representativo apenas na medida em que se acredita que a sua atividade é pública" (1928, p. 208)⁴ citado por (BOBBIO, 1987).

Mesmo em uma república democrática, no entanto, "jamais desapareceu a prática do ocultamente através da influência que o poder público pode exercer sobre

⁴ SCHIMIT, C. *Verfassungslehre*, Duncker und Humblot, Munique/Leipzig, 1928.

a imprensa, através da monopolização dos meios de comunicação de massa, sobretudo através do exercício sem preconceitos do poder ideológico, sendo a função das ideologias a de cobrir com véus as reais motivações que movem o poder, forma pública e lícita da ‘nobre mentira’ de origem platônica ou da ‘mentira lícita’ dos teóricos da razão de Estado” (BOBBIO, 1987, p. 31).

Arendt (2016) também discorre sobre a relação do público com o privado, resgatando a dicotomia, por sua vez, já na Antiguidade. Na Grécia Antiga os domínios público e privado possuíam divisão nitidamente distinta, caracterizando-se, respectivamente, na vida pública da política e na vida privada do lar. Conforme o pensamento grego, a capacidade humana de organização política não seria apenas diferente da associação natural cujo centro é o lar (*oikia*), mas diametralmente oposta a essa concepção social. A palavra “social” é de origem romana e não possui equivalente na língua ou no pensamento grego. O uso latino do termo *societas* também possuía originalmente um significado claramente político, indicando uma aliança entre pessoas para uma finalidade específica, como quando os homens se organizavam para dominar os outros, cometer um crime ou realizar comércio.

Arendt (2016) aponta que o surgimento da cidade-Estado, a *polis*, foi precedido pela destruição de todas as unidades organizadas à base de parentesco, como a *phratría* e a *phyle*. Com isso, os homens passaram a ter, além de sua vida privada, uma vida pública (*bios politikos*), com uma grande diferença entre aquilo que lhe é próprio (*idion*) e o que é comum (*koinon*). Os filósofos gregos consideravam que a liberdade estaria situada exclusivamente na esfera pública ou política e que a necessidade seria um fenômeno pré-político, característico da organização do lar privado, onde a força e a violência seriam justificadas por serem as únicas formas de vencer as necessidades, caracterizando o homem como um “animal social” e chegando dessa forma, à liberdade, pela qual o homem se caracterizaria como um “animal político”. O domínio da *polis*, dessa forma, seria a esfera da liberdade.

Conforme aponta a autora, Aristóteles só considerava duas atividades como políticas e constituintes do chamado *bios politikos*: a ação (*práxis*) e o discurso (*lexis*), dos quais surge o domínio dos negócios humanos, que excluía o apenas útil ou necessário, não podendo a política limitar-se a um meio de proteger a sociedade. Cabia ao ser político decidir mediante o uso das palavras e da persuasão, e não

através da força ou violência, meios utilizados exclusivamente em seu espaço privado. Para Aristóteles, a mais alta capacidade do homem não seria, no entanto, a palavra ou a razão, mas sua capacidade de contemplação, sendo a principal preocupação de todos os cidadãos discorrer uns com os outros (ARENDR, 2016).

Todo conceito de domínio e de submissão, de governo e de poder no sentido concebido atualmente, eram tidos como pré-políticos, pertencentes à esfera privada, e não à esfera pública. Na polis, todos os cidadãos eram reconhecidamente iguais, enquanto que a família era o centro da mais importante desigualdade. Ser livre significava ao mesmo tempo não estar sujeito às necessidades da vida nem ao comando de outro e também não comandar. Não significava domínio, como também não significava submissão (ARENDR, 2016).

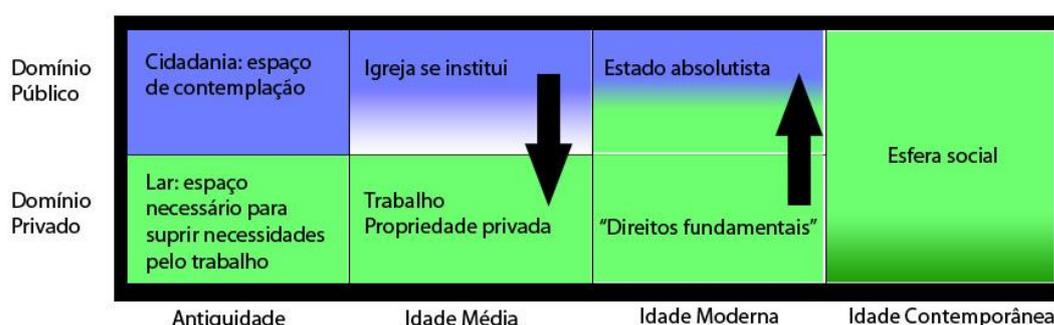
O limite entre a vida pública e a vida privada era dado não pelo respeito à propriedade como se pensa hoje em dia, mas pela necessidade do homem, ao discutir o mundo, de possuir nele um lugar que fosse propriamente seu (ARENDR, 2016).

A distância entre as esferas pública e privada ainda era observada na Idade Média, porém com menor intensidade e sob outra configuração. Com a queda do Império Romano, a Igreja Católica assumiu a função de oferecer ao homem um substituto para a cidadania antes outorgada apenas pelo governo municipal. Por meio da religião, a Igreja mantinha coesa a comunidade de fiéis. Sua esfera secular sob o feudalismo era aquilo que a esfera pública havia sido na antiguidade. As atividades religiosas ou públicas foram absorvidas para a esfera do lar, onde sua importância era anteriormente apenas privada, tornando mais tênues os limites entre o público e o privado e enfraquecendo o domínio público (ARENDR, 2016).

No mundo moderno, por sua vez, não é possível realizar a distinção entre a esfera pública e a social (privada) com a mesma facilidade que se dá na Grécia Antiga ou na Idade Média. Isso decorre do fato de que à medida que a sociedade, representada pelo lar e pelas atividades econômicas, ascende ao domínio público, as questões pertinentes à esfera privada da família tornam-se interesse coletivo. Dessa forma, o político torna-se ferramenta do social e a contradição encontrada no início da idade moderna entre as esferas público e privada se desfazem na constituição da esfera social (ARENDR, 2016).

É apresentada, no quadro 1, uma síntese da evolução dos domínios público e privado no decorrer do tempo. Podemos verificar que, se na Antiguidade os domínios apresentavam contornos claros, eles se perdem na Idade Média, à medida que o domínio público se enfraquece, em prol do privado. Na Idade Moderna, o domínio privado se fortalece até culminar na emancipação da sociedade civil, que penetra no domínio público, diminuindo o Estado até seu tamanho mínimo, tomando-o como seu aparato para o alcance dos seus objetivos. Com essa inversão das instituições políticas e da sociedade, o privado expõe-se ao público, mesclando ambas as esferas na esfera social (ARENDDT, 2016; BOBBIO, 1987). Tal unificação de esferas não significa, por sua vez, uma homogeneização de interesses, o que será abordado, dentre outras questões, no tópico a seguir, sobre a relação entre o Estado e a sociedade civil.

Quadro 1. Relação entre domínios público e privado na história.



Fonte: Baseado em Arendt, 2016.

A sociedade civil e o Estado

Conforme aponta Bobbio (1987), a expressão sociedade civil atualmente remete à dicotomia sociedade civil/Estado, sendo entendida, de forma negativa, pela esfera que compreende as relações sociais não reguladas pelo Estado. No entanto, quando se retoma a trajetória histórica dessa expressão, verifica-se que seu sentido predominante foi de sociedade política ou Estado, sendo diferenciada das sociedades doméstica, natural e religiosa.

Na expressão *societas civilis* (sociedade civil), *civilis* (civil) de *civitas* (cidade) é sinônimo de *politikós* (política) de *polis* (cidade), traduzindo a expressão *koinonéia politiké* de Aristóteles, a qual designava a cidade como forma de comunidade diversa da família e superiora a essa, tendo como caracteres a

autossuficiência e a independência, os quais serão posteriormente característicos do Estado. A concepção do Estado como uma forma de sociedade perdurou por séculos, sendo apresentada como conflito entre a *societas civilis* (sociedade civil) e a *societas fidelium* (comunidade de crentes) enquanto persistiu a controvérsia entre o Estado e a Igreja para delimitação dos seus respectivos limites (BOBBIO, 1987).

Verifica-se o mesmo significado de Estado com a teoria do estado de natureza de Hobbes, estado de total liberdade dos indivíduos, que culminaria em eternos conflitos até que fossem estabelecidos contratos de convívio, configurando a sociedade civil, organização com as características que designariam o Estado. Com a doutrina do direito natural e do contratualismo, o Estado ainda pôde ser compreendido como uma sociedade, à medida que se caracterizou como associação voluntária em defesa de interesses, como a vida, a propriedade e a liberdade (BOBBIO, 1987).

No entanto, quando Maquiavel, considerado fundador da ciência política moderna, fala do Estado, ele se refere não a sua conceituação como sociedade, mas ao poder que este exerce sobre os habitantes e do aparato de que os homens servem para adquiri-lo e conservá-lo. O Estado deixa assim de significar sociedade e passa a ser compreendido como Estado-máquina. A contraposição entre sociedade civil e Estado aumenta com o nascimento e emancipação da sociedade burguesa, decorrendo da diferenciação de tarefas entre aqueles ocupados com a produção das riquezas e aqueles responsáveis pelas instituições políticas (BOBBIO, 1987).

Verificou-se que após o processo de emancipação da sociedade civil seguiu-se um processo inverso de reapropriação pelo Estado. Este, passando de Estado Liberal para Estado social, mal se distingue da sociedade subjacente a que invade através da regulação das relações econômicas. Concomitantemente, deu-se um processo de socialização do Estado com o desenvolvimento de várias formas de participação nas decisões políticas, do crescimento das organizações de massa que exercem direta ou indiretamente algum poder político, por meio da qual a expressão "Estado social" poder ser entendida não só no sentido de Estado que permeou a sociedade, mas também no sentido de Estado permeado pela sociedade. Apesar dessas considerações, a dicotomia sociedade civil/Estado ainda é corrente, não sendo

completa a sobreposição do Estado sobre a sociedade civil ou o contrário (BOBBIO, 1987).

A concepção de Estado liberal também foi chamada de negativa e de Estado-protetor, à medida que sua característica não é de ter fins próprios, como promover o bem-estar geral, mas de remover os obstáculos que se colocam a que cada um alcance o bem-estar individual a partir de suas próprias capacidades e meios (BOBBIO, 1997).

Com a emancipação da sociedade civil ou sociedade civil-burguesa, como chamaria Marx, do Estado, há uma inversão entre as instituições políticas e a sociedade. A sociedade torna-se o todo, tornando o Estado-máquina um aparato coativo do qual poderia fazer uso. Dessa concepção nasce a ideia da extinção do Estado ou ao menos da sua redução aos mínimos termos. Os tratados sobre o Estado passam cada vez mais a fazer parte do tratado geral da sociedade. O Estado como sistema político é transformado em um subsistema do sistema social (BOBBIO, 1987).

O Estado representativo nasce na Inglaterra praticamente como continuidade do Estado feudal e do Estado estamental através da revolução de 1688, enquanto que, na Europa continental, ele provém das ruínas do absolutismo monárquico. Ele resulta do compromisso entre o governante e os representantes do povo, o qual, em um primeiro momento se limitou à classe burguesa. Sua diferença para o Estado estamental está no fato de que este possuía representação por categorias, enquanto que aquele apresenta representação dos indivíduos de forma singular (BOBBIO, 1987).

Com o Estado representativo há a afirmação dos direitos naturais do indivíduo, sendo definidos pela natureza e devendo ser protegidos pela lei, culminando nas declarações de direitos, as quais representam a inversão da relação entre indivíduo e Estado: o indivíduo não é pelo Estado, mas o Estado pelo indivíduo. Seu desenvolvimento coincide com o alargamento dos direitos políticos até o reconhecimento do sufrágio universal masculino e feminino. Com a necessária constituição de partidos organizados, no entanto, houve uma profunda modificação da estrutura do Estado. A representação deixa de ser de indivíduos singulares, mas passa a ser filtrada por poderosas associações, transformando o Estado representativo em Estado de partidos, assemelhando-o ao Estado de estamentos, no

qual os sujeitos políticos relevantes passam ser os representantes de interesses de classe ou presumidamente gerais. As decisões coletivas passam a ser o fruto de tratativas e acordos entre os grupos que representam as forças sociais (os sindicatos) e as forças políticas (os partidos), mais que de votações em assembleia onde vigora a regra da maioria. Apesar de existirem, tais votações passam a cumprir um papel meramente formal, ratificando as decisões tomadas em outras instâncias (BOBBIO, 1987).

A chamada crise do Estado é entendida, conforme analisa Bobbio (1987), pelos escritores conservadores, como crise do Estado democrático, que não consegue responder às demandas provenientes da sociedade e por ele mesmo provocadas; pelos socialistas ou marxistas, como a crise do Estado capitalista, que não consegue mais dominar o poder dos grandes grupos de interesse em concorrência entre si. Por conta dessas questões, renova-se a discussão quanto a um novo "contrato social", através do qual se ressignifica o Estado, diverso tanto do Estado capitalista ou Estado de injustiça, quanto do Estado socialista ou Estado de não-liberdade.

O Estado pode ainda receber uma classificação axiológica. Recebe valor positivo por aqueles que o consideram uma instituição favorável ao progresso civil, sendo desejada a expansão das instituições estatais e tendo vinculação com a concepção de república ótima, que pressupõe que os Estados existentes são imperfeitos, porém aperfeiçoáveis, devendo não ser extinguidos, mas conduzidos à plena realização de sua própria essência. O Estado também é entendido como mal, porém necessário, na concepção religiosa e social. Na religiosa, ele é visto como instrumento de controle da massa perversa, que seria um mal maior que a sua existência (BOBBIO, 1987).

Aplicado à sociedade civil, o Estado como mal necessário assume a figura de Estado mínimo, devendo se limitar a prover a defesa externa, a ordem interna e executar os trabalhos públicos. Conforme expresso por Thomas Paine: "A sociedade é produzida por nossas necessidades e o governo por nossa perversidade; a primeira promove a nossa felicidade positivamente mantendo juntos os nossos afetos, o segundo negativamente mantendo sob freio os nossos vícios. Uma encoraja as relações, o outro cria as distinções. A primeira protege, o segundo pune. A sociedade

é sob qualquer condição uma dádiva; o governo, inclusive na sua melhor forma, nada mais é que um mal necessário, e na sua pior forma é insuportável" (1776, p. 69)⁵ citado por (BOBBIO, 1987).

Uma variante do Estado mínimo é a doutrina anglo-saxã do *guild-socialism*, que elaborou uma verdadeira teoria do Estado pluralista, na qual sua função deve se restringir à de supremo coordenador dos grupos funcionais, econômicos e culturais. O Estado assim é entendido como ente supra funcional e deve ter tarefas de coordenação, não de domínio (BOBBIO, 1987).

A difícil coexistência dos Estados Liberal e do Estado Social contempla o Estado Contemporâneo. Os direitos fundamentais representam a tradicional tutela das liberdades burguesas: liberdade pessoal, política e econômica. Dessa forma, constituem um dique contra a intervenção do Estado. Os direitos sociais, por sua vez, representam direitos de participação no poder político e na distribuição da riqueza social produzida, sendo a via por onde a sociedade entra no Estado (GOZZI, 1998).

Enquanto os direitos fundamentais representam a garantia do status quo, os direitos sociais, pelo contrário, são a priori imprevisíveis (GOZZI, 1998). Marshall (1964)⁶ citado por (REGONINI, 1998) identifica na história política das sociedades industriais três fases:

- Luta pela conquista dos direitos civis de liberdade de pensamento, de expressão etc., ao redor do século XVIII;
- Reivindicação dos direitos políticos de organização, de propaganda, de voto, dentre outros, ao redor do século XIX, culminando no sufrágio universal;
- Reivindicação dos direitos sociais, encarados como pré-requisitos para a consecução da plena participação política.

Há percepção de que o desenvolvimento da sociedade industrial tende a aumentar as situações de dependência, tendo na maioria das vezes causa social, independentemente do controle do indivíduo. Dessa forma, o universalismo da contribuição

⁵ PAINE, T. *Common Sense, Addressed to the Inhabitants of America*, Phoenix, Baltimore (trad. it. in / *diritti delVuomo*, Editori Riuniti, Roma 1978. pp. 65-107), 1776.

⁶ MARSHALL, T.H. *Cittadinanza e classe sociale* (1964).

para sistemas de proteção social não é considerado como oposto ao princípio da justiça. O *Welfare* é encarado assim como uma conquista da civilização (REGONINI, 1998).

Com a consolidação do capitalismo organizado no fim do século XIX e início do século XX, as formas separadas do capital industrial, comercial e bancário se uniram na forma do capital financeiro. As fortes concentrações industriais converteram-se em grupos de pressão, capazes de influir na política interna, como verificado, por exemplo, na Alemanha, com a formação de uma política de proteção aduaneira. O paradigma da relação entre sociedade civil e Estado dessa forma mudou: a política econômica do Estado interfere agora não apenas através de medidas protecionistas, mas também por meio de manobras monetárias do Banco Central e, progressivamente, mediante o fortalecimento de condições infraestruturais favoráveis à valorização do capital industrial. Se antes apresentava-se um Estado que se limitava a garantir as condições de livre-mercado, vê-se agora um Estado que intervém ativamente dentro do processo de valorização capitalista (GOZZI, 1998).

A "questão social" que eclodiu na segunda metade do século XIX surpreendeu a burguesia, sendo o problema principal para a qual ela devia fazer frente e que ainda continua sendo o problema sem solução do Estado moderno. A Inglaterra promulgou em 1601 a chamada Poor Law, pela qual se obtinha o mantimento a expensas da coletividade às custas da renúncia da própria liberdade pessoal. O Estado não previa suas necessidades como portadores de direito à assistência, mas como provável perigo para a ordem pública e para a higiene da coletividade. Foi considerada, assim, mais uma medida de eliminação dos pobres do que de eliminação da pobreza. A tarefa assistencial foi confiada às corporações de artes e ofícios até o início do século XIX, quando a função foi levada adiante pelas sociedades de socorro mútuo, às quais cabiam também atribuições previdenciárias. A previdência social se impôs como uma necessidade em face dos efeitos da Revolução Industrial, que gerou condições de maior pobreza aos trabalhadores e os isolou em aglomerados urbanos desprovidos de laços de solidariedade (GOZZI, 1998; REGONINI, 1998).

A “questão social”⁷ impôs a necessidade do reconhecimento das suas causas e de adequadas intervenções de reforma social. A Inglaterra desenvolveu avançada legislação da atividade fabril, enquanto a Alemanha de Bismarck, por sua vez, engendrou intervenções a fim de estruturar um sistema de previdência social que viria a concretizar-se entre 1883 e 1889, com os primeiros programas de seguro obrigatório contra a doença, a velhice e a invalidez (GOZZI, 1998).

Nasceu, assim, em fins do século XIX, o Estado interventivo como uma alternativa ao Estado liberal, envolvido cada vez mais no financiamento e administração de programas de seguro social. Na realidade, as primeiras formas de *Welfare* buscavam contrastar o avanço do socialismo. Progressivamente, os seguros foram estendidos a outras categorias de trabalhadores, antes exclusiva aos operários, constituindo uma forma de redistribuição de renda (GOZZI, 1998).

Com sua consolidação, o chamado Estado do Bem-estar, Estado assistencial ou *Welfare State* passou a ser identificado como aquele que garante condições mínimas de renda, alimentação, saúde, habitação, educação a todo cidadão não como caridade, mas como direito (REGONINI, 1998).

Os períodos das Primeira e Segunda Guerras Mundiais assinalam um grande passo para a constituição dos Estados assistenciais. As grandes Guerras se caracterizaram pela intensa atuação do Estado durante seu curso e na posterior reconstrução dos países. Verifica-se, na Inglaterra dos anos 40, afirmação explícita do princípio do Estado do Bem-estar social, afirmando o direito dos cidadãos à despeito de sua renda. O slogan do partido trabalhista inglês em 1945 caracterizava um dos fundamentos desse Estado, por “participação justa de todos” estava declarado o universalismo da contribuição. Após o fim da Segunda Guerra Mundial, todos os Estados industrializados tomaram medidas que ampliaram a rede de serviços sociais, instituíram cargas fiscais fortemente progressivas e intervieram na sustentação do emprego ou da renda dos desempregados. Dessa forma, houve o aumento da cota do Produto Interno Bruto (PIB) destinado às despesas públicas, tal como a ampliação

⁷ Se por um lado a “questão social” é entendida pela lógica liberal como um obstáculo para o avanço da sua lucratividade, exigindo ações que amenizem esses problemas, por outro, na concepção social democrata, é vista como resultado da concentração de renda, exigindo o respeito aos direitos sociais, tais como a saúde (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO, 1998).

dos conhecimentos e da organização administrativa para a garantia dos direitos sociais (REGONINI, 1998).

Se no Estado absoluto, as riquezas deste pertenciam a quem estivesse no poder, no Estado contemporâneo, há uma separação entre o poder e as riquezas. Dessa forma, cabe ao Estado, para conseguir desempenhar suas ações, capitalizar-se por meio de impostos. Segundo Gozzi (1998), se, por um lado, a capitalização do Estado não pode fragilizar o mercado, por outro, as demandas liberais e sociais também não deveriam levar a um aumento importante de gastos que o fragilize.

Tal ponderação não é simples, muito pelo contrário, é uma viva e normalmente desigual tensão entre valores, princípios e poderes. Conforme já comentado, se para pensadores mais afeitos ao neoliberalismo a crise do Estado é atribuída ao seu crescimento excessivo diante do suprimento de direitos sociais, os quais inclusive ele questiona serem direitos, para aqueles que defendem correntes social-democratas, a crise se daria pelo excessivo comprometimento do dinheiro público pela iniciativa privada.

Diante da diversidade de concepções quanto às funções do Estado Contemporâneo, é interessante observar aquelas identificadas pela teoria marxista (GOZZI, 1998):

- a) Criação das condições infraestruturais da produção;
- b) Determinação e proteção das leis que compreendem as relações dos sujeitos jurídicos na sociedade capitalista;
- c) Regulamentação dos conflitos entre trabalho assalariado e capital;
- d) Segurança e expansão do capital nacional no mercado capitalista mundial.

Tais funções nitidamente divergem das limitadas funções estatais apontadas por Adam Smith e David Ricardo de manter as instituições militares, policiais, educativas e judiciárias, deixando o resto ao "natural" desenrolar do mercado (GOZZI, 1998).

Essas funções decorreram, conforme a visão marxista, do fato do desenvolvimento capitalista ter se tornado cada vez mais dependente da ciência e da

técnica, exigindo crescentes investimentos infraestruturais na pesquisa e no desenvolvimento, nos transportes e na qualificação da força-trabalho. A intervenção do Estado, assim, socializa tais custos, impondo a toda a sociedade civil o peso do setor econômico mais desenvolvido. O Estado, assim, fornece uma cota de capital constante, que permite balancear a queda da taxa média de lucro (GOZZI, 1998).

Segundo O'Connor (1977)⁸ citado por (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO, 1998), a crise de legitimação se apresenta como crise fiscal do Estado, ou seja, como sua incapacidade de enfrentar a situação contraditória dos interesses do grande capital e da força de trabalho marginal, existentes dentro do corpo social.

A economicização e a socialização do Estado acabam na privatização do seu aparelho, expressa na forma de uma crescente autonomia em relação ao poder do Parlamento e na subordinação a grupos específicos de interesse. A intervenção do Estado daí já não se dá por meio de uma planificação global, mas é substituída pela planificação por projetos, que tem como fim as necessidades das grandes empresas (GOZZI, 1998).

Gozzi (1998) adverte que o Parlamento, esvaziado de capacidade de decisão política que não a mera indicação de critérios genéricos, deixa a aplicação aos múltiplos sistemas administrativo-industriais. Diante da necessidade de criar estruturas organizacionais e formas de intervenção flexíveis, livres das rígidas formas normativas do Estado de direito, o princípio da preeminência do poder legislativo destitui-se de fundamento, com o desvio do poder do Parlamento para o aparelho burocrático e a autonomia do executivo, subtraindo qualquer controle de legitimidade.

Os estudiosos do Estado do Bem-estar consideram o seu desenvolvimento uma quebra da separação entre o Estado e a sociedade civil, característica do Estado liberal. A chamada crise-fiscal do Estado é reconhecida como um indício da incompatibilidade natural entre as duas funções do Estado Contemporâneo: o fortalecimento da garantia de direitos sociais e o apoio à acumulação capitalista. A relação reconhecida entre Estado e sociedade “não é mais entendida em termos de

⁸ J. O'CONNOR. *La crisi fiscale dello Stato* (1973), Einaudi, Torino 1977.

equilíbrio, mas como elemento de uma crise que levará à natural eliminação de um dos dois polos” (REGONINI, 1998, p. 418).

A difícil relação entre o Estado Liberal e o Estado Social é sumarizada na figura 1, na qual se visualiza os direitos fundamentais e sociais serem exigidos do Estado, ao mesmo tempo que este se capitaliza por meio de impostos. Da proteção a cada tipo de direito é possível vislumbrar um tipo de Estado, o Liberal e o Social, os quais, compartilhando o orçamento, realizam ações em prol da valorização do empresariado, do controle dos pobres antes do controle da pobreza, bem como ações sociais com a finalidade de distribuição da riqueza social adquirida (GOZZI, 1998).

Apresenta-se assim o Estado não como entidade neutra, mas arena de disputas políticas. Fleury (1994) observa que o Estado não é um instrumento inerte meramente utilizado pelas classes dominantes, mas sim palco da luta de classes, tendo por finalidade na sociedade capitalista manter a reprodução do modo de produção. À medida que as relações entre os trabalhadores e os capitalistas são tensas e conflitivas, estes se valem de um terceiro sujeito social, as instituições estatais. Estas, segundo Althusser (1998)⁹ citado por (PEREIRA JÚNIOR, 2013), se valem da repressão e de aparelhos ideológicos para exercer seu controle, sendo exemplos destes, dentre outros, a polícia, o poder judiciário e a educação.

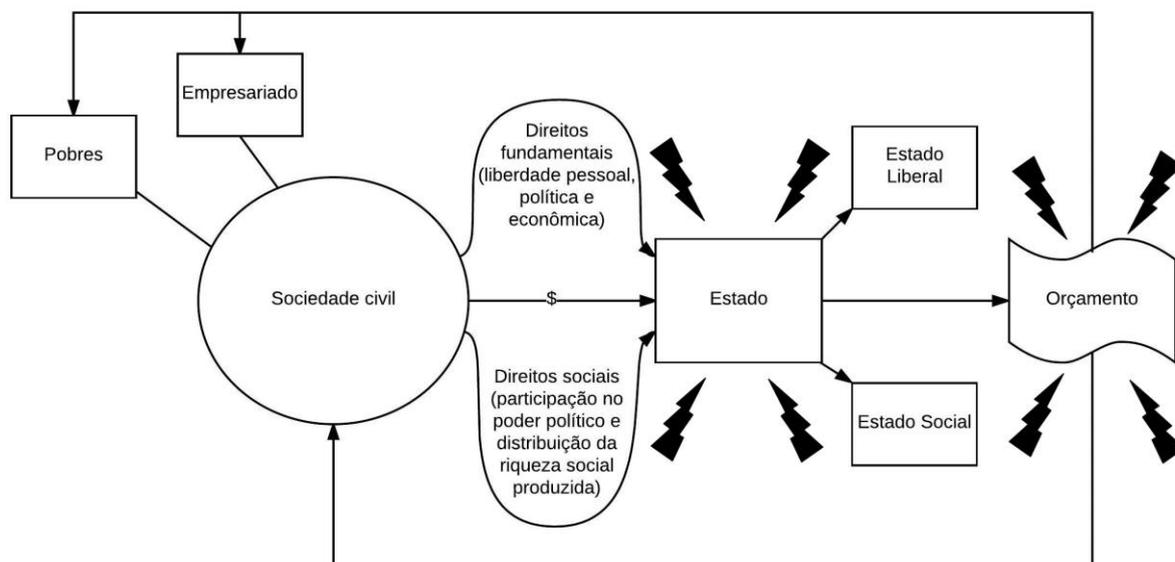
Gramsci (1976)¹⁰ citado por (PEREIRA JÚNIOR, 2013) trabalha com o conceito de hegemonia, havendo a promoção pelo Estado do predomínio ideológico dos valores e normas burguesas sobre as classes subalternas. Diante disso, o autor propõe que o Estado seja sitiado, pelo desenvolvimento de uma contra-hegemonia na sociedade civil, destituindo da classe dominante a capacidade de controle.

Observa-se, conforme apontado, que a esfera social proveniente da unificação das esferas pública e privada descrita por Arendt (2016) é palco de projetos concorrentes, dentre os quais a promoção de políticas públicas e o apoio público ao mercado.

⁹ ALTHUSSER, L.P. Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

¹⁰ GRAMSCI, A. Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. 2ª. ed. [tradução de Luiz Mário Gazzaneo] Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1976.

Figura 1. Representação esquemática da relação entre o Estado Liberal e o Estado Social.



Fonte: Baseado em Bobbio, 1987, 1998.

As políticas públicas e a administração pública

Segundo Vieira (2001), quando falamos de políticas públicas, estamos nos referindo a estratégias governamentais que podem intervir nas relações de produção, caracterizando as políticas econômicas, ou, nas questões sociais, tratando-se então das políticas sociais. O autor observa, no entanto, que a distinção entre políticas sociais e econômicas é meramente didática, visto que se relacionam mutuamente.

O autor considera que no Brasil e no restante da América do Sul são empregadas políticas econômicas discutíveis, praticamente não atreladas de políticas sociais. Tal fenômeno estaria associado a intervenções governamentais não no sentido keynesiano e de promoção de um Estado de Bem-Estar Social, como verificado nos países altamente capitalizados, mas apenas no sentido de resguardar alguns serviços sociais, de forma setORIZADA, fragmentada e emergencial (VIEIRA, 2001).

O autor apresenta tal processo como fruto de um neoliberalismo que chegou ao Brasil em sua fase tardia, não como neoliberalismo puro, mas constituído de recomendações de organismos internacionais. Estas medidas de ajuste,

normalmente não aplicadas nos países de origem, orientavam firmemente como deveriam se dar as políticas nacionais (VIEIRA, 2001).

Com o advento do capitalismo financeiro, à medida que a concentração do capital passou a se dar por meio da renda e não do lucro do capitalismo produtivo, os Estados se viram submetidos a importantes pressões rentistas. Tal dinâmica é evidenciada pelo endividamento estatal dos países tanto pela dívida externa, quanto interna. Esse endividamento limita de forma estrutural a realização de políticas públicas, visto que a racionalidade econômica implica em ajuste financeiro permanente, retirando dinheiro de políticas sociais para o pagamento das dívidas (OURIQUES, 2001).

Campos (2001, p. 64-67), ao analisar as políticas sociais, observa que a criação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma Reforma do Estado democrática e contra-hegemônica. Tal fato se dá pelo importante grau de antagonismo com a liberalização da economia, desmonte de políticas públicas e avanço do modelo neoliberal. O autor considera que a conquista do SUS foi possível, mesmo no auge do neoliberalismo, diante da união de uma diversidade muito grande de atores sociais, como “políticos, técnicos, setores populares, trabalhadores de saúde, docentes, pesquisadores, igrejas”.

Essa luta também se deu no campo institucional, transformando a gestão e a atenção de serviços e de sistemas locais de saúde, sem esperar grandes alterações políticas prévias e gerando resultados que passariam daí a pressionar mudanças de normas e estruturas, bem como da visão de mundo, tomando a saúde como direito de todos e não mais apenas dos trabalhadores formais (CAMPOS, 2001).

Historicamente são observadas diversas reformas do Estado brasileiro, as quais tiveram, no entanto, cunho majoritariamente liberalizante. A chamada administração burocrática¹¹ tem seu início nos anos de 1930 durante o governo

¹¹ Apresentada por Bresser-Pereira (BRASIL, 1995) como uma forma de administração que surge na segunda metade do século XIX e que se caracteriza pelo combate ao uso da máquina pública com fins privados, escusos. O autor entende que “parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas”, sendo necessários controles rígidos dos processos, como, por exemplo na admissão de pessoal, nas compras e no atendimento a demandas.

Vargas. Concomitante à ascensão do capitalismo moderno, a administração pública sofre um processo de racionalização caracterizado pelas primeiras carreiras burocráticas, baseadas no princípio do mérito profissional, bem como pela utilização de princípios da administração científica de Taylor, visando simplificação, padronização e aquisição racional de materiais, revisão de estruturas e aplicação de métodos na definição de procedimentos. O patrimonialismo¹², no entanto, mantinha sua força no cenário brasileiro, sendo substituída sua figura pela do coronelismo (BRASIL, 1995).

A administração pública passou por diversas formas nos sucessivos governos, sendo exemplificadas por práticas como a extinção e a criação de órgãos e a criação de estruturas paralelas que visavam trazer maior flexibilidade. O decreto de lei 200 de 1967 é entendido, por sua vez, como um dos primeiros passos no sentido de um modelo gerencial¹³. Com ele, são criadas as empresas públicas e as sociedades de economia mista e modificadas as autarquias¹⁴, entidades da administração indireta para as quais o Estado então descentraliza parte das suas atividades como uma tentativa de flexibilizar a administração. Novas ações no sentido da administração gerencial ocorreram com a criação da Secretaria da Modernização nos anos 70 e do Ministério da Desburocratização e do Programa Nacional de Desburocratização nos anos 80 (BRASIL, 1995).

Soares (2001, p. 46-47) observa, no entanto, que as chamadas “reformas constitucionais” vem sendo perpetradas desde os anos 90, sob o argumento de que o principal empecilho para a “modernização” e “abertura” do país seria a Constituição Cidadã de 1988. Seu projeto mais bem-acabado teria sido o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado do Ministério da Administração Federal e da Reforma do

¹² Segundo Bresser-Pereira (BRASIL, 1995) a administração patrimonialista caracteriza-se pelo período prévio à ascensão do capitalismo, quando o Estado funcionava em prol do soberano e não do povo, sendo a prática da corrupção e do nepotismo inerentes ao seu funcionamento.

¹³ Segundo Bresser-Pereira (BRASIL, 1995) o modelo gerencial é caracterizado pela incorporação de métodos da administração privada ao público, tendo como essência, segundo o autor, o foco no resultado ao invés do meio.

¹⁴ As autarquias têm seu primeiro conceito legal apresentado no Decreto-Lei Nº 6.016, de 22 de novembro de 1943, durante o governo de Getúlio Vargas, sendo embasado atualmente pelo Decreto-Lei Nº 200, de 1967, decretado por Castelo Branco durante o governo militar, o qual também instituiu as empresas públicas e as sociedades de economia mista. Nesse mesmo decreto são incluídas as fundações públicas, por meio da Lei nº 7.596, de 1987, promulgada durante o governo de José Sarney.

Estado (MARE), promovido no governo de Fernando Henrique Cardoso pelo então ministro Bresser-Pereira.

A autora chama a atenção, dentre as questões, a de que não existem reformas neutras, adequadas e boas para todo o país, mas sim aquelas que atendem a determinados interesses. Observa ainda que a proposta de reforma se limitou à conotação administrativa, não envolvendo “problemas de fundo como o padrão de financiamento do Estado, a sua capacidade em minimizar as profundas desigualdades sociais e econômicas do país através de políticas de distribuição de renda e equalização do acesso a serviços públicos essenciais” (SOARES, 2001, p. 47).

Soares (2001, p. 47-48) observa que a teoria do “desvio” do Estado de suas funções é um dos principais argumentos utilizados pelo MARE, sendo creditado a esse desvio um aumento exagerado do Estado, que passa a não dar conta da “sobrecarga de demandas”, particularmente as sociais, gerando uma ingovernabilidade e configurando uma “crise do Estado”. As causas dessa crise seriam, assim: o aspecto fiscal, caracterizado pela perda de “poupança” pública; o esgotamento da “estratégia estatizante”; e a forma “burocrática” de administrar o Estado. Dentre as causas apresentadas no documento não figuram, por sua vez, o financiamento e o endividamento estatal, pontos de fundamental importância conforme já apresentado.

Diante desse cenário, são apresentadas propostas de reajuste fiscal, porém não de forma ampliada, a qual foi adiada; reformas econômicas “orientadas para o mercado”, que garantiriam a “concorrência interna”, inclusive no setor da saúde, havendo a competição entre estabelecimentos públicos e da iniciativa privada, de forma semelhante ao fracassado mercado interno¹⁵ inglês; reforma previdenciária,

¹⁵ O National Health Service (NHS), sistema de saúde inglês, passou desde sua criação em 1948 por diferentes reformas atreladas ao posicionamento político dos partidos no governo. Conforme aponta Conill (2012), observa-se no período de 1983 a 1996, um movimento de gestão com a concepção empresarial, iniciado com a era Thatcher e norteado pelo princípio do gerencialismo. Com ele foi criado o chamado mercado interno, no qual as autoridades distritais passaram a ser compradores de serviços hospitalares e de atenção secundária, os quais se tornaram trusts, ou seja, pequenas empresas que gerariam seu próprio orçamento dentro do sistema público. Os *general practitioners* (GP) também foram incumbidos de gerenciar seus fundos para realizar a compra direta dos serviços necessários. Além dessa, foram instituídas ainda outras medidas de caráter gerencial, como a incorporação da figura de administradores em todas as instâncias do NHS. Essas medidas foram muito criticadas, não sendo

com a remoção de privilégios, leia-se direitos e benefícios; e reforma do aparelho do Estado a fim de aumentar a “governança” (SOARES, 2001).

Soares (2001, p. 50-51) aponta que os caminhos apontados para a correção dos desvios do Estado foram a descentralização de ações, seja pela privatização daquelas que poderiam ser “controladas pelo mercado” ou pela chamada publicização dos serviços sociais como educação, saúde, cultura e pesquisa científica, transferindo-os para um setor “público não-estatal”¹⁶. A autora identifica nessa proposta de reforma um movimento maior no sentido de um setor público não-estatal, que se responsabilizaria pela execução de dos serviços que não envolvessem o exercício do “poder de Estado”. Ela observa que “mesmo naqueles países com maior tradição de participação de entidades não-estatais na prestação de serviços sociais, esse modelo vem sendo criticado à medida em que não está dando conta de compensar a forte retração dos respectivos Estados, tanto no financiamento quanto na gestão dos serviços públicos”.

Dentre as inspirações para a administração pública gerencial brasileira está o chamado Consenso de Washington, documento produzido em 1989 pelo governo americano de Reagan junto a órgãos financeiros internacionais sediados nos EUA, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) em resposta à crise fiscal da América Latina (BAGATTOLLI, 2009).

Como respostas a essas causas, o documento apresentava diretrizes a serem seguidas pelos países da América Latina, estando, dentre suas medidas, a

identificados ganhos concretos relacionados ao tempo de espera dos usuários, bem como foi observado aumento dos gastos com estruturas gerenciais, dificuldades de realizar compras de forma eficiente por parte das autoridades distritais e problemas decorrente do ambiente de competição onde se prezava pela colaboração (CONILL, 2012).

¹⁶ Cabe ainda acrescentar os setores apresentados no Plano Diretor como núcleo estratégico, que corresponderia ao setor que define as leis e as políticas públicas e o de atividades exclusivas, “setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar”, como “a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias”, dentre outros. Esses setores deveriam, respectivamente, continuar com a administração burocrática, porém altamente influenciada pela cultura gerencial e deixar de ser estatal e passar a se constituir como autarquias e fundações enquanto agências autônomas, baseadas no controle a posteriori dos resultados e na competição administrada (BRASIL, 1995).

abertura das suas economias, a redução do Estado e o aumento das privatizações (BATISTA, 1994).

Batista (1994) denuncia as contradições do Consenso de Washington, tendo como exemplos:

- Proposta de redução do Estado e opção por aumento dos gastos públicos nos países de Primeiro Mundo. Os EUA, por exemplo, aumentaram seu gasto público de 10% no início do século XX passaram para 37% do PIB em 1980. O gasto público na Europa atingiu a 45%, mais do dobro da que se registra na América Latina. Esse aumento ilustra o papel do Estado enquanto regulador, planejador e empresário ao longo de toda a história da Revolução Industrial;
- Proposta de privatização e opção por manutenção do monopólio estatal, como é o caso da Alemanha, não só em setores tradicionais como ferrovias, mas também em área de ponta como telecomunicações. Para o autor, a apontada ineficiência das empresas públicas não contempla o desmonte por qual passam suas gestões, submetidas a políticas de Estado que a sacrificaram;
- Proposta de abertura rápida e unilateral do mercado e opção por abertura ponderada das fronteiras. No Primeiro Mundo, diferentemente do que recomenda, realiza a abertura dos mercados com a observância de “três princípios básicos: 1. Obtenção de contrapartidas equivalentes dos parceiros comerciais; 2. Admissão de cláusulas de salvaguarda contra a concorrência desleal ou capaz de desorganizar mercados; e 3. Gradualidade na redução das barreiras tarifárias (BATISTA, 1994, p. 21).

