



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Márcia Silveira Ney

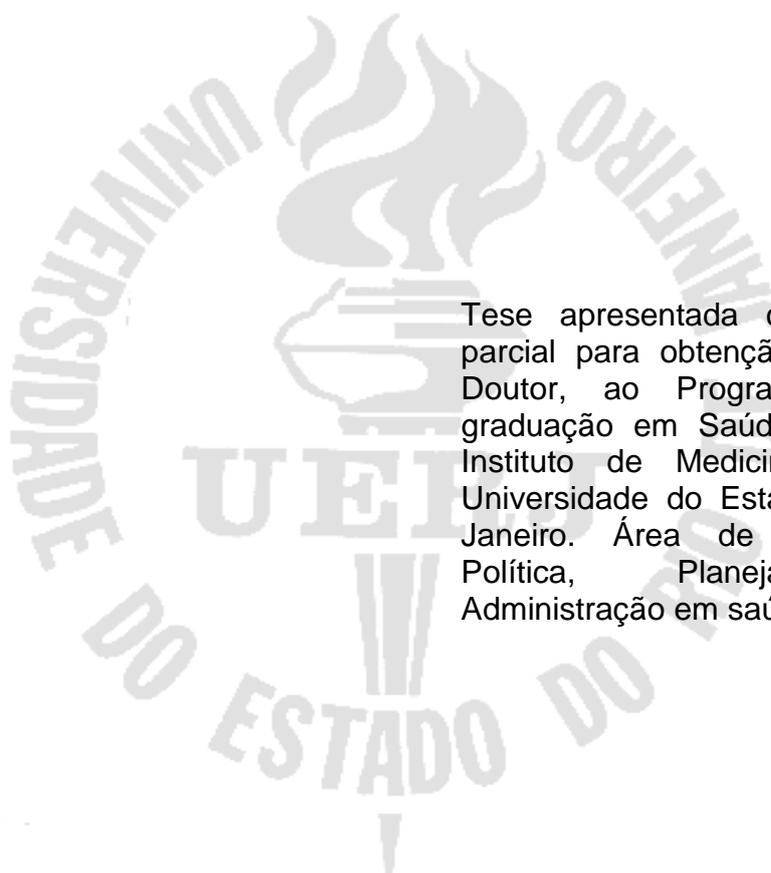
**Sistemas de avaliação profissional no âmbito da contratualização
da gestão na Atenção Primária à Saúde**

Rio de Janeiro

2014

Márcia Silveira Ney

**Sistemas de avaliação profissional no âmbito da contratualização da
gestão na Atenção Primária à Saúde**



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Celia Regina Pierantoni

Coorientador: Prof. Dr. Luis Velez Lapão

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

N569 Ney, Márcia Silveira.

Sistemas de avaliação profissional no âmbito da contratualização da gestão na atenção primária à saúde / Márcia Silveira Ney. – 2014. 262f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Cuidados primários de saúde – Teses. 2. Pessoal – Avaliação – Teses. 3. Recursos humanos na saúde – Teses. 4. Promoção da saúde – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

N569 Ney, Márcia Silveira.

Sistemas de avaliação profissional no âmbito da contratualização da gestão na atenção primária à saúde / Márcia Silveira Ney. – 2014. 262f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Cuidados primários de saúde – Teses. 2. Pessoal – Avaliação – Teses. 3. Recursos humanos na saúde – Teses. 4. Promoção da saúde – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Márcia Silveira Ney

**Sistemas de avaliação profissional no âmbito da contratualização da
gestão na Atenção Primária à Saúde**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Brasil. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração de Serviços de Saúde.

