



## TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

### **Modelos de gestão na atenção primária à saúde: refletindo sobre a gestão do trabalho e produção em saúde**

Marcia Teixeira<sup>1</sup>

Gustavo Corrêa Matta<sup>1</sup>

Aluísio Gomes da Silva Junior<sup>2</sup>

#### **Situação atual**

As análises derivadas dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ realizados em 2012 e 2014, demonstram que administração direta ainda é a principal forma de contratação da força de trabalho na ABS. A gestão direta está presente na maior parte dos estados e municípios brasileiros, sendo responsável pela gestão de 77% das equipes de saúde da família. No entanto, observa-se o crescimento e a indução por novos arranjos e modelos de prestação de serviços públicos na saúde de forma preocupante desde os anos 1990.

Segundo Pesquisa de Informações Básicas Municipais- (Perfil dos Municípios Brasileiros), em 2013 (IBGE), 1.216 (21,8%) municípios brasileiros, haviam estabelecido com OS contratos de gestão para área de saúde. Outro dado que chama

---

<sup>1</sup> Pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ.

<sup>2</sup> Professor Titular do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense - UFF

atenção é que entre os 39 municípios com mais de 500 000 habitantes, 22 deles (56,4%) contrataram serviços de saúde por meio de OS (BRASIL, 2014a).

As Organizações Sociais - OS e a Fundação Estatal de Direito Privado-FEDP estão implementadas como gestão operacional nesse nível da atenção à saúde em estados e municípios importantes como o estado de São Paulo, o município do Rio de Janeiro e o estado da Bahia. (PAHIM, 2009; HARZHEIM, 2013; SORANZ et al, 2016; ANDRADE, 2009)

A falta de agilidade, principalmente nas formas de gerenciamento do trabalho, a escassez de profissionais qualificados e com perfil para atuar nos serviços públicos de saúde, além de alto índice de rotatividade desses profissionais (em especial, os médicos) e as limitações de gastos impostos pela LRF têm sido apontados por gestores e estudiosos deste campo, como alguns dos problemas que justificam a adoção desses modelos nos municípios. (MEDEIROS, 2011)

Após alguns anos de implementação desses formatos institucionais no país, as propostas permanecem sem consenso entre os diferentes atores do sistema público de saúde. Algumas experiências foram avaliadas no âmbito do setor, tanto sobre as OS (TRALDI, 2003; ALMEIDA 2004, COSTA e RIBEIRO, 2005; BARBOSA, 2005; SANO E ABRUCIO, 2008; PAHIM, 2009; COSTA, MARQUES E BORGES, 2010; SILVA, 2012, CONTREIRAS e MATTA, 2015 COELHO E GREVE, 2016, BRITO, 2016), quanto estudos sobre as FEDP (ANDRADE, 2009; SANTOS, 2009, SILVA, 2012; FILHO E FRANCO, 2016).

Porém, persistem nessas análises, lacunas importantes em relação a avaliação da gestão dos contratos/termos de parceria/fomento com OS's, FE's e OSCs (Organizações da Sociedade Civil) na atenção básica, sobre o processo de incorporação da força de trabalho nessas experiências e de como mobilizam e interagem com interesses do setor privado.

### **Desafios e problemas**

Campos (2007) já alertava para a polaridade maniqueísta desta discussão de modelo de gestão e para a necessidade de se rever a gestão pública direta reforçando seu caráter público e baseando-a em compromissos e resultados que afetem positivamente a saúde e as necessidades da população. Segundo este autor, “acumulam-se evidências sobre a inadequação do modelo atualmente vigente na administração direta para a gestão de

hospitais e serviços especializados. A rigidez exigida na execução orçamentária, o emperramento na administração de pessoal, a excessiva interferência político-partidária, tudo isto tem levado grande número de serviços públicos à burocratização e mesmo à degradação organizacional” (CAMPOS,2007:305).

Quanto aos modelos de administração indireta, o debate atual tem envolvido três grandes questões: primeiro se esses novos modelos permitem aos governos dar respostas efetivas à demanda social por ampliação de serviços e sua capacidade governativa em estabelecer essa relação; uma segunda questão é quanto à forma de incorporar e gerir o trabalho para a prestação dos serviços e seu impacto sobre o mercado de trabalho, nos trabalhadores e na atividade em saúde, e uma terceira questão aborda os interesses e comportamentos do setor privado nessa relação.