Batista (1994, p. 16) retrata o contexto do consenso de Washington, marcado pelas dívidas externas dos países latino-americanos, inclusive do Brasil. Nesse cenário, essas nações tornaram-se “importantes exportadores líquidos de capital”, transferindo, por exemplo, entre 1982 e 1991 US\$ 195 bilhões de dólares, quase o dobro, em valores atualizados, do que os EUA doaram à Europa ocidental entre 1948 e 1952 sob o Plano Marshall. Comparativamente, os EUA reduziram em dois terços a dívida alemã após a Segunda Guerra Mundial e concederam mais 35

anos de prazo para amortização, a juros favorecidos, do saldo remanescente, visto seu interesse de recuperação da Alemanha no contexto da guerra fria.

Para reescalonar as dívidas, os países latino-americanos pagaram com a estagnação, quando não com a recessão, realizando uma distribuição iníqua do ônus seja através da redução do salário real ou pelo aumento do desemprego, que aprofundaria ainda mais a miséria. “No Brasil, por exemplo, a participação dos salários numa Renda Nacional estagnada se reduziria à metade do que fora no início da crise da dívida externa” (BATISTA, 1994).

A fim de adquirir as divisas necessárias ao serviço da dívida externa, o governo, impossibilitado de aumentar a receita tributária num clima de recessão, foi buscar recursos por processos inflacionários, diretamente pela emissão de moeda ou indiretamente por endividamento interno a curto prazo e taxas de juros altas. As consequências foram, mais uma vez, especialmente onerosas para as camadas menos favorecidas da população. Tais opções tornariam difícil equilibrar as contas públicas uma vez que o serviço da dívida externa consome substancial parcela da receita tributária do país (BATISTA, 1994).

Bagatolli (2009) apresenta críticas ao modelo gerencial, apontando inicialmente que não havia consensos com relação à reforma necessária diante da crise pela qual os países estavam passando na década de 1980, inclusive porque concomitantemente a reforma do Estado apresentada pelo plano diretor citado há pouco, estava em curso no país um novo paradigma reformista de Estado, que rearticulava o Estado e a sociedade, combinando a democracia representativa e a participativa. Esta reforma era defendida por intelectuais da esquerda e por lideranças do Partido dos Trabalhadores (PT), manifestando-se na defesa da esfera pública não-estatal e na criação de espaços públicos de negociação e deliberação, o que se constituiria na chamada Administração pública societal.

É apontado ainda que a reforma causou uma fragmentação do aparelho do Estado, pois os novos arranjos não substituíram totalmente os antigos, havendo uma convivência de ambos. Além disso, critica-se que as agências reguladoras não alcançaram níveis satisfatórios de eficiência e de participação social. Não dispunham de canais efetivos de controle social, sendo os existentes marcados por uma correlação injusta de forças, entre empresas dotadas de conhecimentos técnicos de

seus especialistas e cidadãos unidos apenas de sua “força de vontade” (BAGATTOLLI, 2009).

Ainda com relação à participação social, critica-se a ausência da constituição de canais de comunicação com os usuários no núcleo estratégico, espaço em que se daria a constituição das políticas a serem executadas nos demais níveis (BAGATTOLLI, 2009). Essa questão não havia sido esquecida por Bresser-Pereira que, ao considerar o governo Collor sem conhecimentos e sem capacidade política para lidar com a crise fiscal, afirma que ele “De um lado, revela incapacidade de controlar a inflação, que já se aproxima dos 20% mensais, apesar da estagnação da economia e do início de uma grave recessão; e, de outro, demonstra incapacidade de negociar e obter os apoios políticos mínimos para as reformas necessárias, na medida em que insiste em manter uma relação plebiscitária com as massas populares” (BRESSER-PEREIRA, 1991, p. 20).

É nesse cenário que o SUS é instituído, tendo o Estado suas atribuições modificadas, descentralizando atividades não exclusivas para entidades públicas não estatais, favorecendo a transição do chamado “modelo burocrático” para o “modelo gerencial” de administração pública. A partir desse movimento, vários dispositivos legais foram instituídos no sentido de fortalecer e reordenar os termos de cooperação entre o Estado, a sociedade e o mercado, como, por exemplo, as leis das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e das Parcerias Público Privadas (CANABRAVA, ANDRADE, *et al.*, 2007).

As formas de organização

Apresentamos a seguir a complexidade de questões que envolve o conceito polissêmico nominado “formas de organização” no âmbito da saúde, objeto estudado no presente trabalho e que foi apresentado de forma sucinta, sem pretensão alguma de esgotar o tema.

Cabe destacar que a nomenclatura atribuída à classificação dos tipos de administração existentes é diversificada. Publicações referem-se ao tema usando-se de expressões como “modelos organizacionais” e “modelos de gestão”. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2006a) as apresenta como “naturezas de organização”. O presente estudo se vale da expressão forma de

organização, baseando-se na obra de Salgado (2012), que trata dessa temática na perspectiva da saúde pública.

Administração Direta

A Administração Direta é o conjunto de órgãos públicos que integram as pessoas jurídicas políticas e, devido a isso, também é conhecida como Administração Centralizada. Os órgãos públicos, conforme descreve Meirelles (2010)¹⁷ citado por (BORTOLETO, 2014), são “centros de competências instituídas para o desempenho de funções estatais, através de seus agentes, cuja atuação é imputada a pessoa jurídica a que pertencem”. O órgão não tem vida própria, não tem personalidade jurídica, é despersonalizado. O agente público está lotado no órgão, que, por sua vez, faz parte de uma pessoa jurídica política. Assim, quando o agente pratica o ato, é a própria pessoa jurídica que está atuando (BORTOLETO, 2014).

O agente público, conforme definição de Meirelles (2010) citado por (BORTOLETO, 2014), são “todas as pessoas incumbidas, definitiva ou transitoriamente, do exercício de alguma função estatal”. Conforme o mesmo autor, agente público pode ser dividido em agente político, agente administrativo, agente honorífico, agente delegado e agente credenciado. A título do objetivo desse trabalho, nos limitaremos ao estudo dos agentes públicos administrativos.

Os agentes públicos administrativos são as pessoas que possuem uma relação funcional com a Administração Pública. Nessa categoria estão:

- Servidores públicos propriamente ditos: ocupantes de cargo efetivo ou de cargo em comissão; regidos por leis específicas, denominadas estatutos e, por isso, são chamados de estatutários;
- Empregados públicos: são aqueles regidos pela CLT e, assim, chamados de celetista;
- Servidores temporários: são aqueles que exercem função temporária na Administração Pública, submetidos à legislação específica e que são contratados para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.

¹⁷ MEIRELLES, H.L. Direito Administrativo Brasileiro. 36. Ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

Os agentes públicos ocupam cargos públicos, os quais estão inseridos em órgãos públicos, que integram uma pessoa jurídica. O acesso ao cargo público pode se dar por concurso ou não. O cargo é próprio das pessoas de direito público, sendo inerente ao regime estatutário. O local ocupado pelo agente público contratado para desempenhar suas funções sob o regime celetista é o emprego público (BORTOLETO, 2014).

A CF de 1988 define como regra o ingresso no cargo ou emprego público por meio de aprovação em concurso público, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração

Não se faz concurso público, além do provimento de cargos em comissão, quando se tratar de contratação temporária (art. 37, IX, CF 1988) e da contratação de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias (art. 198, § 4º, CF 1988). A contratação temporária, por sua vez, deve decorrer de, conforme decidido no Supremo Tribunal Federal (STF), “uma necessidade temporária de excepcional interesse público” (BRASIL, 2005c).

Por conta do regime jurídico único, cabe à União, aos Estados e aos Municípios, no tocante à administração direta, às autarquias e às fundações públicas, optar pelo regime estatutário ou celetista para a contratação de pessoal. Quanto à realização de compras e contratação de serviços, a CF de 1988 (art. 37, XXI) dispõe a exigência de licitação como regra e que a sua não realização é exceção. A licitação é definida como o processo administrativo instaurado pela Administração Pública consistente na disputa igualitária entre os interessados em celebrar contrato com ela, para a escolha da proposta que permita a melhor contratação em face do interesse público. Ela tem por finalidade, assim, servir para a escolha da melhor proposta e permitir a participação de qualquer interessado que preencha os requisitos exigidos (BORTOLETO, 2014).

A licitação não é obrigatória nos casos de dispensa e inexigibilidade, conforme apresentado na lei nº 8.666/93 (BRASIL, 1993). Os critérios de não obrigatoriedade da licitação são diversos e previstos todos em lei, não cabendo ao administrador afastá-la indevidamente, sob pena de crime de improbidade administrativa (BORTOLETO, 2014).

Administração Indireta

A Administração Indireta, conforme o art. 4º, II, do Decreto-Lei 200/67 (BRASIL, 1967), compreende as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas e as sociedades de economia mista. Havendo o acréscimo dos consórcios públicos, em decorrência da Lei nº 11.107/05 (BRASIL, 2005b). Nessa situação, podemos observar vigorando a opção pela descentralização, na qual outra pessoa jurídica é criada para a realização de determinada atividade administrativa, as chamadas pessoas administrativas. Dessa forma, não é possível se falar em hierarquia, já que não há relação hierárquica entre um órgão da administração direta e uma entidade da administração indireta. Entretanto, a entidade criadora tem por dever fiscalizar a entidade criada para verificar se o objetivo da criação está sendo atendido. É a aplicação do princípio da tutela, no qual há o controle da finalidade, sem relação de subordinação, mas sim de vinculação.

Como são pessoas jurídicas, os entes administrativos possuem autonomia administrativa, patrimônio próprio e capacidade processual. Podem, ainda, ter personalidade de direito público ou privado. Lembrando que o regime de direito privado na esfera pública é, na verdade, um regime híbrido, misto, porque há normas de direito privado e normas de direito público. Uma pessoa administrativa com personalidade de direito privado deve obediência aos princípios constitucionais e sua instituição só ocorreu em para a busca do interesse público (BORTOLETO, 2014).

Autarquia

A autarquia pertence à Administração Indireta (Decreto-Lei nº 200/67 – art. 5º), podendo ser definida como uma pessoa jurídica de direito público, com patrimônio próprio e autonomia administrativa, criada para executar atividade típica da Administração Pública. Suas atividades estão sujeitas ao controle de finalidade pela Administração Direta e não podem ter cunho econômico. Possui personalidade de direito público, submetendo-se ao regime de direito público. Desse modo, realiza concurso para contratação de pessoal, que via de regra são estatutários, bem como deve licitar antes das contratações.

Fundação pública

A fundação pública (Decreto-Lei nº 200/67 – art. 5º, IV - incluído pela Lei nº 7.596/87), também pertencente à Administração Indireta, pode ser definida como

pessoa jurídica de direito público ou privado (híbrido), com autonomia administrativa, com área de atuação de interesse público, sem cunho econômico. A Fundação Pública de Direito Privado, por ter personalidade jurídica de direito privado, segue as normas de direito privado, conforme já mencionado, com características híbridas. Sua criação é autorizada por lei, submete-se à fiscalização do Tribunal de Contas, bem como à tutela da Administração Direta, com quem estabelece relação de vinculação. Seus empregados são empregados públicos, regidos pela CLT e contratados via concurso público (BORTOLETO, 2014). Conforme observa Salgado e Leite (2016), os empregados públicos, apesar de não possuírem estabilidade como os estatutários, detêm maior segurança no trabalho que os empregados celetistas das entidades privadas, visto que não podem ser demitidos do cargo por motivo alheio ao interesse público¹⁸.

Devem realizar licitação para fazer suas compras e licitações. A Fundação Pública de Direito Público é considerada, para a maioria da doutrina, como espécie de autarquia, não apresentando diferenças significativas dessa para o escopo do trabalho (BORTOLETO, 2014).

Agência executiva

A agência executiva não é uma nova personalidade jurídica, mas sim uma qualificação que pode ser recebida pelas autarquias ou fundações públicas ao estabelecerem contratos de gestão com a Administração Direta. Segue o princípio da eficiência da Administração Pública, garantindo maior autonomia às pessoas jurídicas, valendo destacar que os limites para licitação dispensável nos casos de autarquias ou fundações públicas qualificadas como agências executivas são expandidos (BORTOLETO, 2014).

Empresa pública

A Empresa Pública (Decreto-Lei nº 200/67 – art. 5º, II) integra a Administração Indireta, possui personalidade de direito privado (híbrido, conforme já comentado), patrimônio próprio e autonomia administrativa. Seus funcionários são

¹⁸ Os empregados públicos só podem ser demitidos, segundo a doutrina apontada pelos autores, por falta grave do trabalhador ou por “interesse do serviço”, com condições e processo devidamente estabelecidos em regulamento, aprovado pela categoria e sancionado pelo Poder Público” (SALGADO e LEITE, 2016).

empregados públicos, regidos assim pela CLT e contratados via concurso público. Possuem capital integralmente público, diferentemente das Sociedades de Economia Mista, que têm capital majoritariamente público e com quem compartilham diversas semelhanças. Devem realizar licitação para a compra e contratação de serviços, porém dispõem de um limite maior que a Administração Pública no caso de licitação dispensável.

Consórcio Público

O consórcio público é uma forma de descentralização das atividades estatais, sendo previsto no artigo 241 da CF e disciplinado pela lei 11.107/2005 (BRASIL, 2005b). Trata-se de uma pessoa jurídica formada exclusivamente pelos entes da federação para cooperarem em prol de um objetivo comum. Sua personalidade jurídica pode ser de direito público com natureza autárquica ou de direito privado sem fins econômicos, observando neste caso o regime híbrido, com a mistura de normas dos direitos público e privado, conforme já abordado (BORTOLETO, 2014; SALGADO, 2012).

O consórcio público deve realizar concurso público e licitação. Nesta, beneficia-se da mesma vantagem em favor da autarquia e da fundação qualificadas como agência executiva, com limite de valor maior para dispensa de licitação. Tanto no caso de direito privado, como no de público, à despeito da realização de concurso público, os contratados são regidos pela CLT (BORTOLETO, 2014; SALGADO, 2012).

Iniciativa privada sem fins lucrativos

As entidades do setor privado sem fins lucrativos que desenvolvem atividades de interesse público, também chamadas de terceiro setor, atuam de maneira paralela ao Estado e com ele cooperam. Não são integrantes, desse modo, da administração indireta (BORTOLETO, 2014).

Salgado (2012, p. 47) aponta que “a relação contratual não tem força para transmitir ao particular os deveres e as responsabilidades de um órgão ou entidade pública. Somente a lei pode fazê-lo, nos casos e na forma prevista na Constituição. Sendo assim, a atividade ou serviço pelo particular não pode ser qualificado como pública, mas de interesse ou relevância pública, quando contribui para o alcance dos objetivos sociais do Estado Brasileiro”.

A atividade pública realizada por órgãos da administração pública está prevista por lei e sujeita-se às obrigações e responsabilidades do regime administrativo do direito público. São observados assim os princípios da supremacia do interesse público, da legalidade, a impessoalidade, da moralidade, da transparência e da eficiência. Outras diretrizes observadas são, por exemplo, a laicidade, o respeito às diferenças e a gratuidade. A atividade de interesse público é realizada por um particular, caracterizado como pessoa física ou jurídica civil não estatal. Sua atividade não é expressa em lei, mas limitada por essa, permitindo seu livre interesse e iniciativa. Mesmo em contrato com o Poder Público, o particular não é regido pelas regras da Administração Pública, mas sim pelas normas estabelecidas no contrato ou outro instrumento do gênero, ao qual se submete voluntariamente (SALGADO, 2012).

Conforme aponta Santos (2012), a CF de 1988 se constituiu por meio de uma árdua luta na Assembleia Nacional Constituinte, entre o que se denominou de “Centrão” e o movimento sanitário, que defendia uma reforma com o direito à saúde no seu centro. A autora aponta que, se por um lado a reforma sanitária foi vitoriosa com a instituição do direito à saúde no texto constitucional, por outro houve perdas no tocante à operacionalização dessa, com a substituição na CF da expressão “são de natureza pública as ações e serviços de saúde” por “são de relevância pública as ações e serviços de saúde”.

No tocante à participação da iniciativa privada na saúde, foi garantida sua atuação na assistência à saúde (art. 199 da CF de 1988). Santos (2012) reforça daí a necessidade de termos claro o significado de assistência à saúde, sugerindo como definição “as ações e os serviços que se voltam para a assistência direta ao cidadão, usuário dos serviços de saúde”. Dessa forma, não é permitida pela CF a participação em outras atividades de saúde, estando, dentre elas, a gestão, seja feita de forma parcial ou total.

Organização Social e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

De acordo com a Lei 9.637/98 (BRASIL, 1998b), pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que realizem atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, podem ser qualificadas como “Organizações

Sociais”. Desse modo, fica claro aqui que organização social (OS) se trata de uma qualificação. Essa, pode ser aplicada a associações e a fundações privadas.

Cumprindo os requisitos exigidos em lei, a associação ou fundação privada pode receber o título de OS, podendo então celebrar contratos de gestão com o poder público. Para o cumprimento do que for estabelecido no contrato de gestão, podem ser destinados recursos orçamentários, bens públicos e servidores públicos à OS (art. 12 e 14). Caso sejam descumpridas as cláusulas do contrato, é possível sua desqualificação por meio de processo administrativo, garantida a ampla defesa. Pelos requisitos apresentados em lei, não há necessidade de que a pessoa jurídica exista anteriormente. Pode ser criada e, logo em seguida, pleitear sua qualificação e, assim celebrar contrato de gestão e receber verba pública, bens públicos e servidores públicos (BORTOLETO, 2014). Di Pietro (2010)¹⁹ citado por (BORTOLETO, 2014), nesse sentido, afirma que são “entidades fantasmas, porque não possuem patrimônio próprio, sede própria, vida própria. Elas viverão exclusivamente por conta do contrato de gestão com o poder público”. Cumpre fazer a ressalva de que as leis do estado, lei complementar nº 846, de 1998 (BRASIL, 1998a), e do município, lei nº 14.132, de 2006, de São Paulo exigem a existência prévia da entidade por cinco anos.

A escolha da entidade a ser qualificada como OS é discricionária (art. 1º). Não há licitação para a escolha da entidade e, no mesmo sentido, uma vez qualificada, a OS pode ser contratada, com dispensa de licitação, para prestação de serviços, desde que esteja qualificada na respectiva esfera de governo e o serviço esteja previsto no contrato de gestão, nos termos do art. 24, XXIV, da lei nº 8.666/93. Há bastante crítica da doutrina sobre isso, no sentido de que essa transferência de atividade do setor privado deveria ocorrer por meio de licitação. A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923 (BRASIL, 1998c), que questionava a lei nº 9.637/98 (BRASIL, 1998b), foi julgada como parcialmente procedente pelo Supremo Tribunal Federal (STF), permitindo a dispensa da licitação, porém salientando que tanto a contratação com terceiros como a seleção de pessoal devem ser conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal (BRASIL, 2015).

¹⁹ DI PIETRO, M.S.Z. Direito Administrativo. 23. Ed. São Paulo, Atlas, 2010.

A presença do Poder Público no Conselho de Administração da OS é entendida por Salgado (2012) como uma espécie de cogestão da entidade civil. Sua representação é majoritária quando junto da sociedade civil, conforme disposto em lei. De forma diferente, não há previsão de participação do Poder Público no conselho da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), caracterizando sua governança como apenas privada (SALGADO, 2012).

De acordo com art. 1º, § 5º, do Decreto nº 5.504/05 (BRASIL, 2005a), as obras, compras, serviços e alienações realizadas pelas OS e pelas OSCIP, com recursos oriundos da União, em razão do contrato de gestão, deveriam ser precedidas de licitação e, caso fossem aquisição de bens e serviços comuns, deveria ser usada a modalidade pregão, preferencialmente o pregão eletrônico (art. 1º, § 1º). O Decreto nº 6.170/07 (BRASIL, 2007), em seu art. 11, por sua vez determina que a aquisição de produtos e contratações de serviços com recursos transferidos pela União a entidades sem fins lucrativos deve observar, no mínimo, cotação de preços. Com isso, há doutrinários que sustentavam que a licitação não seria mais obrigatória, enquanto outros entendiam que a obrigação ainda persistia, visto que o decreto mencionado contém norma geral para “as entidades sem fins lucrativos” e, por sua vez, o Decreto nº 5.504/05 tem norma específica para as OS e OSCIP.

Salgado (2013) observa que os decretos que interferem com a gestão das entidades privadas são verdadeiras antinomias jurídicas, visto que não é porque desempenham parceria com o poder público que passarão a pertencer à administração pública, sob os controles legais desta. A autora observa que os controles da administração pública sobre a iniciativa privada se limitam ao contrato estabelecido entre as entidades, acordado voluntariamente e que dispõe das condições a serem cumpridas por ambas. No caso das OS, por exemplo, o regramento da sua gestão não se dá pelas leis, mas pelo contrato de gestão e, da OSCIP, pelo termo de parceria.

Da mesma forma, a menos que disposto no instrumento que estabelece a parceria, não há interferência da administração pública sobre a forma de admissão dos funcionários. Eles não necessitam ingressar por concurso público e normalmente são regidos pela CLT (BORTOLETO, 2014).

Com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (BRASIL, 2000), houve a limitação de gastos com pessoal em 60% para Estados e Municípios e 50% para a União. A limitação citada promoveu, em especial nos setores de saúde e educação, um movimento dos gestores a fim de conseguir suprir a demanda de novos profissionais sem ultrapassar os limites impostos. Desse modo, uma das maneiras encontradas foi o aumento das terceirizações por meio da iniciativa privada sem fins lucrativos. Apesar de definido que quando esses procedimentos tivessem por intuito realizar a substituição de pessoal, eles deveriam ser contabilizados, o trabalho do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2010 (BRASIL, 2010) observou que isso não ocorre na prática.

Salgado (2015, p. 6) salienta que “em muitos casos, a entidade civil é qualificada como OS por dois a quatro anos, para celebração do contrato de gestão e, após o término desse período, é aberto um novo processo seletivo para qualificação de outra entidade civil, perdendo-se, nesses casos, a força de trabalho já estabelecida e o conhecimento adquirido. O modelo de Organizações Sociais, sobretudo em áreas de prestação de serviços continuados como a saúde, não comporta parcerias de curto prazo, sob pena de desmanche dos serviços a cada vez que houver troca da entidade parceira. O contrato de gestão é que deve ser alterado, periodicamente, para dar conta das realidades da Administração Pública”.

A OSCIP é definida pela Lei 9.790/99 (BRASIL, 1999) e, a semelhança da OS, é uma qualificação. Uma associação ou fundação privada recebe o título, não passando a integrar a administração pública, todavia. Para ser qualificada, a entidade deve preencher diversos requisitos previstos na lei, diferenciando das OS ao precisarem existir previamente, ter balanço patrimonial e declaração de isenção de imposto de renda. Após ser titulada, a OSCIP pode celebrar termo de parceria como o poder público, diferentemente da OS, a qual vincula-se à Administração Pública por meio de contrato de gestão. A OSCIP segue o mesmo tratamento dado à OS, em relação à aquisição de bens com recursos oriundos da União. Seus funcionários são celetistas e não precisam ingressar por meio de concurso público (BORTOLETO, 2014).

A OSCIP estabelece parceria com o Poder Público por meio de um modelo próprio para o desenvolvimento de projetos, com prazo de duração definido ou de

atividades eventuais. A OS, por sua vez, tem modelo mais complexo, implicando a constituição de parceria de longo prazo, caracterizando-se como substitutivo no modelo de publicização de Bresser-Pereira (BRASIL, 1995; SALGADO, 2012).

Serviço Social Autônomo

Os serviços sociais autônomos (SSA) são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que realizam atividades de interesse público. Não pertencem à administração indireta, mas dependem da autorização de sua instituição por meio de lei. Existem no país três tipos de SSA: “os SSA tradicionais, vinculados ao sistema sindical; os ‘serviços sociais prestadores de serviços à população’ e os serviços sociais especiais” (SALGADO, 2012, p. 341).

Os SSA tradicionais são criados por meio das Confederações Nacionais conforme o setor produtivo (indústria, agricultura, comércio, transportes e cooperativas), configurando o conhecido Sistema S: Senai (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial), Sesi (Serviço Social da Indústria), dentre outros. Suas atividades são, em geral, de natureza não gratuita e direcionadas para o atendimento aos empregados das empresas que tributam. São mantidos por dotações orçamentárias e por contribuições parafiscais, oriundas da tributação de empresas privadas sobre a sua folha de pagamento. Seus empregados são celetistas, sendo selecionados por meio de processo seletivo. Seguem um regulamento próprio para as licitações com a observância dos princípios constitucionais (BORTOLETO, 2014; SALGADO, 2012).

Os SSA especiais também são beneficiários de recursos parafiscais, porém não estão relacionados à prestação de serviços sociais direcionados a populações específicas, mas sim à promoção do desenvolvimento da economia. Esse grupo é composto, por exemplo, pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) e pela Agência de Promoção de Exportações do Brasil (APEX-Brasil). O SEBRAE foi criado durante o governo Collor, no “âmago do processo de enxugamento da máquina pública e privatização de empresas”, desvinculando serviço similar pertencente à administração pública federal e transferindo sua realização para uma entidade civil sem fins lucrativos. A participação majoritária do Poder Público no sistema de governança, bem como a existência de dispositivos típicos da

administração pública dentro das entidades civis, tem contribuído para a insegurança acerca da natureza jurídica dessas entidades (SALGADO, 2012, p. 344-348).

O SSA prestador de serviços à população em geral são entidades civis sem fins lucrativos com vínculo paraestatal, instituídas para prestar serviços de interesse público direcionados à população em geral. Essa modalidade foi criada no governo Collor, com a lei n. 8.246/1991 (BRASIL, 1991), quando foi extinta a Fundação das Pioneiras Sociais vinculadas ao MS e instituída a Associação das Pioneiras Sociais, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública. Suas ações não são financiadas por recursos parafiscais, mas por recursos públicos a título de fomento, por meio de contrato de gestão com o Poder Público. Apesar de serem mantidas fora da administração indireta, seus instituidores passaram a ser diretamente o Estado e não mais entidades civis de representação sindical, como as SSA tradicionais, aproximando-se cada vez mais de características das entidades estatais de direito privado. A governança conta também com representação majoritária do Poder Público, em detrimento da representação de entidades civis. No caso específico da SSA Sarah Kubitschek, a estrutura de governança é integralmente privada e constituída de pessoas físicas. Conforme apontado pelos ministros do STF ADI 1.864-9, o serviço não deve assumir a função do Estado, mas auxiliá-lo (SALGADO, 2012).

Iniciativa privada com fins lucrativos

Cooperativa

Conforme apresentado no manual do SEBRAE sobre empreendimentos coletivos, a cooperativa pode ser definida como “uma sociedade de, pelo menos, vinte pessoas físicas, unidas pela cooperação e ajuda mútuas, gerida de forma democrática e participativa, com objetivos econômicos e sociais comuns, cujos aspectos legais e doutrinários são distintos das outras sociedades” (X Congresso Brasileiro de Cooperativismo – Brasília, 1988 citado por (CARDOSO, CARNEIRO e RODRIGUES, 2014)).

Quanto às suas diferenças para outros tipos de associações, é apontado que a cooperativa tem caráter essencialmente econômico. Seu objetivo é proporcionar aos seus cooperados condições mais vantajosas do que eles teriam isoladamente. Desse modo, a cooperativa pode ser entendida como uma “empresa” que presta

serviços aos seus cooperados, porém sem fins lucrativos (CARDOSO, CARNEIRO e RODRIGUES, 2014; MOYSÉS, TEIXEIRA, *et al.*, 2006).

Conforme aponta o manual, a cooperativa de saúde é um dos ramos que mais rapidamente cresceu nos últimos anos. Nelas são três as preocupações básicas: valorização do profissional com melhor remuneração, condições de trabalho adequadas e atendimento de qualidade ao paciente. Surgido no Brasil, vem se expandindo rapidamente para outros países (CARDOSO, CARNEIRO e RODRIGUES, 2014).

A cooperativa se relaciona com o Poder Público por meio da terceirização²⁰, devendo ser realizada sua contratação como serviço complementar ao Estado por meio de licitação (AVILA, 2011). Sua contratação apresenta-se como uma solução atrativa para a redução de custos com incorporação do trabalho. Isso se deve pela ausência de tributos trabalhistas, visto que o cooperado não é empregado, mas um dos donos da “empresa”. Essa forma de organização é vista por um lado como uma alternativa de exercício da atividade econômica, no âmbito da Economia Popular Solidária, e, por outro, como uma forma de precarização da mão-de-obra, servindo de brecha para escapar dos tributos trabalhistas (MOYSÉS, TEIXEIRA, *et al.*, 2006).

Empresa privada

As parcerias com a iniciativa privada de forma a complementar os serviços do SUS, tem preferência pelas entidades filantrópicas e pelas sem fins lucrativos (§ 1º do art. 199, CF 1988), porém também podem ser realizadas com empresas privadas. Essas empresas realizam parceria com o poder público por meio de licitação, sendo regidos por normas do direito civil com particularidades do direito administrativo. Seus trabalhadores são celetistas ou temporários (BORTOLETO, 2014).

As sínteses das formas de organização são apresentadas nos quadros 2 a 4.

²⁰ Avila (2011) atenta, no entanto, que a terceirização só é admitida para serviços que não se constituam atividades-fim da administração pública, não sendo o caso da assistência à saúde. A autora ainda salienta que, diante da terceirização, a administração pública perde a governabilidade sobre esses trabalhadores.

Quadro 2. Síntese das Formas de Organização pertencentes à Administração Direta e Indireta.

	Características	Lei	Exemplos
Administração Direta	<ul style="list-style-type: none"> - Direito Público - Realiza concurso para contratação de pessoal (em regra, estatutários) - Realiza licitação para contratações e compras 	CF 1988	Secretarias Municipais
Autarquia	<ul style="list-style-type: none"> - Direito Público - Realiza concurso para contratação de pessoal (em regra, estatutários) - Realiza licitação para contratações e compras 	Decreto-Lei nº 200/67 – art. 5º, I	INSS, USP, UNICAMP, HC-FMUSP
Fundação Pública de Direito Público	<ul style="list-style-type: none"> - Direito Público - Realiza concurso para contratação de pessoal (em regra, estatutários) - Realiza licitação para contratações e compras 	Decreto-Lei nº 200/67 – art. 5º, IV (incluído pela Lei nº 7.596/87)	Ufscar, Procon-SP
Fundação Pública de Direito Privado	<ul style="list-style-type: none"> - Regime híbrido (direito público e direito privado) - Realiza concurso para contratação de pessoal (empregados públicos – CLT) - Realiza licitação para contratações e compras 	Decreto-Lei nº 200/67 – art. 5º, IV (incluído pela Lei nº 7.596/87)	Fiocruz, UnB, Fapesp, Furp

Empresa Pública	<ul style="list-style-type: none"> - Capital integralmente público - Regime híbrido (prevalência de normas de direito público quando prestadora de serviço público) - Realiza concurso para contratação de pessoal (empregados públicos – CLT) - Realiza licitação para contratações e compras 	Decreto- Lei nº 200/67 – art. 5º, II	CEF, Embrapa, Serpro
Consórcio Público de Direito Público	<ul style="list-style-type: none"> - Direito Público (associação pública; autarquia interfederativa ou multifederada) - Realiza concurso para contratação de pessoal (celetistas) - Realiza licitação para contratações e compras 	Lei 11.107/05	Consórcio Público de Saneamento Básico da Bacia Hidrográfica do Rio dos Sinos – Pró-Sinos, Autoridade Pública Olímpica
Consórcio Público de Direito Privado	<ul style="list-style-type: none"> - Regime híbrido (direito público e direito privado) - Realiza concurso para contratação de pessoal (celetistas) - Realiza licitação para contratações e compras 	Lei 11.107/05	CIM POLINORT E/ES

Fonte: Baseado em Bortoleto, 2014.

Quadro 3. Síntese das Formas de Organização pertencentes à iniciativa privada sem fins lucrativos.

	Características	Lei	Exemplos	Relação com Adm Direta
Organização Social (OS)	<ul style="list-style-type: none"> - Trata-se de associação ou fundação privada com qualificação de OS - Direito privado - Governança Privada e Pública - Pode ser contratada para prestação de serviços sem licitação - Contratação sem concurso e regidos pela CLT - Compra com cotações de preços, sem licitação 	Lei 9.637/98	ABTLuz, IDSM, Impa	Contrato de gestão
Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)	<ul style="list-style-type: none"> - Trata-se de associação ou fundação privada com qualificação de OSCIP - Direito privado - Governança Privada - Pode ser contratada para prestação de serviços sem licitação 	Lei 9.790/99	Ação Fome Zero, Centro de Defesa e Promoção dos Direitos Humanos de Brasília, Hospital Especialidades Ortopédicas de Ribeirão Preto	Termo de parceria

	<ul style="list-style-type: none"> - Contratação sem concurso e regidos pela CLT - Compra com cotações de preços, sem licitação 			
Serviço Social Autônomo prestador de serviços à população geral	<ul style="list-style-type: none"> - Direito privado - Governança Privada e Pública - Contratação por processo seletivo e regidos pela CLT - Compra com regulamento próprio de licitação 	Lei 8.246/1991	SSA Sarah Kubitschek	Contrato de gestão

Fonte: Baseado em Bortoleto, 2014 e Salgado, 2012.

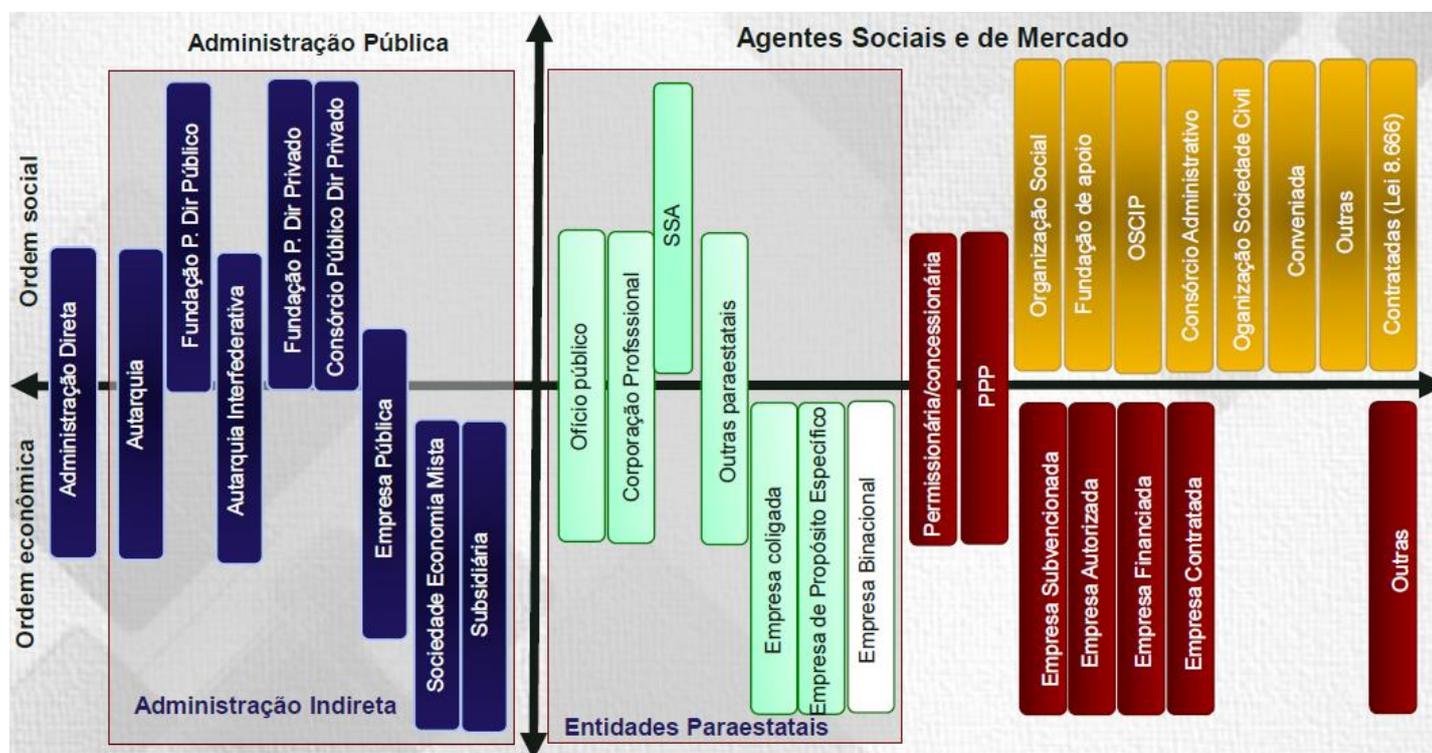
Quadro 4. Síntese das Formas de Organização pertencentes à iniciativa privada com fins lucrativos.

	Características	Lei	Relação com Adm Direta
Cooperativa	<ul style="list-style-type: none"> - Direito Privado - Gestão privada - Profissionais são cooperados, não empregados (sem incidência dos tributos trabalhistas) 	Lei 5.764/ 1971	Licitação
Empresa privada	<ul style="list-style-type: none"> - Direito Privado - Gestão privada - Profissionais celetistas 	Direito Civil com particularidades de direito administrativo (relação com a administração pública)	Licitação

Fonte: Baseado em Bortoleto, 2014 e Salgado, 2012.

Salgado (2012) apresenta por meio de gradações as formas de organização, conforme se observa na figura 2.

Figura 2. Gradiente das formas jurídico-institucionais da administração pública e do setor privado.



Fonte: Figura gentilmente disponibilizada por Salgado, 2016.

Os sistemas de saúde

Ao trabalharmos a relação entre público e privado com a saúde, faz-se necessário contextualizarmos brevemente a forma como se organizam os sistemas de saúde. Estes são definidos por Lobato e Giovanella (2012), como “o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade”.

Representando importante setor de atividade econômica, os sistemas de saúde mobilizam grandes somas financeiras, envolvem a produção de tecnologias e serviços e geram grande número de empregos. Caracterizam-se, assim, como uma arena política de disputas entre diversos atores sociais, como partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, empresários e grupos de interesse (LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

As diferenças entre os diversos sistemas de saúde dizem respeito às configurações de cada país, do seu desenvolvimento histórico, de sua cultura, dos valores arraigados socialmente, da relação entre Estado e sociedade civil, da pressão do mercado, dentre outros elementos. Tais diferenças são resultado ainda da concepção dada às políticas de saúde como políticas sociais e o condicionamento da saúde como direito inerente à condição de cidadania ou não (FLEURY e OUVENERY, 2012; LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

Conforme aponta Fleury e Ouverney (2012), ao se considerar a política de saúde como política social, assume-se que saúde é um dos direitos que constituem a cidadania. Esta trata-se da “dimensão pública²¹ dos indivíduos, vistos como autônomos, isolados e competitivos na dimensão privada, mas integrados e cooperativos na comunidade política” (FLEURY e OUVENERY, 2012, p. 26). Marshall (1967)²² citado por (FLEURY e OUVENERY, 2012, p. 26) decompôs esse conceito em três tipos de elementos, que correlacionam-se aos direitos que representam, bem como às organizações públicas responsáveis pela sua garantia:

- Elemento civil: relacionado aos direitos de liberdade individual, sendo responsabilidade dos tribunais de justiça;
- Elemento político: corresponde ao direito de participar no exercício do poder político, sendo responsabilidade do parlamento e dos conselhos do governo local;
- Elemento social: corresponde aos direitos sociais, garantindo-lhe condições de vida adequadas, sendo responsabilidade do sistema educacional e dos serviços sociais.