Aprovada em 25 de março de 2014.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Luís Velez Lapão
Instituto de Higiene e Medicina Tropical UNL / Portugal

Prof. Dr. Mário Roberto Dal Poz
Instituto de Medicina Social-UERJ

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social-UERJ

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos
Faculdade de Medicina- UFRJ

Prof.^a Dra. Ana Luiza D`Ávila Viana
Faculdade de Medicina- USP

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que eu amo, meu porto seguro para o meu viver. Também aos médicos de família pela luta diária de dedicação ao cuidado com as pessoas.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Dr^a Célia Regina Pierantoni, por toda cumplicidade, profissionalismo, amizade, paciência, dedicação e ensinamentos para a realização deste trabalho. Por ter acreditado na minha capacidade e me incentivado a todo o momento a trilhar esse caminho na vida profissional, com o campo da pesquisa. Pela confiança e apoio incondicional. Sinto-me privilegiada por usufruir de sua orientação e experiência e acima de tudo de sua amizade.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Luís Velez Lapão pelo acolhimento em Portugal, pela paciência e parceria durante a estadia em Lisboa. Pelo apoio, dedicação, e cumplicidade na escrita, leitura, e orientação do trabalho. Sou extremamente grata por todo aprendizado e pela possibilidade de experimentar uma nova cultura, conhecer outros costumes pela experiência de estudar e residir em outro país. Sinto-me extremamente lisonjeada por ter a sua orientação durante esse período e com sua presença na banca de defesa.

Aos amigos que fiz e que me acolheram durante os meses em Lisboa e de convivência no IHMT, Ana Paula Oliveira, Daniela Nickel, Silvia Machaqueiro, Prof^a Zulmira Hartz, Teresa Luciano, Milá Carvalho, Andréa Sala, entre tantos outros, que levarei para o resto da vida.

Ao Prof. Dr. Mário Dal Poz pela indicação e contato com o IHMT em Portugal. Sem a sua ajuda este intercâmbio não seria tão gratificante. Também pelo aceite em participar da banca de defesa que muito enriquece a discussão da Tese.

Ao Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues pela parceria, apoio, confiança e brilhante revisão do texto, sugestões e orientação na banca de qualificação e aceite como ledor e membro da banca de defesa.

Aos Profs. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos e Dr^a Tânia França pelas sugestões no exame de qualificação que muito me auxiliaram para a orientação do estudo.

À Prof.^a Dra. Ana Luiza D`Ávila Vianna pelo aceite em participar da banca de defesa enobrecendo a discussão do trabalho.

Aos colegas da Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, por todo apoio, paciência, amizade e cumplicidade durante todos os momentos de convivência.

À Valéria Mattos pelo apoio, amizade, carinho, “colo”, e imensa ajuda na formatação do texto e diagramação de gráficos, auxílio essencial nas horas mais difíceis em lidar com o mundo virtual.

Aos professores, doutores do Instituto de Medicina Social da UERJ, sempre perseverantes e exemplos a seguir.

A todos da Coordenadoria de Saúde da Família do Município de Duque de Caxias, que me incentivaram a seguir nessa trajetória, com todo respeito e companheirismo durante esses anos de convivência.

À Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias pela concessão de licença para a concretização deste sonho tão importante para a minha trajetória profissional.

À CAPES pela concessão de financiamento de bolsa de estudos para realização do doutorado-sanduíche.

Aos médicos de família de Portugal, Directores Executivos e equipes de saúde, que se disponibilizaram e colaboraram durante o trabalho de campo tornando possível essa realização.

Aos familiares e amigos que me apoiaram, me aturaram e me fortaleceram dividindo os momentos de alegria, descontração, descobertas, angústias, desespero e cansaço, sem vocês não seria possível essa conquista.

A todos, ainda que não citados (e não foram poucos), que torceram e acreditaram que seria possível, o meu agradecimento todo especial.