O estudo de Sano e Abrucio (2008), que analisa a experiência das OS em São Paulo no campo da saúde, avaliando a sua flexibilização administrativa pelo prisma da *accountability*, demonstra que os mecanismos de controle estabelecidos na Lei federal sobre OS, nem sempre são adotados na íntegra, obtendo-se assim uma maior flexibilidade na gestão de recursos públicos, sem garantias de controle. Para esses autores, funcionaria como uma “válvula de escape” para as contas públicas, e não como uma transformação mais profunda e a longo prazo do modelo de gestão.

Nesse contexto, o modelo das OS, segundo aponta Silva (2012), pelo lugar que ocupou na agenda de propostas para a administração pública e por possuir um arcabouço jurídico institucional mais consolidado, tornou-se uma opção aparentemente menos arriscada para os gestores estaduais e municipais, diante dos questionamentos legais, e a necessidade de contratar trabalhadores com regras mais flexíveis e sem incidir sobre o limite estabelecido na LRF.

A análise de algumas experiências no país evidencia que as alternativas adotadas na área da saúde foram também orientadas pela dificuldade em operacionalizar o SUS na estrutura burocrática do Estado do que propriamente por uma proposta de mudança na relação Estado-Sociedade, no sentido de fomentar a participação do terceiro setor. Este fator pode ser considerado como um dos determinantes das contradições e dificuldades enfrentadas na implementação dos novos desenhos organizacionais.

Por sua vez, a proposta das FEDP (Fundação Estatal de Direito Privado) se coloca como um modelo integrado ao Estado por pertencer a administração pública indireta. Mas este

modelo até o momento, não conseguiu consubstanciar em lei federal sua proposta, o que traz consequências na implementação desse arranjo na área da saúde dos municípios, especialmente no âmbito da atenção básica.

O modelo das OSC (Organizações da Sociedade Civil), apesar de ser aprovado recentemente, já vêm sendo adotado em alguns municípios, entre eles Belo Horizonte – MG, Bagé – RS e Guaíba – RS. Estes municípios vêm criando seus marcos regulatórios e seus desdobramentos merecem ser analisados num futuro próximo.

### **Aspectos críticos**

#### **A Gestão do Trabalho**

Na saúde a disseminação dos modelos alternativos à gestão direta em diferentes estados e cidades brasileiras, em sua maior parcela, cidades de grande e médio porte, nos indicam que um volume importante de trabalhadores já está incorporado ao sistema de saúde sob esses modelos institucionais.

A análise dos marcos legais de OS e de FEs realizada por TEIXEIRA, MARTINS e SILVA (2014), permitiu uma caracterização das relações de trabalho e algumas variações importantes expressas no modelo de parceria entre as instituições e o poder público local. Tal disparidade em relação às regras definidas para o item trabalho, entre as diferentes cidades e entre as modalidades de gestão, via OS ou FE, indicam pistas importantes sobre as formas de incorporar e gerir o trabalho por esses entes.

Em relação à forma de recrutamento e seleção dos trabalhadores, uma primeira observação se refere à não obrigatoriedade de realização de seleção pública pelas OS, ao contrário do que é preconizado pelo projeto das Fundações Estatais.

A lei federal das OS não estabelece, entre os critérios para a qualificação das entidades, a observação, mesmo que como uma diretriz, da CLT, demonstrando muitas vezes um ‘diálogo curto’ com a legislação trabalhista, já que algumas instituições que são qualificadas como OS, tanto podem contratar por prazo indeterminado quanto determinado, por pagamento de salários, concessão de bolsas e trabalho voluntário. De forma contrária, o projeto das FEDP, define a CLT como modelo de contratação, o que foi observado nas legislações analisadas.

Um ponto crítico das relações de trabalho no sistema de saúde brasileiro é a formulação e fragilidades dos Planos de Cargos Carreiras e Salários – PCCS para os trabalhadores

que atuam em todos os níveis de governo. Nas legislações analisadas para as OS e FEDP, há referência a constituição de “Plano de Cargos Salários e Benefícios dos Empregados da entidade” em algumas normas municipais, porém ausência em outras, indicando que as soluções para essa questão não é tratada de forma profunda nos dois modelos analisados.