Com a emancipação da sociedade civil burguesa, assumiu-se como princípio na organização social a igualdade, gerando idealmente relações de cooperação e não de subordinação ou dominação. Tal igualdade, no entanto, tratava-se de uma abstração, visto que não haviam desaparecido os indivíduos desprovidos

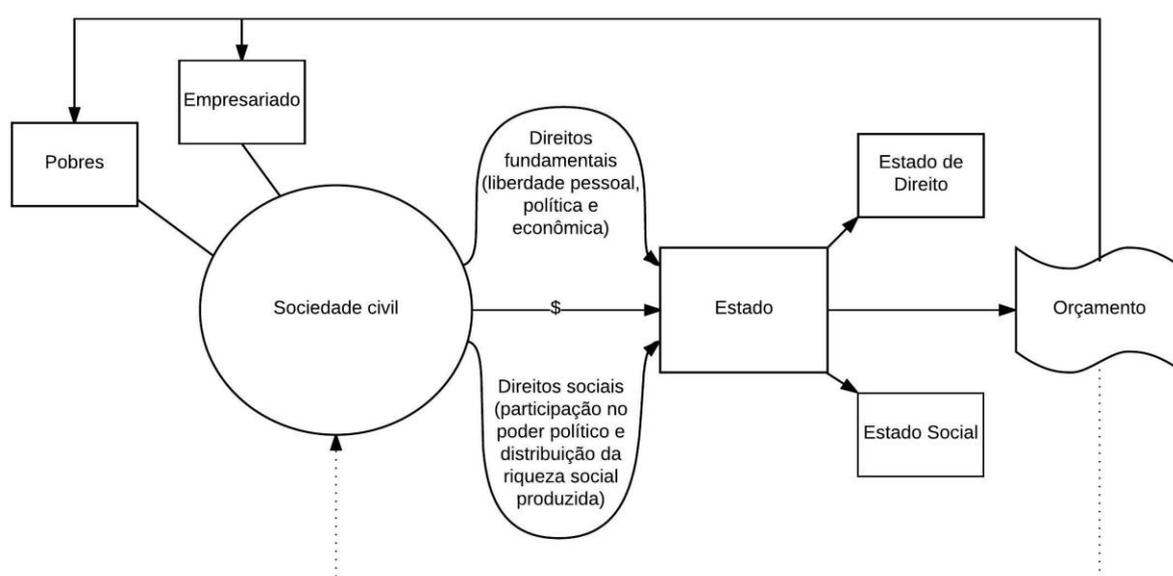
²¹ Apesar de serem apresentadas as dimensões pública e privada no sentido de relativo ao indivíduo ou ao coletivo, respectivamente, não podemos ignorar, conforme já apontado no tocante ao Estado representativo, que a atuação do cidadão, ainda que de forma autônoma, competitiva, ainda configura uma atuação no domínio público, à medida que serão seus interesses sociais privados que serão defendidos por meio do uso aparato estatal.

²² MARSHALL, T.H. Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

de condições materiais para a sobrevivência. A desigualdade se aprofundou ainda mais com a Revolução Industrial, à medida que se enfraqueceram laços de solidariedade, mais presentes na zona rural. Diante dessa importante contradição, emergiram movimentos sociais operários e sindicais em busca da efetivação da cidadania que lhes era negada. Com o reconhecimento de que essa “questão social”, deveria ser enfrentada coletivamente, sob risco de rompimento da organização social vigente, foram criados os sistemas de proteção social, conforme abordado brevemente no tópico a respeito do Estado (FLEURY e OUVERNEY, 2012; GOZZI, 1998).

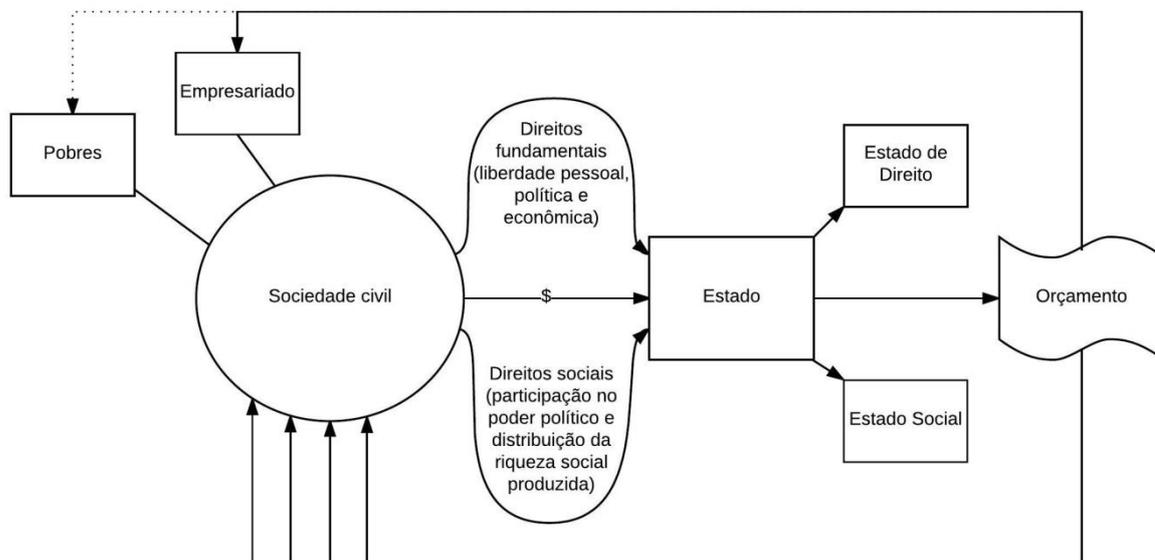
Os sistemas de proteção social, ou seja, de geração e proteção dos direitos sociais, deu origem aos chamados Estados de Bem-Estar Social. Esses sistemas foram classificados em três tipos por Fleury e Ouverney (2012) que, conforme apontam os autores, podem gerar benefícios semelhantes, porém tendem a projetar efeitos políticos quanto à cidadania altamente distintos. Aproveitando-se do esquema construído para sintetizar o Estado Contemporâneo, apresentamos os modelos de proteção social nas figuras 3 a 5. Cabe a observação de que atualmente não há sistemas puros, mas sim que contam com a composição de modelos (FLEURY e OUVERNEY, 2012; GOZZI, 1998).

Figura 3. Esquema do modelo de proteção social: Assistência.



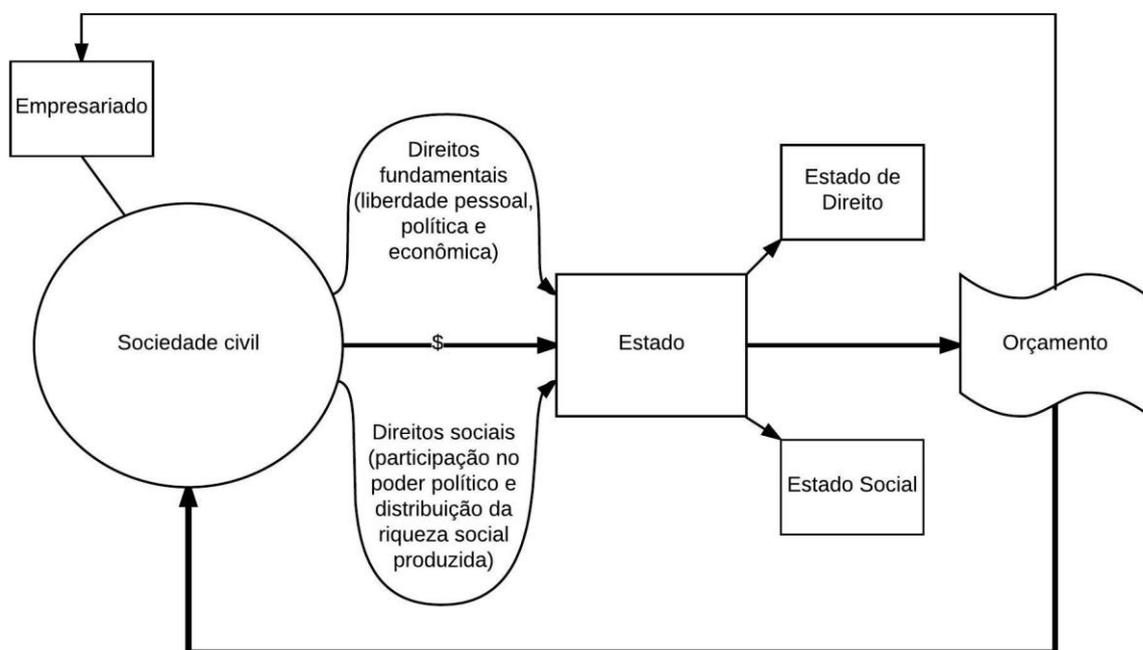
Fonte: Baseado em Fleury e Ouverney, 2012; Gozzi, 1998.

Figura 4. Esquema do modelo de proteção social: Seguro Social.



Fonte: Baseado em Fleury e Ouverney, 2012; Gozzi, 1998.

Figura 5. Esquema do modelo de proteção social: Seguridade Social.



Fonte: Baseado em Fleury e Ouverney, 2012; Gozzi, 1998.

O modelo de assistência social, que caracteriza a chamada cidadania invertida, tem ênfase na garantia dos direitos fundamentais, sendo as necessidades satisfeitas com base essencialmente na capacidade de compra individual. Cabe ao

Estado um papel mínimo e complementar, dispondo de ações àqueles que se provarem incapazes de se manter no mercado, em uma perspectiva de caridade, não garantindo direitos de cidadania (FLEURY e OUVÉRY, 2012).

O modelo de seguro social, também chamado de bismarckiano, por se basear no modelo de seguro social implantado por Bismarck na Alemanha, se estrutura em compensações proporcionais às contribuições ao seguro, caracterizando a chamada cidadania regulada. Financiado pelos empregadores, empregados e Estado, resulta em coberturas de seguro social variadas aos trabalhadores, enquanto a assistência social é focalizada nos pobres. As ações curativas e de saúde coletiva (prevenção, promoção, vigilância em saúde) são realizadas por órgãos distintos, tendendo a fragmentação da atenção. Nos países europeus, no entanto, houve a universalização²³ do seguro social de saúde, bem como a uniformização de ações e serviços ao longo do tempo, permitindo a uma população majoritariamente empregada uma cobertura com equidade (FLEURY e OUVÉRY, 2012).

O modelo de seguridade social, também chamado de beveridgiano, referência ao Plano Beveridge, de 1942, na Inglaterra, onde se estabeleceu o primeiro plano de proteção social baseado na cidadania, caracteriza-se pela realização de ofertas de forma a garantir a todas condições de bem-estar social. Elas são feitas independentemente da existência de contribuições anteriores, baseando-se apenas nas necessidades dos indivíduos. O Estado desempenha, assim, um papel importante na administração e no financiamento do modelo, valendo-se de importante capitalização por meio de tributos sociais e consumindo considerável porção do orçamento para a manutenção do modelo (FLEURY e OUVÉRY, 2012).

²³ O termo universalização remete ao princípio da universalidade. Tal princípio não possui, no entanto, um significado inequívoco, podendo ser entendido como: 1) atenção universal à saúde (*universal health care*), expressão comumente utilizada para expressar os sistemas públicos universais dos países de alta renda europeus; 2) cobertura universal (*universal health coverage*), remetendo ao acesso a seguros de saúde, públicos ou privados; 3) cobertura por acessos básicos, expressão mais utilizada para países de menor renda. Tais concepções resultam em políticas de proteção social e padrões de cidadania distintos. A terceira concepção será aprofundada no tópico a respeito da atenção básica.

Immergut (1992)²⁴ citado por (LOBATO e GIOVANELLA, 2012) identifica três ondas de legislação no processo de constituição do sistema de proteção social à saúde na Europa:

- Subsídios governamentais às sociedades mútuas voluntárias no final do século XIX;
- Criados os seguros sociais de doença compulsórios, difundindo a experiência alemã, no início do século XX;
- Universalização dos seguros sociais, aumento das cestas de benefícios e criação, em alguns países, de sistemas de seguridade social, após a Segunda Guerra Mundial.

Verifica-se que sete dos quinze países da Europa Ocidental que compunham a União Europeia até 2004 contam com seguros sociais de saúde de contratação compulsória financiados por contribuições vinculadas ao trabalho assalariado (modelo bismarckiano): Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo. Os sistemas nacionais de saúde, administrados pelo Estado e financiados por recursos fiscais (modelo beveridgiano) encontram-se em oito países da Europa Ocidental: Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia. Com o fim da União Soviética, alguns países do Leste Europeu aderiram a seguros sociais, em substituição ao modelo soviético Semashko, semelhante ao da seguridade social, desencadeando segmentação. Na América Latina, por sua vez, coexistem modelos diversos de proteção social, não evidenciando sistemas de saúde com universalização completa (LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

Os sistemas universais de saúde geralmente dão ênfase à AB²⁵, alcançando melhores resultados com menos recursos. Os sistemas segmentados ou onde prevalece o setor privado de assistência média, por sua vez, observa-se foco na atenção especializada, com níveis de saúde piores e mais custosos. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, onde vigora o modelo de assistência social, a assistência médica é realizada majoritariamente pelo mercado, cabendo ao Estado as ações preventivas e a assistência focalizada a alguns grupos de cidadãos. Seus

²⁴ IMMERGUT, E. *Health Politics: interest and institutions in Western Europe*. Nova York: Cambridge University Press, 1992.

²⁵ O conceito de atenção básica será discutido no tópico atenção básica.

gastos em saúde *per capita* e como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) são os mais elevados do mundo (16% em 2010), apresentando, no entanto, resultados e indicadores piores do que os verificados em sistemas universais e mantendo uma importante parcela sem cobertura (41,8 milhões de cidadãos americanos em 2014) (LOBATO e GIOVANELLA, 2012; SMITH e MEDALIA, 2015).

Considerando a prestação de serviços, os sistemas universais tendem a realiza-la de forma mais integrada entre os diferentes níveis de atenção, haja visto que em geral são sistemas únicos, com financiamento fiscal e com rede, em sua maior parte, pública. Os sistemas segmentados tendem a realizar a prestação de forma menos integrada, podendo haver sobreposição de serviços e ações (LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

A regulação em saúde, entendida como a intervenção do Estado para otimizar a alocação de recursos, no sentido advindo da economia, desempenha por meio de mecanismos legais e normativos a relação entre os componentes do sistema de saúde e envolve também a proteção à saúde. O equilíbrio da regulação recebe o nome de governança. O papel do Estado no sistema dirá, por sua vez, como se dará a regulação estatal. Nos EUA, por exemplo, verifica-se intenso conflito entre as empresas e os trabalhadores, pois cada um busca o lucro da sua forma, podendo resultar em desassistência ou em procedimentos desnecessários. O Estado tem a função de regular tais relações em prol da população, buscando, por exemplo, reduzir o impacto da iatrogenia nas condições de saúde (terceira causa de morte nos EUA, contabilizando aproximadamente 225.000 mortes/ano (STARFIELD, 2000)) (LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

Contandriopoulos e colegas (1993)²⁶ citado por (CONILL, 2012) apresenta que quanto mais centralizada a gestão e menor o número de fontes de financiamento, maior é o rendimento e a capacidade de controle, enquanto que quanto maior a presença do setor privado, menor é o rendimento e o controle.

²⁶ CONTANDRIOPOULOS, A.P.; LESEMAN, F.; LEMAY, A. *Private Markets in Health and Welfare. The Situation in Canada. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Gris, Université de Montréal, Document N92-02, 1992.*

Conforme denúncia Lobato e Giovanella (2012), vários sistemas de saúde passaram por reformas para o mercado recentemente. Essas reformas, resultados de políticas neoliberais, buscavam a reestruturação da economia capitalista e a diminuição do papel do Estado no financiamento e na oferta direta de serviços de saúde. Seus objetivos principais eram a redução de gastos com políticas sociais, apregoados como ineficientes, a fim de garantir recursos para o pagamento de juros de empréstimos internacionais, bem como mercantilizar os bens sociais, submetendo-os aos mecanismos de mercado.

Os resultados, no entanto, não foram promissores para a saúde das populações, tendo se agravado as desigualdades sociais. Ainda há pouco tempo, mesmo com a crise mundial, se dava a renovação do movimento por maior participação do Estado nas políticas de proteção social e à saúde, sendo consideradas as mais efetivas aquelas que são públicas, universais, integrais e com base na AB (LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

Comparando-se os sistemas de saúde, devemos nos atentar para as seguintes questões (Pro-adess, 2003²⁷ citado por (CONILL, 2012, p. 568-9)): “grau de cobertura (universal ou segmentado); equilíbrio entre as fontes de financiamento (impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado, pagamento direto); grau de integração entre os agentes financiadores e os prestadores (número de agentes financiadores, presença de um Ministério da Saúde (MS) ou de um Seguro Nacional); propriedade dos serviços (públicos, privados-lucrativos ou filantrópicos); formas de remuneração e regulação dos profissionais, especialmente dos médicos (ato, salário, capitação, maior ou menor regulação).

Ainda com relação às reformas nos sistemas de saúde, Almeida (2012), divide em três “ondas” as reformas ocorridas no século XX. A primeira iniciou-se no final do século XIX, com a difusão dos seguros nacionais de saúde, destacando-se aí o modelo alemão. A segunda aconteceu após a Segunda GM, com a transformação do direito de acesso aos serviços setoriais em direito de cidadania. Paralelamente, nos países comunistas e socialistas foram estruturados sistemas estatais e centralizados. A terceira ocorreu nos anos 60 e 70, caracterizada pela crise do modelo

²⁷ Fundação Oswaldo Cruz. Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro/PRO-Adess. Relatório Final, 2003.

existente, com uma agenda pós-*Welfare* nos anos 80, centrada na hegemonia da política neoliberal e na difusão dos modelos de reforma desenvolvidos nos EUA.

A dinâmica da terceira onda de reforma apresentada foi marcada pelo debate quanto ao esgotamento do Estado de Bem-Estar Social. Esse era entendido como culpado da crise, à medida que se desviavam recursos de investimentos produtivos para políticas sociais, ameaçando com isso, também a liberdade individual do cidadão, ao intervir em assuntos considerados da esfera privada dos indivíduos (ALMEIDA, 2012).

No campo da saúde, com o aumento vertiginoso da especialização e da produção tecnológica no campo médico-científico, centrado nos EUA, na primeira metade do século XX, os custos em saúde apresentaram importante aumento. Eles chegam a representar, enquanto serviços médicos, uma média de 7,5% do PIB, sendo maior que 12% nos EUA. Por outro lado, esse desenvolvimento foi reconhecido como desatrelado às necessidades em saúde das populações, que precisavam de generalistas na AB mais do que de especialistas. Dessa forma, fundou-se importante crítica aos custos da saúde por todas as posições políticas, seja de esquerda ou direita. Diante da crise econômica do final da década de 1970, no entanto, mais do que a concepção da crise dos custos em saúde estar relacionada a esse modelo de assistência médica, esta se atrelou à organização geral da saúde, tensionando inclusive a saúde enquanto direito de cidadania. Tornou-se hegemônica a crítica neoliberal, que propunha o retorno da provisão e do financiamento da saúde ao mercado, reprivatizando o bem público, de forma contrária ao que se deu na primeira metade do século XX (ALMEIDA, 2012).

Tal agenda de reforma, que dura até os dias de hoje, considerava a ineficiência inerente ao Estado, devendo ter sua estrutura enxugada e transformada. Separaria assim a função de financiamento da provisão, passando a um Estado coordenador e regulador, mas não provedor, com eficiência gerencial. Verificava-se, ainda, uma concentração da reforma nas restrições relacionadas à assistência médica, não propondo mudanças significativas no eixo organizador dos sistemas de saúde, como, por exemplo, reorientando-os pelos determinantes sociais de saúde na perspectiva da promoção e prevenção. As reformas eram centradas na perspectiva econômica, individualista e de risco monetarizado, definido segundo a posição social

e econômica do indivíduo, em contraponto ao princípio de necessidades em saúde (ALMEIDA, 2012).

Essa agenda não se restringiu aos países com excesso de gastos, mas também e de forma homogênea, em países pobres que não tinham como aumentar seus gastos em saúde e que sofriam desigualdades históricas exacerbadas pela crise econômica e seus ajustes subsequentes. A pesada interferência dos credores das dívidas externas dos diversos países, como o FMI e o Banco Mundial, teve importante papel na formulação de receitas de estabilização e reforma do Estado, tendo as alterações setoriais como prioritárias (ALMEIDA, 2012).

Nos países da Europa do Leste, América Latina, Ásia e África, as reformas acabaram se dando de forma mais radical e complexa, seguindo os ditames dos ajustes macroeconômicos e prescrições do Banco Mundial. Dentre as alterações promovidas está o aumento da participação do setor privado, com a implantação de mecanismos de copagamento, mesmo na América Latina, onde historicamente os gastos privados já são altos, instituição de um cenário de quase-mercado, com competitividade entre seguradoras e prestadoras de saúde (ALMEIDA, 2012).

Almeida (2012) observa que “a criação dos quase mercados privilegiou a participação de entidades privadas, promovendo a criação de mercados privados de seguros, financiados com recursos públicos, onde anteriormente eram minoritários ou não existiam (Chile e Colômbia) e que funcionam praticamente desregulados”. Frente à diversidade de organizações envolvidas na prestação dos serviços, a autora interroga a capacidade técnica e ética de entidades tão desiguais, agravada quando habilitadas sem um processo rigoroso de avaliação.

Houve ainda a difusão de ideias de focalização da oferta pública nos grupos sociais mais necessitados, os quais não teriam condições de satisfazer suas necessidades no mercado privado. Dessa forma, seriam priorizados serviços básicos de baixo custo, sob a alegação de maior abrangência, eficácia e equidade. A arena decisória em que se dá a disputa entre o privilegiamento do princípio da pobreza em detrimento do direito envolve um poderoso e crescente setor de assistência médica internacional, uma escassez de recursos para a implementação dos bens públicos e um constrangimento dos Estados nacionais para formular suas políticas (ALMEIDA, 2012).

Nos países da Europa Ocidental e no Canadá, as reformas se deram especialmente na perspectiva de separar as funções de financiamento e provisão de serviços. Com isso, houve a perda da transferência automática dos recursos públicos em prol da vinculação a pacotes de serviços necessários, a serem comprados, e ao cumprimento de indicadores de desempenho contratados. A constituição da competitividade entre os prestadores não se deu conforme o preconizado na perspectiva neoliberal, estabelecendo-se com base nas características de cada sistema de saúde, não comprometendo a universalidade e a forte intervenção do Estado enquanto regulador. Reformas da reforma, no entanto, vem causando receio com relação ao possível retorno de teorias neoliberais radicais, ancoradas na crise econômica e no retorno ao poder dos conservadores, como no Reino Unido (ALMEIDA, 2012).

Almeida (2012, p. 797) pontua algumas das contradições existentes nas reformas neoliberais dos sistemas de saúde, “além dos problemas administrativos e de regulação e daqueles oriundos da privatização”:

- “O aumento da eficiência e a diminuição da equidade na perspectiva das reformas orientadas para o mercado”;
- “O aumento da eficiência e a diminuição do acesso aos serviços de saúde, com as medidas de contenção de custos”;
- “O aumento da eficiência, a perda da atenção integral e a diminuição do acesso, com possível aumento das desigualdades, nos modelos de separação entre financiamento e provisão, competição administrada etc.”;

Soares (2012, p. 815) observa como um dos dilemas das políticas sociais mantê-las condicionadas aos limites impostos pela política econômica, sobretudo ao ajuste fiscal, um dos principais instrumentos para a obtenção do equilíbrio fiscal, com superávit para pagamento das dívidas interna e externa. Nessa perspectiva, a análise do financiamento das políticas sociais concentra-se apenas nos gastos, considerados como exagerados ou mal direcionados, sendo estes os culpados, e não o sistema de tributação regressiva existente. Este caracteriza-se por um gasto proporcionalmente maior por aqueles que ganham menos, às custas de impostos indiretos sobre os preços e “baixíssimos níveis de recursos originários dos impostos diretos sobre a riqueza”.

O sistema de saúde brasileiro

O Brasil é uma república federativa presidencialista com cerca de 206 milhões de habitantes em 2016 (BRASIL, 2016f) com uma opção adotada de proteção social de seguridade, porém, conforme veremos, que se caracteriza em um sistema de serviços de saúde misto. Este é composto por um sistema público, o SUS, e por sistemas privados, o Sistema de Atenção Médica Supletiva (Sams) e o Sistema de Desembolso Direto (SDD) (CONILL, 2012). Apresentaremos pontos selecionados da história das políticas de saúde no Brasil, para daí caracterizar o cenário atual da política de saúde brasileira²⁸.

Alguns aspectos históricos

O período colonial e o início do Império são caracterizados por um exercício da medicina oficial limitada às elites, enquanto que o povo era assistido por curandeiros, dentre outros profissionais aos quais os médicos chamavam de charlatões. As doenças que acometiam o povo eram essencialmente as doenças transmissíveis e as carenciais. As ações de saúde pública se limitavam a medidas para controle de epidemias e higiene das capitais, realizando a vacinação antivariólica e impedindo a entrada de escravos doentes, expulsando aqueles que possuíssem doenças contagiosas e realizando ações de purificação do ambiente para o período, como a queima de ervas e a destruição do lixo (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

A assistência médica estatal se limitava à internação dos loucos no Hospício de Pedro II, criado em 1841 pelo Império. A assistência médico hospitalar era realizada exclusivamente pelas entidades filantrópicas, como as Santas Casas, que tinham hospitais em diversas cidades e eram mantidas por entidades mutualistas como a Beneficência Portuguesa e outras instituições semelhantes. As atividades típicas de saúde pública eram desempenhadas pela chamada polícia sanitária, entendendo-se por polícia, referência ao campo da administração pública (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Algumas alterações na administração da saúde pública se deram nesse período, porém sem efetivas mudanças na organização do sistema, permanecendo o

²⁸ Não tivemos a pretensão de realizar uma apresentação da trajetória das políticas de saúde no Brasil, o que já se encontra feito com alta qualidade nos trabalhos de Escorel e Teixeira, 2012 e de Escorel, 2012, por exemplo, os quais foram utilizados como referência para esse trabalho.

acesso à saúde praticamente restrito a capital. Concomitantemente ao declínio da monarquia e constituição da república federativa, o café se tornou progressivamente o principal produto de exportação e motor da economia brasileira. Sinalizando a concentração de poder, o governo federal era administrado alternadamente pelas oligarquias paulistas e mineiras, caracterizando a chamada política do “café com leite” (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

A Constituição Federal (CF) de 1891 imputou aos estados e municípios a responsabilidade dos cuidados com a saúde da população, cabendo ao governo federal as ações de vigilância sanitária dos portos e os serviços do Distrito Federal. O governo republicano, apesar de realizar medidas para contenção de epidemias, como a criação do Instituto Soroterápico Federal, posteriormente denominado Instituto Oswaldo Cruz, não teve intenção de organizar e financiar ações de forma definitiva. Isso se deve a visão da época de que debeladas epidemias e outros problemas, o gasto federal em saúde pública poderia ser dispensado (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

O governo do estado de São Paulo se destacou em medidas também de eliminação de epidemias, criando, por exemplo, o Instituto Bacteriológico e o Laboratório do Butantã, sendo atores marcantes dessa época os médicos Adolpho Lutz e Emílio Ribas, além do próprio Oswaldo Cruz, que atuava no Rio de Janeiro. As ações do Estado, no entanto, limitavam-se às doenças que pudessem de alguma forma comprometer o modelo econômico agrário exportador, não direcionando esforços para as mazelas que deixavam um rastro de morte, como a tuberculose e as infecções gastrintestinais. Além disso, as ações normativas de saúde se limitavam ao ambiente urbano, não se aproximando, ao menos até o final da década de 1910 das fazendas dos coronéis (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Diante da reconhecida insalubridade do Rio de Janeiro, capital federal na ocasião, o então presidente Rodrigues Alves adotou uma série de medidas de reforma urbana e saneamento a fim de não arrefecer a chegada de mão-de-obra, a exportação agrária e a importação de produtos industrializados. Dentre essas medidas, destacam-se as campanhas sanitárias contra a febre amarela, a peste e a varíola, as quais foram lideradas por Oswaldo Cruz e culminaram, em um complexo contexto de golpe de

Estado e descontentamento popular, na revolta da vacina de 1904 (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Em 1907, Oswaldo Cruz seria novamente escolhido para chefiar a saúde pública. Diante da elevada mortalidade decorrente da tuberculose, o sanitarista desenvolveu um plano de combate à doença. Tal plano, no entanto, nunca saiu do papel, visto que o havia um consenso quanto a atuação estatal no combate à tuberculose ser limitada à assistência aos doentes necessitados, cabendo à iniciativa privada ou filantrópica a criação de programas educativos e sanatórios para os doentes (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Expedições começaram a trazer a público as realidades do interior nacional. Com isso, a classe intelectual, até então alheia a essas regiões por conta do preconceito contra mestiços e desejosa de um branqueamento social através da imigração europeia, começa a rever as razões proclamadas para o entrave da ampliação da capacidade econômica e da nossa inferioridade diante dos países desenvolvidos. Progressivamente, a doença e não mais a raça tomaria o lugar nas análises de viabilidade nacional (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Com a reforma do setor da saúde ocorrida entre 1919 e 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em substituição à Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), órgão este que atuava essencialmente por meio de campanhas sanitárias na capital e nos portos. Com o advento do DNSP, foi possível a realização de ações sanitárias no interior do país por meio do governo federal sem que fossem feridas as autonomias dos estados e municípios. Foram realizados ainda acordos com a instituição filantrópica americana Fundação Rockefeller, que contribuiu para medidas no Norte e Nordeste brasileiro (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

O cenário que culminou na era Vargas caracterizava-se pela crise do café, principal fonte de divisas nacionais, pelo limite alcançado do arranjo oligárquico do “café com leite”, pelo urbanismo e pelo tenentismo. A crise da política oligárquica dos paulistas e mineiros se caracterizou pela insatisfação das camadas médias urbanas, reivindicando mudanças na estrutura baseada no coronelismo e no voto de “cabresto”, exigindo políticas liberais que lhes livrasse das mazelas patrocinadas pelas oligarquias dominantes e pela organização de frações oligárquicas divergentes visando o ingresso no jogo político nacional. Quanto ao urbanismo, o Brasil já

apresentava 20% da população vivendo nas grandes cidades, potencializando o movimento dos operários liderados por anarquistas e socialistas, que pautaram os problemas da classe operária na agenda nacional. O tenentismo, por sua vez, foi um movimento pregado pela jovem oficialidade militar que exigia a modernização das estruturas da República (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Vargas assume por meio de golpe, ficando no poder de 1930 a 1945, conseguindo levar ao aparelho de Estado demandas de vários grupos que exigiam escuta, sem derrubar, no entanto, a elite cafeeira da liderança nacional, a qual buscava recompor suas antigas bases de poder. Com relação à saúde, o movimento de incorporação dos sertões e valorização dos sertanejos, que haviam motivado o fervilhar da ampliação das ações de saúde há pouco, foi esvaecido, sendo as medidas implementadas direcionadas às classes trabalhadoras e às ações de saúde pública (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, são constituídas as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para os funcionários das empresas ferroviárias existentes. As CAPs eram financiadas pelos empregadores, empregados e pelos usuários dos serviços das empresas (fração das tarifas), sendo sua gestão privada pelos próprios empregadores e empregados, com atuação do Estado apenas se necessário no caso de desentendimentos. Elas ofereciam aposentadorias e pensões e, em alguns casos, assistência médica (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Em 1933 começaram a ser criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando categorias profissionais ao invés de empresas e sendo gerido pelo Estado. Esses institutos ofereciam assistência médica, porém trabalhavam essencialmente com benefícios e pensões. Durante sua implementação foi decidido pela contribuição também da União, o que não aconteceu (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Os recursos arrecadados pela previdência foram utilizados pela União em um primeiro momento para lidar com a crise econômica do governo provisório de 1930 a 1934 e, depois, para capitalização do Estado. Esse montante foi então aplicado no apoio à industrialização nacional (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

O trabalho urbano foi progressivamente regulamentado, culminando com a aprovação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943. Cabe lembrar que o modelo de proteção social vigente era o de seguro social, em uma concepção de cidadania regulada, na qual apenas aqueles trabalhadores empregados formalmente dispunham de assistência médica pelo Estado (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Em 1934 foi promulgada uma nova CF e eleito Getúlio por meio de votação indireta. O Ministério da Educação e Saúde Pública, criado no primeiro governo varguista, passou a se institucionalizar e retomou as campanhas sanitárias, suspensas em 1930. Com a reforma do ministro Capanema, que se deu em 1937, houve uma centralização do poder e da normatização no ministério, agora Ministério da Educação e Saúde (MES), e uma descentralização da execução das políticas no território nacional. Um dos dispositivos criados na época foi a Conferência Nacional de Saúde (CNS), que tinha por objetivo controlar as ações realizadas no âmbito estadual para regular os repasses financeiros. Poucos meses após foi implantado, por Vargas e aliados, o regime ditatorial conhecido por Estado Novo (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

O MES destinava-se a dar seguimento às ações de saúde pública, enquanto a assistência médica não estava sob seu controle, sendo de caráter individual e prestada livremente pelos médicos ou por meio de serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, no caso dos trabalhadores (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Com o fim do governo varguista e início do governo de Dutra, houve um aumento das ações campanhistas, enquanto que as ações curativas permaneceram atreladas aos IAPs. A legislação previdenciária, no entanto, passou a adotar a noção de seguridade social, o que seria expresso na CF de 1946, incluindo na previdência social a assistência sanitária, hospitalar e médica. A assistência à saúde caracterizou-se como hospitalocêntrica, com um aumento importante do número de hospitais públicos, em sua maioria previdenciários (cinco hospitais até 1948 e trinta e dois em 1978). Outras características da atenção à saúde na época foram a progressiva especialização e fragmentação, além da desconexão com ações preventivas e um aumento contínuo de gastos (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Com o retorno de Vargas ao poder, há a divisão do MES, criando o MS. Esse novo ministério, no entanto, continuou limitado às atividades anteriormente desempenhadas pelo Departamento Nacional de Saúde. As ações preventivas e curativas continuaram segregadas. No tocante às ações de saúde pública, ganhou força o chamado sanitarismo desenvolvimentista, que atrelava a melhoria das condições de vida ao desenvolvimento econômico, julgando como inócuas as medidas médico-sanitárias apartadas desse processo (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

O governo de Juscelino Kubitschek (1956 – 1960) foi marcado pelo desenvolvimentismo e pela internacionalização na política econômica. No âmbito do MS, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), com a perspectiva de unificar a coordenação dos órgãos envolvidos no combate, no controle ou na erradicação de doenças específicas. No entanto, a tentativa de coordenar as campanhas sanitárias verticais não foi bem-sucedida. No setor previdenciário, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) em 1960, foram uniformizados os direitos trabalhistas com base nos melhores IAPs, porém incorporou a proposta de limitação dos gastos federais com a previdência. A assistência médica estatal continuava restrita aos trabalhadores formais, cabendo aos pobres os “serviços para indigentes” das prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas com caráter assistencialista. Apesar da sua aprovação, a lei não foi implementada com o início da ditadura militar (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

O breve governo de Jango não gerou alterações estruturais nas políticas de saúde. Sucedido por João Goulart, também conhecido por Jango, este tentou realizar o chamado programa de reformas de base, que contemplavam modificações administrativas, fiscais, agrárias e bancárias. A 3ª CNS, convocada pelo presidente, traria concepções de descentralização para o nível municipal, com cobertura dos serviços contemplando da AB à atenção médico-hospitalar especializada. Além disso, foi promulgada a lei que estendia a previdência social aos trabalhadores rurais. Todas essas medidas, no entanto, não encontraram um contexto político favorável, não sendo implementadas. A crise política culminaria com o golpe militar de 1964 (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

A ditadura civil militar durou de 1964 a 1985, marcada pela repressão dos direitos fundamentais, da liberdade dos cidadãos. O processo de modernização

autoritária, subordinado aos interesses do grande capital nacional e internacional, promoveu a reestruturação do aparelho de Estado, com reformas financeira, fiscal, previdenciária, tributária e administrativa. Dessa forma, houve uma diminuição da participação dos gastos públicos no PIB, com os investimentos aumentando na infraestrutura econômica em detrimento dos gastos com políticas sociais. O objetivo dessas reformas era modernizar o Estado, favorecendo a acumulação capitalista e submetendo o Estado às regras do capital privado (ESCOREL, 2012).

As principais medidas implementadas nas políticas sociais foram o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (Pasep). Houve ainda a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual progressivamente ampliou sua cobertura para os demais trabalhadores formais, deixando de se limitar aos urbanos. Os trabalhadores rurais passaram a ser cobertos pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural). Além disso, sob a alegação de incapacidade de prover assistência médica por meio da rede própria, considerada insuficiente, foi priorizada a contratação e de serviços de terceiros. Essa medida seguia a linha instituída com a Reforma Administrativa, que preconizava o abandono das ações executivas por parte do Estado, em benefício do setor privado. A assistência à saúde da população que não contribuía para a previdência era realizada por meio de centros e postos de saúde pública, caso se inserissem nos programas ofertados (materno-infantil, controle da tuberculose, da hanseníase etc.), em serviços filantrópicos ou em clínicas privadas (ESCOREL, 2012).

Conforme aponta Escorel (2012, p. 327), o INPS, caracterizando-se como grande comprador de serviços, “estimulou um padrão de organização da prática médica orientada pelo lucro”. A remuneração se dava por procedimentos, gerando uma fonte incontrolável de corrupção. O estímulo ao setor privado gerou um aumento do número de leitos hospitalares lucrativos de 14% para 44% de 1960 a 1971, bem como a expansão da medicina de grupo, que oferecia assistência a trabalhadores das empresas. Os cuidados de maior complexidade ou de maior tempo de internação, no entanto, eram prestados pela previdência social, não lhes comprometendo a lucratividade. Em 1976 a legislação previdenciária foi estabelecida na Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS).

Relegado a um segundo plano, o MS, a quem cabia legalmente o planejamento da saúde a nível nacional, detinha orçamentos precários. A saúde pública passou a ser caracterizada por campanhas de baixa eficácia e, no tocante a estruturação da política de saúde, o então ministro Leonel Miranda, propôs que o acesso a assistência médica fosse universalizado a todos por meio da privatização de todos os hospitais governamentais, cabendo ao Estado o papel de financiar os serviços privados (ESCOREL, 2012).

Concomitantemente, o sanitarismo era reformado. Discutindo-se o modelo preventivista advindo dos EUA e realizando experiências na prática médica por meio da medicina comunitária, construiu-se uma teoria social da saúde. Reconhecia-se aí o caráter político da saúde e a determinação social do processo saúde-doença. Dentre as correntes existentes, ganhou força a médico-social, representada por departamentos de medicina preventiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), da Universidade de São Paulo (USP), do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Relacionando a produção de conhecimentos e a prática política, o movimento sanitário começava a se constituir (ESCOREL, 2012).

Em meio a um contraditório movimento de democratização da ditadura no governo Geisel, caracterizado em linhas gerais pela manutenção da repressão e pelo aumento de focos de resistência e manifestação pelo fim do regime, foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que estabelecia claramente a divisão entre o MS com ações de interesse coletivo e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com ações de atendimento médico-assistencial individual. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência Social em 1977 o sistema previdenciário passa a se constituir de três institutos, o Inamps, para assistência médica, o INPS, para os benefícios e o Iapras, para o controle financeiro, duas fundações, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (Funabem), uma empresa, a Dataprev e uma autarquia, a Central de Medicamentos (Ceme) (ESCOREL, 2012).

De forma autoritária, sem discussões, em 1975 é criado o Sistema Nacional de Saúde²⁹. Nele era oficializada mais uma vez o papel do MS de desempenhar as ações coletivas de saúde e do Ministério da Previdência, as ações individuais, tendo este um orçamento 16 vezes maior que aquele. O MS tenta, no entanto, reestruturar-se, buscando formas de implementar o que se consagrava internacionalmente como política de saúde mais efetiva, baseada na regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária. Para isso, o Ministério se valeu das CNS para construir uma nova política de saúde nacional, sem sucesso na ocasião (SCOREL, 2012).

As mudanças no governo Geisel não desencadearam mudanças no modelo de atenção à saúde, porém permitiram um fortalecimento da arena política, com a aglutinação de atores que entendiam e defendiam a saúde como direito. Esse coletivo caracterizava o chamado movimento sanitário e, sua proposta de reforma da saúde, a reforma sanitária. Experiências institucionais de reorganização da saúde pública conforme os princípios reconhecidos internacionalmente se deram com o Projeto Montes Claros e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que atestaram a exequibilidade desse projeto. Com a eleição de candidatos do Movimento Democrático Brasileiro, oposição ao governo, foram possíveis novas experiências em diversos municípios, que desenvolveram a atenção à saúde com base na AB (SCOREL, 2012).

As experiências acumuladas do movimento sanitário confluíram no plano chamado Prevsauúde de 1980, que favorecia o setor público e a democratização por meio da participação comunitária e, por isso, enfrentou grande resistência até ser arquivado. A partir do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) de 1983, no entanto, foi possível iniciar o processo de universalização da assistência médica nos municípios, com o recebimento de financiamento do Inamps pelas prefeituras. O PAIS se tornou posteriormente AIS, caracterizando-se como a estratégia de organização da política de saúde na qual o movimento sanitário estava inserido (SCOREL, 2012).