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

Geertz, 2001

RESUMO

NEY, Márcia Silveira. *Sistemas de Avaliação Profissional no âmbito da Contratualização da Gestão na Atenção Primária à Saúde*. 2014.262f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O objeto desse estudo foi a análise dos processos de avaliação de desempenho e contratualização da gestão para profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, após revisão de literatura nacional e internacional optou-se por um estudo de caso em Portugal, com a finalidade de conhecer a trajetória da reforma da atenção primária no país, sua estrutura organizacional e as ferramentas de gestão utilizadas para avaliação de desempenho nas Unidades de Saúde Familiar (USF). Esse estudo possibilitou o aprofundamento das discussões sobre os processos que vem sendo instituídos para atenção primária no Brasil, como o programa nacional de melhoria do acesso e qualidade na atenção básica (PMAQ-AB). Desta forma, os objetivos do estudo foram: analisar o contexto geral e as condicionalidades de implantação do sistema de avaliação profissional na APS, identificar os fatores facilitadores e limitantes da gestão, identificar as ferramentas de monitoramento e a percepção dos dirigentes sobre o processo. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, de natureza descritiva, com investigação narrativa, bibliográfica e documental. A pesquisa de campo em Portugal foi realizada através de entrevistas com aplicação de questionário semi-estruturado aos diretores executivos, coordenadores de USF, representantes do conselho clínico e unidade de apoio à gestão nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) selecionados. Como resultados, o trabalho aponta que uma nova estrutura de coordenação das unidades de saúde com a descentralização dos serviços, requerendo maior autonomia por parte dos gestores e profissionais de saúde, com enfoque no planejamento estratégico, aliados ao fortalecimento da capacidade de gestão dos dirigentes e regulamentação de um sistema de avaliação, tem contribuído para fortalecer o gerenciamento na APS. Aponta-se como fatores positivos do sistema de avaliação profissional, a redução na despesa pública com a utilização da gestão por objetivos, introdução da governança clínica, o trabalho em equipe, e uma maior responsabilização e motivação dos profissionais. Conclui-se que as experiências com sistemas de avaliação profissional e contratualização na APS apresentam um conjunto de recomendações que poderão beneficiar a evolução da reforma e melhoria do PMAQ no Brasil, considerando-se ainda sua fase inicial.

Palavras-chave: Avaliação de Desempenho. Atenção Primária à Saúde. Gestão de Recursos Humanos em Saúde. Administração de Recursos Humanos. Reforma dos Serviços de Saúde. Gestão de Qualidade.

ABSTRACT

NEY, Márcia Silveira. *Systems Professional Assessment in the context of Contracts Management in Primary Health Care*. 2014.262f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This thesis research aims at studying the process of performance evaluation and contracting management for health professionals within the context of primary care reform. It was performed a case study in Portugal to know the trajectory of primary care reform, studying its organizational model and management as well as the methodologies for performance evaluation and professional contracting. This study allowed the analysis of the processes that have been established for primary care in Brazil as the national program to improve access and quality in primary care (PMAQ-AB). The objectives of the study were to analyze the general context and constraints of the conditionalities system deployment job evaluation in APS, identify facilitating factors and limiting management process, identify the monitoring tools and the perception of managers on the process. This is an exploratory, descriptive narrative research, literature and documents, with a qualitative approach. Data collection consisted of a literature review, analysis of official documents and interviews with managers, coordinators of Family Health Units, council representatives and clinical unit management support in Clusters of Health Centers (ACES). As a result, the work points to a new coordination structure of health facilities with the decentralization of services, requiring greater autonomy on the part of managers and professionals, with a focus on strategic planning, combined with the strengthening of the management capacity of leaders and regulation of an evaluation system, has contributed to strengthening the management in Primary Health Care. Points as triggering factors of success when analyzing a system of professional evaluation, as the case of Portugal, the reduction in public spending, management by objectives, the introduction of clinical governance, teamwork, greater accountability of professionals and professional advancement, as a set of recommendations that would benefit the progress of reform and improvement PMAQ in Brazil, also considering its initial phase.