Como instrumento de controle e participação social, na legislação federal sobre as OS, consta como requisito para qualificação das entidades, a previsão expressa de ter como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração - CA e uma diretoria, respeitando-se entre os critérios básicos de composição: a) 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade; b) 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto; c) até 10% (dez por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados; d) 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral; e) até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto ( Art. 3º, seção II, da Lei 9.637/1998). A imprecisão quanto a definição de que atores devem compor o CA, deixam a cargo das legislações estaduais e municipais a definição efetiva de sua composição, fazendo com que nem sempre seja assegurado a participação da representação de trabalhadores e de representantes do controle social nesses conselhos de administração.

A análise das normas municipais, em relação às OS, demonstra que a participação dos trabalhadores no processo de gestão está pouco garantida. Na Legislação do Município de Antônio Prado (RS) e Rio de Janeiro (RJ), por exemplo, essa participação ficou prevista entre os percentuais de 10% a 20% de representantes eleitos entre os empregados das entidades nos Conselhos de Administração. É importante salientar, contudo que a garantia de espaço na gestão não se traduz em efetiva participação nessas instâncias.

Na legislação que normatiza o funcionamento das FEDP também encontramos uma variação na previsão de representação de trabalhadores nas instâncias de gestão.

Assim, a ausência de limitações nos marcos regulatórios federal, tanto para o caso das FEDP quanto para as OS, estabelecendo-se que cada ente federado (estados e municípios) aprove leis específicas para a qualificação e adoção de tipos de

instrumentos de parceria com essas instituições (contratos de gestão ou termos de parceria), gera incertezas não apenas sobre o conceito dessas entidades, mas também sobre seus *modus operandi* específico, principalmente em relação ao trabalho.

Em outras palavras, a falta de um marco regulatório que oriente a formalização das parcerias, estabelecendo responsabilidades, direitos e deveres entre contratantes e contratados, de forma a assegurar ao trabalho e aos trabalhadores proteção social, tem gerado inequidades e pode comprometer a qualidade da assistência prestada.

### **Ameaças**

O subfinanciamento crônico da política de saúde tem perspectivas de agravamento pela edição da Ementa Constitucional n.95/2016 que limita os gastos federais pelos próximos 20 anos a um teto definido pelo montante gasto no ano anterior reajustado pela inflação acumulada, aferida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

O debate sobre a necessidade de enxugamento de contratação direta por parte do Estado retorna atualmente à esfera legislativa, mas agora sob uma lógica reformista e restringindo direitos sociais conquistados historicamente na Constituição de 1988 representado no Projeto de Emenda Constitucional da Reforma da Previdência Social (PEC 287/16) associado à reforma trabalhista aprovada em 2017 (Lei 13.467/2017). Esses dois projetos alteram substancialmente as relações de trabalho e proteção social em vigor até então. A retomada desse debate amplia e reforça a trajetória de implementação de modelos de gestão alternativos a gestão direta.

A terceirização, na prática da gestão das políticas públicas de saúde, tem alcançado grandes dimensões, o que torna muito difícil sua reversão como estratégia de incorporação e gestão do trabalho no serviço público de saúde. No entanto, conferir mais segurança jurídica para as relações de parceria, tendo em vista que atualmente há grande disparidade nas regras nos diferentes entes federados, é uma estratégia importante.

### **Estratégias para o enfrentamento dos problemas:**

Primeiramente, é necessário criar uma frente em defesa do financiamento público adequado para o SUS e a AB, com revogação dos dispositivos da EC 95/2016, pois sem financiamento adequado assegurado nenhum sistema se desenvolve.

Quanto à Gestão direta, os Serviços de Saúde do SUS devem ter sua gestão revista para garantir “maior autonomia e integração ao sistema mediante contratos de gestão; financiamento misto (parte fixa e outra variável); conselho gestor; direção executiva composta mediante critérios técnicos e seleção pública, com mandato e não como cargos de confiança; nova política de pessoal com a possibilidade de alguma modalidade de contratação do tipo emprego público, com carreiras e avaliação de desempenho (remuneração mista); políticas de recrutamento e de educação continuada estaduais e nacional” (CAMPOS, 2007:306).

Quanto às iniciativas de gestão indireta, é urgente a construção de um marco regulatório que oriente a formalização das parcerias, estabelecendo responsabilidades, direitos e deveres entre contratantes e contratados, de forma a assegurar ao trabalho e aos trabalhadores proteção social evitando assim iniquidades e contribuindo para a qualidade da assistência prestada (CARELLI , 2007)