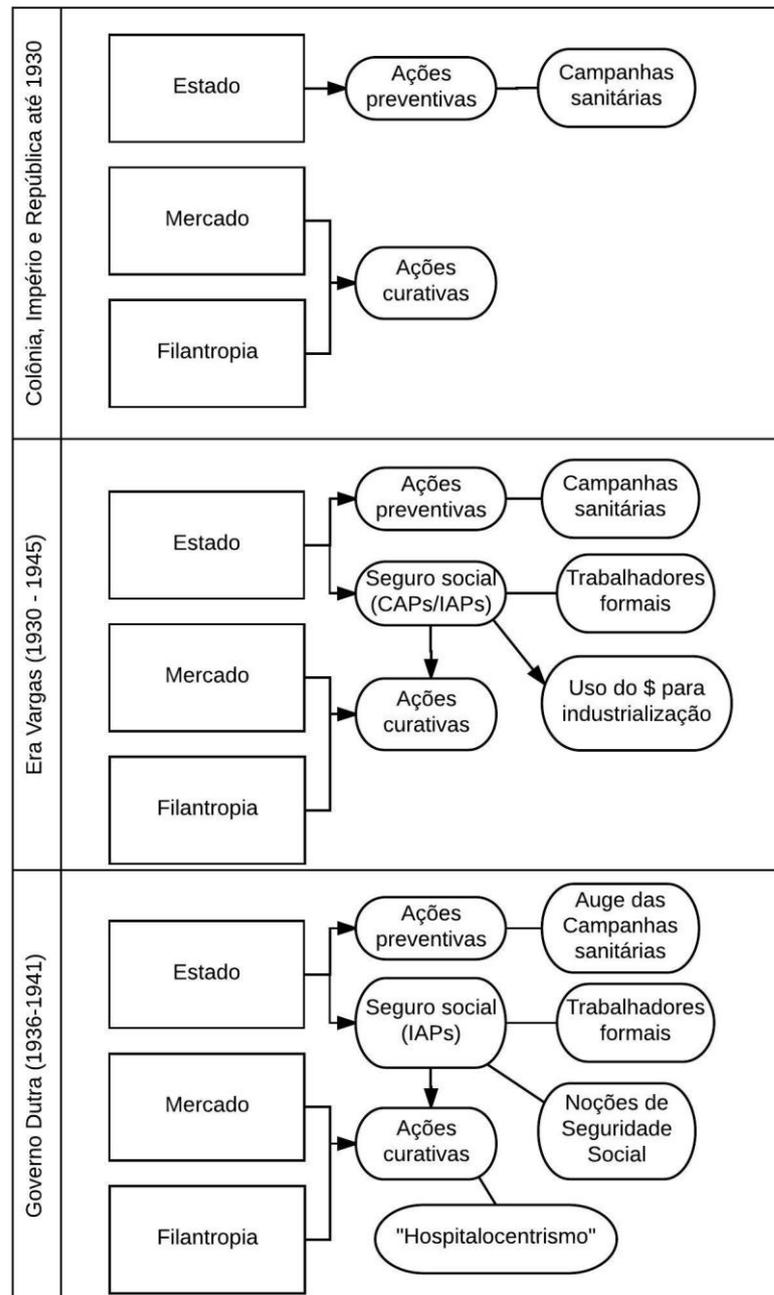
²⁹ Apesar de referido como Sistema Nacional de Saúde, ele não possui as características pertinentes aos Sistemas Nacionais de Saúde como conhecidos hoje, que tem por base a seguridade social. Na ocasião, o sistema de saúde estava estruturado no modelo de seguro social, oferecendo serviços por meio do Inamps apenas aos trabalhadores formais (cidadania regulada) (SCOREL, 2012; FLEURY e OUVREY, 2012).

Com o fim da ditadura militar e a redemocratização nacional, discute-se na 8ª CNS em 1986 a incorporação do Inamps ao MS, dentre outras questões da saúde que deveriam proporcionar elementos para a posterior discussão na futura Constituinte. Os resultados da Conferência foram o projeto da Reforma Sanitária, aprovando a unificação do sistema de saúde, do conceito ampliado de saúde, do direito à saúde e dever do Estado, das novas bases do financiamento da criação de instâncias de participação social (ESCOREL, 2012).

Em 1987 são criados os Sistemas Únicos e Descentralizados de Saúde (SUDS), ponte para o futuro SUS, sistema universal de atenção à saúde, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade e instituído pela CF de 1988 (ESCOREL, 2012). O SUS será apresentado no tópico a seguir.

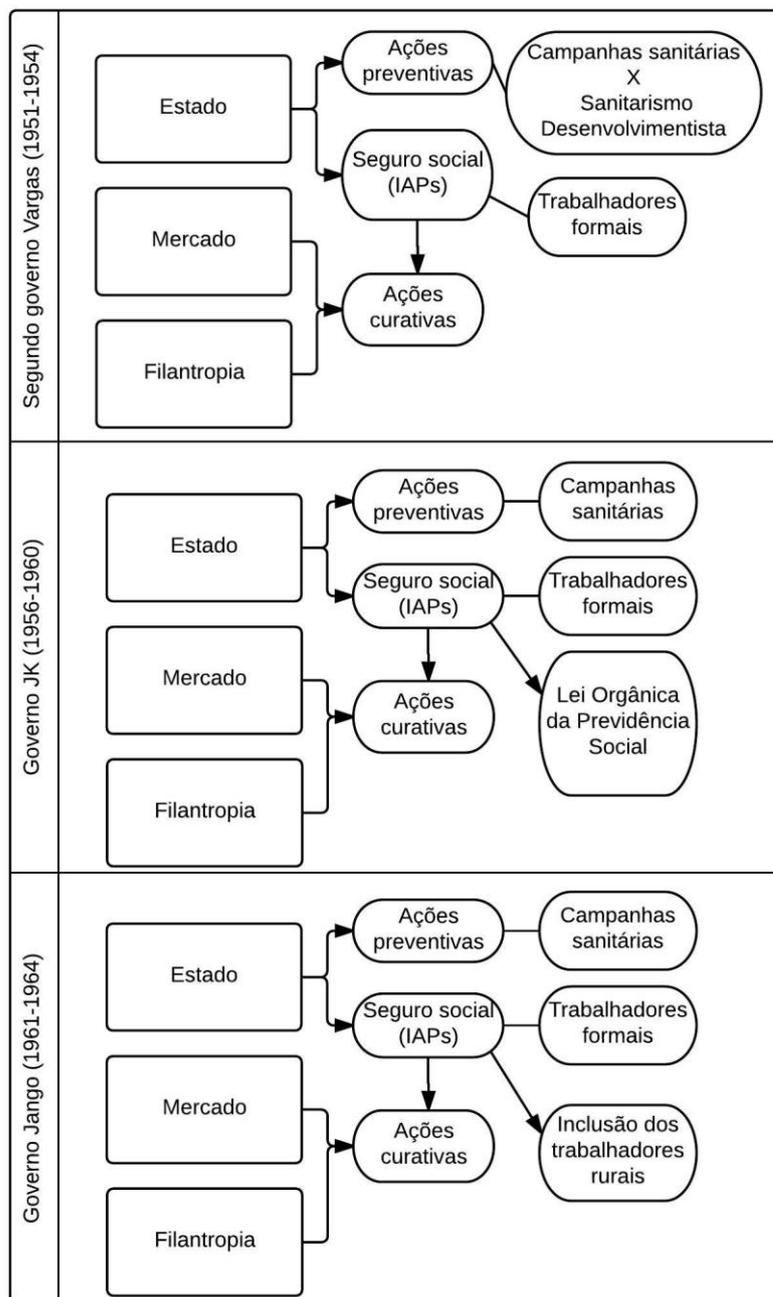
As características que relacionam Estado, Mercado e Filantropia às políticas de saúde são apresentadas de forma resumida e esquemática nas figuras 6 a 8.

Figura 6. Esquema das relações entre Estado, Mercado e Filantropia da Colônia ao Governo Dutra.



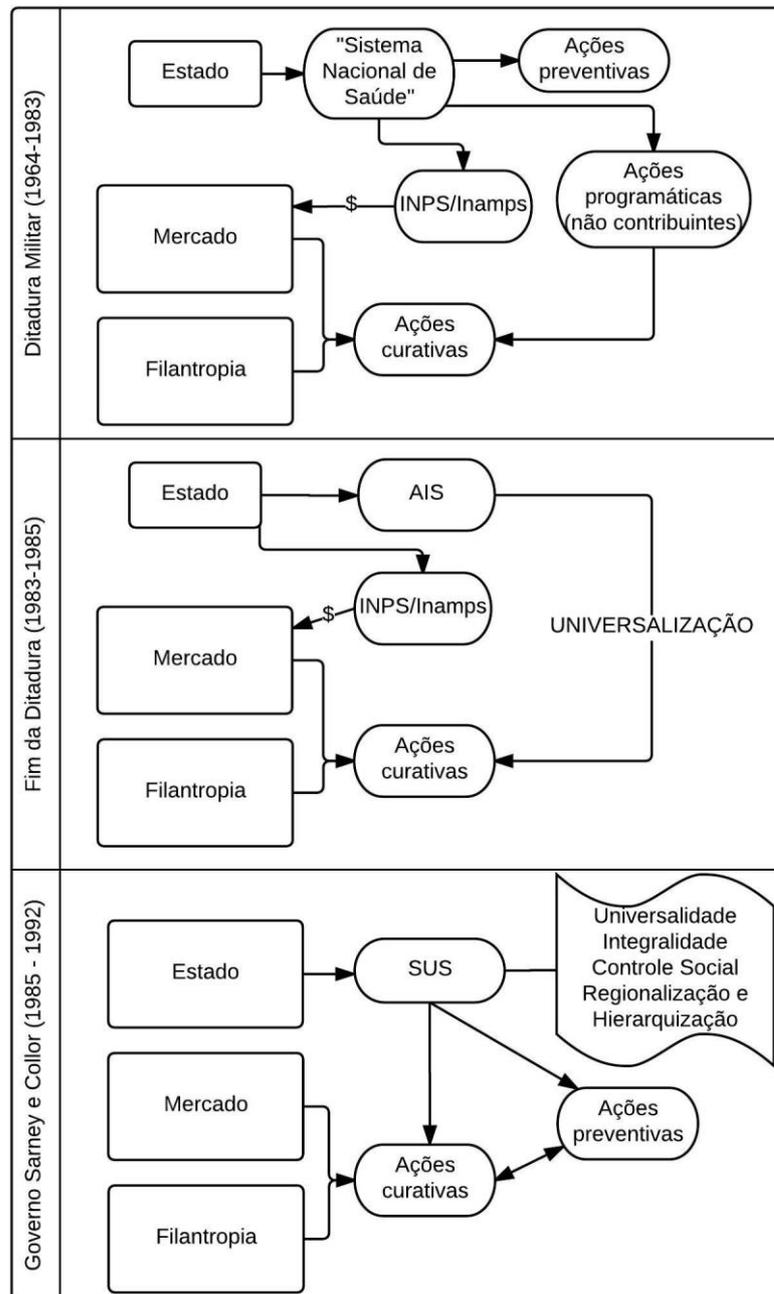
Fonte: Baseado em Escorel e Teixeira, 2012; Escorel, 2012.

Figura 7. Esquema das relações entre Estado, Mercado e Filantropia do segundo governo Vargas ao governo Jango.



Fonte: Baseado em Escorel e Teixeira, 2012; Escorel, 2012.

Figura 8. Esquema das relações entre Estado, Mercado e Filantropia da Ditadura Militar ao governo Collor.



Fonte: Baseado em Escorel e Teixeira, 2012; Escorel, 2012.

O Sistema Único de Saúde

Conforme já apresentado, o SUS é o modelo público de ações e serviços de saúde brasileiro. Criado com a CF de 1988 e implementado por meio das Leis Orgânicas da Saúde, números 8.080 e 8.142 de 1990, o SUS nasce com a concepção de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Seu modelo de proteção social é o de seguridade social, o qual é apresentado no artigo 194 da CF de 1988 de forma mais ampla como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Compete ao Poder Público, por sua vez, organizá-la com base na lógica da universalidade e da equidade, contando com financiamento de base diversificada e com administração democrática e descentralizada (BRASIL, 1988; NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012). O tripé que constitui a seguridade social é desempenhado, além do SUS, pelo Sistema de Previdência Social e pelo Sistema Único de Assistência Social (Suas) (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

Conforme apontam Noronha et al (2012), o SUS é definido pela lei n. 8.080 de 1990 como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, cabendo a ele executar ações coletivas e individuais, de prevenção de agravos, promoção de saúde, tratamento e reabilitação. É ainda observado que “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”, com preferência para “as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. “A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público”. Ainda é observado que “não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa” (BRASIL, 1990a).

São responsabilidades do SUS além da assistência à saúde de forma universal, integral e equitativa, a realização de vigilância em saúde, englobando as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador, determinar a formação de recursos humanos na área de saúde, a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a

saúde e realizar a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (BRASIL, 1990a).

Seu acesso é universal e suas ofertas são baseadas nas necessidades, independentemente da contribuição do cidadão, sendo o financiamento dos custos repartido de forma solidária entre todos os cidadãos. A assistência deve ser integral, contemplando todas as ações e serviços exigidos para a assistência individual ou coletiva da população, da prevenção e promoção à reabilitação. O cidadão deve poder participar do processo decisório da política de saúde, sendo a participação da comunidade outro princípio do SUS. Outro princípio é a descentralização político-administrativa associada ao comando único em cada esfera do governo e à hierarquização, permitindo melhor planejamento e gestão e maior eficácia e transparências das políticas regionais. Este princípio se relaciona intimamente com o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), estrutura dinâmica e diversa que agrega os diferentes serviços necessários à atenção à saúde integral do cidadão, tendo uma AB resolutiveira como porta de entrada e ordenadora do cuidado (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2010d).

A gestão do SUS é estruturada com base no princípio de descentralização e comando único em cada esfera de governo, sendo três instâncias de gestão autônomas, porém interligadas, a União, representada pelo MS, os estados e os municípios, representados respectivamente pelos secretários de saúde estaduais e municipais. As comissões intergestoras são fóruns instituídos de discussão para o planejamento e a gestão das políticas de saúde: as Comissões Intergestoras Bipartites reúnem os gestores do estado e dos municípios, as Tripartites incluem representantes da União e a Regional contempla representantes do estado e dos municípios do território (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

A participação social é institucionalizada com a lei n. 8.142 de 1990 nas Conferências e nos Conselhos de saúde, dispositivos compostos por usuários, gestores e trabalhadores, com a função de planejar de forma compartilhada as políticas de saúde, deliberando-as (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012). Vasconcelos e Pasche (2012) observam que há, no entanto, outros mecanismos de participação social, podendo o usuário atuar na gestão dos serviços por meio de mesas colegiadas, de reuniões de equipe, bem como através da participação na

gestão dos seus próprios cuidados clínicos, com base na diretriz de ampliação da clínica (Campos, 2000³⁰ citado por (VASCONCELOS e PASCHE, 2012)).

Vasconcelos e Pasche (2012) atentam para a importância da incorporação à base jurídico-legal do SUS da concepção ampliada de saúde, incluindo condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicas, superando a visão restrita à doença e exigindo do sistema de saúde novas concepções e formas de operacionalização.

O financiamento do SUS se dá a partir de recursos tributários destinados à saúde arrecadados pela União, estados e municípios. Recentemente, sua normatização se dava pela emenda constitucional (EC) n. 29, que definia como destinação mínima das receitas à saúde de 15% pelos municípios, 12% pelos estados e, por parte da União, o valor do ano anterior acrescido da variação nominal anual do PIB. Com a EC n. 86 de 2015, o gasto mínimo federal passou a ser definido por um regime de percentuais sobre a Receita Corrente Líquida (RCL), não havendo alterações para os estados e municípios. Com essa mudança é estimada uma redução no financiamento na ordem de R\$ 10 bilhões em 2016, dado o veto presidencial ao dispositivo que assegurava a não redução do custeio do SUS com a transição das regras de gasto mínimo federal (CONASS, 2015; IDISA, 2016; VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

Cabe citar que o governo “engavetou” sistematicamente os projetos articulados por militantes do SUS em prol do investimento de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), que significaria elevar o financiamento público de 3,9% para 4,7% do PIB, à despeito do manifesto desejo popular (2,2 milhões de assinaturas de eleitores foram coletadas). Em substituição, aprovou a EC n. 86/2015 citada acima, desconstruindo constitucionalmente ainda mais o direito à saúde (SANTOS, 2016).

Com relação aos gastos em saúde, Santos (2016) aponta que, com a instituição do SUS e descentralização da gestão aos municípios, estes aumentaram seus investimentos “de 3% nos anos 80 para 14,4% em 2000 e 23% em 2012, revelando no contexto interfederativo, que vem sendo a esfera de governo na saúde

³⁰ CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

que rompe com a cultura política anti-pública e anti-social de tratar o limite mínimo legal estipulado na EC-29, como ‘teto’.

Cabe atentar que a somatória dos gastos públicos em saúde representava 3,45% do PIB em 2003, sendo apenas 44% dos gastos de origem pública, contra 56% de investimentos diretos das pessoas e famílias por meio de pagamentos diretos por serviços e compra de seguros médicos. O problema dos gastos em saúde não está limitado a insuficiência de recursos, mas também é composto pela sua má alocação. Esta é fortemente atrelada a programas e atividades definidas centralmente pelo nível federal, não necessariamente tendo as prioridades compartilhadas com o nível local e regional (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

Draibe (1997)³¹ citado por (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012, p. 387) considera dois obstáculos estruturais para a implementação das políticas sociais: 1) “o alto grau de exclusão e heterogeneidade, fatores que não são plenamente resolvidos por programas sociais, e os conflitos entre esforços financeiros, sociais, institucionais para implantar políticas abrangentes em confronto com as restrições impostas pela estrutura socioeconômica dessas sociedades”; 2) as “características predominantes dos sistemas de prestação de serviços nesses países”, com “centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e fraca tradição participativa da sociedade”.

Quanto aos obstáculos conjunturais, evidencia-se a reforma conservadora internacional desde a década de 1980, fragilizando a construção da cidadania e, com isso, a consolidação de saúde enquanto direito (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

Intrínsecos a esses obstáculos, o SUS, desde sua implantação, vem sofrendo diversos golpes³², conforme denúncia Santos (2016), desde a não implantação do Orçamento da Seguridade Social (OSS) à recente renovação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) em 25%, atrelada a criação da

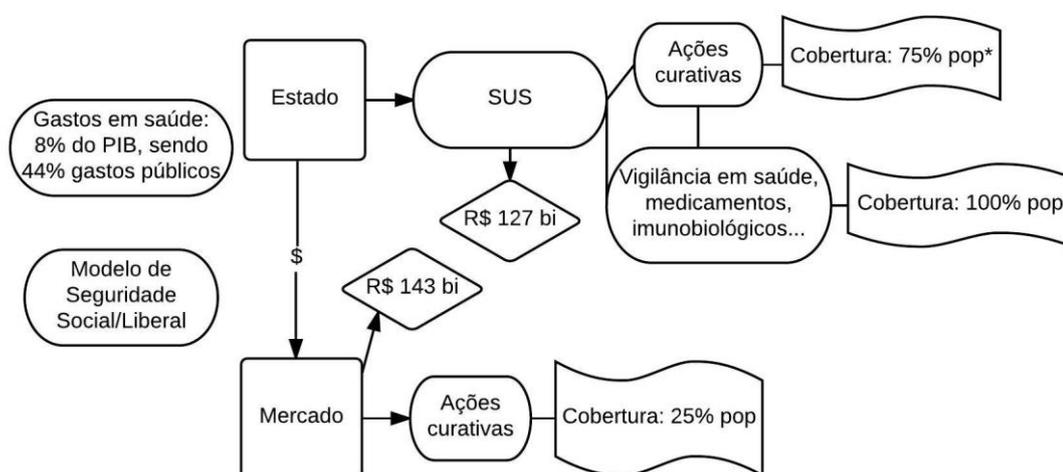
³¹ DRAIBE, S.M. Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental. Informe Final do Projeto *Estudios de Descentralización de Servicios Sociales, da División de Desarrollo Económico da Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas, 1997.

³² Infelizmente os ataques ao SUS não se limitam a esses, sendo que outros já foram citados no decorrer do texto, denunciados por outros autores e pelo próprio Santos.

Desvinculação das Receitas dos Estados e dos Municípios (DRE, DRM, respectivamente) com igual taxa. Outros ataques citados pelo autor foram o “crescimento e sistematização nos anos 90 de três formas de subsídios públicos federais ao mercado de planos e seguros privados de saúde: a renúncia fiscal (o mais volumoso, estendido ao mercado de fármacos), o cofinanciamento público de planos e seguro privados de saúde à totalidade dos servidores e empregados públicos dos poderes executivo, legislativo e judiciário, e o ressarcimento (obrigado em Lei pelas empresas de planos privados ao SUS), apenas simbólico, pelos serviços públicos de saúde prestados aos seus consumidores” e o “pesado financiamento público fortemente facilitado e subsidiado (...) para edificações dos hospitais privados de grande porte conveniados pelo SUS e credenciados pelas grandes empresas de planos e seguros privados de saúde, assim como nos hospitais próprios dessas empresas”.

É apresentada síntese esquemática do sistema de saúde brasileiro na figura 9.

Figura 9. Esquema do sistema de saúde brasileiro.



Fonte: Baseado em Vasconcelos e Pasche, 2012. * A cobertura das ações curativas do SUS é, por princípio, cem por cento da população. Setenta e cinco por cento dizem respeito à população que tem essa cobertura exclusivamente pelo SUS.

Atenção básica

As tentativas de aproximar o trabalho em saúde da população remontam às primeiras décadas do século XX, que congregou diversas experiências. Em 1920 foi produzido o Relatório Dawson, que inspiraria a constituição do sistema de saúde inglês, defendendo a regionalização, a hierarquização e a porta de entrada do sistema por meio de centros de saúde, o que ajudou a estruturar a chamada atenção primária à saúde (APS)³³ em diversos países (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2012).

Podemos conceituar APS como “estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral, oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde — mediante um pacto social — que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo” (Lago e Cruz, 2001³⁴ citado por (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2012)).

A APS vem sendo defendida desde a Declaração de Alma-Ata em 1978 como elemento estruturante dos sistemas de saúde. O conceito acima apresentado, no entanto, não resume todas as concepções de APS. Essa também pode ser entendida como um conjunto de medidas básicas de saúde para pobres, ao que se chama de APS seletiva (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2012).

Verificou-se, por meio de estudos comparativos, que os países que baseiam seu sistema de saúde na APS apresentam melhores indicadores às custas de gastos menores (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2012).

³³ Tomaremos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, expressão esta mais comumente utilizada no Brasil, como sinônimos.

³⁴ LAGO, E.R.L.; CRUZ, R.B. *Atención Primaria de Salud y medicina general integral*. In: R. A. Sintés. Temas de medicina general integral, vol. 1, Salud y medicina. Havana: Editorial Ciências Médicas, pp. 7-28,2001.

No Brasil, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) constitui um importante marco teórico e normativo para a organização e funcionamento da AB, contemplando os princípios e as diretrizes da AB, as responsabilidades de cada esfera do governo, as atribuições dos profissionais e as normas de implantação, credenciamento e financiamento de equipes de AB. De acordo com o documento, AB trata-se de um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2006c, p. 19).

Para alcançar esses objetivos, vale-se de práticas de clínica e gestão prioritariamente compartilhadas e democráticas. Idealmente, a AB deveria constituir como contato preferencial dos usuários e ser responsável pela gestão do seu cuidado na RAS disponível num determinado território, município ou região. Seus princípios orientadores são a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade, a atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2006c).

A AB no Brasil está sendo implementada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que nasceu em 1994 ainda como Projeto Saúde da Família (PSF) (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). Atualmente, estão implantadas 40.483 equipes de saúde da família (EqSF), com uma estimativa de cobertura populacional de 124.620.434 cidadãos, correspondendo a 64,25% da população. Na saúde bucal, estão implantadas 24.666 equipes de saúde bucal, somando as modalidades 1 e 2 (BRASIL, 2016c)³⁵.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Bucal foi fundamentada em 2003, sendo chamada de Programa Brasil Sorridente e buscando recuperar o direito do cidadão à atenção em saúde bucal. A prática odontológica hegemônica no século XX era caracterizada pela assistência fortemente estruturada no mercado. As ações públicas de saúde bucal foram esparsas no decorrer da história, sendo incorporada e

³⁵ Dados relativos a junho de 2016.

apresentada de forma esporádica nos CAPs, IAPs, crescendo com a instituição do Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia junto ao recém-criado MS, caracterizando a chamada “odontologia sanitária” e ampliando-se ainda mais com o advento do Inamps, caracterizando-se como “odontologia previdenciária”. A chamada “odontologia simplificada”, caracterizada pela busca por custos menores, aumento da cobertura e da qualidade e desmonopolização do conhecimento, deu grande avanço ao setor, apesar das críticas de não ter contemplado a participação social, os determinantes sociais e as respectivas iniquidades em saúde bucal e ter se limitado às ações básicas, à despeito dos demais níveis de atenção. Práticas de maior complexidade foram sendo incorporadas no decorrer dos anos, em prol de uma “odontologia integral” (MOYSÉS, 2012).

Na década de 1980 desenvolveu-se a “odontologia comunitária”, com práticas vinculadas ao SUS e a incorporação a equipes interprofissionais. Seguindo a toante da 8ª CNS, a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal apontou a saúde bucal como direito de todos e dever do Estado. O Brasil Sorridente, em 2003, teve sua base na vinculação das ofertas de saúde bucal à APS, representada pela ESF. As equipes de saúde bucal (ESB) passam a fazer oficialmente parte da ESF a partir de 2000, mas, apesar da ampliação do acesso, as iniquidades ainda são muito importantes na área de saúde bucal, com médias regionais de CPO-D de 1,66 no Sudeste e 3,16 no Nordeste em 2010. Ampliando-se a estruturação da linha de cuidado, foram habilitados em 2006 os Centros de Especialidades Odontológicas e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, traduzindo-se em uma assistência à saúde bucal mais integral (MOYSÉS, 2012).

À título de breve contextualização das condições de saúde atuais no Brasil e para que possamos já introduzir conceitos que iremos explorar mais adiante no trabalho, apresentaremos um panorama de variáveis atreladas à AB no Brasil com base nos dados provenientes da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no seu primeiro ciclo (2012)³⁶. Os dados

³⁶ O PMAQ é um dos programas do Ministério da Saúde com a finalidade de aprimorar a AB. Ele foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, sendo produto da negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conasems e Conass, respectivamente. Seu principal objetivo, conforme seu

são provenientes da série de obras Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012 e serão expressos como médias nacionais (BRASIL, 2015).

Verifica-se que a unidade de saúde é considerada perto da casa do usuário em 67% dos usuários entrevistados, razoável em 19,8% e longe em 13,1%. O horário da unidade básica de saúde (UBS), por sua vez, atende às necessidades de 85,7% dos usuários, não atendendo às necessidades de 13,4%. As variáveis apresentadas dizem respeito ao acesso dos usuários à AB. O conceito de acesso é apresentado como “o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população” (TRAVASSOS e CASTRO, 2012, p. 185-186).

A distância entre o serviço de saúde e o usuário podem ser entendidas como uma barreira geográfica ao acesso, sendo mais adequadas as avaliações que contemplam o tempo e os custos relacionados ao deslocamento, mas também sendo aceitáveis as distâncias lineares. Verifica-se que quanto mais rico o usuário, menor é o impacto da distância sobre o acesso, visto que os custos dos deslocamentos podem ser assumidos (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

O horário de funcionamento pode ser entendido como uma barreira organizacional, representando como a organização do serviço contribui para um maior ou menor acesso do usuário (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

Quanto à marcação de consulta, 2,2% dos usuários afirmam marcar por telefone, 28% vão à unidade e marcam o atendimento a qualquer hora, 23,4% vão à unidade, mas têm de pegar ficha, 30,6% vão à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes de a unidade de saúde abrir e 11,6% tem a consulta agendada pelo agente comunitário de saúde (ACS).

manual instrutivo, é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em Saúde. A Avaliação Externa é uma das etapas do programa e se deu pela entrevista de trabalhadores e usuários, bem como pela observação direta das unidades básicas de saúde. São apresentadas aqui as variáveis utilizadas na metodologia desse estudo. O PMAQ será melhor detalhado no tópico Metodologia.

Conforme aponta Travassos e Castro (2012), o conceito de acesso não se restringe às etapas de procura e entrada no serviço de saúde, chamado domínio restrito do acesso, mas também à qualidade do cuidado e ao seu resultado, chamado domínio amplo. O Comitê para Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Instituto de Medicina dos EUA, por exemplo, definiu acesso como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para a obtenção do melhor resultado possível (Millman, 1993³⁷ citado por (TRAVASSOS e CASTRO, 2012)). As autoras ainda apontam que, no Brasil, a chance de a pessoa conseguir utilizar o serviço de saúde após tê-lo procurado é alta, sendo a demanda reprimida pouco expressiva. O grande desafio está em garantir o acesso em seu domínio amplo.

As diferentes formas de marcação de consulta apresentadas nessa variável sinalizam como se dá a estrutura do agendamento de consultas e quando as demandas apresentadas no dia são devidamente acolhidas. Dessa forma, podem ser entendidas como barreiras organizacionais, comprometendo não necessariamente o acesso no seu domínio restrito, mas muito provavelmente no domínio amplo. Propostas nesse sentido vem sendo debatidas e implementadas, destacando-se dentre elas, o acolhimento, que será abordado a seguir, e o acesso avançado (GUSSO e POLI, 2012; MURRAY e TANTAU, 2000; WOLLMANN, ROS, *et al.*, 2014; BRASIL, 2008).

Com relação ao acolhimento, 66,5% dos usuários entrevistados que vão à unidade de saúde sem ter hora marcada conseguem ser escutados, enquanto 17,2% não conseguem. Quando questionados os trabalhadores das equipes com relação à implantação desse dispositivo na unidade, 80,0% responderam que ele estava implantado e 19,7% que não, apresentando certa sobreposição das respostas.

Por acolhimento entende-se “uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde” (BRASIL, 2008).

³⁷ MILLMAN, M. *Access to Health Care in America*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1993.

Maior que o conceito de acesso na sua dimensão ampla, verifica-se no acolhimento também uma questão de postura do profissional de saúde e ambiência³⁸ da unidade (BRASIL, 2010e). Mais que uma possível barreira organizacional ao acesso, essas variáveis inferem como se dá a relação entre o profissional de saúde e o usuário, como aquele se posiciona diante da responsabilidade sanitária³⁹ que lhe é atribuída enquanto profissional da AB no SUS.

Dos usuários entrevistados, 72,5% consideram que a equipe busca resolver suas necessidades e/ou problemas na própria unidade de saúde, 20,3% consideram que isso ocorre às vezes e 6,4% consideram que isso não ocorre. A variável indica o quanto a EqSF se mobiliza para resolver os problemas do usuário na própria unidade, inferindo quanto à integralidade do cuidado. Esse conceito caracteriza-se como um dos princípios doutrinários do SUS, que “envolve o acolhimento, tanto da demanda programada, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adultos e idosos), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Compreende uma abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde” (BRASIL, 2015, p. 201).

Apesar de ser entendida em um cenário maior que o da UBS, contemplando toda a RAS na busca pela resolução das necessidades dos usuários, a variável é válida ao indicar a postura adotada pela EqSF com relação a atenção integral à saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

Quanto ao acesso à atenção especializada, 49,3% dos usuários entrevistados afirmaram que conseguiram marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas quando necessário, 13,3% responderam que conseguiram às vezes e 9,3% responderam que não conseguiram. A fim de garantir

³⁸ “A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Baseada na ideia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão, de projetos co-geridos de ambiência como um dispositivo, para contribuir na mudança das relações de trabalho. Essa compreensão de ambiência como diretriz da Política Nacional de Humanização é norteadada por três eixos principais: o espaço que visa a confortabilidade; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos” (BRASIL, 2009b).

³⁹ O conceito de responsabilidade sanitária será discutido na análise da variável quanto a definição de área de abrangência.

a atenção integral à saúde espera-se da AB o papel de coordenador do cuidado na RAS. No entanto, mais do que a mobilização da EqSF para se conseguir esse acesso, faz-se necessária a existência de uma rede suficientemente estruturada de equipamentos e fluxos para suprir às necessidades dos seus usuários, características essas que são indiretamente avaliadas pela variável.

Ainda com relação ao papel da AB como coordenador do cuidado, 13,0% dos usuários entrevistados afirmaram que saem da unidade de saúde com a consulta agendada, 46,5% dizem ter a consulta marcada pela unidade de saúde e serem informados depois, 14,0% contam marcar a consulta na central de marcação de consultas especializadas, 18,4% afirmam receber uma ficha de encaminhamento / referência e procurar o serviço indicado pelo profissional e 3,1% dizem receber uma ficha de encaminhamento / referência e procurar o serviço que desejam. Cabe atentar que é apresentado pela PNAB como atribuição de todos os profissionais da EqSF “responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde” (BRASIL, 2006c, p. 44).

Com relação à satisfação do usuário, 21,7% dos usuários entrevistados consideram o cuidado recebido da EqSF muito bom, 57,2% consideram bom, 18,9% consideram regular, 1,4% consideram ruim e 0,6% consideram muito ruim. Com relação ao cuidado recebido pelos familiares, 19,4% o consideram muito bom, 54,7% consideram bom, 17,4% consideram regular, 2,1% consideram ruim, 0,7% consideram muito ruim.

Questionados quanto a nota que atribuiria para sua satisfação com o cuidado recebido na unidade, de zero a dez, 3,2% responderam de 0 a 4, 6,2% responderam 5, 4,0% responderam 6, 9,3% responderam 7, 21,9% responderam 8, 16% responderam 9 e 38,5% responderam 10.

Com relação ao desejo de mudar de equipe, 17,4% dos usuários entrevistados afirmaram que desejariam mudar de equipe caso tivessem a opção e 82,4% responderam que não desejariam.

As respostas ratificam os resultados encontrados com a pesquisa de Castro e colaboradores (2008), com uma avaliação majoritariamente positiva pelos

entrevistados do SUS. Uma hipótese que os autores elaboraram para explicar a avaliação altamente positiva foi a de que os usuários entendem que, apesar das carências reconhecidas, a existência dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS é melhor do que a sua inexistência. Considerando-a válida, os resultados representam uma expectativa dos usuários de continuidade da prestação de serviços públicos de saúde, tal como uma forma de cobrança pela sua melhoria contínua.

Com relação à presença de mecanismos de participação e interação com o usuário, 17,2% dos usuários entrevistados informaram que conseguem fazer uma reclamação ou sugestão na unidade quando desejam, 3,4% responderam que conseguem, porém com dificuldade, 13,2% responderam que não conseguem e 65,3% responderam que nunca precisaram. Com relação ao retorno da reclamação, 39,7% dos usuários afirmaram que o tiveram rapidamente, 18,6% informam que tiveram, porém demorou e 24,9% afirmam que não tiveram. Na perspectiva da equipe, 72,9% dos entrevistados afirmam que a equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na AB, enquanto que 27,1% afirmam que não dispõe.

Conforme apontado por Escorel e Moreira (2012), a participação da população é um dos pilares do SUS. Cabe atentar que a participação dos usuários, bem como a dos trabalhadores, tende a ser mais legitimada e reconhecida quando a própria instituição gera o espaço de discussão do que quando este é fruto do movimento de sujeitos que discordam da gestão. Tal situação, no entanto, é oposta à institucionalização meramente formal, a qual se trata verdadeiramente de uma estratégia de esvaziamento das instâncias participativas (ESCOREL e MOREIRA, 2012). A variável acima apresentada, apesar de não contemplar outros campos de participação, como, por exemplo, a cogestão existente na clínica ampliada⁴⁰, é interessante para inferir quanto a existência de canais de comunicação com o usuário.

⁴⁰ “A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo

Ainda com relação à participação social, 59,2% das equipes informaram que há Conselho Local de Saúde (CLOs) ou instância colegiada equivalente, enquanto que 40,8% responderam que não há. Os conselhos de saúde, conforme já apresentados, foram instituídos pela lei n. 8.142 de 1990, tendo composição paritária de usuários (50%) e gestores (25%) e trabalhadores (25%). Os conselhos integram o conjunto de “conselhos gestores” criados com a CF de 1988, sendo deliberativas e atuando “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 1990b).

Com relação às práticas em saúde bucal, 62,1% dos trabalhadores afirmam haver acolhimento específico para saúde bucal e 10,9% declaram não haver. A entrega de próteses dentárias e acompanhamento do paciente é realizado segundo 10,2% dos profissionais entrevistados, contra 62,7% que afirmam não realizar essa atividade. As ofertas em Saúde Bucal são oferecidas conforme o risco segundo 60,5% dos trabalhadores e não são segundo 12,5%.

As variáveis de saúde bucal trazem inferências relacionadas ao cumprimento dos princípios do SUS e da ESF, aos quais ela está incorporada como direito do cidadão brasileiro. A presença ou não de acolhimento, conforme já apontado, remetem ao acesso na sua dimensão ampla, bem como a postura dos profissionais da ESB. A disponibilidade de entrega de próteses e acompanhamento dos usuários remete à atenção integral em saúde bucal, sendo verificada na variável se essa função está incorporada à unidade. Com relação ao uso do risco identificado para basear as ofertas, especialmente atrelando essa classificação ao acolhimento, verifica-se na questão o quanto as ações da equipe estão baseadas no princípio da equidade. Conforme aponta a Política Nacional de Humanização (PNH), “a classificação de risco é (...) uma ferramenta de organização da “fila de espera” no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada”. Ou seja, todos devem ser atendidos, porém

saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado” (BRASIL, 2010c).

de forma e em tempos distintos, conforme suas necessidades (BRASIL, 2008; MOYSÉS, 2012).

Com relação ao apoio institucional, 77,9% das equipes afirmaram receber apoio permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 6,3% informam receber desde a adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e 14,5% contam não receber. Apoio institucional é “uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores” (CAMPOS, FIGUEIREDO, *et al.*, 2014, p. 984). Conforme apontado por Oliveira e Campos (2015, p. 230), apoio institucional também pode ser entendido pela aplicação do Método Paidéia⁴¹ à “gestão, visando à cogestão de organizações e à democratização das relações nas instituições e sistemas sociais”. Essa ferramenta vem sendo utilizada pelas três instâncias federativas de gestão nacionais, com diversas experiências de integração dos serviços e democratização da gestão (OLIVEIRA e CAMPOS, 2015), sendo inferida sua valorização pela gestão por essa variável.

Considerando o apoio matricial, 88,5% das equipes responderam que recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos, enquanto que 11,2% afirmaram não receber. Apoio matricial “sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde” (CAMPOS, FIGUEIREDO, *et al.*, 2014, p. 984). Estudo realizado por Oliveira e Campos (2015) verificou que a discussão de cuidado compartilhado vem sendo feita internacionalmente. Esse fenômeno decorre da reconhecida insuficiência da AB, isoladamente, atender os desafios impostos pelas doenças crônicas e pelas comorbidades. O apoio matricial é uma ferramenta nesse sentido, permitindo a troca de saberes entre especialistas e generalistas em prol da ampliação da clínica e de

⁴¹ O Método Paidéia ou Método da roda é um método criado por Gastão Wagner de Sousa Campos a partir da crítica à racionalidade gerencial hegemônica, que busca “favorecer a democratização da gestão nas organizações, por meio da formação de coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, e do incentivo à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho. Para tanto, o método parte de uma articulação de saberes e práticas dos campos da Saúde Coletiva, da clínica, da política, da administração e planejamento, da psicanálise, da análise institucional e da pedagogia” (CAMPOS, FIGUEIREDO, *et al.*, 2014, p. 985).

processos de trabalho mais colaborativos. A variável acima possibilita a visualização da importância dada a essa ferramenta pela gestão local.

Quanto à definição de área de abrangência, 97,7% das equipes afirmam haver a definição e 2,0% relatam que não há. Essa variável guarda relação com o princípio da regionalização do SUS. Esse princípio permeia a saúde há muito tempo, havendo citações a sua relação com a saúde em obras de Hipócrates, mas ganhando importância na confecção de sistemas de saúde com o Relatório Dawson. Esse documento, conforme já apresentado, inspirou a constituição de sistemas com redes de serviços regionalizadas e população adstrita. Intimamente relacionado aos demais princípios, subentende-se nas regiões a existência de uma autossuficiência de serviços até o mais alto nível de complexidade. Desse modo, é desejado que a região seja desenhada de forma a garantir ao usuário do seu território o cuidado integral à saúde. Além disso, em sistemas públicos de saúde universais como o SUS, a região delimita um coletivo de cidadãos cuja responsabilidade pelas condições sanitária é primordialmente da AB (LIMA, MACHADO, *et al.*, 2012; BRASIL, 2015; BRASIL, 2012).