Keywords: Performance Evaluation. Primary Health Care. Human Resources Management in Health Primary Reform. Management Contracts. Quality Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Quadro Conceitual.	31
Figura 2 -	Análise dos gastos públicos de saúde em países selecionados da OECD de 1970-2004.	58
Figura 3 -	Forças que impulsionam a Força de Trabalho em Saúde.	69
Figura 4 -	Desenho Esquemático sobre Gestão Por Objetivos	77
Figura 5 -	Desenho esquemático da estrutura do Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS) antes de Abril, 2013.	91
Figura 6 -	Desenho esquemático com a Nova Estrutura do Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS), após Abril de 2013.	92
Figura 7 -	Estrutura, responsabilidade do governo e gestão do Sistema Nacional de Saúde Espanhol.	98
Figura 8 -	Caracterização dos focos de intervenção das ações de Avaliação da Política nacional de Atenção Básica, Brasil, 2005.	125
Figura 9 -	Fases do PMAQ.	131
Figura 10 -	Adesão ao PMAQ no 1º ciclo e 2º ciclo, Brasil, 2013.	134
Figura 11 -	Distribuição Geográfica dos ACES na Região de Lisboa e Vale do Tejo.	148
Figura 12 -	Distribuição das Regiões de Administração Regional de Saúde (ARS) e distritos em Portugal.	158
Figura 13 -	Estrutura orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).	172
Figura 14 -	Modelo de Contratualização interna e externa nas Unidades Locais de Saúde	174

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos dirigentes segundo a faixa etária	181
Gráfico 2 -	Distribuição dos dirigentes segundo o sexo	182
Gráfico 3 -	Distribuição dos dirigentes segundo a profissão	184
Gráfico 4 -	Distribuição dos dirigentes em relação ao tempo de formado	185
Gráfico 5 -	Distribuição dos dirigentes em relação ao tempo de trabalho na saúde	186
Gráfico 6 -	Distribuição dos dirigentes em relação ao tempo de trabalho na função pública	186
Gráfico 7 -	Distribuição dos dirigentes em relação à especialização na área de gestão.	187
Gráfico 8 -	Distribuição dos dirigentes em relação à formação específica para implantação do SIADAP	189
Gráfico 9 -	Opinião dos dirigentes em relação à utilização do SIADAP para o gerenciamento das equipes de saúde	190
Gráfico 10 -	Opinião dos dirigentes em relação à quantidade de indicadores utilizados no processo de avaliação de desempenho	191
Gráfico 11 -	Opinião dos dirigentes sobre a utilização do sistema de informação no monitoramento dos dados do SIADAP	191
Gráfico 12 -	A realização da avaliação de desempenho para o dirigente na instituição de saúde	193
Gráfico 13 -	Opinião dos dirigentes sobre o desenvolvimento do processo de avaliação do SIADAP	194
Gráfico 14 -	Opinião dos dirigentes sobre a avaliação de desempenho tendo como resultados “excelentes”	194
Gráfico 15 -	Opinião dos dirigentes sobre a utilização do Quadro de Avaliação e Responsabilização dos serviços (QUAR) na organização de saúde	195
Gráfico 16 -	Opinião dos dirigentes sobre a disponibilização do QUAR na internet	195
Gráfico 17 -	A participação dos dirigentes na definição dos objetivos e competências para a avaliação de desempenho	196
Gráfico 18 -	Responsável pela definição dos objetivos e competências para a avaliação de desempenho	196
Gráfico 19 -	Realização de reuniões para abordagem e definição do processo de avaliação de desempenho na organização de saúde	197
Gráfico 20 -	Opinião sobre o “ <i>feedback</i> ” dos resultados de avaliação de desempenho	197
Gráfico 21 -	Classificação sobre os principais entraves para o cumprimento dos objetivos de contratualização na organização da saúde, segundo os dirigentes entrevistados.	202

Gráfico 22 -	Classificação sobre os principais entraves para aplicação do SIADAP para os profissionais na organização da saúde, segundo opinião dos dirigentes entrevistados.	203
Gráfico 23 -	Opinião dos dirigentes sobre os principais desafios encontrados hoje no sistema de saúde português	204
Gráfico 24 -	Opinião dos dirigentes sobre a qualidade organizacional do ACES em que faz parte em relação ao restante do sistema de saúde	205

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Desafios de RH nas Américas	61
Quadro 2 -	Dimensões da força de trabalho em saúde	70
Quadro 3 -	Formas alternativas de alocação de recursos a prestadores de serviços na saúde	82
Quadro 4 -	Resumo de (potenciais) incentivos associados à remuneração de GP em diferentes sistemas públicos	85
Quadro 5 -	Diretrizes Normativas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	129
Quadro 6 -	A autoavaliação no PMAQ	133
Quadro 7 -	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e seus componentes, 2011.	159
Quadro 8 -	Indicadores base para atribuição de incentivos institucionais	171
Quadro 9 -	Distribuição dos ACES e USF por ARS	173
Quadro 10 -	O contributo do processo de contratualização segundo alguns fatores/dimensões da Atenção Primária à Saúde em Portugal	199
Quadro 11 -	Histórico com os principais dispositivos legais do Serviço Nacional de Saúde de Portugal	261
Quadro 12 -	Principais indicadores de desempenho pactuados e resultados alcançados na consecução da Fase 1 do PROESF nos municípios participantes, Brasil, 2007.	262

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gastos totais em saúde *per capita* em países selecionados da OECD, 1960-1995. 57

Tabela 2 - Relação entre o gasto público em saúde (%gasto total) e a Cobertura pública de serviços de saúde em países selecionados, 2005. 59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Área Básica de Saúde
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AIS	Ações Integrais de Saúde
AMAC	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APMCG	Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ASSS	Assistência Sanitária da Seguridade Social
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CA	Comunidades Autônomas
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CBMFC	Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade
CC	Conselho Clínico
CCGS	<i>Clinical Commissioning Groups</i>
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHI	<i>Commission for Health Improvement</i>
CRI	Centro de Responsabilidade Integrado
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CnR	Consultório na Rua
CP	Contrato Programa
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários

DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCARS	Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde
DCCSP	Departamento de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários
DE	Directores Executivos
DGAEP	Direção Geral da Administração e do Emprego Público
DGS	Direção Geral da Saúde
DPO	Direção Participativa por Objetivos
DRG	<i>Diagnostic Related Group</i>
DS	Distritos Sanitários
EAP	Equipe de Atenção Primária
EBA	Entidades de Base Associativa
ECLCCI	Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FTS	Força de Trabalho em Saúde
GEADAP	Gestão Integrada da Avaliação de Desempenho da Administração Pública
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GOPR	Gestão Orientada Pelos Resultados
GP	<i>General Practitioner</i>
GPFH	<i>General Practitioner Funholding</i>
GPO	Gestão Por Objetivos
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IDQ	Incentivo ao Desenvolvimento de Qualidade
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical

IMS	Instituto de Medicina Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LGS	Lei Geral da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MCDT	Métodos Complementares de Diagnose e Terapia
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MLP	Modelo Liberal Periférico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NGP	Nova Gestão Pública
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NOB-SUS	Norma operacional Básica do Sistema Único de Saúde
NSF	<i>National Service Framework</i>
OBSERVARH	Observatório de Recursos Humanos
OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OITCS	Observatório de Informação, Tecnologias, Comunicação em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso de Atenção Básica
PACES	Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos de Agrupamentos de Centros de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher
PBC	<i>Practice Based Commissioning</i>
PCG	<i>Primary Care Groups</i>

PCT	<i>Primary Care Trust</i>
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMF	Programa Médico de Família
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
POA	Planos Operativos Anuais
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROADESS	Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROVAB	Programa de valorização do Profissional de Atenção Básica
PRO-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSOE	Partido Socialista Espanhol
QOF	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização
RCSP	Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RRE	Regime Remuneratório Experimental
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SASU	Serviço de Atendimento de Situações Urgentes
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SESP	Serviço de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde
SGDAB	Sistema de Gestão de programas do Departamento de Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de