Oliveira e Furlan (2010, p. 243) observam que é necessário considerar o território de forma que “amplie a capacidade de compreensão sobre os potenciais e as limitações existentes no espaço, bem como sobre seus sujeitos constituintes”. Os autores defendem que o trabalho em saúde “deve buscar uma visão do ambiente ecológico e social em que as vidas se tecem”. Dessa forma, temos uma visão ampliada do território, que nos permite “potencializar e problematizar a maneira como trabalhamos com a população e definimos as prioridades das práticas de atenção”. Apesar de não conseguirmos compreender através da variável a profundidade da reflexão quanto à definição da área de abrangência, é possível através dela vislumbrar se essa é uma questão com que a gestão minimamente se preocupa.

Critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe foram utilizados por 53,9% das equipes entrevistadas e não foram por 37,4%. Entende-se por risco a “probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, um dano ou fenômeno indesejado” e, por “fator de risco de um dano”, “toda característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência do fato indesejado, sem que o dito fator tenha

que intervir necessariamente em sua causalidade” (ROUQUAYROL e GURGEL, 2013, p. 689). O conceito de risco, na sua história, já foi aplicado a grupos de pessoas, levando a ações preconceituosas diante de pessoas tidas com características de risco maior, bem como a comportamentos que desencadeiam maior risco. O conceito de vulnerabilidade, por sua vez, decorre da percepção de que não apenas pela ciência do fator que gera o risco acrescida à vontade de não se ter esse risco, este se depreenderá do indivíduo. Esse conceito entende que o indivíduo está imerso em um contexto biopsicossocial, entremeado por relações de raça/etnia, gênero, estigma e discriminação, dentre tantos outros. Apesar das limitações do conceito de risco, à medida que as conhecemos, torna-se mais fácil atrelá-lo ao contexto das situações estudadas para a melhor definição das possíveis ofertas. A variável apresentada, dessa forma, infere a importância dada à consideração dos riscos e das vulnerabilidades para a definição dos territórios. Entende-se que os valores de população recomendada pelas políticas são valores médios, cabendo o ajuste fino no nível loco regional com base nas suas características. Assim, preza-se que para a definição do território sejam identificadas suas vulnerabilidades e, de forma equitativa, sejam distribuídas as equipes de saúde (AYRES, CALAZANS, *et al.*, 2012).

Com relação à formação profissional, 75,7% das equipes entrevistadas afirmam que há ações de educação permanente em saúde (EPS) que envolvem os profissionais da AB e contemplam suas demandas e necessidades. A EPS “precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’”. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho” (CECCIM e FERLA, 2009, p. 70). Apresentada como uma das ferramentas de desenvolvimento das EqSF pelo PMAQ e sendo consagrada seu reconhecimento pela Política Nacional de EPS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013), tem na variável acima uma possibilidade de inferência quanto a sua implementação.

São realizadas reuniões de equipe segundo 98,2% das equipes, não sendo segundo 1,7%. A PNAB considera atribuição de todos os profissionais da EqSF a realização de reuniões de equipe “a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis” (BRASIL, 2006c, p. 45). A realização de reuniões de equipe as enriquece à medida que legitima

o trabalho em equipe, a qual é definida por Dias e Nogueira (2012, p. 289) como “um conjunto de pessoas com conhecimentos diversos, mas que se unem em objetivos comuns, negociam entre si e elaboram um plano de ação bem definido, trabalhando em consonância e com comprometimento mútuo, complementando o trabalho com suas habilidades variadas, aumentando a chance de êxito no resultado do trabalho empreendido”. Pinto (2010) considera as EqSF como um protótipo da definição de coletivos organizados para a produção de Campos: “Equipe ou Grupo de pessoas que se organiza em função do compromisso de se produzir Valor de Uso que potencialmente interesse a parcelas da sociedade” (2000)⁴² citado por (PINTO, 2010, p. 289).

Campos (2013) advoga que o objetivo da equipe é tríplice: além de discutir quanto ao objeto de interesse, produzindo *Valores de Uso* diante das necessidades sociais, deve refletir para dentro de cada indivíduo na dada coletividade, proporcionando análises das suas relações, vinculações, contradições, dentre outras questões, que os faz se desenvolverem enquanto *Sujeitos* com maior capacidade de compreensão e intervenção, bem como reproduzir o *Coletivo* enquanto espaço democrático e cogrido.

Oliveira e Furlan (2010, p. 254) observam que “tomando o grupo enquanto um dispositivo não apenas um lugar ou método de trabalho, o que poderemos acionar é a descristalização de papéis e ações, e dar margem à análise e questionamento do que parece ser uma prática naturalizada de intervenção ou de organização da sociedade, colocando-se em contato com o outro, abrindo-se para a co-construção”.

Apesar da variável reduzir-se a verificação da existência ou não de reuniões de equipe, ela permite sabermos se o primeiro passo para todas as possibilidades e todos os desejos acima apresentados está sendo satisfeito.

Com relação ao planejamento das ações, 95,6% das equipes entrevistadas afirmam realizá-las, enquanto 4,3% referem não realizar. Scarazatti e Amaral (2010, p. 195-197) entendem o planejamento como “um sistema de tomada de decisões, de

⁴² CAMPOS, G.W.S. Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos A Constituição do Sujeito, A Produção de Valor de Uso e a Democracia em Instituições: O Método da Roda. São Paulo: editora HUCITEC, 2013.

distribuição de poder institucional com base na descentralização e na participação, no compartilhamento”. Essa concepção de planejamento se dá atrelada a uma gestão que suporte o trabalho compartilhado na assistência, bem como que favoreça “oportunidades de encontros para reflexão sobre o próprio trabalho”. Os autores consideram que, apesar do planejamento ser um importante instrumento de gestão, ele é pouco utilizado nas organizações de saúde do SUS. O uso de instrumentos para contratação de compromissos, denominado contrato de metas ou de gestão, por sua vez, são ainda menos utilizados e, quando o são, normalmente tem a função de “contratar o perfil assistencial dos hospitais e menos como instrumento de estabelecer compromissos internos à organização”⁴³.

Os trabalhadores possuem plano de carreira segundo 21,1% das equipes entrevistadas e não possuem segundo 77,4% das equipes. Plano de carreira é definido pelas diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários (PCCS) no âmbito do SUS como “o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal” (BRASIL, 2006b, p. 30-31). O mesmo documento denuncia que, com a reforma do aparelho de Estado empreendida na década de 90, a valorização dos profissionais que desempenhavam atividades públicas estatais consideradas não exclusivas do Estado, como a saúde, foi deixada de lado. Tal fato contribuiu enormemente para a verificação de planos de carreira ainda muito incipientes, ratificando os dados encontrados com a variável apresentada. A necessidade da implementação de PCCS é apresentada também pelo documento do MS DesprecarizaSUS: perguntas & respostas (BRASIL, 2006e) e sua efetivação é possível de ser inferida por meio dessa variável.

São realizadas visitas domiciliares segundo 99,6% das equipes e não são segundo 0,4%. Conforme aponta Mahmud et al. (2012), a visita domiciliar é uma das possíveis formas de se realizar o cuidado domiciliar. Apesar de antiquíssima, remetendo a relatos do Egito e da Grécia Antiga, a sua sistematização como estratégia

⁴³ Cabe atentar que os valores apresentados na avaliação externa do PMAQ destoam dos referidos pelos pesquisadores, exigindo o aprofundamento dessa questão, o que não será o foco desse trabalho.

e ferramenta de cuidado é relativamente recente, datando da década de 1970, com a estruturação de profissionais treinados com objetivos claros e definidos, segundo os autores. Verifica-se pelos resultados apresentados que a prática está incorporada ao trabalho das EqSF.

Com relação à estratificação de risco de pacientes portadores de condições crônicas, verifica-se que 48,4% das equipes entrevistadas possuem registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) com maior risco/gravidade, enquanto 51,6% não. Para pessoas com *diabetes mellitus* (DM) com maior risco/gravidade, 52,0% afirmam possuir registro e 48,0% afirmam não possuir. Com relação ao registro dos usuários com transtornos mentais mais graves, 40,1% das equipes afirmam ter e 58,4% afirmam não ter.

Entendendo-se a prevenção nos seus diversos níveis⁴⁴ e o chamado paradoxo da prevenção⁴⁵, sabe-se que as ações que objetivam a redução de danos não devem ser focalizadas apenas nos chamados grupos de risco, nos quais é reconhecida a presença de fatores de riscos determinados epidemiologicamente, culminando em ações culpabilizantes, que estereotipam o indivíduo e não lhe promovem a autonomia. Conforme já apontado, a alternativa, que não descarta o risco, no entanto, é considerar a vulnerabilidade. Na presente variável, é possível vislumbrar possibilidades de ação de prevenção secundária, terciária e quaternária atreladas à consideração da vulnerabilidade, bem como de assistência integral ao indivíduo, podendo se valer da elaboração de projetos terapêuticos singulares

⁴⁴ A prevenção, ação antecipada que tem por finalidade interceptar ou anular a evolução de uma doença pode ser dividida conforme as fases de sua aplicação em primária, relativa a diminuição de vulnerabilidades ou fatores de risco enquanto proteção específica e de melhoria das condições de vida gerais do cidadão ou de sua resiliência frente a essas enquanto promoção de saúde; em secundária, relativa a ações que interceptam a doença já instalada com a finalidade de identificá-la precocemente, tratá-la imediatamente e limitar a incapacidade que pode vir a se instalar; terciária, relativa às ações de recuperação frente a deficiências funcionais instaladas; e quaternária, relativa a não geração de danos iatrogênicos (ROUQUAYROL e GURGEL, 2013; TESSER, 2012).

⁴⁵ O paradoxo da prevenção diz respeito ao trabalho de Geoffrey Rose (1985), no qual foi verificada um baixo impacto populacional de ações preventivas a grupos considerados de maior risco, visto que estes se apresentam em quantidade menor em comparação aos de menor risco, que caracterizam a maioria da população e, desse modo, mesmo tendo menor probabilidade de apresentar os danos estudados, acabam por concentrá-los pela sua quantidade. Desse modo, as ações mais efetivas para redução de incidências de doenças a nível populacional seriam aquelas que melhorassem amplamente os determinantes de saúde (a serem analisados na Discussão).

(PTS)⁴⁶. Apresentadas de forma dividida, em verdade tais ações são desempenhadas de forma misturada, uma enriquecendo a outra junto à participação do cidadão na clínica ampliada (AYRES, CALAZANS, *et al.*, 2012; TESSER, 2012; OLIVEIRA, 2010; ROSE, 1985). A questão feita às equipes permite, assim, inferir o quanto a equipe se organiza para reconhecer os usuários que devem dedicar maior esforço, respeitando o princípio da equidade.

O tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com DM, HAS ou transtorno mental na unidade de saúde é de um a quinze minutos em 76,5%, 76,2% e 68,1% das equipes, respectivamente. Sendo que para pessoas com transtorno mental, o tempo de espera de menos de um minuto correspondeu a 20,8% das equipes. Apesar da variável ter sido elaborada considerando a resposta como número de dias, ou seja, provavelmente desejando avaliar o tempo de espera da marcação até a consulta propriamente dita, as respostas se deram na esfera de minutos a horas. Dessa forma, acreditamos que a variável indique o tempo de espera a partir da chegada do usuário à unidade até o atendimento ser realizado. Esse quesito infere como está a organização da agenda diante da demanda, sendo em linhas gerais uma aferição também do acesso em seu domínio amplo (TRAVASSOS e CASTRO, 2012; BRASIL, 2013).

Há fluxos de comunicação institucionalizados com a atenção especializada segundo 49,5% das equipes entrevistadas e não há segundo 48,8%. Conforme já abordado, é reconhecida a insuficiência da AB atuando sozinha frente à complexas questões de saúde com que nos deparamos. Dessa forma, é fundamental que a AB esteja atrelada a uma RAS, com fluxos dinâmicos, efetivos e preferencialmente institucionalizados. Assim, a variável permite inferir a presença desses fluxos, que favorecem a efetivação do princípio da integralidade (BRASIL, 2010d; BRASIL, 2006c).

São oferecidas práticas integrativas e complementares (PIC) no território segundo 18,7% das equipes e não são segundo 81,3%. As PIC foram

⁴⁶ O PTS é um projeto terapêutico elaborado de forma compartilhada entre profissionais e usuários envolvidos, considerando a singularidade do usuário e de seu contexto, buscando identificar formas novas de se entender os achados e de se atuar frente a eles, sendo normalmente voltado aos casos considerados mais complexos (OLIVEIRA, 2010).

institucionalizadas com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS de 2006, a qual contempla a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia. As PIC atuam nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseando-se em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. As diversas abordagens abrangidas nesse campo também são constituídas da ampliação da visão do processo saúde-doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, fundamental inclusive no manejo das condições crônicas (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2006d). A variável indica a baixa prevalência da oferta de PIC no território brasileiro em 2012.

São realizadas ações direcionadas à população rural, aos assentados e aos quilombolas de acordo com as especificidades e as demandas do grupo segundo 32,1% das equipes entrevistadas e não segundo 67,9%. As populações do campo e da floresta, as quais são caracterizadas por “povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra” tiveram suas necessidades reconhecidas institucionalmente com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Essa política institui os planos para o maior alcance do SUS a esses cidadãos, garantindo-lhes seus direitos (BRASIL, 2013). Com a variável é possível verificarmos o quanto as unidades desempenham ações voltadas a esses grupos.

A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e na classificação de risco e vulnerabilidade segundo 91,6% das equipes e não segundo 8,0%. Conforme já apresentado, a utilização da classificação de risco é um instrumento que visa a organização e o planejamento das ofertas em prol da equidade e da integralidade do cuidado (BRASIL, 2008).

A equipe realiza coleta de exame citopatológico (CO) segundo 97,2% das equipes e não segundo 2,7%. São desenvolvidas ações de planejamento familiar segundo 91,9% das equipes e não segundo 8,0%. São realizadas consultas de puericultura para crianças até dois anos segundo 93,4% das equipes e não segundo 6,4%. As ações acima são nitidamente ações programáticas na área materno-infantil.

Apesar da política de saúde brasileira já ter privilegiado o acesso às custas da demanda se “encaixar” em alguma das ofertas programáticas, com o advento do SUS, o acesso se tornou universal, havendo ou devendo haver a troca de prioridades, passando as necessidades a determinarem as ofertas. Vemos com a variável, por sua vez, que ações caracteristicamente programáticas, como da área de saúde da mulher e materno-infantil continuam a ser realizadas, o que caracteriza o SUS, um sistema de saúde que incorporou as práticas prévias com reconhecida efetividade atrelando-as às novas idéias e ofertas em saúde.

São realizadas atividades nas escolas segundo 75,2% das equipes e não são segundo 24,8%. As atividades referem-se ao Programa Saúde na Escola (PSE), programa instituído em 2007 por meio da parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde. Articulam-se, assim, as redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais, conformando laços de corresponsabilidade. O projeto tem, dentre seus objetivos, problematizar como os serviços estão se relacionando e que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos. A variável assim infere quanto à atuação intersetorial das equipes, um dos princípios da AB em prol da integralidade.

É realizado o registro do número de usuários com tuberculose segundo 73,6% das equipes e não é por 24,4%. O registro de usuários com hanseníase é realizado segundo 59,9% das equipes e não é por 36,4%. A tuberculose e a hanseníase são exemplos de doenças negligenciadas⁴⁷ e por manterem importante endemicidade, morbidade e, no caso da tuberculose, também mortalidade, são consideradas alvos prioritários de controle pela vigilância em saúde. Esta, com a descentralização efetiva do sistema de saúde, tem como espaço privilegiado de atuação a AB, devendo seus profissionais estarem capacitados para identificar precocemente os casos de usuários com essas doenças e iniciar o tratamento

⁴⁷ Doenças negligenciadas são “doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países”. Apesar do financiamento de pesquisas, são poucos os avanços no tratamento dessas doenças. Uma das causas é o desinteresse das indústrias farmacêuticas, visto que a população atingida normalmente é de baixa renda e presente em países em desenvolvimento (BRASIL, 2010a, p. 200).

indicado. A variável permite inferir como as equipes estão organizadas nesse combate (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

Com relação à forma de ingresso, 46,9% das equipes entrevistadas responderam terem ingressado por meio de concurso público, 23,0% por seleção pública e 29,5% por outra forma. Quanto ao vínculo profissional, 41,1% das equipes entrevistadas afirmam que seu vínculo é de servidor público estatutário, 2,7% de cargo comissionado, 15,6% de contrato temporário pela adm. pública regido por legislação especial, 13,3% de contrato temporário por prestação de serviço, 7,1% de empregado público CLT, 17,8% de contrato CLT, 0,3% de autônomo e 2,1% de outro (s) vínculos.

Conforme o documento DesprecarizaSUS: perguntas & respostas (BRASIL, 2006e), o Conass e o Conasems definem trabalho precário como aqueles que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Além disso, defendem a realização de processo seletivo mesmo no caso de vínculo indireto e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. As Entidades Sindicais representantes dos trabalhadores do SUS, por sua vez, consideram o trabalho precário não apenas pela ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também pela ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.

Verifica-se através das variáveis, que as equipes com vínculo de servidor estatutário ou celetista totalizam 66% das entrevistadas e que 69,9% ingressaram no serviço público por meio de concurso ou seleção pública, sendo fundamentais para o monitoramento da desprecarização dos vínculos trabalhistas do SUS.

Com base nos dados apresentados, é possível verificar que, em linhas gerais, nacionalmente, as unidades são consideradas acessíveis, porém ainda persistindo mecanismos que sinalizam dificuldades de acolhimento e de adequação das necessidades frente às ofertas das unidades, como a presença de 30,6% dos usuários entrevistados tendo que aguardar em fila a unidade abrir para realizar a marcação de uma consulta. O acolhimento é um dispositivo considerado implementado pela maioria dos entrevistados, especialmente os trabalhadores. Com relação à avaliação da qualidade do cuidado pelo usuário, essa é considerada boa ou muito boa por 78,9% dos entrevistados, ratificado pelo desejo de permanecer nas

equipes e pela nota atribuída a essas. O acesso às especialidades se dá, mesmo que com dificuldades, segundo 62,6% dos usuários. Os CLoS estão implementados segundo 52,9% dos trabalhadores. As ofertas em saúde bucal nas unidades são, na maior parte das avaliações dos trabalhadores, organizadas com base no acesso e da equidade, porém ainda carecem de ofertas com relação a dispensação de próteses. O apoio institucional alcança cerca de 84,2% das equipes, enquanto que o matricial, 88,5%. Variáveis como definição de abrangência, planejamento das ações, realização de reuniões de equipe, de visita domiciliar e de puericultura, uso da classificação de risco na condução das gestações, coleta de CO e planejamento familiar são declaradas como presentes ou sendo realizadas por mais de 90% das equipes. Variáveis como presença de plano de carreira e de fluxo de comunicação com a atenção especializada, estratificação de usuários com condições crônicas, realização de PIC e ações direcionadas à população rural, aos assentados e aos quilombolas, por sua vez, estão presentes ou sendo realizadas por menos da metade das equipes.

O cenário visualizado acima não teve por finalidade aprofundar a caracterização das condições sanitárias ou de organização de serviços, mas sim apresentá-los de forma breve e servir de base para a análise do que será aprofundado na discussão, na qual foram utilizadas as variáveis apresentadas.

A revisão da literatura é apresentada de forma sucinta por meio dos principais achados de alguns artigos. A maior parte dos achados na literatura, por sua vez, é apresentada nas discussões, sendo correlacionadas com os resultados obtidos nessa pesquisa.

Canabrava et al. (2007) apresenta a importante e já tradicional relação entre as entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas com o Estado. Contudo, apesar da importância histórica da filantropia na assistência hospitalar, a autora observa que ainda é pouco estudada a participação do segmento filantrópico em AB de saúde no Brasil. Percebeu-se com a pesquisa que o segmento filantrópico desenvolve serviços organizados e sistemáticos em AB, entretanto, não é reconhecido como potencial parceiro pelo SUS, embora seja referência para encaminhamentos de diversos órgãos públicos. Pôde-se observar no estudo sobreposição e concomitância de ações e recursos públicos e da iniciativa privada sem fins lucrativos em uma mesma população. Assim, é visto com cautela a participação “paraestatal” desse setor na AB.

Carneiro Junior et al. (2011) trazem em seu trabalho críticas às práticas de gestão estatais, que seriam mais burocráticas e morosas. Apresenta então as parcerias com o setor filantrópico como uma possibilidade de superação desses desafios administrativos que se colocam para a gestão em saúde na AB.

O ex-secretário municipal de saúde de São Paulo, Januário Montone, foi entrevistado pela Dr. Ana Malik na publicação Debates GV Saúde de 2011 (MONTONE, 2011). Na publicação, o então gestor apresenta a participação da iniciativa privada sem fins lucrativos como solução aos entraves da gestão estatal. Relata ainda a experiência com as PPPs, ainda em início de implantação na área da saúde.

Peci et al. (2008) também trazem em sua pesquisa o questionamento das atribuições do Estado, reforçando críticas ao modelo burocrático e discutindo a mudança do papel estatal de ente executor para regulador.

Diante do apresentado, verifica-se que a constituição do Estado e do seu aparelho administrativo, das formas de organização, tal como a implementação de políticas públicas que privilegiam direitos sociais ou a concentração de capital, são decorrentes de opções ético-políticas em disputa da sociedade e de seus representantes governantes.

O trabalho buscou a partir desse rico cenário produzir evidências empíricas que iniciem uma caracterização das relações entre as diferentes formas de organização e o cuidado em saúde na atenção básica. Corre-se o risco de se tornarem simples demais frente à complexidade das questões, porém possuem o compromisso de dar início a uma exposição de relações até então pouco exploradas.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Caracterizar as relações das diferentes formas de organização com a atenção à saúde no âmbito da Atenção Básica.

Objetivos específicos

Caracterizar a distribuição das formas de organização na gestão dos serviços da Atenção Básica;

Caracterizar as relações entre as formas de organização com:

- A percepção da qualidade da atenção pelo usuário da Atenção Básica;
- A implementação de arranjos e dispositivos de gestão e atenção à saúde na Atenção Básica.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa transversal realizada em três etapas, associada à revisão bibliográfica. As etapas da pesquisa quantitativa foram:

1ª Etapa: Identificamos, caracterizamos e analisamos as formas de organização mais prevalentes na gestão de serviços de saúde da AB por meio da inferência pelos vínculos empregatícios cadastrados no CNES na competência dos meses de agosto de 2008 a 2014⁴⁸ e pelos agentes contratantes informados na avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ de 2012⁴⁹.

2ª Etapa: Comparamos os municípios que tiveram equipes participantes do primeiro ciclo do PMAQ (2012). As variáveis independentes consideradas foram a proporção de cada forma de organização na gestão das equipes da AB, obtida por meio de inferência da resposta do trabalhador da equipe quanto ao seu agente contratante, e variáveis socioeconômicas de controle. As variáveis dependentes utilizadas foram as variáveis de acesso e efetividade de AB do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) e, a partir dos dados da Avaliação Externa do PMAQ, a percepção de qualidade pelo usuário e a distribuição de dispositivos de gestão e cuidado. Dados ignorados ou que não fossem aplicáveis foram descartados na análise. Essa análise também se caracteriza como um estudo ecológico à medida que faz inferências sobre a equipe a partir de resultados do município.

3ª Etapa: Diante dos achados da segunda etapa, realizamos essa terceira etapa com a finalidade de esmiuçar as associações encontradas. A fim de possibilitar o estudo das associações diretas entre formas de organização e desfechos, foi solicitado ao MS a vinculação da variável equipe nas respostas dos usuários e dos trabalhadores. Com a disponibilização pública desses dados, comparamos o menor nível de análise possível, as equipes participantes do primeiro ciclo do PMAQ, por meio de duas análises. Para tais comparações, consideramos como referência a Administração Direta. As análises foram:

⁴⁸ Dados disponíveis em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em outubro de 2016.

⁴⁹ Dados disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo>. Acesso em março de 2016.

Primeira: Tendo as formas de organização na gestão das equipes da AB como variáveis independentes e a distribuição de dispositivos de gestão e cuidado, conforme relatado pelos trabalhadores, como variáveis dependentes;

Segunda: Tendo as formas de organização na gestão das equipes da AB e variáveis socioeconômicas selecionadas dos usuários entrevistados como variáveis independentes e a percepção de qualidade pelo usuário como variável dependente.

Foi utilizado o software R para a análise estatística e determinação de diferenças entre as formas de organização e o software Microsoft Excel 2010 para a elaboração de quadros e gráficos.

Para as variáveis dependentes numéricas e binomiais foi utilizada regressão linear, sendo optado após algumas experimentações pela utilização do ajuste do modelo conforme critério de informação de Akaike (AIC). Esse ajuste faz com que cheguemos às associações de variáveis independentes que melhor expliquem a relação com a variável dependente, de modo que, nos resultados, apenas tais variáveis são apresentadas.

Para as variáveis dependentes multinomiais foi utilizada regressão logística. As associações foram consideradas estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

Os resultados foram apresentados no formato de quadro, sendo representadas apenas as associações estatisticamente significantes. Nessa, as associações diretamente proporcionais foram apresentadas com um sinal positivo e, as inversamente proporcionais, com um sinal negativo.

A partir da análise dessa diagramação, optamos por refazer a apresentação em um formato gráfico. Os dados foram apresentados em gráficos para cada variável dependente, contemplando todas as variáveis independentes que participaram do teste estatístico, independente se significantes ou não. Foram calculados o *odds ratio* estimado para cada associação e seus intervalos de confiança de 95%.

Por se tratar de estudo transversal, a relação temporal entre as variáveis independentes e dependentes não pôde ser determinada. Desse modo, inferimos uma relação causal entre as formas de organização e as variáveis dependentes, cientes

da limitação de não sabermos há quanto tempo cada forma de organização foi implementada.

A revisão bibliográfica se deu a partir das categorias de análise identificadas no estudo quantitativo e é apresentada atrelada a discussão dos seus resultados. Foram pesquisados os descritores “Atenção Primária”, “Atenção Básica”, “Parceria Público Privada”, “Modelos Organizacionais”, “Contratualização” e “Contrato de Gestão” nos portais de Pesquisa da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Google Acadêmico (literatura cinzenta). Foram selecionados documentos brasileiros que, em seu título, apresentassem relação com o tema pesquisado, centrando a discussão no Brasil, publicados entre os anos 1991 e 2016. Desses, foram analisados com maior profundidade os artigos que se apresentaram pertinentes ao trabalho com a leitura de seus resumos.

Por se valer de apenas dados públicos, essa pesquisa foi dispensada do comitê de ética da instituição de ensino em que foi desenvolvida.

As variáveis estudadas são apresentadas abaixo:

Variáveis dependentes

Como variáveis dependentes, foram selecionados os indicadores do IDSUS referentes à AB e as variáveis da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ que pudessem contribuir para os esclarecimentos propostos com a pesquisa. Apresentamos abaixo tais variáveis com maior detalhamento.

IDSUS

Diante da contínua necessidade de fortalecer a gestão pública, tornando-a, dentre outros pontos, mais transparente, faz-se necessária a implementação de ações de avaliação e monitoramento sistemáticas que apoiem os processos decisórios da gestão e favoreçam a participação popular. Frente a isso, o MS lançou diversas iniciativas de avaliação e monitoramento, dentre as quais está o IDSUS, tendo por objetivo “avaliar o desempenho do SUS quanto à: universalidade do acesso, integralidade, igualdade, resolubilidade e equidade da atenção, descentralização com comando único por esfera de gestão, responsabilidade tripartite, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 2013, p. 6-10)

O IDSUS é composto por um conjunto de indicadores simples e compostos, que abrangem a RAS quanto ao acesso e resultados das ações e serviços de saúde na vigilância em saúde e na AB, especializada ambulatorial e hospitalar, assim como de urgência e emergência. Diante das diversidades encontradas no território nacional, os municípios foram estratificados em grupos homogêneos a fim de permitir a comparação dos seus resultados.

São 24 indicadores distribuídos entre a AB, as atenções ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência, que visam aferir o acesso potencial ou obtido e a efetividade. Na AB, são apresentados três indicadores para acesso potencial ou obtido e sete indicadores de efetividade (BRASIL, 2013, p. 12-15).

Como a unidade de análise do IDSUS é o município, seus indicadores só puderam ser utilizados no estudo ecológico, analisando sua associação com as proporções das formas de organização. O banco de dados utilizado no estudo se refere ao período analisado pelo índice de 2008 a 2011.

Apresentamos no quadro 5 os indicadores selecionados e, abaixo, suas descrições, obtidas a partir das fichas de indicadores do IDSUS (BRASIL, 2016g):

Quadro 5. Indicadores de AB do IDSUS.

Indicadores de AB do IDSUS	
Acesso	Efetividade
Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde	Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica ISAB
Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (p/ 1000 nasc)
Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
	Proporção de cura de casos novos de hanseníase

	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (Nº residentes p/ 100 p/ mês)
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Fonte: Brasil, 2013.

Indicadores de acesso potencial ou obtido:

Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde

Número médio mensal de equipes da atenção básica à saúde, para cada 3.000 pessoas, em relação à população total residente no município e ano avaliado.

O IDSUS considerou equipes da atenção básica à saúde as EqSF com carga horária de trabalho de 40 horas semanais e as equivalentes a essas, formadas por 60 horas semanais somadas das especialidades médicas: clínica médica, ginecologia e pediatria.

Uma maior cobertura das equipes da atenção básica à saúde, indica um maior potencial de oferta de ações e serviços básicos para a população e também uma maior facilidade de acesso a esse nível da atenção.

Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal

Número médio mensal de equipes de saúde bucal da atenção básica, para cada 3000 pessoas, em relação à população residente total no município no ano avaliado.

Foram consideradas equipes de saúde bucal da atenção básica as ESB das Equipes de Saúde da Família - ESF I e II com carga horária de trabalho de 40 horas semanais e os cirurgiões dentistas não integrantes das ESB com carga horária, de trabalho de 60 horas semanais.

O indicador mede a cobertura e, portanto, a disponibilidade das Equipes de Saúde Bucal da atenção básica para a população residente de um determinado município.

Uma maior cobertura das Equipes de Saúde Bucal da atenção básica indica maior potencial de oferta de serviços de odontologia básica para a população e também maior facilidade de acesso aos serviços odontológicos.

Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

Percentual de nascidos vivos de mães residentes que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, em determinado município e período, em relação ao total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo município e período.

Esse indicador mede a cobertura do atendimento pré-natal de gestantes, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos.

Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como taxa de mortalidade materna e infantil, incidência de sífilis congênita, entre outros.

Indicadores de efetividade:

Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica ISAB

Percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica entre as internações clínicas, de residentes em um determinado município, no período considerado.

O indicador mede a proporção das internações mais sensíveis à atenção básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município.

Esse indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções e que dentre essas enfermidades existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da AB e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde.

O rol de causas das internações sensíveis à AB desse indicador é um subconjunto, portanto não contém todas as causas da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.

Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (p/ 1000 nasc)

Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano residentes em determinado município por nascidos vivos de mães residentes do mesmo município, no período considerado.

Esse indicador expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada ao longo do período de gestação.

Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

Percentual de curados de tuberculose pulmonar bacilífera (TB) no total de casos diagnosticados no período da análise, em determinada unidade geográfica.

Representa o êxito no tratamento de tuberculose, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes.

Proporção de cura de casos novos de hanseníase

Percentual de curados entre os casos novos de hanseníase, residentes em um município, no período avaliado.

Representa o êxito no tratamento de hanseníase e a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes.

Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano

Número de doses da vacina tetravalente aplicadas em crianças com menos de um ano contra difteria, coqueluche, tétano e *Haemophilus influenzae* tipo B em relação ao total de crianças menores de um ano de idade em determinado município e ano.

Estima o nível de proteção da população de menores de 1 ano contra doenças evitáveis pela vacina tetravalente, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação.

Considera-se que a cobertura vacinal da tetravalente reflete bem a capacidade dos municípios de efetuar a vacinação, uma vez que, caso completem a vacinação da tetravalente (vacina injetável e de 3 doses), serão capazes também de aplicar as demais vacinas.

Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (Nº residentes p/ 100 p/ mês)

Razão entre o número médio mensal de residentes que participaram de ação coletiva de escovação dental supervisionada no ano e a população de determinado município, no ano avaliado.

Estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

Considerando que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentífrico fluoretado, esse indicador também permite estimar a proporção de pessoas que tiveram acesso ao flúor tópico, o meio mais eficaz de prevenção de doenças bucais, além da oportunidade de consolidar o hábito de escovação.

Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Percentual das extrações dentárias em relação à soma de procedimentos selecionados (rol que inclui as extrações), produzidos para residentes em determinado município e ano.

Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange um maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.

Avaliação externa do PMAQ

O PMAQ faz parte do conjunto de iniciativas do MS para fortalecer práticas de avaliação e de monitoramento que subsidiem a gestão pública. Tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir

maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB (BRASIL, 2013).

Atualmente no terceiro ciclo (BRASIL, 2016a), foram utilizados no trabalho os microdados do primeiro ciclo, que se encontram disponibilizados publicamente (BRASIL, 2016h). O primeiro ciclo do PMAQ foi constituído de quatro etapas: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização.

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de AB e os gestores municipais, e destes com o MS, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2013).

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica (EAB), pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação permanente e Apoio institucional (BRASIL, 2013).

A terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica consiste na avaliação externa, em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Essa fase subdivide-se em duas dimensões (BRASIL, 2013):

- Certificação de desempenho das EAB e gestões municipais participantes do PMAQ: avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;
- Avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas EAB e processos

complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.

A quarta fase do PMAQ constitui o processo de recontractualização, que ocorre após a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contractualização de indicadores e compromissos é realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa (BRASIL, 2013).

O estudo se ateve à terceira fase do PMAQ, sendo analisadas variáveis selecionadas da avaliação externa. Com a vinculação da variável equipe nos bancos de dados, pudemos analisá-las de forma individual, estudando as potenciais associações diretas entre as variáveis dependentes e as formas de organização. Tal vinculação foi realizada após solicitação dos autores ao MS, sendo os microdados atualizados disponibilizados publicamente (BRASIL, 2013).

No estudo ecológico, utilizamos como variáveis independentes provenientes da avaliação externa do PMAQ apenas as respostas referentes às formas de organização. Quanto às variáveis dependentes, selecionamos as respostas a respeito da percepção do usuário e dos dispositivos de gestão e cuidado.

Nas análises individuais utilizamos como variáveis independentes as respostas referentes às formas de organização e, nas análises de percepção do usuário, as respostas relativas a características socioeconômicas dos usuários. Quanto às variáveis dependentes, selecionamos as mesmas respostas do estudo ecológico, adicionando aquelas que não foram possíveis de serem analisadas naquele formato.

Em todas as etapas, foram excluídas as respostas “Não sabe/Não respondeu” das análises.

Enfatizamos que o processo de seleção das variáveis estudadas foi difícil, diante da profusão de questões interessantes e pertinentes ao estudo, de forma que eliminamos diversas variáveis anteriormente selecionadas a fim de dar viabilidade à pesquisa no mestrado.

Apresentamos, nos quadros 6 a 8, as variáveis estudadas e, abaixo, suas descrições conforme o Dicionário de Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ (1º Ciclo) (BRASIL, 2013):

Quadro 6. Variáveis da avaliação externa do PMAQ referentes à percepção do usuário.

Avaliação Externa do PMAQ: Percepção do usuário
Distância UBS-casa: perto, razoável ou longe
Horário UBS atende às necessidades
Marcação de consulta é feita: por telefone; na UBS qualquer hora; na UBS, mas pega ficha; na UBS, tendo que fazer fila antes da unidade abrir; por meio de ACS
Usuário sente-se acolhido
Presença de atenção Integral, apenas às vezes ou não há
Acesso à consulta com especialista: sempre, às vezes ou não há
Para o encaminhamento ao especialista, o paciente: sai da unidade com consulta especialista marcada; tem a consulta com especialista marcada na UBS e é informada após; marca consulta com especialista em uma central de agendamento; recebe encaminhamento especialista e vai direto onde indicado pela UBS; ou recebe encaminhamento especialista e vai onde quiser
Cuidado da equipe recebido pelo usuário é: Muito Bom, Bom, Regular, Ruim ou Muito Ruim
Cuidado da equipe recebido pela família do usuário é: Muito Bom, Bom, Regular, Ruim ou Muito Ruim
Mudaria de equipe ou unidade se tivesse a opção

Fonte: Brasil, 2013.

Quadro 7. Variáveis da avaliação externa do PMAQ referentes aos dispositivos de gestão e cuidado.

Acolhimento
Acolhimento em Saúde Bucal
Há entrega de prótese dentária e acompanhamento do usuário
A oferta de saúde bucal é definida pelo risco identificado
Equipe recebe Apoio Institucional
Equipe recebe Apoio Institucional desde o PMAQ
Equipe recebe Apoio Matricial
Presença de canal de comunicação com o usuário
Presença de conselho de saúde
Há definição de Área de Abrangência
Vulnerabilidade considerada para definição de população adstrita
Há Educação Permanente
Há Reunião de Equipe
Há Planejamento de Equipe
Há Plano de Carreira
Há Visita domiciliar ao usuário
Há Estratificação de risco DM
Tempo de espera para primeira consulta de pessoas com DM
Há Estratificação de risco HAS
Tempo de espera para primeira consulta de pessoas com HAS

Há Fluxo de comunicação com a rede
Há Práticas Integrativas e Complementares
São realizadas ações p/ pop rural, assentados, quilombolas
É utilizada a classificação de risco para basear as ofertas às gestantes
A equipe realiza coleta de CO
Há Planejamento Familiar
A equipe participa do Programa Saúde na Escola
Há atenção em Puericultura
Há registro casos mais graves saúde mental
Tempo de espera para primeira consulta de pessoas com HAS
Há registro do número de usuários com tuberculose
Há registro do número de usuários com hanseníase
Vínculo
Forma de ingresso

Fonte: Brasil, 2013.

Quadro 8. Variáveis socioeconômicas dos usuários entrevistados na avaliação externa do PMAQ.

Variáveis Socioeconômicas dos Usuários entrevistados na Avaliação Externa do PMAQ
Sexo
Idade
Cor
Anos de estudo

Se sabe ler e escrever
Se trabalha
Se possui renda
Valor da renda
Se está aposentado

Fonte: Brasil, 2013.

Avaliação Externa do PMAQ: Percepção do usuário

As variáveis abaixo provêm das respostas dos usuários às questões do módulo III da avaliação externa.

Distância UBS-casa: perto, razoável ou longe

Refere-se à questão III.5.2: “O que o (a) senhor (a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde? ”, tendo como respostas: “Perto”, “Razoável”, “Longe” ou “Não sabe/Não respondeu”. No estudo individual, os dados foram comparados com a resposta “Razoável”.

Horário UBS atende às necessidades

Refere-se à questão III.5.7: “O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Marcação de consulta é feita: por telefone; na UBS qualquer hora; na UBS, mas pega ficha; na UBS, tendo que fazer fila antes da unidade abrir; por meio de ACS.

Refere-se à questão III.6.1: “Na maioria das vezes, como o (a) senhor (a) faz para marcar consulta na unidade de saúde? ”, tendo como respostas: “Marca por telefone”; “Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer hora”; “Vai à unidade, mas tem que pegar ficha”; “Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde abrir”; “O agente comunitário de saúde marca a consulta”; “Não faz marcação nesta unidade”; “Outro (s) ”; “Não sabe/não respondeu”. “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”. No estudo individual, os dados foram comparados com a resposta “Não faz marcação nesta unidade”.

Usuário sente-se acolhido

Refere-se à questão III.7.1: “Na maioria das vezes que o (a) senhor (a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado (a)?”, tendo como respostas: “Sim”, “Não”, “Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Presença de atenção Integral, apenas às vezes ou não há

Refere-se à questão III.8.1: “Quando é atendido (a) nesta unidade de saúde, o (a) senhor (a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?” tendo como respostas: “Sim”, “Sim, algumas vezes”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”. No estudo individual, os dados foram comparados com a resposta “Não”.

Acesso à consulta com especialista: sempre, às vezes ou não há

Refere-se à questão III.9.19: “Quando o (a) senhor (a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?”, tendo como respostas: “Sim, sempre”, “Sim, algumas vezes”, “Não”, “Nunca precisou” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Foram excluídas, além de “Não sabe/Não respondeu”, as respostas “Nunca precisou”. No estudo individual, os dados foram comparados com a resposta “Não”.

Para o encaminhamento ao especialista, o paciente: sai da unidade com consulta especialista marcada; tem a consulta com especialista marcada na UBS e é informada após; marca consulta com especialista em uma central de agendamento; recebe encaminhamento especialista e vai direto onde indicado pela UBS; ou recebe encaminhamento especialista e vai onde quiser

Refere-se à questão III.9.20: “Quando o(a) senhor(a) é atendido na Unidade de saúde e necessita ser encaminhado(a) para outros profissionais ou especialistas, o que acontece?”, tendo como respostas: “Sai da unidade de saúde com a consulta agendada”, “A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada ao senhor(a) depois”, “A consulta é marcada pelo senhor(a) na central de marcação de consultas especializadas”, “O(a) senhor(a) recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço indicado pelo profissional”, “O(a) senhor(a) recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço que desejar”, “Não sabe/não respondeu” ou “Não se aplica”.