	Saúde
SISREG	Sistema de Regulação para os Serviços de Referência
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SOE	Seguro Obrigatório de Enfermidade
SS	Seguridade Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TERCOM	Termos de Compromisso
UAP	Unidade de Apoio à Gestão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCC	Unidades de Cuidados Continuados
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URAS	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHR	<i>World Health Report</i>
ZAB	Zona Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	22
1	A REFORMA DO ESTADO NO CONTEXTO DE UMA NOVA GESTÃO PÚBLICA	35
1.1	Origens da Nova Gestão Pública: contexto internacional	38
1.2	Implicações da reforma no setor saúde	44
1.3	Reformas organizacionais: a atenção primária à saúde	53
2	INOVAÇÕES E FERRAMENTAS GERENCIAIS NO SETOR DE SAÚDE	63
2.1	Modelos organizacionais na saúde	63
2.2	Inovação, gestão e governança na saúde	72
2.2.1	<u>Avaliação e gestão de desempenho</u>	72
2.3	Gestão orientada por resultados	76
2.4	Experiências internacionais de contratualização na APS	86
2.4.1	<u>A experiência do Reino Unido</u>	86
2.4.2	<u>A experiência da Espanha</u>	94
3	O CENÁRIO BRASILEIRO	102
3.1	Antecedentes históricos	104
3.2	O modelo para APS no Brasil	109
3.3	Programas de avaliação na APS brasileira	121
3.4	O programa nacional de melhoria do acesso e qualidade	127
3.4.1	<u>Fases de implantação, trajetória e panorama do PMAQ</u>	130
3.5	Experiências nacionais de contratualização na APS	134
3.5.1	<u>A experiência do município de Curitiba</u>	134
3.5.2	<u>A experiência de Minas Gerais</u>	141
3.5.3	<u>A experiência do município do Rio de Janeiro</u>	143
4	PERCURSO METODOLÓGICO	146
4.1	A pesquisa	146
4.1.1	<u>Natureza</u>	147
4.1.2	<u>Cenário de estudo e unidade de análise</u>	147
4.1.3	<u>Caracterização sócio-demográfica dos ACES visitados</u>	148
4.2	Métodos e Procedimentos	149

4.2.1	<u>Levantamento e análise documental</u>	149
4.2.2	<u>Entrevistas com os dirigentes dos agrupamentos de centros de saúde</u>	150
4.2.3	<u>Entrevistas com informantes-chave sobre o processo do SIADAP</u>	152
4.2.4	<u>Análise dos resultados</u>	153
5	ESTUDO DE CASO	154
5.1	A caracterização do modelo de saúde português	155
5.1.1	<u>O sistema nacional de saúde português</u>	155
5.1.2	<u>Características sócio-demográficas</u>	159
5.2	A reforma da atenção primária em Portugal	161
5.2.1	<u>Marcos históricos da atenção primária em Portugal</u>	161
5.3	A contratualização na atenção primária à saúde em Portugal	167
5.3.1	<u>Condicionalidades e limitações do modelo</u>	170
5.4	O sistema integrado de avaliação de desempenho na administração pública em Portugal	176
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	181
6.1	Perfil dos dirigentes entrevistados	181
6.2	Opiniões sobre a utilização do SIADAP na organização de saúde	188
6.3	Aplicação do SIADAP para os dirigentes da saúde	192
6.4	Opinião sobre o processo de contratualização com as unidades de saúde familiar	197
6.5	Avaliação do processo operacional – contratualização e SIADAP	200
6.6	Entrevista com informante-chave sobre o processo do SIADAP	206
	CONCLUSÃO	213
	REFERÊNCIAS	221
	APÊNDICE A – Caracterização dos ACES visitados	244
	APÊNDICE B – Histórico com os principais dispositivos legais do serviço nacional de saúde de Portugal	250
	APÊNDICE C – Questionário de investigação	253
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido	257
	APÊNDICE E – Roteiro de entrevistas	259
	ANEXO A – Principais indicadores de desempenho pactuados e	261
	ANEXO B – Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde	262

INTRODUÇÃO

Diversas transformações vêm ocorrendo no Brasil, e no mundo, nos últimos anos visando à reestruturação dos serviços de saúde e as políticas que envolvem o desenvolvimento de Recursos Humanos e seus setores de trabalho. Há finalmente o reconhecimento de que o desempenho dos recursos humanos é um dos determinantes fundamentais do desempenho dos sistemas de saúde. Mudanças relacionadas à gestão, à forma de contratação, aos tipos de vínculos empregatícios, aos mecanismos de remuneração e incentivos, à avaliação da capacidade laboral e do desempenho profissional, tem pautado discussões voltadas para ampliação da capacidade de gestão nas diferentes esferas de governo.