Foram excluídas, além de “Não sabe/Não respondeu”, as respostas “Não se aplica”. No estudo individual, os dados foram comparados com a resposta “Sai da unidade de saúde com a consulta agendada”.

Cuidado da equipe recebido pelo usuário é: Muito Bom, Bom, Regular, Ruim ou Muito Ruim

Refere-se à questão III.18.4: “Na sua opinião, o cuidado que o (a) senhor (a) recebe da equipe de saúde é”, tendo como respostas: “Muito bom”, “Bom”, “Regular”, “Ruim”, “Muito ruim” ou “Não sabe/não respondeu”. No estudo individual, os dados foram comparados com a resposta “Regular”.

Cuidado da equipe recebido pela família do usuário é: Muito Bom, Bom, Regular, Ruim ou Muito Ruim

Refere-se à questão III.18.5: “Em sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é”, tendo como respostas: “Muito bom”, “Bom”, “Regular”, “Ruim”, “Muito ruim”, “A família não é atendida pela equipe” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Foram excluídas, além de “Não sabe/Não respondeu”, as respostas “A família não é atendida pela equipe”. No estudo individual, os dados foram comparados com a resposta “Regular”.

Mudaria de equipe ou unidade se tivesse a opção

Refere-se à questão III.18.6: “Caso o (a) senhor (a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Maior satisfação do usuário

Refere-se à questão III.18.9: “De zero a dez, qual nota o (a) senhor (a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade? ”, tendo como respostas: a nota ou “Não sabe/Não respondeu”.

Usuário consegue opinar

Refere-se à questão III.19.1: “Quando o (a) senhor (a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o (a) senhor (a) consegue? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Sim, mas com dificuldade”, “Não”, “Nunca precisou” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Foram excluídas, além de “Não sabe/Não respondeu”, as respostas “Nunca precisou”. No estudo individual, os dados foram comparados com a resposta “Não”.

Usuário ter resposta

Refere-se à questão III.19.1: “Quando o (a) senhor (a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno? ”, tendo como respostas: “Sim, teve rapidamente”, “Sim, mas demorou”, “Não”, “Nunca fez reclamação”, “Não sabe/Não respondeu” ou “Não se aplica”.

Foram excluídas, além de “Não sabe/Não respondeu”, as respostas “Nunca reclamou” e “Não se aplica”. No estudo individual, os dados foram comparados com a resposta “Não”.

Mudaria de equipe ou unidade se tivesse a opção

Refere-se à questão III.18.6: “Caso o (a) senhor (a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Avaliação Externa do PMAQ: Dispositivos de gestão e cuidado

Acolhimento

Refere-se à questão II.15.1: “Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Acolhimento em Saúde Bucal

Refere-se à questão II.36.3: “Existe acolhimento à demanda espontânea específica para saúde bucal? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há entrega de prótese dentária e acompanhamento do usuário

Refere-se à questão II.37.7: “A equipe de saúde bucal realiza a entrega da prótese e o acompanhamento do usuário? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

A oferta de saúde bucal é definida pelo risco identificado

Refere-se à questão II.36.5: “A oferta é definida em função do risco identificado? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Equipe recebe Apoio Institucional/Equipe recebe Apoio Institucional desde o PMAQ

Referem-se à questão II.10.1: “Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Sim, desde a adesão ao PMAQ”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Equipe recebe Apoio Matricial

Refere-se à questão II.12.1: “A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Presença de canal de comunicação com o usuário

Refere-se à questão II.34.1: “A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Presença de conselho de saúde

Refere-se à questão II.35.5: “Há Conselho Local de Saúde ou instância colegiada equivalente? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há definição de Área de Abrangência

Refere-se à questão II.13.3: “Existe definição da área de abrangência da equipe? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Vulnerabilidade considerada para definição de população adstrita

Refere-se à questão II.13.2: “A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há Educação Permanente

Refere-se às questões:

- II.8.1: “Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”; e

- II.8.4: “Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”

As questões foram acopladas no sentido de verificar a presença de ações de educação permanente suficientes ou não.

Há Reunião de Equipe

Refere-se à questão II.11.1: “A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há Planejamento de Equipe

Refere-se à questão II.9.1: “Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há Plano de Carreira

Refere-se à questão II.7.1: “O (a) senhor (a) tem plano de carreira? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há Visita domiciliar ao usuário

Refere-se à questão II.32.1: “A equipe realiza visita domiciliar? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há Estratificação de risco DM

Refere-se à questão II.26.4: “A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com Diabetes mellitus com maior risco/gravidade? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Tempo de espera para primeira consulta de pessoas com DM

Refere-se à questão II.25.4: “Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com diabetes *mellitus* na unidade de saúde? ”, tendo como respostas o número de dias ou “Não sabe/Não respondeu”.

Apesar de ter sido elaborada em tempo de espera em dias, as respostas foram no sentido de espera em minutos a horas, ou seja, espera no interior da unidade

para a avaliação e não do tempo entre a marcação e a consulta, como aparentava ser seu objetivo.

Há Estratificação de risco HAS

Refere-se à questão II.25.4: “A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Tempo de espera para primeira consulta de pessoas com HAS

Refere-se à questão II.25.4: “Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde? ”, tendo como respostas o número de dias ou “Não sabe/Não respondeu”.

Apesar de ter sido elaborada em tempo de espera em dias, as respostas foram no sentido de espera em minutos a horas, ou seja, espera no interior da unidade para a avaliação e não do tempo entre a marcação e a consulta, como aparentava ser seu objetivo.

Há Fluxo de comunicação com a rede

Refere-se à questão II.18.8: “Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há Práticas Integrativas e Complementares

Refere-se à questão II.30.1: “A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

São realizadas ações p/ pop rural, assentados, quilombolas

Refere-se à questão II.39.1: “A equipe realiza ações direcionadas à população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

É utilizada a classificação de risco para basear as ofertas às gestantes

Refere-se à questão II.23.1: “A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e

classificação de risco e vulnerabilidade? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

A equipe realiza coleta de CO

Refere-se à questão II.21.1: “A equipe de atenção básica realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há Planejamento Familiar

Refere-se à questão II.22.1: “A equipe de atenção básica desenvolve ações de planejamento familiar? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

A equipe participa do Programa Saúde na Escola

Refere-se à questão II.38.1: “A equipe realiza atividades na escola? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há atenção em Puericultura

Refere-se à questão II.24.1: “A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Há registro casos mais graves saúde mental

Refere-se à questão II.29.5: “A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Tempo de espera para primeira consulta de pessoas com transtorno mental

Refere-se à questão II.29.2: “Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com transtorno mental na unidade de saúde? ”, tendo como respostas o número de dias ou “Não sabe/Não respondeu”.

Apesar de ter sido elaborada em tempo de espera em dias, as respostas foram no sentido de espera em minutos a horas, ou seja, espera no interior da unidade para a avaliação e não do tempo entre a marcação e a consulta, como aparentava ser seu objetivo.

Há registro do número de usuários com tuberculose

Refere-se à questão II.27.1: “A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não”, “Não há usuários com tuberculose no território” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Não houve nenhuma resposta “Não há usuários com tuberculose no território”.

Há registro do número de usuários com hanseníase

Refere-se à questão II.28.1: “A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não”, “Não há usuários com hanseníase no território” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Não houve nenhuma resposta “Não há usuários com hanseníase no território”.

Vínculo

Refere-se à questão II.6.2: “Qual é seu tipo de vínculo? ”, tendo como respostas: "Autônomo", "Cargo comissionado", "Contrato CLT", "Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)", "Contrato temporário por prestação de serviço", "Empregado público CLT", "Servidor público estatutário", "Outro (s)" ou "Não Sabe/Não Respondeu".

Forma de ingresso

Refere-se à questão II.6.3: “Qual a forma de ingresso? ”, tendo como respostas: "Concurso público", "Seleção pública", "Outra forma" ou "Não sabe/não respondeu".

Variáveis independentes

Como variáveis independentes, utilizamos as formas de organização a partir dos bancos de dados do CNES e do primeiro ciclo da avaliação externa do PMAQ e variáveis socioeconômicas de controle também da avaliação externa, bem como de outras fontes públicas.

Formas de organização

CNES

O CNES tem por objetivo cadastrar todos os estabelecimentos de saúde: públicos, conveniados e privados, seja pessoa física ou jurídica, que realizam qualquer tipo de serviço de atenção à saúde no âmbito do território nacional. A partir disso, tem a perspectiva de propiciar ao gestor público ou privado, de forma simples o conhecimento real de sua rede assistencial, bem como sua capacidade instalada, tornando-se uma ferramenta de apoio para a tomada de decisão e planejamento de ações baseada na visibilidade do mapeamento assistencial de saúde de seu território (BRASIL, 2016b).

A partir do acesso ao sítio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), foi possível obter informações com relação à rede assistencial nacional, dados que são provenientes do CNES. Essa pesquisa utilizou-se desse instrumento, abrangendo todos os municípios e unidades federativas do Brasil para a competência dos meses de agosto de 2008 a 2014⁵⁰. Foi realizada uma inferência quanto às formas de organização por meio dos vínculos profissionais de trabalhadores que atendem no SUS, valendo-se da variável “NovoVínculoEmpreg”. Os profissionais foram filtrados por meio dos tipos de estabelecimentos em que estavam vinculados, sendo considerados apenas aqueles de AB (“centro de apoio a saúde da família – casf”; “centro de saúde/unidade básica de saúde”; “posto de saúde”; “unidade de saúde da família”).

Os vínculos profissionais encontrados e suas proporções são apresentados nos resultados.

PMAQ

Durante a avaliação externa do PMAQ é realizada a verificação da forma de organização da equipe por meio da questão II.6.1 - “Qual é seu agente contratante?”, que permite as respostas: “Administração direta”, “Consórcio intermunicipal de direito público”, “Consórcio intermunicipal de direito privado”,

⁵⁰ Não foram considerados os anos de 2007, 2015 e 2016 por apresentarem falta de dados. Foi selecionado o mês de agosto para diminuir o risco de perda de dados, visto que a variável sobre vínculos profissionais foi implantada em agosto de 2007. Apesar desse cuidado, o ano de 2007 acabou sendo excluído.

“Fundação pública de direito público”, “Fundação pública de direito privado”, “Organização social (OS)”, “Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)”, “Entidade filantrópica”, “Organização não governamental (ONG)”, “Empresa”, “Cooperativa”, “Outro(s)” ou “Não Sabe/Não Respondeu”.

Foram excluídas as respostas “Outro (s)” e “Não Sabe/Não Respondeu”.

Variáveis socioeconômicas de controle

As variáveis socioeconômicas foram utilizadas nas análises estatísticas com a finalidade de controlar seus efeitos nas variáveis dependentes, ou seja, diminuindo o potencial viés socioeconômico. Os dados foram obtidos dos manuais e portais públicos do PMAQ, IDSUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram utilizadas as variáveis socioeconômicas para as análises das associações entre as formas de organização e os indicadores do IDSUS no estudo ecológico, diante do sabido impacto dessas variáveis como condicionantes em saúde, e entre as formas de organização e as respostas dos usuários com relação à percepção da qualidade do cuidado, diante da sua potencial interferência.

Com relação às análises entre as formas de organização e as respostas dos trabalhadores com relação aos dispositivos de gestão e cuidado, não foram consideradas variáveis socioeconômicas pois entendemos que tais variáveis tenham menor impacto das condições socioeconômicas, bem como por conta da dificuldade de atrelarmos à base de dados do PMAQ dados confiáveis georeferenciados de caracterização socioeconômica por equipe estudada.

Variáveis Socioeconômicas dos Usuários entrevistados na Avaliação Externa do PMAQ

As variáveis socioeconômicas dos usuários foram utilizadas na análise da associação formas de organização e percepção da qualidade do cuidado pelo usuário. Apresentamos seus conceitos abaixo:

Sexo

Refere-se à questão III.4.6: “Sexo”, tendo como respostas: “Masculino”, “Feminino” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Idade

Refere-se à questão III.4.7: “Qual é a Idade do (a) senhor (a)? ”, tendo como respostas o número em anos ou “Não sabe/Não respondeu”.

Cor

Refere-se à questão III.4.8: “Dentre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça? ”, tendo como respostas: “Branca”, “Preta”, “Amarela”, “Parda/mestiça”, “Indígena”, “Ignorada” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Anos de estudo

Refere-se à questão III.4.12: “Quantos anos o (a) senhor (a) estudou? ”, tendo como respostas o número em anos ou “Não sabe/Não respondeu”.

Se sabe ler e escrever

Refere-se à questão III.4.11: “O (a) senhor (a) sabe ler e escrever? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não”, “Só assina o nome” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Se trabalha

Refere-se à questão III.4.14: “O (a) senhor (a) tem trabalho remunerado atualmente? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Se possui renda

Refere-se à questão III.4.15: “A sua família possui renda mensal? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

Valor da renda

Refere-se à questão III.4.15/1: “Qual o valor? ”, tendo como respostas o valor em reais ou “Não sabe/Não respondeu”.

Se está aposentado

Refere-se à questão III.4.13: “O (a) senhor (a) é aposentado (a)? ”, tendo como respostas: “Sim”, “Não” ou “Não sabe/Não respondeu”.

*Variáveis Socioeconômicas de Controle das análises ecológicas**PIB per Capita (2010)*

PIB per capita municipal para o ano de 2010.

Percentual da população com renda menor de 1/4 SM (2010)

Proporção da população residente com renda domiciliar mensal per capita de até um quarto de salário mínimo por município, em 2010. Esse limite de renda define a linha de indigência (BRASIL, 2009a).

Densidade demográfica (hab/km² - 2014)

Relação entre número de habitantes por área dimensionada em km² por município, em 2014.

IDHM (2010)

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2010.

Índice de Gini (2010)

Valor do Índice de Gini da renda domiciliar per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Considerou-se como renda domiciliar per capita a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores. O Índice de Gini é uma medida de concentração de uma distribuição, nesse caso designando a concentração de renda. O valor varia de zero a um, sendo zero correspondente à total igualdade e um, à total desigualdade (BRASIL, 2016e).

Índice de envelhecimento (2010)

Número de pessoas de 60 ou mais anos de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente de cada município, em 2010.

Estabelecimentos SUS per 100.000 hab (2014)

Número de estabelecimentos públicos ou filantrópicos para cada 100.000 habitantes de cada município, em 2014.

Grupo Homogêneo (IDSUS)

Diante das diversidades encontradas no Brasil, foram criados grupos homogêneos que permitissem a comparação dos indicadores do IDSUS. Tais grupos foram constituídos a partir da consideração de variáveis como gênero, faixas etárias, acesso a bens e serviços, situação regional e, quando possível, a questão ambiental.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização da distribuição das formas de organização

A partir do levantamento de dados das bases do CNES e da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ, foi possível realizar inferências quanto à trajetória das formas de organização no Brasil e sua distribuição atual.

Os dados de vínculos profissionais disponíveis pelo CNES permitiram inferências sobre as formas de organização. Tais vínculos são apresentados no quadro 9.

Quadro 9. Vínculos profissionais.

VÍNCULO	TIPO	SUB-TIPO	
01 – Vínculo Empregatício	01 – Estatutário	00 – Sem sub-tipo	
	02 – Emprego público	00 – Sem sub-tipo	
	03 – Contrato por tempo determinado	01 – CLT	
	04 – Cargo comissionado		00 – Sem sub-tipo
			01 – Cargo não Cedido 02 Cargo Cedido
05 - Celetista		01 – Contrato Oscip/OS	
		02 – Contrato por ONG	
		03 – Contrato por Entidade Filantrópica	
		04 – Contrato por Rede Privada	
02 – Autônomo	01 - Intermediado por Organização Social (OS)	00 – Sem sub-tipo	
	02 - Intermediado por Organização da Sociedade Civil de interesse público (OSCIP)	00 – Sem sub-tipo	
	03 - Intermediado por Organização não governamental (ONG)	00 – Sem sub-tipo	
	04 - Intermediado por instituição/entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos	00 – Sem sub-tipo	
	05 - Intermediado por empresa privada	00 – Sem sub-tipo	
	06 - Consultoria	00 – Sem sub-tipo	
	07 - Sem intermediação (RPA)	00 – Sem sub-tipo	
	08 - Intermediado por cooperativa	00 – Sem sub-tipo	
03 – Cooperativa	00 – Sem tipo	00 – Sem sub-tipo	
04 – Outros	01- Bolsa	00 – Sem sub-tipo	
	02- Contrato verbal/informal	00 – Sem sub-tipo	
	03- Proprietário	00 – Sem sub-tipo	
05 – Residência	00 – Sem tipo	00 – Sem sub-tipo	
06- Estágio	00 – Sem tipo	00 – Sem sub-tipo	

Fonte: Brasil. Manual do CNES. Disponível em <http://servicos.guarulhos.sp.gov.br/01_servicos/central_atend/form_saude/visa/manual_cnes_completo.pdf>, Acesso em 02 out 2016.

Os números absolutos e as proporções de cada vínculo de trabalhadores da AB no ano de 2014 são apresentadas no quadro 10. Verifica-se dessa forma que “estatutário” e “empregado público” concentram 55,65% dos vínculos, sugerindo formas de organização da administração pública. 28,58% dos vínculos são por “contratos por tempo determinado”, 4,67% não tem o tipo de vínculo especificado e 4,20% são como “autônomo por OS”.

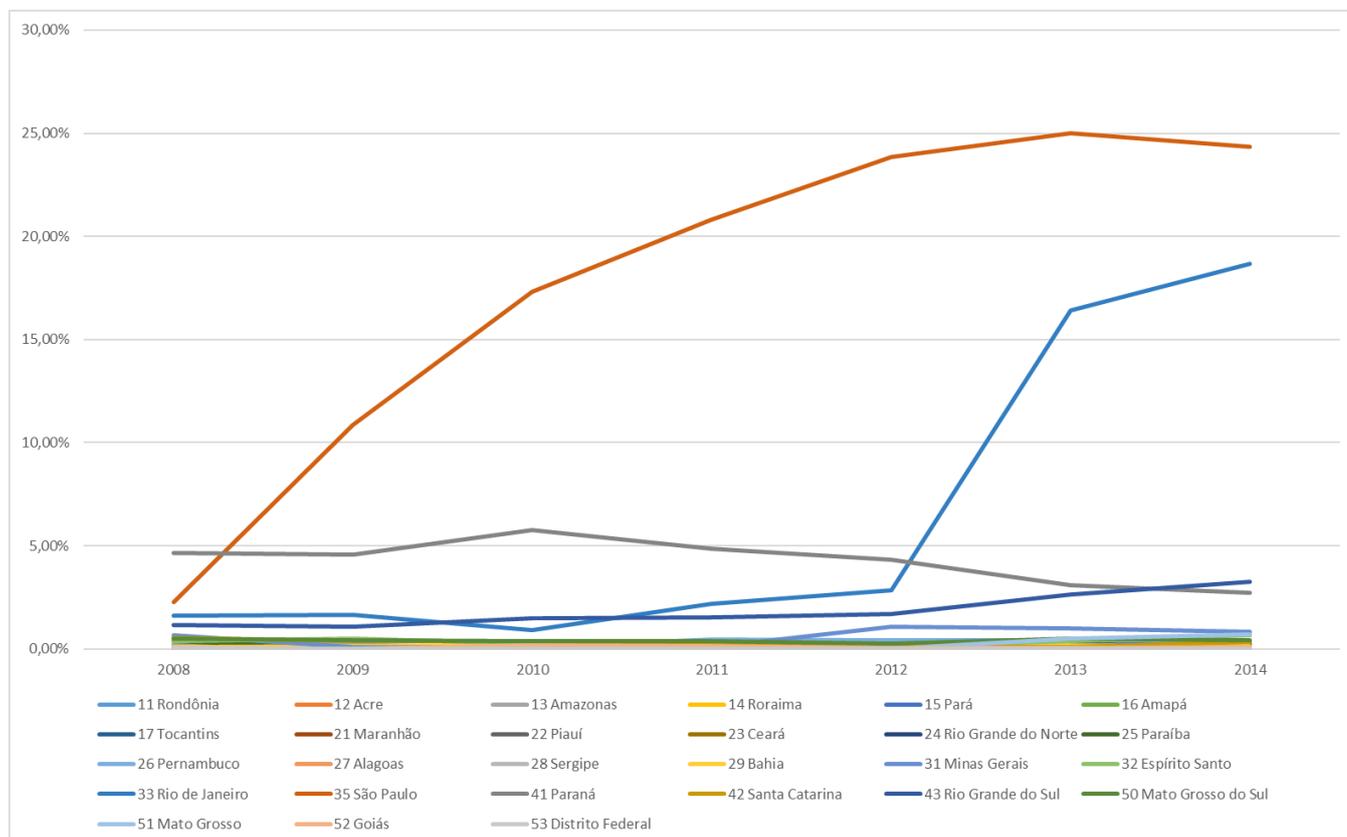
Quadro 10. Números absolutos e proporções nacionais dos tipos de vínculos de trabalhadores da AB de 2014.

Tipo de Vínculo Profissional	Número absoluto	Proporção
Proprietário	3	0,000%
Celetista por ONG	35	0,004%
Consultoria	38	0,005%
Celetista por OS/OSCIP	77	0,010%
Celetista por rede privada	165	0,020%
Autônomo por ONG	338	0,042%
Celetista por entidade filantrópica	432	0,054%
Estágio	600	0,074%
Autônomo por cooperativa	822	0,102%
Residência	1050	0,130%
Autônomo sem subtipo	1723	0,214%
RPA	2469	0,306%
Autônomo por OSCIP	2683	0,333%
Contrato verbal/Informal	3392	0,421%
Autônomo por empresa privada	3946	0,489%
Cooperativa	3951	0,490%
Cargo comissionado	8801	1,092%
Autônomo por entidade privada sem fins lucrativos	11236	1,394%
Bolsa	13819	1,714%
Autônomo por OS	33856	4,200%
Sem tipo	37657	4,671%
Emprego público	140135	17,383%
Contrato por tempo determinado	230447	28,585%
Estatutário	308500	38,267%
Total	806175	100,000%

Fonte: Elaborado com base em Datasus, 2016.

Ao analisarmos a evolução histórica dos vínculos de trabalhadores da AB, verificamos, conforme apresentado na figura 10, que, de 2008 a 2014, houve um importante aumento da proporção de vínculos profissionais relacionados às entidades da iniciativa privada sem fins lucrativos das unidades federativas de São Paulo e Rio de Janeiro, sugerindo um aumento da participação das formas de organização da iniciativa privada sem fins lucrativos na AB.

Figura 10. Proporção de vínculos de trabalhadores da AB com entidades privadas sem fins lucrativos por unidade da federação, 2008-2014, Brasil.



Fonte: Elaborado com base em Datasus, 2016.

O quadro 11 evidencia, por sua vez, que a maior parte dos municípios no Brasil apresentam uma proporção de vinculação de trabalhadores da AB a entidades privadas sem fins lucrativos de até 10%. Os três municípios com maior proporção desse tipo de vínculo são Farroupilha (RS), São Bernardo do Campo (SP) e Cachoeira Paulista (SP), com, respectivamente, 80,67%, 81,56% e 82,98%.

Em números absolutos de vínculos, por sua vez, verificamos que os municípios de Curitiba, São Bernardo do Campo, Rio de Janeiro e São Paulo são os que mais possuem trabalhadores da AB com vínculos com entidades privadas sem fins lucrativos. Eles apresentam, respectivamente, 1.105 (18,93% do total de vínculos no município para AB), 2.030 (81,56%), 9.059 (48,80%) e 27.298 (73,44%) vínculos, sendo que os demais municípios apresentam menos de 700.

Verifica-se, dessa forma, que os municípios de Rio de Janeiro e São Paulo são os que apresentam maior número de vínculos profissionais com entidades privadas sem fins lucrativos. Conforme apresentado no quadro 12, dentre os vínculos com essas entidades, destaca-se o autônomo intermediado por OS em ambos os municípios.

Quadro 11. Número de municípios conforme proporção de vínculos de trabalhadores da AB com iniciativa privada sem fins lucrativos em 2014.

% Vínculos com iniciativa privada sem fins lucrativos	Número de municípios
0 a 10%	5454
10 a 20%	53
20 a 30%	18
30 a 40%	12
40 a 50%	9
50 a 60%	8
60 a 70%	4
70 a 80%	1
80 a 90%	3
90 a 100%	0

Fonte: Elaborado com base em Datasus, 2016.

Quadro 12. Distribuição de vínculos de trabalhadores da AB com entidades privadas sem fins lucrativos nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, em 2014.

Vínculo	São Paulo	Rio de Janeiro
Celetista por OSCIP/OS	0	0
Celetista por ONG	0	0
Autônomo por ONG	35	0
Celetista por entidade filantrópica	97	0
Autônomo por OSCIP	1723	41
Autônomo por entidade privada sem fins lucrativos	3550	18
Autônomo por OS	21893	9000

Fonte: Elaborado com base em Datasus, 2016.

Com relação aos dados sobre as formas de organização obtidos pela avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ, ocorrida em 2012, verifica-se conforme apresentado no quadro 13, que, das equipes entrevistadas, 73,85% dizem ter sido contratadas pela administração direta, 8,74%, pela administração indireta, 9,90% por

entidades privadas sem fins lucrativos e 2,27% por entidades privadas com fins lucrativos.

Ao se verificar a distribuição das formas de organização apresentadas pelo PMAQ nos municípios, identifica-se que São Paulo e Rio de Janeiro concentram 56,98% das equipes que responderam ser geridas por entidades privadas sem fins lucrativos (OS, OSCIP, entidade filantrópica ou ONG). Eles apresentam, respectivamente, 654 e 317 equipes sob esta gestão, o que equivale, para o total de equipes participantes do programa desses municípios a 82,78% e 97,84%, respectivamente.

Dentre as equipes sob esse tipo de gestão, em São Paulo destacam-se as OS, com 440 equipes de um total de 790 (55,70%), tal como no Rio de Janeiro, onde as OS são as únicas representantes dessa categoria, com 317 de um total de 324 equipes (97,84%).

Apesar de relativamente circunscrita aos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, no tocante à AB, a gestão de serviços da saúde por meio de entidades privadas sem fins lucrativos e, em especial, por OS, vem sendo considerada por alguns autores uma tendência, não devendo ser ignorada. Além disso, sua apresentação nessas grandes capitais pode ser entendida como experimentações que podem vir a se expandir para outros municípios do país.

Quadro 13. Número de equipes e proporções para as formas de organização identificadas no primeiro ciclo do PMAQ.

Forma de organização	Nº equipes	Proporção
Administração direta	12703	73,85%
Organização social (OS)	897	5,21%
Fundação pública de direito público	862	5,01%
Outro(s)	755	4,39%
Consórcio intermunicipal de direito público	439	2,55%
Filantrópica	404	2,35%
Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)	260	1,51%
Empresa	226	1,31%
Cooperativa	165	0,96%
Fundação pública de direito privado	146	0,85%
Não sabe/Não respondeu	146	0,85%
Organização não governamental (ONG)	143	0,83%
Consórcio intermunicipal de direito privado	56	0,33%
Total	17202	100,00%

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Nogueira (2010) é um dos autores que entende que a expansão das entidades privadas sem fins lucrativos na gestão de serviços da saúde é uma tendência. Este relata que as formas de organização alternativas que vêm sendo consideradas são principalmente a OS e a fundação pública de direito privado⁵¹ e, com menor importância, a fundação de apoio⁵² e a OSCIP.

O autor apresenta que a perspectiva diante do confronto entre a OS e a fundação pública de direito privado é o predomínio das OS. Tal escolha decorreria da considerada maior flexibilidade gerencial pelos gestores chamados pragmáticos⁵³ e pela situação de apoio federal ainda insuficiente às fundações (NOGUEIRA, 2010).

De forma semelhante, Sundfeld (2014, p. 66-68) avalia como a opção mais bem-sucedida frente à rigidez da administração pública a privatização dos serviços de saúde por meio das OS associadas a contratualização. Outra alternativa, segundo o autor, seria a reforma da gestão pública, que vem se dando, no entanto, de forma setorial e por meio de “gambiarras”, não transformando radicalmente as causas que enrijecem a administração pública.

Campos (2014a), por sua vez, defende a reforma da gestão pública de forma radical, entendendo ser fundamental a prestação da saúde por meio da administração pública e não pela iniciativa privada em prol da sua dimensão pública, da garantia do direito à saúde. Baseado em experiências internacionais, o autor

⁵¹ Para Nogueira (2010, p. 43), “uma das principais vantagens que os gestores da saúde enxergam no modelo de fundação estatal é a adoção do regime celetista, já que implicaria na possibilidade de maior responsabilização dos profissionais de saúde em relação ao desempenho e ao cumprimento de horário de trabalho”.

⁵² A fundação de apoio é prevista na lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, Decreto nº 5.205, de 14 de setembro de 2004, esta forma de organização não pertence à administração pública, sendo personalidade jurídica de direito privado, não observando as normas do direito público e estabelecendo relação com a administração pública por meio de convênio. Seu campo de atuação, em instituições federais, envolve “o gerenciamento de projetos de ensino, pesquisa e extensão, e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico”. A fundação de apoio tem como “missão precípua o apoio a atividades de pesquisa e ensino realizadas pelo hospital e, ao se imiscuírem nas atividades de gestão, deixam de respeitar esse limite legal” (NOGUEIRA, 2010, p. 36).

⁵³ Os posicionamentos dos gestores se dividem em três grupos segundo Nogueira (2010, p. 43-44):

- 1) “SUS público puro”: rejeitam a criação tanto das OS quanto das fundações;
- 2) “SUS de gestão pública flexível”: rejeitam o modelo das OS e defendem os da fundação;
- 3) “SUS mais efetivo”: apoiam a modalidade das OS e, eventualmente, também defendem a modalidade das fundações. Dentro desse grupo encontram-se os chamados “gestores pragmáticos”. Sem se pautarem por explícita posição doutrinária acerca do processo de reforma administrativa do Estado, esses gestores entendem ser indispensável a mudança do caráter institucional das unidades assistenciais do SUS, tendo em consideração as fortes restrições fiscais e as dificuldades gerenciais enfrentadas pela administração direta.

propõe uma reconfiguração do SUS, composta por RAS descentralizadas até as regiões de saúde, com compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas estatais. Campos chamou essa proposta de SUS Brasil e considera que esta poderia se efetivar por meio do uso de pessoas jurídicas da administração indireta, como a autarquia, pessoa jurídica da administração pública indireta com maior grau de autonomia que a administração direta, conforme já apresentado.

O autor defende, dessa forma, que as diversas formas de organização existentes sejam substituídas por esse novo modelo, que seus profissionais sejam incorporados no SUS Brasil, com disponibilidade de planos de carreira conforme a área de atuação. A gestão se daria centralmente pelas regiões, protegendo a prestação de serviços das mudanças políticas intempestivas nos 5.570 municípios brasileiros.

Santos (2010, p. 73) também entende que a gestão pública deve ser renovada, à medida que observa que o SUS “desborda das pautas administrativas, do modelo atual de gestão pública”. Segundo a autora, a administração pública deve ser “repensada para conter um sistema que requer compartilhamentos federativos, consensos e serviços estatais organizados em redes interfederativas de serviços”.

Caracterização das relações entre as variáveis socioeconômicas e as formas de organização com a atenção básica

As relações entre as variáveis socioeconômicas e as formas de organização com a atenção básica foram analisadas por meio de variáveis desfecho selecionadas, tendo um momento de análise ecológica (segunda etapa), seguido por um de aprofundamento (terceira etapa). Apesar de terem contemplado praticamente as mesmas variáveis nos dois momentos, entendemos que é importante apresentar os resultados identificados na segunda etapa por exibir associações com os indicadores socioeconômicos de controle que merecem aprofundamento. Na análise das relações com as formas de organização, por sua vez, iremos nos ater à terceira etapa.

Apresentamos a seguir os quadros que evidenciam as associações identificadas na segunda etapa do estudo.

Foram utilizadas como variáveis independentes as formas de organização do PMAQ e as variáveis de controle e, como variáveis dependentes, as variáveis do IDSUS e as variáveis da avaliação externa do PMAQ. As associações podem ser verificadas nos quadros 14 a 22.

Quadro 15. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 1).

	Dispositivos de gestão e cuidado									
	Territorialização		Ações de planejamento e gestão				Presença de acolhimento	Visita domiciliar		
	Definição de área de abrangência	Vulnerabilidade e considerada na definição da área adscrita	Realiza reunião de equipe	Recebe apoio institucional	Recebe apoio institucional desde o PMAQ	Planejamento ações				
Adm dir	% Administração Direta	-								
Adm ind - dir privado	% Consórcio Intermunicipal Direito Privado									
Adm ind - dir público	% Fundação Pública Dir Privado									
	% Consórcio Intermunicipal Dir Público	-								
	% Fundação Pública Dir Público									
	% OS									
Inst privada sem fins lucrat	% OSCIP									
	% Filantrópica									
	% ONG									
Inst privada com fins lucrat	% Empresa									
	% Cooperativa									
	PIB per Capita em 2010 (R\$)									
	% População renda < 1/4 SM (2010)		+							
	Densidade demográfica (2014)									
	IDHM (2010)		+							
	Índice de Gini (2010)									
	Índice de envelhecimento (2010)									
Variáveis controle	Estabelecimentos SUS/100.000 hab (2014)									
	Grupo Homogêneo 2 (comparado ao 1)									
	Grupo Homogêneo 3 (comparado ao 1)									
	Grupo Homogêneo 4 (comparado ao 1)									
	Grupo Homogêneo 5 (comparado ao 1)									
	Grupo Homogêneo 6 (comparado ao 1)									

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 16. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 2).

	Dispositivos de gestão e cuidado									
	Cuidado às condições crônicas					Cuidado materno-infantil				
	Estratifica DM	Estratifica HAS	Registra casos mais graves de SM	Coleta CO	Planejamento familiar	CR ofertas às gestantes	Realiza puericultura			
Adm dir	% Administração Direta	-	-			-	-			
Adm ind - dir privado	% Consórcio Intermunicipal Direito Privado									
Adm ind - dir público	% Fundação Pública Dir Privado									
	% Consórcio Intermunicipal Dir Público									
	% Fundação Pública Dir Público									
	% OS									
Inst privada sem fins lucrat	% OSCIP									
	% Filantrópica									
	% ONG									
Inst privada com fins lucrat	% Empresa	-				-				
	% Cooperativa									
	PIB per Capita em 2010 (R\$)									
	% População renda < 1/4 SM (2010)	+	+	+	+	+	+			
	Densidade demográfica (2014)									
	IDHM (2010)	+	+	+	+	+	+			
	Índice de Gini (2010)	-	-	-	-	-	-			
Variáveis controle	Índice de envelhecimento (2010)	-								
	Estabelecimentos SUS/100.000 hab (2014)									
	Grupo Homogêneo 2 (comparado ao 1)		+				+			
	Grupo Homogêneo 3 (comparado ao 1)									
	Grupo Homogêneo 4 (comparado ao 1)									
	Grupo Homogêneo 5 (comparado ao 1)	-	-				-			
	Grupo Homogêneo 6 (comparado ao 1)									

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 18. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 4).

	Dispositivos de gestão e cuidado					
	TB e hanseníase		Matriciamento e EP		Participação social	
	Registro Hansen	Registro TB	Apoio Matricial	EP Suficiente	Presença de canal de comunicação com usuário	Presença de CLS
Adm dir						
% Administração Direta	-				-	
Adm ind - dir privado	-					
% Consórcio Intermunicipal Direito Privado						
% Fundação Pública Dir Privado						
Adm ind - dir público	+					
% Consórcio Intermunicipal Dir Público						
% Fundação Pública Dir Público						
% OS						
Inst privada sem fins lucrat						
% OSCIP						
% Filantrópica	-					
% ONG						
Inst privada com fins lucrat						
% Empresa						
% Cooperativa						-
PIB per Capita em 2010 (R\$)						
% População renda < 1/4 SM (2010)				-	+	
Densidade demográfica (2014)		+				+
IDHM (2010)	+	+			+	
Índice de Gini (2010)	+		-	+	-	
Índice de envelhecimento (2010)	-				+	
Estabelecimentos SUS/100.000 hab (2014)	+					+
Grupo Homogêneo 2 (comparado ao 1)						
Grupo Homogêneo 3 (comparado ao 1)						
Grupo Homogêneo 4 (comparado ao 1)						
Grupo Homogêneo 5 (comparado ao 1)						
Grupo Homogêneo 6 (comparado ao 1)						
Variáveis controle						

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 19. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 5).

		Dispositivos de gestão e cuidado									
		Vínculo profissional									
		Haver plano carreira	Ser servidor público estatutário	Ser comissionado	Ser temporário (Adm púb)	Ser temporário (prestação serviço)	Ser empregado público CLT	Ser CLT não empregado público	Ser autônomo		
Adm dir	% Administração Direta	+	+		+		+	-			
Adm ind - dir privado	% Consórcio Intermunicipal Direito Privado					+		-			
Adm ind - dir público	% Fundação Pública Dir Privado				+		+	-			
	% Consórcio Intermunicipal Dir Público	+	+			+	+	-			
	% Fundação Pública Dir Público	+	+			+	+	-			
	% OS										+
	% OSCIP										
Inst privada sem fins lucrat	% Filantrópica										
	% ONG										
Inst privada com fins lucrat	% Empresa					+		-			+
	% Cooperativa					+		-			+
	PIB per Capita em 2010 (R\$)										
	% População renda < 1/4 SM (2010)		+						+		
	Densidade demográfica (2014)							+			
	IDHM (2010)	+	+						+		
	Índice de Gini (2010)					+					
	Índice de envelhecimento (2010)								+		
Variáveis controle	Estabelecimentos SUS/100.000 hab (2014)	-	+								
	Grupo Homogêneo 2 (comparado ao 1)	-	-								
	Grupo Homogêneo 3 (comparado ao 1)	-	-								
	Grupo Homogêneo 4 (comparado ao 1)	-	-								
	Grupo Homogêneo 5 (comparado ao 1)	-	-								
	Grupo Homogêneo 6 (comparado ao 1)	-	-								

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 21. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 7).

		Percepções de qualidade do cuidado pelo usuário									
Acolhimento		Atenção integral				Coordenação do cuidado					
Usuário sente-se acolhido	Atenção integral	Atenção integral às vezes	Não há Atenção integral	Equipe consegue consulta com especialista	Equipe consegue consulta com especialista a as vezes	Equipe não consegue consulta com especialista	Sai do CS com consulta especializada marcada	Equipe marca especialista e avisa usuário após	Usuário marca especialista em uma central	Usuário recebe encaminhamento e vai à unidade indicada	Usuário recebe encaminhamento e vai à unidade que deseja
Adm dir	% Administração Direta	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-
Adm ind - dir privado	% Consórcio Intermunicipal Direito Privado			-		+			-		
Adm ind - dir público	% Consórcio Intermunicipal Dir Público	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-
	% Fundação Pública Dir Público			-		+					
	% OS										
Inst privada sem fins lucrat	% OSCIP										
	% Filantrópica										
	% ONG										
Inst privada com fins lucrat	% Empresa			-		+		-			
	% Cooperativa	-		-		-		-			
	PIB per Capita em 2010 (R\$)										
	% População renda < 1/4 SM (2010)										
	Densidade demográfica (2014)	-									
	IDHM (2010)										
	Índice de Gini (2010)			-		+					
	Índice de envelhecimento (2010)	-		+		-					
Variáveis controle	Estabelecimentos SUS/100.000 hab (2014)	+		+		-					
	Grupo Homogêneo 2 (comparado ao 1)	+		+		-					
	Grupo Homogêneo 3 (comparado ao 1)										
	Grupo Homogêneo 4 (comparado ao 1)										
	Grupo Homogêneo 5 (comparado ao 1)										
	Grupo Homogêneo 6 (comparado ao 1)			+		+					

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 22. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 8).

Percepções de qualidade do cuidado pelo usuário											
Satisfação do usuário											
	Qualidade do cuidado considerado muito bom	Qualidade do cuidado considerado bom	Qualidade do cuidado considerado regular	Qualidade do cuidado considerado ruim	Qualidade do cuidado considerado muito ruim	Qualidade do cuidado familiar considerado bom	Qualidade do cuidado familiar considerado bom	Qualidade do cuidado familiar considerado regular	Qualidade do cuidado familiar considerado ruim	Qualidade do cuidado familiar considerado muito ruim	Desejo do usuário de mudar de unidade
Adm dir											
Adm ind - dir privado											
Adm ind - dir público					+						
Inst privada sem fins lucrat											
Inst privada com fins lucrat											
Variáveis controle											
% Administração Direta											
% Consórcio Intermunicipal Direito Privado											
% Fundação Pública Dir Privado											
% Consórcio Intermunicipal Dir Público											
% Fundação Pública Dir Público											
% OS											
% OSCIP											
% Filantrópica											
% ONG											
% Empresa											
% Cooperativa											
PIB per Capita em 2010 (R\$)											
% População renda < 1/4 SM (2010)											
Densidade demográfica (2014)											
IDHM (2010)											
Índice de Gini (2010)											
Índice de envelhecimento (2010)											
Estabelecimentos SUS/100.000 hab (2014)											
Grupo Homogêneo 2 (comparado ao 1)											
Grupo Homogêneo 3 (comparado ao 1)											
Grupo Homogêneo 4 (comparado ao 1)											
Grupo Homogêneo 5 (comparado ao 1)											
Grupo Homogêneo 6 (comparado ao 1)											

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Na terceira etapa, utilizamos os dados de formas de organização da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ como variáveis independentes. No estudo das associações com as percepções de qualidade do cuidado pelos usuários inserimos, também como variáveis independentes, os indicadores socioeconômicos dos participantes. Foram estudadas ainda as associações com os dispositivos de gestão e cuidado conforme informado pelos trabalhadores das equipes.

As análises foram apresentadas por forma de organização, lembrando-se que todas as análises foram feitas tendo como referência a Administração Direta. É possível verificar a relação entre as variáveis independentes e as formas de organização nos quadros 23 a 29.

Quadro 25. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis de Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 3).

	Percepções de qualidade do cuidado pelo usuário					
	Participação social			Acolhimento	Atenção integral	Atenção integral
	Usuário consegue opinar (comparado com não consegue)	Usuário consegue opinar com dificuldade (comparado com não consegue)	Usuário tem resposta rapidamente (comparado com não tem)	Usuário tem resposta, porém demora (comparado com não tem)	Usuário sente-se acolhido	Atenção integral (comparado a não ter atenção integral)
Adm ind - dir privado						
Fundação Pública Dir Privado						
Adm ind - dir público					-	
Fundação Pública Dir Público						
OS					+	
Inst privada sem fins lucrat						
OSCIP						
Filantrópica						
ONG						
Empresa						
Inst privada com fins lucrat						
Cooperativa						-
Anos de estudo	+	+				
Aposentado					+	+
Cor amarela	-				-	
Cor parda/mestiça	-				-	
Cor preta	-				-	-
Idade	-	-			+	+
Indígena					-	
Não sabe ler e escrever					-	
Sexo Masculino	+	+			+	
Só escreve o nome		+			-	
Trabalha					+	
Valor da renda		+				

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 26. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 4).

		Percepções de qualidade do cuidado pelo usuário					
		Coordenação do cuidado					
		Equipe consegue consulta com especialista (comparado com não consegue)	Equipe consegue consulta com especialista às vezes (comparado com não consegue)	Equipe marca especialista e avisa usuário após (comparado com "sai da UBS com consulta agendada")	Usuário marca especialista em uma central (comparado com "sai da UBS com consulta agendada")	Usuário recebe encaminhamento e vai à unidade indicada (comparado com "sai da UBS com consulta agendada")	Usuário recebe encaminhamento e vai à unidade que deseja (comparado com "sai da UBS com consulta agendada")
Adm ind - dir privado	Consórcio Intermunicipal Direito Privado						
	Fundação Pública Dir Privado						
Adm ind - dir público	Consórcio Intermunicipal Dir Público	-	-				
	Fundação Pública Dir Público						
Inst privada sem fins lucrat	OS		+	+			-
	OSCIPI						
	Filantrópica	+		+			
	ONG						
Inst privada com fins	Empresa						
	Cooperativa			-			
	Anos de estudo						+
	Aposentado	+	+				
	Cor amarela	-					+
	Cor parda/mestiça	-	-	+	+		
	Cor preta	-	-	+	+		+
Variáveis controle	Idade	+		+			
	Indígena	-					
	Não sabe ler e escrever	-					+
	Sexo Masculino	+		-			-
	So escreve o nome						
	Trabalha	+	+				+
	Valor da renda						

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 27. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 5).

	Dispositivos de gestão e cuidado										
	Territorialização			Ações de planejamento e gestão				Acolhimento			Matriciamento e EP
	Definição de área de abrangência	Vulnerabilidade considerada na definição da área adstrita	Realiza reunião de equipe	Recebe apoio institucional (comparado com não recebe)	Recebe apoio institucional desde o PMAQ (comparado com não recebe)	Planejamento de ações	Estudo de demanda espontânea	Presença de acolhimento	Matriciamento	Matriciamento e EP	
Adm ind - dir privado											
Fundação Pública Dir Privado											
Adm ind - dir público											
Consórcio Intermunicipal Dir Público											
Fundação Pública Dir Público											
OS											
Inst privada sem fins lucrat											
OS/CIIP											
Filantrópica											
ONG											
Inst privada com fins lucrat											
Empresa											
Cooperativa											

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 28. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 6).

	Dispositivos de gestão e cuidado												
	Cuidado às condições crônicas						Cuidado materno-infantil				TB e hanseníase		
	Tempo de espera DM	Tempo de espera HAS	Tempo de espera SM	Estratifica DM	Estratifica HAS	Registra casos mais graves de SM	Realiza visita domiciliar	Coleta CO	Planejament o familiar	CR oferta às gestantes	Realiza puericultura	Registro Hansen	Registro TB
Adm ind - dir privado													
Consortório Intermunicipal Direito Privado													
Fundação Pública Dir Privado	+	+	+	+	+	+		-				-	+
Consortório Intermunicipal Dir Público									+			+	
Fundação Pública Dir Público												+	+
OS	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+
Inst privada sem fins lucrat												+	+
OSCIP												+	+
Filantrópica	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	-	+
ONG	+	+	+	+	+	+						-	+
Empresa	+	+	+	+	+	+			+	+	+	-	+
Inst privada com fins lucrat									+	+	+		+
Cooperativa									+	+	+		+

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 29. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 7).

		Dispositivos de gestão e cuidado									
		Coordenação do cuidado	PIC	Pop rural, assentados e quilombolas	PSE	Saúde bucal			Participação social		
		Fluxo de comunicação com especialidades	Realiza PIC	Realiza ações pop rural, assentados e quilombolas	Realiza ações nas escolas	Presença de acolhimento para SB	Considera vulnerabilidade de para SB	Entrega de prótese dentária	Presença de canal de comunicação com usuário	Presença de CLS	
Adm ind - dir privado	Consórcio Intermunicipal Direito Privado	+									
	Fundação Pública Dir Privado	+	+	-		+		-	+	+	
Adm ind - dir público	Consórcio Intermunicipal Dir Público	-						-			
	Fundação Pública Dir Público		+	-	-		-	-	+		
	OS	+	+	-	-		+	-	+	+	
	OSCIPI			-	-			-	+	-	
Inst privada sem fins lucrat	Filantropica	+	+	-	-	+	+	+	+	+	
	ONG	+	+	-	-				+	+	
Inst privada com fins lucrat	Empresa		+			+			+	+	
	Cooperativa	-						-		-	

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Quadro 30. Relação entre as Formas de Organização, as Variáveis controle e as Variáveis da Avaliação Externa do PMAQ, com base nos dados de formas de organização do PMAQ (parte 8).

		Dispositivos de gestão e cuidado				
		Vínculo profissional				
Haver plano carreira		Ser comissionado (comparado com ser estatutário)	Ser temporário (comparado com ser estatutário)	Ser empregado público CLT (comparado com ser estatutário)	Ser CLT não empregado público (comparado com ser estatutário)	Ser autônomo (comparado com ser estatutário)
Adm ind - dir privado	Consórcio Intermunicipal Direito Privado	+	+	+	+	
Adm ind - dir público	Fundação Pública Dir Privado		+	+	+	
	Consórcio Intermunicipal Dir Público					
	Fundação Pública Dir Público	-		+	+	
	OS			+	+	+
	OSCIPI			+	+	+
	Filantrópica			+	+	+
	ONG					
Inst privada com fins lucrat	Empresa	+	+	+	+	+
	Cooperativa	+	+	+	+	+

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Caracterização das relações entre os condicionantes e determinantes de saúde e a atenção básica

Antes de analisarmos as associações entre as formas de organização e o cuidado em AB, atentaremos para alguns achados interessantes relacionados às variáveis de controle.

Conforme apresentado nos resultados, as análises ecológicas realizadas apresentaram diversas associações das variáveis dependentes do IDUS e da avaliação externa do PMAQ com as variáveis socioeconômicas.

Dentre elas, podemos citar a associação do PIB per capita favorecendo as variáveis relacionadas ao acesso à AB do IDSUS, enquanto desfavorece a proporção de ISAB. Ou seja, quanto maior o PIB per capita do município, maior é a cobertura da AB e menor é a proporção de ISAB.

O Índice de Gini da renda, que é uma medida da concentração dessa, tem associação contrária ao PIB per capita, desfavorecendo as variáveis indicativas de acesso à AB e favorecendo a proporção de ISAB. Entende-se tais associações como, quanto maior a desigualdade de renda no município, menor é o acesso à AB e maior é a proporção ISAB.

Esses achados reiteram a importância dos determinantes sociais em saúde e alertam quanto às iniquidades em saúde⁵⁴. Carvalho e Buss (2012) observam que não há uma correlação constante entre os macroindicadores da riqueza de uma sociedade e os indicadores de saúde. Apesar do volume de riqueza gerado por uma sociedade ser elemento fundamental para proporcionar melhores condições de vida e de saúde, verificam-se vários países com PIB total ou per capita superior a outros, porém com indicadores de saúde menos satisfatórios. A explicação desse fenômeno é coerente com os achados dessa pesquisa, sendo fundada não apenas na riqueza total da sociedade, mas também na forma como esta se distribui. A desigualdade na

⁵⁴ Conforme apresenta Barata (2012, p. 462), apesar de utilizados frequentemente como sinônimos, iniquidade e desigualdade em saúde têm conceitos distintos. Entende-se por desigualdades sociais em saúde “as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade”. Iniquidade remete ao conceito de equidade, incluindo a ideia de que os indivíduos possuem necessidades diferentes. Dessa forma, como sintetiza Pedro Luís Castellanos (1997) citado por (BARATA, 2012, p. 462), “nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada iníqua, mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada às condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade”.

distribuição de renda não é deletéria apenas para os grupos pobres, mas também à toda sociedade. Isso se deve ao enfraquecimento do capital social, ou seja, das relações de solidariedade e de confiança entre as pessoas. Conforme observa Barata (2012, p. 470), “as explicações sócio-históricas das desigualdades em saúde baseiam-se na ideia de que ‘saúde é um produto social e algumas formas de organização social são mais sadias do que outras’ (Wilkinson, 1996 citado por (BARATA, 2012))”, de forma que “os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são os que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença”.

Os autores apontam que no Brasil o fardo é duplo, à medida que além das graves desigualdades na distribuição de renda, há grandes setores da população vivendo em condições que não propiciam o acesso a condições e bens essenciais à saúde (CARVALHO e BUSS, 2012). Esse problema também é identificado neste trabalho, à medida que a proporção da população com renda menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (indigência) desfavorece variáveis de acesso, bem como a incidência de sífilis congênita e a cobertura da vacina tetravalente em menores de um ano. Além disso, a proporção de indigente favorece a proporção de exodontias em comparação a todos os procedimentos em saúde bucal. Ou seja, as populações com renda muito baixa têm dificuldade de acesso a essas ações preventivas, como vacinação e procedimentos de saúde bucal que não exodontia, bem como em maior dificuldade de diagnóstico de doenças de importância para saúde pública, como a sífilis na gestação e no recém-nascido, resultando em uma aparente baixa prevalência.

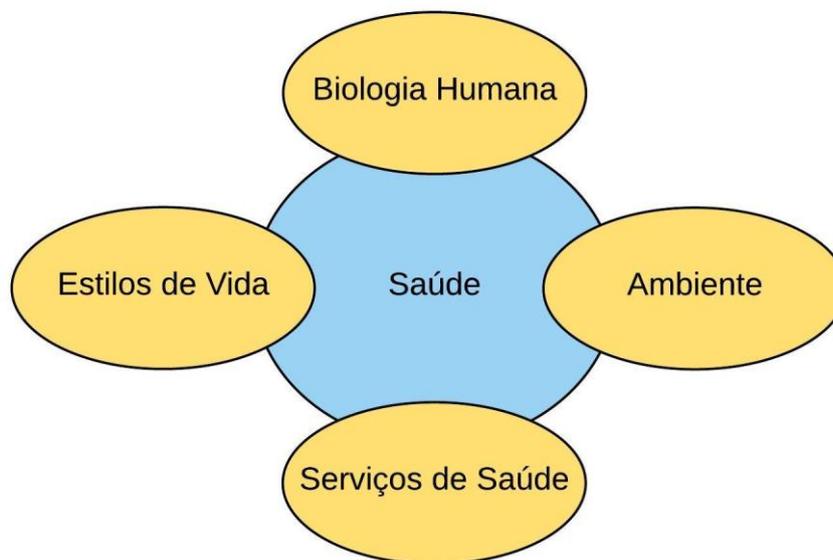
Contrastando com as associações entre proporção de indigente e proporção de exodontia, coeficiente de incidência de sífilis e cobertura vacinal, observa-se que enquanto dispositivos de gestão e cuidado, esse grupo aparentemente é priorizado. Apresenta-se favorecendo a consideração da vulnerabilidade na definição da área adstrita, o planejamento de ações, todos os dispositivos de cuidado materno-infantil selecionados, bem como a estratificação de DM e HAS. Esse aparente contraste nos remete ao modelo do campo da saúde, conforme apresentado nas figuras 11 e 12, nas quais verifica-se que de todas as complexas influências nas condições de saúde, os serviços de saúde se limitariam a 10% (CARVALHO e BUSS, 2012). A partir do modelo e dos resultados encontrados verifica-se que não só os fatores serviços de saúde, ambiente, biologia humana e

estilos de vida influenciam a saúde, mas também se relacionam mutuamente. Dessa forma, observamos uma forma de determinante social em saúde indireta, não mais atuando diretamente enquanto ambiente sobre o indivíduo, mas sim sobre a organização dos serviços de saúde, que se adapta na perspectiva de vulnerabilidade.

Municípios com maior IDHM favorecem a definição de área de abrangência, inclusive considerando a vulnerabilidade para isso, recebimento de apoio institucional, planejamento de ações, estratificação de condições crônicas, registro de tuberculose e hanseníase e cuidados materno-infantis. Se por um lado, observamos que melhores condições municipais favorecem a implementação de mecanismos desejáveis para a AB, verificamos no exemplo anterior que independentemente da situação socioeconômica municipal, diante de uma maior proporção de população com vulnerabilidade aumentada, também são implementados alguns desses dispositivos, sugerindo esforço pela prática do princípio da equidade.

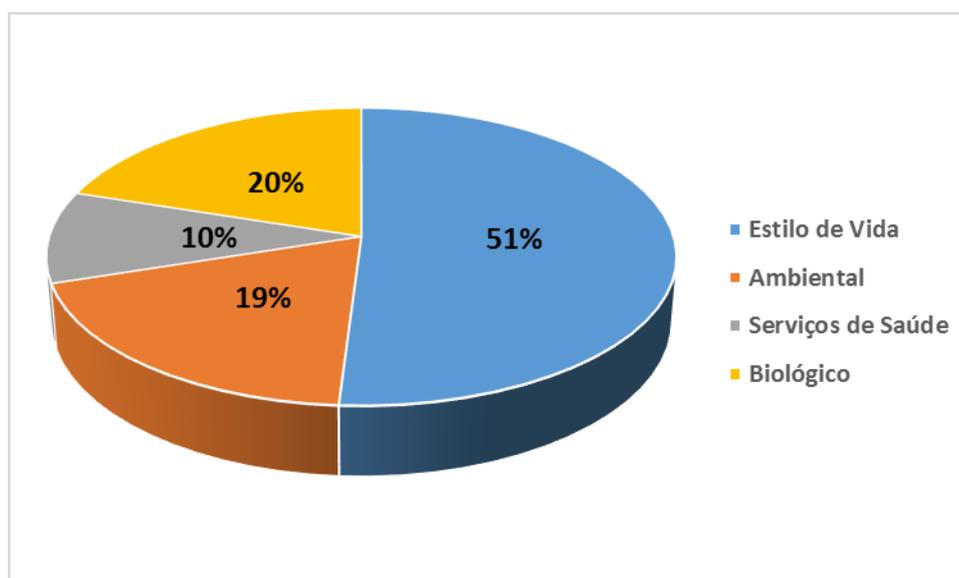
Na contramão desse mesmo princípio, observamos o Índice de Gini, logo, a concentração de renda, desfavorecendo a realização de reunião de equipe, planejamento de ações, presença de acolhimento, estratificação de condições crônicas e vários dispositivos de cuidado materno-infantil. Dessa forma, diante de concentração de renda e possível desigualdade das necessidades em saúde, dispositivos fundamentais mostram-se negligenciados. Esses achados contrapõem-se aos da proporção de indigente, levantando a suspeita de que talvez apenas grupos minoritários de muita baixa renda sejam priorizados, sem afetar de forma ampla a sociedade desigual. Uma hipótese que contribui para a explicação dessa diferença é a atuação dos consultórios na rua de forma articulada com a AB. Tal arranjo foi instituído pela PNAB, seguindo suas diretrizes e integrando o componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial. Seu objetivo é atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2012).

Figura 11. Modelo do campo da saúde.



Fonte: Haskell, 1998 citado por (CARVALHO e BUSS, 2012).

Figura 12. Campo da saúde: influência de diferentes fatores de risco.



Fonte: Haskell, 1998 citado por (CARVALHO e BUSS, 2012).

Verificou-se que o IDHM favorece haver plano de carreira e os vínculos como servidor público estatutário e empregado público, sugerindo associação entre IDHM e formas de organização de direito público. Outra variável que favorece os vínculos de direito público é a proporção de população indigente, levantando a

hipótese de que as formas de organização de direito público sejam as que se destacam no cuidado às populações mais carentes.

O IDHM favorece maior proximidade da unidade à casa do usuário e à marcação de consulta por telefone, enquanto que o Índice de Gini favorece maior distância da unidade à casa do usuário, bem como à não marcação de consulta por telefone. Desse modo, observamos de forma reiterada que melhores condições socioeconômicas no município tendem a favorecer o acesso, enquanto a desigualdade tende a comprometê-lo. Entendendo que a população indigente possa estar em situação de rua e que a essência do trabalho dos ACS é no território, é infeliz verificar que a maior proporção de população indigente desfavorece a marcação de consultas por ACS.

Observa-se ainda que o IDHM favorece a atenção integral e o acesso à avaliação com o especialista, enquanto que o Índice de Gini desfavorece essas variáveis. Além disso, verifica-se que quanto maior o Índice de Gini, maior é a tendência de o usuário receber o encaminhamento e ir à unidade que desejar. Ou seja, municípios com melhores estruturas favorecem a atenção integral e a coordenação do cuidado, enquanto que municípios com concentração de renda as fragilizam, comprometendo ainda mais as condições de saúde da população.

Verificou-se que o IDHM desfavorece a realização de ações para população rural, assentados e quilombolas, bem como atividades nas escolas. Tais associações sugerem assim que essas ações se destacam em municípios com menor IDHM.

A presença de acolhimento para SB é favorecida pela maior proporção de população indigente e pelo IDHM, sendo desfavorecida pelo Índice de Gini. Observa-se, assim, que o acolhimento para SB é favorecido por melhores condições socioeconômicas no município e pela identificação de grupos de maior vulnerabilidade, sendo desfavorecido pela desigualdade de renda.

A presença de canal de comunicação com o usuário é favorecida pela proporção de indigentes, pelo IDHM e pelo índice de envelhecimento, sendo desfavorecida pelo Índice de Gini. Dessa forma, observa-se que a efetivação do princípio de participação social é favorecida por melhores condições do município,

bem como pela presença de grupos potencialmente com maior vulnerabilidade, como aqueles com renda muito baixa e os idosos.

A qualidade do cuidado do usuário ou da família do entrevistado considerada como muito boa favorecida pelo IDHM e pela quantidade de estabelecimentos do SUS por 100.000 habitantes, sendo desfavorecida pelo Índice de Gini.

Nas análises individuais também foram identificadas associações entre as variáveis desfecho da avaliação externa do PMAQ, no tocante das percepções da qualidade do cuidado pelo usuário, e as variáveis controle.

A unidade com horário de funcionamento considerado adequado é associada com as características do usuário ser aposentado, de maior idade e de sexo masculino, sendo desfavorecida para aqueles de cor parda/mestiça ou preta e que trabalham.

A unidade ser considerada perto de casa está favorecida pelo valor da renda, sendo desfavorecida pela cor parda/mestiça. Só escrever o nome desfavorece as variáveis desfecho marcação de consulta na unidade a qualquer hora, por telefone, tendo que fazer fila antes da unidade abrir e marcação por outra forma. A marcação de consulta por meio do ACS foi favorecida pelas características de cor parda/mestiça e cor preta.

Dessa forma, observa-se que o acesso é favorecido para usuários que não trabalham, aposentados, do sexo masculino, com maior idade e renda, alfabetizados, que não sejam da cor parda/mestiça ou preta.

A qualidade do cuidado ser considerada muito boa ou boa e a qualidade do cuidado familiar ser considerada muito boa foram desfavorecidas pelas raças amarela, parda/mestiça, preta e indígena e favorecidas pela idade. De forma semelhante, a satisfação do usuário foi desfavorecida por essas raças e, favorecida pela idade. Associações exatamente contrárias se deram com a variável desejo de mudar de unidade.

O usuário conseguir opinar foi favorecido pelos anos de estudo e pelo sexo masculino e foi desfavorecido pelas cores amarela, parda/mestiça, preta e pela idade.

O usuário conseguir opinar com dificuldade foi favorecido pelos anos de estudo, a só escrever o nome e ao valor da renda e desfavorecido pela idade. A resposta da crítica ou sugestão do usuário de forma rápida⁵⁵ foi favorecido pelo sexo masculino e desfavorecido por só escrever nome. Haver a resposta, porém de forma demorada, foi associada a maior idade.

Observamos assim que as cores amarela, parda/mestiça e preta apresentam maior dificuldade de efetivar seu direito de participação social, o qual foi favorecido para usuários de maior renda, anos de estudo e do sexo masculino.

O estudo apresentou associação entre maior acesso e participação social com o sexo masculino. Aparentemente, isso soaria como uma contradição com a realidade do menor uso desses serviços pelas pessoas desse sexo. Por outro lado, as variáveis estudadas não falam a respeito da questão da frequência de uso, mas da disponibilidade do serviço em garanti-lo. Dessa forma, uma hipótese que justificaria os achados é a de que, como as mulheres usam mais os serviços, têm maior experiência para dizer quanto ao acesso e a participação social reais, enquanto os homens analisam com base no seu parco uso, bem como na potencialidade deste. Por exemplo, uma unidade que funciona das 07 às 19h pode ter horário de funcionamento adequado para o homem que dela pouco usa, mas para a mulher que leva seu filho à consulta de puericultura com o médico que atende apenas das 09 às 15h, o horário deixa de ser adequado.

O usuário sentir-se acolhido foi favorecido por estar aposentado, com maior idade, sexo masculino e trabalhando e desfavorecido pelas cores amarela, parda/mestiça, preta, indígena, não saber ler e escrever e só escrever o nome. Haver atenção integral foi favorecida por estar aposentado e, haver atenção integral às vezes, foi favorecido pela idade e desfavorecido pela cor preta.

As variáveis relacionadas a uma melhor coordenação do cuidado são favorecidas pelo usuário estar aposentado, com maior idade, sexo masculino e trabalhando e, desfavorecidas pelas cores amarela, parda/mestiça, preta, indígena e a não saber ler e escrever.

⁵⁵ Lembrando que a variável foi comparada a não haver resposta.

Coimbra Junior e Santos (2000) observam que pesquisas sobre determinantes sociais em saúde relativos à dimensão étnico-racial ainda são escassas, privilegiando-se normalmente a composição socioeconômica como um dos modelos centrais dos modelos explicativos de determinação social em saúde. Os autores observam, no entanto, que, mesmo após o controle de variáveis socioeconômicas, as características étnico-raciais continuam impactando na determinação em saúde. Como exemplo, é citado o trabalho de Wood e Carvalho (1994)⁵⁶ citado por (COIMBRA JUNIOR e SANTOS, 2000), no qual foi evidenciada influência da raça da mãe na mortalidade infanto-juvenil, após removerem-se os efeitos dos determinantes socioeconômicos tais como renda, nível educacional e acesso à água potável.

Conforme aponta Coimbra Junior e Santos (2000), dados demográficos oficiais relacionados às etnias também são poucos, sendo mais frequente a abordagem desse conceito como sinonímia de raça ou cor de pele, analogamente à análise de gênero usando-se por sua vez o conceito de sexo. Tal carência se acentua, segundo os autores, com relação às etnias indígenas.

O presente estudo se valeu das variáveis analisadas pela avaliação externa do PMAQ, que se limitam a raça/cor da pele, e evidenciam a importância dessa variável como independente preditora do acesso ao cuidado em AB.

Caracterização das relações entre as formas de organização e a atenção básica

É interessante observar que a quantidade de associações foi maior entre as variáveis socioeconômicas do que com as variáveis relativas às formas de organização. Tal achado reitera a importância dos condicionantes e determinantes de saúde e a AB, conforme ilustrado no tópico anterior. Vale ainda observar que, diante do controle realizado por tais variáveis, ainda assim algumas formas de organização se apresentaram favorecendo ou desfavorecendo variáveis desfecho, associações que são discutidas nessa seção.

Quando analisamos o estudo ecológico com as variáveis do IDSUS, identificamos que as cooperativas desfavorecem as variáveis relativas ao acesso,

⁵⁶ WOOD, C.H.; CARVALHO, J.A.M. A Demografia da Desigualdade no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Rio de Janeiro, 1994.

bem como favorecem maior proporção de ISAB, o que será ratificado pelas associações dos estudos individuais apresentadas a seguir.

Conforme já mencionado, considerando-se que as variáveis desfecho relacionadas às variáveis desfecho da avaliação externa do PMAQ foram analisadas com maior profundidade na terceira etapa, focaremos a análise das relações entre as formas de organização e a atenção básica nessa etapa. Cabe ainda lembrar que as associações apresentadas aqui tiveram como referência para comparação a administração direta.

Um possível viés de confusão nos resultados seria decorrente de diferentes proporções de tipos de equipes presente em cada forma de organização, de modo que resultados favoráveis de uma das formas fosse decorrente, na verdade, de uma maior proporção de EqSF dentre as participantes. Tal fato decorreria do reconhecido melhor desempenho das EqSF em contraposição a equipes de atenção básica outras⁵⁷. Diante disso, levantamos a distribuição dos tipos das equipes analisadas, a qual é apresentada no quadro 31.

⁵⁷ As EqSF apresentam melhores resultados comparativamente às equipes tradicionais, conforme verificado por diversos autores, como Conill, 2008 (CONILL, E.M. Ensaio histórico conceitual sobre a Atenção Primária de Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, supl 1, p. S&-S27, 2008) e Elias, 2006 (ELIAS, P.E. et al. Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006), citados por (CORDEIRO, CONILL, *et al.*, 2010).

Quadro 31. Distribuição dos tipos de EAB analisados por forma de organização.

	ESF sem SB	ESF com SB	EAB com SB	EAB sem SB	Outro	Não respondido	Total de equipes
Adm direta	23,39%	73,98%	1,85%	0,57%	0,14%	0,07%	12703
Cons dir priv	37,50%	62,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	56
Fund priv	51,37%	44,52%	0,68%	3,42%	0,00%	0,00%	146
Cons dir púb	19,82%	74,94%	3,42%	1,37%	0,23%	0,23%	439
Fund pub	27,96%	66,82%	2,55%	1,74%	0,93%	0,00%	862
OS	55,74%	43,59%	0,00%	0,33%	0,33%	0,00%	897
OSCIP	29,62%	44,23%	4,23%	2,69%	19,23%	0,00%	260
Filant	45,05%	52,97%	0,74%	0,74%	0,50%	0,00%	404
ONG	60,14%	37,76%	0,70%	0,00%	1,40%	0,00%	143
Empresa	33,63%	63,72%	1,77%	0,88%	0,00%	0,00%	226
Coop	18,18%	76,36%	5,45%	0,00%	0,00%	0,00%	165
Média geral	26,66%	70,22%	1,85%	0,69%	0,52%	0,06%	16301

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

Conforme se observa, praticamente todas as formas de organização apresentaram dentre as suas equipes ao menos 94% de ESF, sendo a única exceção a OSCIP, com 73,85%. A título de exemplo, das equipes analisadas da Administração Direta e da OS, 97,37% e 99,33% são ESF, respectivamente. Desse modo, entendemos que esse possível viés de confusão foi controlado, não comprometendo as associações identificadas.

Analisando-se as percepções de qualidade do cuidado pelo usuário, observa-se que as formas de organização OS e entidade filantrópica favoreceriam o acesso aos serviços de saúde à medida que favorecem o horário de funcionamento ser considerado adequado e, no caso da OS, desfavorece a unidade ser considerada longe de casa. Ainda nesse sentido, a OS protege o usuário da prática de marcação de consulta na unidade tendo que pegar ficha ou mesmo tendo que fazer fila antes da unidade abrir, enquanto desfavorece o agendamento por telefone e por outras formas. A cooperativa, por sua vez, tende a desfavorecer o acesso, visto que, apesar de proteger das práticas de agendamento tendo que pegar ficha ou mesmo tendo que fazer fila antes da unidade abrir, também desfavorece marcação de consulta na unidade a qualquer hora e por meio do ACS, práticas fundamentais para efetivar o acesso do usuário.

A qualidade dos cuidados do usuário e de sua família ser considerada muito boa foi favorecida pela OS e pela entidade filantrópica. Esta, ainda favoreceu os cuidados do usuário e de sua família serem considerados bons, maior satisfação do usuário e desfavoreceu o desejo de mudar da unidade. A ONG, por sua vez, favoreceu a qualidade do cuidado da família ser considerada muito ruim, enquanto a empresa favoreceu o cuidado da família ser considerado ruim. A cooperativa favoreceu o desejo do usuário de mudar de unidade, enquanto o consórcio intermunicipal de direito privado e a fundação pública de direito público desfavoreceram essa variável. Observa-se que as formas de organização da iniciativa privada com fins lucrativos tendem a desfavorecer a satisfação do usuário, enquanto que as sem fins lucrativos e as formas de organização da administração indireta, possivelmente favoreceriam.

Com relação à participação social, a única associação identificada na análise das respostas dos usuários se deu com a OSCIP desfavorecendo o usuário de ter resposta do seu questionamento rapidamente. A partir das respostas dos trabalhadores, no entanto, a presença de canal de comunicação com usuário é favorecida pelas fundações de direito privado e público, pelas instituições privadas sem fins lucrativos e pela empresa. A presença de CLS é favorecida por fundação pública de direito privado, OS, entidade filantrópica, ONG e empresa, sendo desfavorecida por OSCIP e cooperativa. Observa-se, assim, tanto pelos usuários como pelos trabalhadores, que a OSCIP desfavoreceria o controle social.

O usuário sentir-se acolhido foi desfavorecido pelo consórcio intermunicipal de direito público e favorecido pela OS. Na perspectiva do trabalhador, por sua vez, o estudo da demanda espontânea foi favorecido pelas fundações públicas de direito privado e público, consórcio intermunicipal de direito público, OS, entidade filantrópica, ONG e empresa. A presença de acolhimento foi favorecida por todas as formas de organização, exceto as pertencentes à administração indireta de direito público, sendo que o consórcio intermunicipal de direito público a desfavoreceu. Apesar de amplamente favorecido segundo os trabalhadores, na percepção dos usuários apenas a OS favoreceu essa prática.

A equipe conseguir consulta com especialista, na perspectiva do usuário, foi desfavorecido pelo consórcio intermunicipal de direito público e favorecido pela entidade filantrópica. A equipe conseguir às vezes, lembrando que a variável é

comparada com não conseguir, é favorecido pela OS e novamente desfavorecido pelo consórcio intermunicipal de direito público. As variáveis relacionadas ao agendamento da consulta com especialista que não contribuem para a coordenação do cuidado são desfavorecidas pela fundação pública de direito público, OS, OSCIP, entidade filantrópica e ONG.

Na perspectiva dos trabalhadores, a presença de fluxo de comunicação com especialidades é favorecida pela administração indireta de direito privado, por OS, entidade filantrópica e ONG, sendo desfavorecida por consórcio intermunicipal de direito público e cooperativa.

Dessa forma a coordenação do cuidado aparenta ser favorecida por formas de organização da iniciativa privada sem fins lucrativos.

O apoio matricial foi favorecido pelas fundações públicas de direito privado e público e pelas formas de organização da iniciativa privada sem fins lucrativos. A existência de educação permanente suficiente foi favorecida por todas as formas de organização, exceto as fundações públicas. A prática de apoio matricial atrelada à educação permanente suficiente foi favorecida apenas pelas entidades privadas sem fins lucrativos.

Com relação à territorialização, o maior número de usuários adstritos nas equipes é associado com as formas de organização fundações públicas de direito privado e público, OS, ONG e cooperativa. A definição de área de abrangência foi favorecida pela OS, OSCIP e entidade filantrópica. A vulnerabilidade ser considerada nessa definição foi favorecida por todas as formas de organização, exceto o consórcio intermunicipal de direito privado e a cooperativa.

A respeito das ações de planejamento e gestão, a realização de reunião de equipe foi favorecida pela fundação pública de direito público, pela OS e pela entidade filantrópica. Receber apoio institucional, por sua vez, foi favorecido pela administração indireta de direito público, pela OSCIP e pela entidade filantrópica, sendo desfavorecida pela OS e pela ONG. O planejamento de ações é favorecido pela fundação pública de direito privado, pelo consórcio intermunicipal de direito público, por OS, entidade filantrópica, ONG e cooperativa. É interessante observar que apesar da OS e da ONG favorecerem o planejamento de ações, desfavorecem o recebimento

de apoio institucional, o que levanta hipóteses quanto a forma como se dá a gestão, talvez mais verticalizada.

A estratificação de usuários com DM e HAS é favorecida pela administração indireta com direito privado e com direito público e pela OS, entidade filantrópica e ONG. O registro de casos mais graves de SM, por sua vez, é favorecido pelos consórcios intermunicipais de direito privado e público, pela fundação pública de direito público e pelas instituições privadas sem fins lucrativos. Observa-se que, exceto a iniciativa privada com fins lucrativos, praticamente todas as demais formas de organização favorecem a estratificação de condições crônicas em comparação com a administração direta.

O tempo de espera maior para a primeira consulta de pacientes com DM é favorecido pela fundação pública de direito privado, OS, entidade filantrópica, ONG e empresa. O tempo de espera maior para a primeira consulta de pacientes com HAS é favorecido pelas fundações públicas de direito privado e público, OS, entidade filantrópica e ONG. O tempo de espera maior para a primeira consulta de pacientes com transtorno mental é favorecido pela fundação pública de direito privado, OS, entidade filantrópica e ONG, sendo desfavorecido pelo consórcio intermunicipal de direito público.

Observa-se, assim, que a fundação pública de direito privado, OS, entidade filantrópica e ONG estão associadas com o aumento do tempo de espera para o atendimento de grupos populacionais com condições consideradas prioritárias. Cabe observar que o tempo apresentado aqui diz respeito à espera em minutos do usuário da chega à unidade até o atendimento propriamente dito. Pessoto et al⁵⁸ citado por (CORDEIRO, CONILL, *et al.*, 2010), em sua pesquisa na região metropolitana de São Paulo, constatou que os usuários do SUS aguardavam mais do que o dobro de tempo nas salas de espera do que aqueles com plano de saúde e, nesse caso, o tempo diminuía à medida que a renda aumentava. Observamos no estudo uma diferenciação nesse tempo de espera dentro dos serviços de AB do SUS, estando associado às diferentes formas de organização na gestão.

⁵⁸ PESSOTO, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 351-362, 2007.

A coleta de CO é desfavorecida pelo consórcio intermunicipal de direito privado, mas favorecida pela OS e pela entidade filantrópica. O planejamento familiar é favorecido pelo consórcio intermunicipal de direito público, OS, entidade filantrópica, empresa e cooperativa. O uso de classificação de risco para as ofertas às gestantes é favorecido pelo consórcio intermunicipal de direito público, OS, entidade filantrópica e ONG. A realização de puericultura é favorecida por OS, entidade filantrópica, ONG e cooperativa, mas desfavorecida por empresa. Observa-se, assim, que as ações de cuidado materno-infantil foram favorecidas prioritariamente pelas entidades privadas sem fins lucrativos.

O registro de hanseníase é favorecido pela administração indireta de direito público, por OS e OSCIP, sendo desfavorecido por consórcio intermunicipal de direito privado, entidade filantrópica e ONG. O registro de tuberculose é favorecido por fundações públicas de direito privado e público, OS, OSCIP, ONG e empresa, sendo desfavorecido por consórcio intermunicipal de direito privado. As associações que desfavorecem a prática podem sugerir que esses procedimentos de vigilância epidemiológicas não estão sendo devidamente valorizados ou então que há menor prevalência dessas doenças nos territórios das equipes com tais formas de organização. Esta hipótese, por sua vez, levantaria a questão de se há fatores que favoreçam a implantação de algumas formas de organização em certos territórios em detrimento de outras.

A realização de PIC é favorecida pelas fundações públicas de direito privado e público, OS, entidade filantrópica, ONG e empresa.

As ações com população rural, assentados e quilombolas são desfavorecidas por fundações públicas de direito privado e público e as formas de organização da iniciativa privada sem fins lucrativos. As ações nas escolas são desfavorecidas por fundação pública de direito público e pelas formas de organização da iniciativa privada sem fins lucrativos. Verifica-se que não houve formas de organização que favorecessem tais práticas comparativamente à administração direta, inclusive chegando a desfavorece-las. As ações analisadas com essas variáveis podem ser entendidas como promotoras de equidade, visto que acessam grupos populacionais com maior vulnerabilidade. Novamente podemos considerar fatores socioeconômicos do território na definição das formas de organização e, neste

exemplo, verificamos que os grupos populacionais citados tendem a ficar circunscritos à administração direta.

A presença de acolhimento para SB é favorecida por fundação pública de direito privado, entidade filantrópica e empresa. A consideração da vulnerabilidade para as ofertas de SB é favorecida por OS e entidade filantrópica, sendo desfavorecida pela fundação pública de direito público. A entrega de prótese dentária é favorecida apenas pela entidade filantrópica, sendo desfavorecida pelas fundações públicas de direito privado e público, por consórcio intermunicipal de direito público, OS, OSCIP e cooperativa. Apenas a entidade filantrópica apresenta-se favorecendo todas as variáveis analisadas sobre SB. As demais formas de organização apresentam associações esparsas e chegam a desfavorecer a entrega de prótese dentária. Tais associações indicam a necessidade de maior compreensão das relações entre as formas de organização e o cuidado em SB na AB.

Com relação aos vínculos empregatícios, observa-se que os vínculos temporários são favorecidos pelas formas de organização da administração indireta de direito público, as instituições privadas com fins lucrativos e as sem fins lucrativos, excetuando-se a ONG. Ser comissionado foi favorecido pelo consórcio intermunicipal de direito privado e pelas instituições privadas com fins lucrativos, sendo desfavorecido apenas pela fundação pública de direito público. Ser autônomo foi favorecido pelas iniciativas privadas com e sem fins lucrativos, excetuando-se a ONG. Sugere-se cautela na análise destas associações, visto que foram identificadas incoerências, tais como o vínculo de comissionado e de empregado público, restritos à administração pública, sendo favorecidos por formas de organização fora desta.

A existência de plano de carreira foi desfavorecida pelo consórcio intermunicipal de direito privado, e pelas iniciativas privadas com e sem fins lucrativos, excetuando-se a OS. Apesar da OS não ter apresentado associação, Barbosa e Elias (2010, p. 2488), ao compararem hospitais sob gestão da administração direta e de OS, verificaram que inexistem planos de cargos, carreiras e salários nos hospitais sob gestão de OS, sendo a progressão funcional “implementada com um forte componente de informalidade, com base na avaliação do desempenho do funcionário realizada pelas chefias imediatas”. Outro achado dos autores foi de que a rotatividade foi maior no hospital gerido por OS, para o qual foi sugerido um aprofundamento que

esclarecesse as causas desse fenômeno. Diante dos achados, entende-se que seria importante o aprofundamento dessas questões por meio de outros estudos.

Analisando os vínculos empregatícios segundo as suas quantidades, conforme informadas pelas equipes entrevistadas na avaliação externa do PMAQ, verificamos que o vínculo temporário representa 28,85% do total de vínculos, semelhante ao identificado por meio dos dados de vínculos do CNES, já apresentados, de 28,59%. Correlacionando os vínculos com as formas de organização, observamos que 80,78% dos temporários são contratados pela administração direta.

Com relação à iniciativa privada sem fins lucrativos, diferentemente do verificado por meio dos dados do CNES, no qual os vínculos se concentravam em autônomos, os dados do PMAQ indicam que os vínculos com essas formas de organização seriam principalmente como contrato celetista.

Miranda (2014), ao analisar os dados do CNES a respeito das entidades privadas sem fins lucrativos, também observou a concentração de vínculos empregatícios como autônomos. O autor identificou ainda algumas incoerências relacionadas ao registro de OS, tais como sua classificação como pertencente à administração pública indireta e o cadastro de secretarias municipais de saúde sob essa forma de organização.

Diante da presença de outras incoerências já verificadas na literatura, verifica-se a necessidade de maior aprofundamento para o esclarecimento dos achados deste estudo quanto aos registros do CNES.

Os dados acima apresentados podem ser visualizados no quadro 32 que, apesar de apresentar incoerências, tais como vínculos estatutário, empregado público e comissionado para formas de organização não pertencentes à administração pública, entendemos que não precisa ser descartado, mas analisado com cautela.

Quadro 32. Distribuição dos vínculos empregatícios conforme as formas de organização, Brasil, 2012.

	Servidor estatutário	Comissionado	Temporário	Emp púb CLT	Contrato CLT	Autônomo	Outro	NS/NR	Total Geral
Adm direta	6288	405	4009	934	932	4	97	34	12703
Cons dir púb	219	10	128	28	43	1	7	3	439
Cons dir priv	6	3	26	4	17				56
Fund pub	372	9	205	124	111		35	6	862
Fund priv	3		16	31	96				146
OS	2	1	12	38	839	4	1		897
OSCIP	4	1	32	5	214	2	1	1	260
Filant	3	1	8	17	370	2	3		404
ONG			3	4	134	1	1		143
Empresa	4	4	67	7	122	9	12	1	226
Coop	4	4	84		21	16	30	6	165
Outros	129	25	317	30	156	4	88	6	755
NS/NR	34	4	56	6	15	2	4	25	146
Total Geral	7068	467	4963	1228	3070	45	279	82	17202

Fonte: Avaliação Externa – PMAQ, 2012.

6. CONCLUSÃO

Apesar de possuir limites pelo uso exclusivo de dados secundários, entendemos que, para a finalidade de contribuir com a compreensão das relações entre as formas de organização e a atenção básica, a pesquisa atingiu os objetivos propostos. O estudo caracterizou as relações das diferentes formas de organização com a atenção à saúde no âmbito da Atenção Básica, apresentando relações com as percepções da qualidade da atenção pelo usuário da Atenção Básica, bem como com a implementação de arranjos e dispositivos de gestão e atenção nesse nível de atenção.

A escolha metodológica, se valendo de dados exclusivamente públicos, teve dentre os seus objetivos, explorar as potencialidades destes. Verificamos, no entanto, que apenas após solicitação dos pesquisadores ao MS foi possível encontrar informações que permitissem análises com maior profundidade. Cabe ainda atentar que os métodos utilizados nessa pesquisa não são usualmente do domínio daqueles que precisam destes conhecimentos em sua prática, como gestores, trabalhadores e usuários que, em suas instâncias colegiadas de gestão, deliberam quanto às formas de organização a serem assumidas para a AB.

Resgatando os conceitos apresentados na introdução, verificamos que durante a história houve um processo de fortalecimento da esfera privada que culminou, com a revolução francesa, no início da idade contemporânea e, segundo Arendt (2016), na constituição da esfera social. Observamos, no entanto, que a tomada do aparelho do Estado não se dá sem conflitos. Esse grupo chamado de sociedade civil não é nada homogêneo e, com sua emancipação concorrente à eclosão de um capitalismo mais robusto, novas tensões se apresentaram.

À medida que, ocupando o Estado, grupos minoritários se valem dos instrumentais estatais para se manter no poder, em certa medida resgatando práticas patrimonialistas, por outro a contínua tensão com o restante da sociedade civil por um Estado democrático faz com que conquistas mais ou menos isoladas passem a se dar. O fim da ditadura militar no Brasil e a constituição do SUS no final dos anos 1980 podem ser entendidas como exemplos dessas conquistas. Entremeadas por interesses de valorização do empresariado e abdicação de direitos sociais em prol do mercado,

a redação na Carta Maior garante a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, constituindo uma vitória em prol de um Estado Social.

Entretanto, diante de práticas que feriam e ainda ferem os interesses públicos, a administração pública foi se enrijecendo. Tal processo dificultou a gestão em saúde, porém não foi o único. Conforme já apontado, tal como uma política de Estado, o subfinanciamento do SUS foi se agravando no decorrer dos governos, tornando o Estado, em especial a União, cada vez menos promotor de políticas públicas, cada vez mais empreendedor do mercado, fragilizando a efetivação do direito à saúde.

Ainda refletindo sobre a dicotomia público e privado, identificamos que o SUS é uma política eminentemente pública nos seus princípios e diretrizes, porém não na sua operacionalização. Conforme já verificado, a saúde brasileira tem uma história com marcada participação da iniciativa privada com e sem fins lucrativos na prestação de cuidados à saúde, se estabelecendo no SUS com uma parcela importantíssima dos seus serviços como complementares.

Ao ponderarmos quanto aos preceitos públicos do SUS, observamos que não só a iniciativa privada tensiona seu caráter público, mas também a própria administração pública, entendida como Estado que vacila diante da garantia de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196 da CF, 1988).

À medida que nos aproximamos das associações identificadas, lembramos do previsto no art. 3º da Lei 8.080 de 1990, de que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Verificamos com o estudo que os grandes determinantes de indicadores sanitários e da qualidade do cuidado pelo usuário foram os condicionantes e determinantes de saúde, restando às formas de organização um peso menor no desempenho final do sistema de saúde. Foi possível constatar o quão desigual ainda se encontra a sociedade e quão promotores de iniquidade permanecem nossos serviços de saúde.

Com relação propriamente às formas de organização, apesar das reticências diversas quanto às de direito privado pertencentes à administração pública ou à iniciativa privada, conforme apontado por diversos autores (MIRANDA, 2014; SANTOS, 2010; SANTOS, 2016; CAMPOS, 2014a; AVILA, 2011), verificamos que também a administração direta não vem cumprindo efetivamente o previsto com o SUS. Essa observação que não é nova, mas tem sua complexidade aprofundada pelo estudo à medida que este evidencia associações diversas de formas de organizações que, mesmo após o controle de variáveis socioeconômicas, favorecem ou desfavorecem dispositivos da AB. Dessa forma, a fragilização do maniqueísmo simplista “Estado ruim” e “iniciativa privada boa” ou vice-versa é amplificada à medida que identificamos relações muito mais complexas. Como já apontou Mendes (1996, p. 100), a redução dos espaços sociais a duas dimensões polares, além de dificultar a apreensão da complexidade desta dinâmica, “seja pelo maniqueísmo político-ideológico que lhe é intrínseco, seja pela manipulação que enseja às manifestações de grupos de interesses”, leva também ao imobilismo e aprofundamento das novas formas de relações entre os setores. Nesse estudo, não é possível afirmar de modo conclusivo tampouco definitivo, a respeito de qual seria o modelo de forma de organização que apresentaria melhor desempenho em termos de indicadores e qualidade da atenção à saúde. Nossa intencionalidade não residia nesse aspecto, mas na descrição das associações entre as formas de organização com a percepção da qualidade da atenção pelo usuário da Atenção Básica e com a implementação de arranjos e dispositivos de gestão e atenção.

Apresentamos a seguir um compilado das associações identificadas entre as formas de organização e as variáveis estudadas, a fim de embasar as conclusões do estudo:

- Com relação ao acesso:
 - A OS e a entidade filantrópica favorecem o horário de funcionamento ser considerado adequado;
 - A OS desfavorece a unidade ser considerada longe de casa;
 - A OS protege o usuário da prática de marcação de consulta na unidade tendo que pegar ficha ou mesmo tendo que fazer fila antes da unidade abrir, enquanto desfavorece o agendamento por telefone e por outras formas;

- A cooperativa tende a desfavorecer o acesso, visto que, apesar de proteger das práticas de agendamento tendo que pegar ficha ou mesmo tendo que fazer fila antes da unidade abrir, também desfavorece marcação de consulta na unidade a qualquer hora e por meio do ACS.
- Com relação à satisfação do usuário:
 - A OS e a entidade filantrópica favorecem a qualidade dos cuidados do usuário e de sua família serem consideradas muito boas;
 - A entidade filantrópica favorece os cuidados do usuário e de sua família serem considerados bons, a maior satisfação do usuário e desfavorece o desejo de mudar da unidade;
 - O consórcio intermunicipal de direito privado e a fundação pública de direito público desfavorecem o desejo do usuário de mudar de unidade;
 - A ONG favorece a qualidade do cuidado da família ser considerada muito ruim;
 - A empresa favorece o cuidado da família ser considerado ruim;
 - A cooperativa favorece o desejo do usuário de mudar de unidade.
- Com relação à participação social:
 - A OSCIP desfavorece o usuário de ter resposta do seu questionamento rapidamente;
 - As fundações de direito privado e público, as instituições privadas sem fins lucrativos e a empresa favorecem a presença de canal de comunicação com usuário;
 - A fundação pública de direito privado, a OS, a entidade filantrópica, a ONG e a empresa favorecem a presença de CLS, enquanto a OSCIP e a cooperativa a desfavorecem.
- Com relação ao acolhimento:
 - O consórcio intermunicipal de direito público desfavorece o usuário sentir-se acolhido, enquanto a OS favorece esta variável;
 - As fundações públicas de direito privado e público, o consórcio intermunicipal de direito público, a OS, a entidade filantrópica, a ONG e a empresa favorecem o estudo da demanda espontânea na perspectiva dos trabalhadores;
 - Todas as formas de organização, exceto as pertencentes à administração indireta de direito público, favorecem a presença de

acolhimento, sendo que o consórcio intermunicipal de direito público a desfavorece;

- Apesar de amplamente favorecido segundo os trabalhadores, na percepção dos usuários apenas a OS favorece a presença de acolhimento.
- Com relação à coordenação do cuidado:
 - O consórcio intermunicipal de direito público desfavorece a equipe conseguir consulta com especialista, na perspectiva do usuário, enquanto a entidade filantrópica favorece esta variável;
 - A OS favorece a equipe conseguir às vezes consulta com especialista, lembrando que a variável é comparada com não conseguir, sendo novamente desfavorecida pelo consórcio intermunicipal de direito público;
 - A fundação pública de direito público, a OS, a OSCIP, a entidade filantrópica e a ONG desfavorecem as variáveis relacionadas ao agendamento da consulta com especialista que não contribuem para a coordenação do cuidado;
 - A administração indireta de direito privado, a OS, a entidade filantrópica e a ONG favorecem, na perspectiva dos trabalhadores, a presença de fluxo de comunicação com especialidades, variável desfavorecida pelo consórcio intermunicipal de direito público e pela cooperativa.
- Com relação ao matriciamento e a EP:
 - As fundações públicas de direito privado e público e as formas de organização da iniciativa privada sem fins lucrativos favorecem o apoio matricial;
 - Todas as formas de organização, exceto as fundações públicas, favorecem a existência de educação permanente suficiente;
 - A prática de apoio matricial atrelada à educação permanente suficiente é favorecida apenas pelas entidades privadas sem fins lucrativos.
- Com relação à territorialização:
 - As fundações públicas de direito privado e público, a OS, a ONG e a cooperativa favorecem um maior número de usuários adstritos nas equipes;

- A OS, a OSCIP e a entidade filantrópica favoreceram a definição de área de abrangência. A vulnerabilidade ser considerada nessa definição foi favorecida por todas as formas de organização, exceto o consórcio intermunicipal de direito privado e a cooperativa.
- Com relação às ações de planejamento e gestão:
 - A fundação pública de direito público, a OS e a entidade filantrópica favorecem a realização de reunião de equipe;
 - A administração indireta de direito público, a OSCIP e a entidade filantrópica favorecem o apoio institucional, enquanto a OS e a ONG desfavorecem esta variável;
 - A fundação pública de direito privado, o consórcio intermunicipal de direito público, a OS, a entidade filantrópica, a ONG e a cooperativa favorecem o planejamento de ações;
 - Cabe observar que apesar da OS e da ONG favorecem o planejamento de ações, desfavorecem o recebimento de apoio institucional, o que levanta hipóteses quanto a forma como se dá a gestão, talvez mais verticalizada.
- Com relação às condições crônicas:
 - A administração indireta com direito privado e com direito público, a OS, a entidade filantrópica e a ONG favorecem a estratificação de usuários com DM e HAS;
 - Os consórcios intermunicipais de direito privado e público, a fundação pública de direito público e as instituições privadas sem fins lucrativos favorecem o registro de casos mais graves de SM;
 - Exceto a iniciativa privada com fins lucrativos, praticamente todas as demais formas de organização favorecem a estratificação de condições crônicas em comparação com a administração direta;
 - A fundação pública de direito privado, a OS, a entidade filantrópica, a ONG e a empresa favorecem o tempo de espera maior para a primeira consulta de pacientes com DM;
 - As fundações públicas de direito privado e público, a OS, a entidade filantrópica e a ONG favorecem o tempo de espera maior para a primeira consulta de pacientes com HAS;

- A fundação pública de direito privado, a OS, a entidade filantrópica e a ONG favorecem o tempo de espera maior para a primeira consulta de pacientes com transtorno mental, enquanto o consórcio intermunicipal de direito público desfavorece esta variável;
- Observa-se, assim, que a fundação pública de direito privado, OS, entidade filantrópica e ONG estão associadas com o aumento do tempo de espera para o atendimento de grupos populacionais com condições consideradas prioritárias.
- Com relação ao cuidado materno-infantil:
 - O consórcio intermunicipal de direito privado desfavorece a coleta de CO, enquanto a OS e a entidade filantrópica favorecem esta variável;
 - O consórcio intermunicipal de direito público, a OS, a entidade filantrópica, a empresa e a cooperativa favorecem o planejamento familiar;
 - O consórcio intermunicipal de direito público, a OS, a entidade filantrópica e a ONG favorecem o uso de classificação de risco para as ofertas às gestantes;
 - A OS, a entidade filantrópica, a ONG e a cooperativa favorecem a realização de puericultura, variável desfavorecida pela empresa;
 - Observa-se, assim, que as ações de cuidado materno-infantil são favorecidas prioritariamente pelas entidades privadas sem fins lucrativos.
- Com relação à TB e hanseníase:
 - A administração indireta de direito público, a OS e a OSCIP favorecem o registro de hanseníase, enquanto o consórcio intermunicipal de direito privado, a entidade filantrópica e a ONG desfavorecem esta variável;
 - As fundações públicas de direito privado e público, a OS, a OSCIP, a ONG e a empresa favorecem o registro de tuberculose, enquanto o consórcio intermunicipal de direito privado desfavorece esta variável.
- Com relação às PIC:
 - As fundações públicas de direito privado e público, a OS, a entidade filantrópica, a ONG e a empresa favorecem a realização de PIC.
- Com relação às práticas promotoras de equidade:

- As fundações públicas de direito privado e público e as formas de organização da iniciativa privada sem fins lucrativos desfavorecem as ações com população rural, assentados e quilombolas;
- A fundação pública de direito público e as formas de organização da iniciativa privada sem fins lucrativos desfavorecem as ações nas escolas;
- As ações analisadas com essas variáveis podem ser entendidas como promotoras de equidade, visto que acessam grupos populacionais com maior vulnerabilidade. Verificamos que os grupos populacionais citados tendem a ficar circunscritos à administração direta.
- Com relação à SB:
 - A fundação pública de direito privado, a entidade filantrópica e a empresa favorecem a presença de acolhimento para SB;
 - A OS e a entidade filantrópica favorecem a consideração da vulnerabilidade para as ofertas de SB, enquanto a fundação pública de direito público desfavorece esta variável;
 - A entidade filantrópica favorece a entrega de prótese dentária, variável desfavorecida pelas fundações públicas de direito privado e público, pelo consórcio intermunicipal de direito público, pela OS, pela OSCIP e pela cooperativa;
 - Apenas a entidade filantrópica apresenta-se favorecendo todas as variáveis analisadas sobre SB. As demais formas de organização apresentam associações esparsas e chegam a desfavorecer a entrega de prótese dentária.
- Com relação aos vínculos empregatícios:
 - As formas de organização da administração indireta de direito público, as instituições privadas com fins lucrativos e as sem fins lucrativos, excetuando-se a ONG, favorecem os vínculos temporários;
 - O consórcio intermunicipal de direito privado e as instituições privadas com fins lucrativos favorecem a presença de comissionados, vínculo desfavorecido apenas pela fundação pública de direito público;
 - As iniciativas privadas com e sem fins lucrativos, excetuando-se a ONG, favorecem o vínculo autônomo;

- Sugere-se cautela na análise destas associações, visto que foram identificadas incoerências, tais como o vínculo de comissionado e de empregado público, restritos à administração pública, sendo favorecidos por formas de organização fora desta;
- O consórcio intermunicipal de direito privado, e as iniciativas privadas com e sem fins lucrativos, excetuando-se a OS, apresentam-se desfavorecendo a existência de plano de carreira.

Conforme apresentado, embora não tenha sido um de nossos propósitos verificar qual seria a melhor forma de organização, observou-se que as entidades privadas sem fins lucrativos apresentaram-se favorecendo diversos dispositivos e percepções dos usuários quando comparadas com a administração direta.

Levanta-se, assim, a hipótese de que estas formas de organização poderiam estar apresentando melhor desempenho nestes quesitos. Frente a isso, fazem-se necessários diversos esclarecimentos e ponderações a fim de compreender os resultados identificados.

Podemos destacar como limites das associações apresentadas a desigual distribuição das formas de organização no território brasileiro, bem como a uniformização dessas modalidades à medida que foram categorizadas em conjuntos amplos de formas de organização, não considerando suas heterogeneidades internas. Apresentamos abaixo detalhamentos dessas limitações.

Foi observado que a maior parte das entidades privadas sem fins lucrativos se concentrou nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, enquanto que a administração direta se encontra dispersa em todo o território nacional. Diante disso, apesar dos esforços para controlar as variáveis socioeconômicas, podemos considerar que as associações ainda tenham sofrido alguma influência das características próprias dos territórios onde os serviços estão situados.

Tal questão ganha destaque também ao analisarmos formas de organização que tiveram menor número de equipes participantes, tais como a fundação pública de direito privado (146 equipes), a ONG (143) e o consórcio intermunicipal de direito privado (56). Esta participação foi consideravelmente menor do que a apresentada pela administração direta (12.703), OS (897) e fundação pública

de direito público (862). Apesar dos controles, considera-se a hipótese de que a performance desses serviços em menor número se deva mais aos cenários singulares onde foram implementados do que às formas de organização propriamente ditas.

Frente ao já apresentado, observa-se que existe uma simplificação do que é chamado de cada forma de organização. Ao contemplar todo o território nacional por meio de dados secundários, houve a redução de diversos formatos de equipes e modelos de gestão a EqSF da Administração Direta, tal como ao que se chama de OS ou OSCIP. Quanto a isso, cabe observar o que chama atenção Salgado (2015), de que são diversos os formatos de parcerias público-privadas que se denominam OS.

Observa-se ainda que a governança apresentada pela administração direta é muito diversificada, podendo ou não dispor de arranjos organizativos e de contratualização mais importantes. As entidades privadas sem fins lucrativos, por sua vez, dispõem de instrumentos de contratualização do serviço prestado por exigência legal. Tais contratos determinam metas que são baseadas em publicações do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde estaduais e municipais. Dentre esses documentos está o PMAQ, instrumento de qualificação da AB, que pode ter suas recomendações contempladas na elaboração desses contratos. Esse fato poderia, assim, favorecer os desempenhos identificados com as associações.

Destaca-se, ainda, as diferentes normas de funcionamento das formas de organização. Conforme discorrido na dissertação, a Administração Pública observa o direito público, não podendo fazer nada que não esteja previsto em lei. A iniciativa privada, por sua vez, observa o direito privado, podendo fazer tudo, desde que não contrarie a lei e, no caso de parceria com o poder público, o contrato que está regendo esta vinculação. Tais características interferem diretamente sobre o funcionamento dos serviços geridos por cada entidade, devendo ser consideradas na ponderação das associações apresentadas pela pesquisa.

Cabe reiterar, conforme aponta Salgado (2012), que a iniciativa privada em parceria com o poder público não observa as normas da administração pública, mas sim aquelas dispostas no contrato. Dessa forma, a atuação da Administração Pública sobre sua gestão se resume ao monitoramento do cumprimento ou não do disposto no contrato, não podendo interferir diretamente visto que o serviço público está agora

sob gestão privada. Frente ao interesse público, esta realidade deve ser considerada ao se aventar a delegação para a iniciativa privada.

Outra limitação da pesquisa foi o fato de não ter abordado o financiamento das formas de organização, variável que certamente influenciou as associações, porém que não se constituiu como objetivo da pesquisa. Isso se deve ao recorte do estudo e se apresenta como um dos caminhos de possível e necessário aprofundamento das futuras análises.

Reconhecemos os limites que o processo de pesquisa exerce, em certa medida, por meio de uma simplificação artificial da realidade para poder estudá-la. Entretanto, apesar das limitações, poderíamos visualizar duas questões frente ao SUS que são reiteradas pelo trabalho: a ampliação da tensão da saúde como direito ou mercadoria e a concorrência dos modelos de atenção e de gestão - a operacionalização da saúde. Para melhor compreensão dos principais resultados do estudo, optamos por dividi-los.

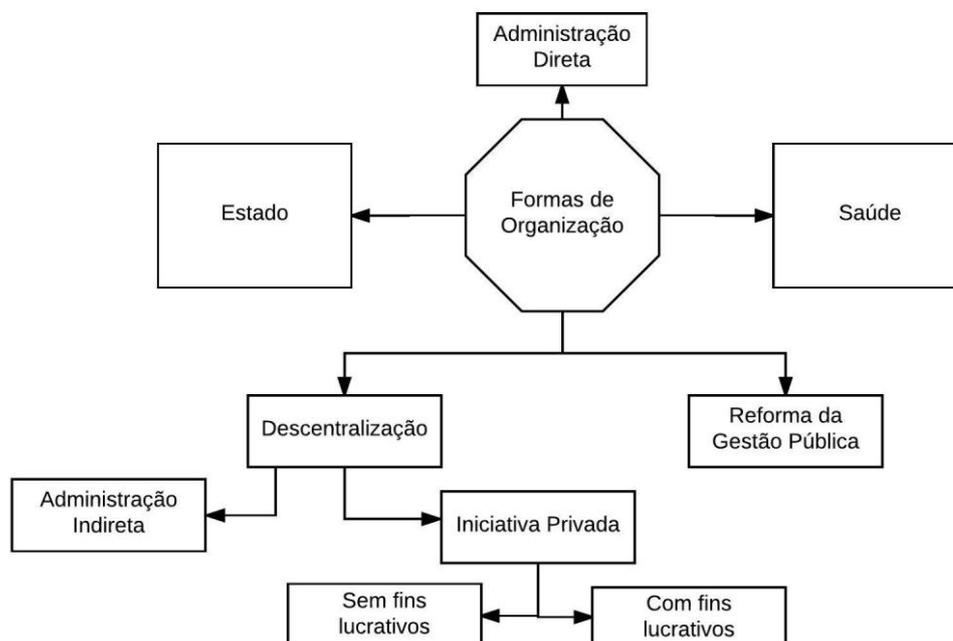
A primeira questão que se coloca é como a saúde é considerada pela sociedade, se um direito, um favor e/ou um produto. Tal problemática se relaciona, dentre outras perspectivas, com a forma como o sistema de saúde e de proteção social se constitui, se mais associado aos seguros públicos, à seguridade social ou ao modelo empresarial permissivo e de assistência social. Essa definição, conforme observamos, não é simples, agregando em si múltiplos interesses de atores envolvidos. No Brasil, apesar da saúde ser definida como “direito de todos e dever do Estado”⁵⁹ (BRASIL, 1988), diversas ações abalam essa concepção, muitas das quais já citadas no decorrer do trabalho. Uma das ameaças atuais é a PEC 55/16, anteriormente PEC 241/16, proposta pelo atual governo sem votos de Michel Temer, que estabelece um teto aos gastos da União e diminui repasses para a saúde e a educação, formalizando o subfinanciamento por vinte anos. Já aprovada na câmara,

⁵⁹ Santos (2010, p. 71-72) chama atenção que, apesar de tardio, o direito à saúde foi definido no Brasil de forma abundante e generosa, ainda que restrita à teoria. A garantia desse direito se dá em amplos termos, contemplando na concepção de saúde as características biológicas, econômicas, sociais e culturais. Dessa forma, “o direito à saúde tem duas dimensões: a que abrange as condicionantes e determinantes sociais e a que impõe um dever à Administração Pública no tocante à garantia de acesso às ações e serviços públicos de saúde”. A primeira é um conceito-guia para o Estado, que deve atuar com políticas de desenvolvimento humano e social, melhorando condições de vida e reduzindo desigualdades sociais. A segunda refere-se às ações e aos serviços de saúde que dão corpo ao SUS. A presente discussão refere-se mais propriamente à segunda dimensão.

segue para o senado à despeito de cerca de 90% de votos contras na consulta pública até o momento (BRASIL, 2016d). Outra ameaça é a criação de planos de saúde populares, proposta do atual ministro da saúde Ricardo Barros, contrariando normas mínimas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A segunda questão diz respeito ao como fazer, à operacionalização dos modelos de atenção e de gestão que se encontram em disputa no cenário nacional. Defendendo a concepção de saúde como direito, pensamos na forma como se poderia dar a sua operacionalização. Conforme já apontado anteriormente, há certo consenso de que é necessário pensarmos uma alternativa para a gestão pela administração direta tal como ela se encontra organizada atualmente (CAMPOS, 2014a; CAMPOS, 2014b; NOGUEIRA, 2010; SUNDFELD, 2014). Alguns autores defendem a descentralização da assistência para a administração indireta na figura das formas de organização de direito privado, enquanto outros são descrentes dessa alternativa e recomendam a transferência da prestação dos serviços para a iniciativa privada sem fins lucrativos, como as OS (NOGUEIRA, 2010; SUNDFELD, 2014; CARNEIRO JUNIOR, NASCIMENTO e COSTA, 2011). Há uma terceira corrente que busca não a descentralização, mas a reforma da gestão pública. Para esta, a descentralização do SUS para formas de organização de direito privado poderia colocar em xeque o próprio direito à saúde. Um caminho apresentado seria a constituição de uma estrutura regional para o SUS amparada por formas organizacionais da administração indireta de direito público, com maior autonomia frente às intempéries das administrações locais comparativamente com a administração direta (CAMPOS, 2014a; CAMPOS, 2014b; MIRANDA, 2014; SANTOS, 2010). Tais questões são apresentadas na figura 13.

Figura 13. Relações entre o Estado e a Saúde.



Fonte: Elaboração própria.

É fato que, nesse meio tempo, vem se expandido, conforme observado, a opção da descentralização para as iniciativas privadas sem fins lucrativos. Apesar de aparentemente limitado a São Paulo e ao Rio de Janeiro na AB, não é descartável a possibilidade de expansão para o restante do Brasil. Munidos de informações e análises como as apresentadas nesse trabalho, parece oportuno fortalecer e multiplicar os espaços de discussões e deliberações nos devidos coletivos quanto aos arranjos e modelos que vão ao encontro do interesse público.

O presente estudo traz numerosas questões relacionadas às formas de organização que merecem aprofundamentos. Historicamente, as tentativas de superar a dicotomia privatização/estatização podem levar a uma subestimação da importância da natureza jurídica do prestador nesta diferenciação. Se, de um lado, a divisão entre setor público e privado, baseada na natureza jurídica da instituição, não é simples, por outro, ela diz alguma coisa, e não é pouco. Por meio das análises e associações, buscamos estabelecer algumas diferenças entre elas na prática sanitária. A lógica dos prestadores privados, mesmo que pactuada com o Estado e por isso submetida a uma série de injunções, continuará regida segundo as normas do direito privado e movida prioritariamente pela racionalidade empresarial. Desta forma, a distinção entre público e privado permanece, passando necessariamente (e

não exclusivamente) pela natureza jurídica dos prestadores que integram o SUS. Preserva-se ainda a contradição entre lógicas e interesses conflitantes inerentes ao “jogo político” das políticas públicas.

Em posse dessas informações, podemos refletir com ainda maior embasamento a forma como seguir em prol da garantia de um SUS efetivamente público.

7. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Reforma de Sistemas de Saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 759-801.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. D. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. D. S., et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 2012. p. 783-836.
- ARENDT, H. A Condição Humana. 12. ed. rev. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016.
- AVILA, K. B. A terceirização dos serviços públicos de saúde por meio das cooperativas. Âmbito jurídico, Rio Grande, v. XIV, n. 92, Setembro 2011.
- AYRES, J. R. D. C. M. et al. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: CAMPOS, G. W. D. S., et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 2012. p. 375-417.
- BAGATTOLLI, C. Reforma do Estado: Críticas ao Modelo Gerencial, Campinas, 2009. Disponível em: <<http://www.cgca.com.br/userfiles/file/Cr%C3%ADtica%20%C3%A0%20Reforma%20Gerencial%20do%20Estado%2030out09%20Carolina.pdf>>. Acesso em: 20 Junho 2016.
- BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. D. S., et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 2012. p. 457-486.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, Ago 2010.
- BATISTA, P. N. O Consenso de Washington. A visão neoliberal dos problemas latino-americanos, 1994. Disponível em: <http://www.fau.usp.br/cursos/graduacao/arq_urbanismo/disciplinas/aup0270/4dossi e/nogueira94/nog94-cons-washn.pdf>. Acesso em: 21 Junho 2016.
- BOBBIO, N. Estado, governo e sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- BOBBIO, N. Direito e Estado no Pensamento de Emanuel Kant. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997. 11 p.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. Dicionário de Política. 11ª. ed. Brasília: Editora UnB, 1998.
- BORTOLETO, L. Direito administrativo: para os concursos de analista. 3ª. ed. Salvador: JusPODIVM, 2014.

BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências, 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm> Acesso em: 14 Junho 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 Junho 2016.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências., 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 Junho 2016.

BRASIL. Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências., 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 16 Junho 2016.

BRASIL. Lei n. 8.246, de 22 de Outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8246.htm>. Acesso em: 03 Julho 2016.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inc. XXI, da CF, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 20 Jan 2015.

BRASIL. Presidência da República (F.H. Cardoso). Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília. 1995.

BRASIL. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências, 1998a. Disponível em: <<http://tc-legis2.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=3433&word=#%27>>. Acesso em: 20 Jan 2015.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por OS, 1998b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9637.htm>. Acesso em: 20 Jan 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 1923. Relator Min. Ayres Britto. [S.I.]. 1998c.

BRASIL. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências., 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9790.htm>. Acesso em: 20 Janeiro 2015.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências., 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 20 Janeiro 2015.

BRASIL. Decreto nº 5.504, de 5 de agosto de 2005. Estabelece a exigência de utilização do pregão, preferencialmente na forma eletrônica, para entes públicos ou privados, nas contratações de bens e serviços comuns, realizadas em decorrência de transferências., 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5504.HTM>. Acesso em: 20 Jan 2015.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências, 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm>. Acesso em: 20 Jan 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 3068/DF. Rel. orig. Min. Marco Aurélio, Rel. p/ acórdão Min. Eros Grau, publicado no DJ em 23.9.2005. [S.l.]. 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasília. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília. 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas& respostas. Brasília. 2006e.

BRASIL. Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências., 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6170.htm>. Acesso em: 20 Janeiro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de humanização. Dicas em saúde. Acolhimento, 2008. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 15 Junho 2016.

BRASIL. Governo do Estado do Ceará. SEPLAG. IPECE. Nota técnica nº38. As Principais Linhas de Pobreza Utilizadas no Brasil. Fortaleza. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de humanização. Dicas em saúde. Ambiência, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html>. Acesso em: 15 Junho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília. 2009c.

BRASIL. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Rev Saúde Pública, 44, n. 1, 2010a. 200-202. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estado, Instituições e Democracia: república. Livro 9. Brasília: Ipea, v. 1, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de humanização. Dicas em saúde. Clínica Ampliada, 2010c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html>. Acesso em: 15 Junho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)., 2010d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 Junho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília. 2012a.

BRASIL. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Brasília. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Dicionário das Variáveis 1º Ciclo. Brasília. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília. 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Retratos da Atenção Básica no Brasil, 2015a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>. Acesso em: 15 Junho 2016.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Notícias STF. Convênio do poder público com organizações sociais deve seguir critérios objetivos, 16 Abril 2015b. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678>>. Acesso em: 30 Junho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. 3º Ciclo, 2016a. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=3_ciclo>. Acesso em: 03 Julho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp>>. Acesso em: 17 Abril 2016.

BRASIL. Portal da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família, Junho 2016c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 15 Junho 2016.

BRASIL. e-cidadania. PEC 55/2016, Brasília, 2016d. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/ecidadania/visualizacaomateria?id=127337&voto=contra>>. Acesso em: 06 Nov 2016.

BRASIL. IBGE. Conceitos, 2016e. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 31 Julho 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2016f. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 13 Junho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. IDSUS. Fichas Detalhadas dos Indicadores, 2016g. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>>. Acesso em: 20 Janeiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. 1º Ciclo, 2016h. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo>. Acesso em: 03 Julho 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A crise da América Latina: Consenso de Washington ou Crise Fiscal? Pesquisa e Planejamento Econômico, 21, n. 1, Abril 1991. 3-23.

CAMPOS, G. W. D. S. Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas. In: NOGUEIRA, F. M. G. Estado e políticas sociais no Brasil. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 59-71.

CAMPOS, G. W. D. S. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 4ª. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. D. S. Modalidades institucionais de gestão na saúde. FMUSP. São Paulo, p. 70-78. 2014a.

CAMPOS, G. W. D. S. Uma utopia possível: o SUS Brasil. *Radis*, Rio de Janeiro, v. 145, p. 16-17, Out 2014b.

CAMPOS, G. W. D. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*, 18 Supl 1, 2014. 983-995.

CANABRAVA, C. M. et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23, n. 1, Jan 2007.

CARDOSO, U. C.; CARNEIRO, V. L. N.; RODRIGUES, É. R. Q. *Cooperativa*. Brasília: SEBRAE, 2014.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V.; COSTA, I. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saude soc*, 20, n. 4, Dezembro 2011. 971-979.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L., et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 121-142.

CASTRO, H. C. D. O. et al. A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). *Sociedade em Debate*, 2008. 113-134.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PÚBLICA, B. S. D. S. S. R. D. E. E. S. *Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos*. Salvador: SESAB, 2009. p. 70-75.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

CONASS. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. *consensus*, p. 36-40, 2015.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. D. S., et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2012. p. 563-613.

CORDEIRO, H. D. A. et al. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. D. C. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 129-151.

DIAS, R. B.; NOGUEIRA, F. P. D. S. Trabalho em equipe. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 288-297.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323-363.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 853-883.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 279-322.

FLEURY, S. Estado sem cidadãos - Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, S.; OOVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 25-57.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

GOZZI, G. Estado Contemporâneo. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. Dicionário de política. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. p. 401 - 409.

GUSSO, G.; POLI, P. Gestão da Clínica. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 159-166.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro. 2001.

IDISA. Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). Nota pela derrubada do veto do parágrafo 8º do art. 38 da LDO/2016 contra o corte de R\$10 bilhões no orçamento do SUS, 2016. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Nota%20pela%20derrubada%20do%20veto%20do%20paragrafo%208o%20do%20art%2038%20da%20LDO.pdf>>. Acesso em: 15 Junho 2016.

LIMA, L. D. D. et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 823-852.

LOBATO, L. D. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 89-120.

MAHMUD, S. J.; MANO, M. A. M.; LOPES, J. M. C. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 255-264.

MIRANDA, A. S. Discursos práticos sobre valores sociais, bens e serviços públicos de saúde em viés ideológico de "pragmatismo utilitário". In: RIZZOTO, M. L. F.; COSTA, A. M. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2014. p. 103-131.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 100.

MONTONE, J. A Experiência em São Paulo: entrevista. Entrevista concedida a Ana Maria Malik. Debates GVsaúde, 12, 2011.

MOYSÉS, N. M. N. et al. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz. Observatório de Recursos Humanos. Cooperativas de Trabalho Médico no Setor Saúde: um estudo exploratório. Rio de Janeiro. 2006.

MOYSÉS, S. J. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: O cenário Internacional e o Brasil. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 609-633.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. Family Practice Management, Setembro 2000. 45-50.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. D. C. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 24-47.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G. W. D. S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 273-288.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território. In: CAMPOS, G. W. D. S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 237-262.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. D. S. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. Ciências & Saúde Coletiva, 20, n. 1, 2015. 229-238.

OURIQUES, N. D. Estado e políticas públicas na América Latina. In: NOGUEIRA, F. M. G. Estado e políticas sociais no Brasil. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 27-42.

PECI, A. et al. Oscips e termos de parceria com a sociedade civil: um olhar sobre o modelo de gestão por resultados do governo de Minas Gerais. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, 42, n. 6, Dezembro 2008.

PEREIRA JÚNIOR, N. O APOIO INSTITUCIONAL NO SUS Os Dilemas da Integração Interfederativa e da Cogestão. Campinas: Unicamp, 2013.

PINTO, C. A. G. Diagnóstico compartilhado no trabalho das Equipes de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. D. S. C.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 289-313.

REGONINI, G. Estado do Bem-estar. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. p. 416-419.

ROSE, G. Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, n. 1, 1985. 32-38.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. *Epidemiologia & Saúde*. 7^a. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração Pública Democrática: Conceitos e Formas de Organização*. Campinas: Saberes Editora, 2012.

SALGADO, V. A. B. Uma análise crítica dos modelos de parceria entre o poder público e entidades do terceiro setor. *CONSAD - VI Congresso de Gestão Pública*. Brasília: [s.n.]. 2013.

SALGADO, V. A. B. A constitucionalidade das organizações sociais. *Domingueira da Saúde*, Campinas, Junho 2015.

SALGADO, V.; LEITE, A. J. T. *Gestão Pública. Não existe regime jurídico único na Administração Pública Brasileira*, 2016. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwisj7Lcj5LQAhXMF5AKHV3PDFsQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.gestaopublica.gov.br%2Fprojetos-aco-es%2Fpasta.2009-07-15.5584002076%2FNao%2520existe%2520regime%2520juridic>>. Acesso em: 05 Nov 2016.

SANTOS, L. *Administração pública e gestão da saúde*. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. D. C. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 68-86.

SANTOS, L. *Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania*. A saúde e a liberdade da iniciativa privada prevista na Constituição da República, 21 Dezembro 2012. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/12/21/a-saude-e-a-liberdade-da-iniciativa-privada-prevista-na-constituicao-da-republica/>>. Acesso em: 03 Julho 2016.

SANTOS, N. R. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O SUS na prática: qual a política pública de saúde?, 2016. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2016/01/o-sus-na-pratica-qual-a-politica-publica-de-saude/>>. Acesso em: 15 Junho 2016.

SCARAZATTI, G. L.; AMARAL, M. A. D. Planejamento e Contrato de Gestão na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. D. S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 195-209.

SMITH, J. C.; MEDALIA, C. Health Insurance Coverage in the United States: 2014. Washington. 2015.

SOARES, L. T. Estado Brasileiro e as políticas de saúde: os risco do desmonte neoliberal. In: NOGUEIRA, F. M. G. Estado e políticas sociais no Brasil. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 45-57.

SOARES, L. T. Políticas Sociais na América Latina. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 803-821.

STARFIELD, B. Is US Health Really the Best in the World? The Journal of the American Medical Association (JAMA), n. 284, 2000. 483-485.

SUNDFELD, C. A. Reforma administrativa do Estado brasileiro e repercussões na Saúde. FMUSP. São Paulo, p. 62-69. 2014.

TESSER, C. D. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo, 36, n. 3, 2012. 416-426.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 183-206.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. D. S., et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 2012. p. 531-562.

VIEIRA, E. Estado e política social na década de 90. In: NOGUEIRA, F. M. G. Estado e políticas sociais no Brasil. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. Cap. 1, p. 17-26.

WOLKMER, A. C. Fundamentos de História do Direito. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

WOLLMANN, A. et al. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Departamento de Atenção Primária à Saúde. Coordenação do Acesso e Vínculo. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba. 2014.