Os Recursos Humanos (RH) qualificados, em setores organizados, constituem a base para a viabilização e implantação dos projetos, das ações e serviços disponíveis para a população. E todos os investimentos direcionados nesta área irão influenciar decisivamente na melhoria dos serviços prestados à população.

Desta forma, o equacionamento e definição de soluções para os problemas ainda existentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm requerendo a avaliação da gestão do trabalho no contexto local e organizacional onde, na prática, estes processos vem sendo desenvolvidos. Ou seja, é preciso verificar se estamos a utilizar bem os recursos que temos disponíveis. Nesse segmento, investigações sobre metodologias de avaliação da gestão, dos mecanismos de incentivo à produtividade e de avaliação de desempenho nos diversos níveis de complexidade se justificam (PIERANTONI *et al*, 2011).

Na reestruturação dos sistemas públicos de saúde as medidas que vem sendo estudadas e implementadas apresentam mecanismos que podem ser claramente enquadradas no âmbito da Nova Gestão Pública (NGP).

A NGP caracteriza-se por procurar desenvolver instrumentos de gestão orientados para o mercado que promovam a competição interna, com estímulo à contratualização, buscando a qualidade nos serviços (OLIVEIRA, 2009). Verifica-se também uma tendência de substituição do Estado pelo mercado na regulação e coordenação dos sistemas.

Esse processo requer uma política de RH que dê sustentação ao bom desempenho das organizações públicas do setor, que além dos requisitos clássicos, também requer uma política salarial adequada às características profissionais, uma remuneração atraente e compatível ao mercado privado, capacitação continuada, regras flexíveis e um corpo enxuto e qualificado de profissionais (BRESSER-PEREIRA, PACHECO, 2005). Ainda assim, reformas empreendidas nesta direção, nas duas últimas décadas, em vários países, tais como Finlândia, Reino Unido, Austrália, Portugal, Espanha, e também nas Américas demonstraram que somente esses requisitos não foram suficientes (BRESSER-PEREIRA, PACHECO, 2005).

As reformas trouxeram dois campos complementares de investigação e inovações: um relativo à organização e macro-estrutura do Estado e o outro relativo aos novos instrumentos de gestão (BRESSER-PEREIRA, PACHECO, 2005).

A conclusão é que todos os campos políticos não só de saúde são confrontados com a necessidade de reformar a sua forma de trabalhar e de experimentar novas abordagens para a formulação de políticas e implementação a nível global, regional, nacional e local. Além disso, mudanças devem ser entendidas por todo o governo e as abordagens para a saúde devem englobar toda uma sociedade (WHO, 2011).

No Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006, intitulado "*Trabalhando juntos pela Saúde*" foram levantadas questões sobre avaliação dos trabalhadores no âmbito da gestão de desempenho dos serviços de saúde. Segundo o relatório, o desempenho da força de trabalho é fundamental porque tem um impacto imediato na prestação de serviços e, em última instância, na saúde da população.

Uma força de trabalho com bom desempenho é aquela com boa capacidade de respostas, eficiente e que atinge os melhores resultados para saúde em face dos recursos disponíveis e das circunstâncias encontradas. Há de se considerar que o desempenho da força de trabalho pode variar de acordo com algumas circunstâncias, e que os trabalhadores também podem apresentar desempenhos diferentes nos serviços (OMS, 2007).

Reconhece-se, portanto que os sistemas de saúde e os determinantes de sua evolução são complexos. Devido às mudanças demográficas globais, por um lado, lidamos com o aumento da esperança de vida, com a redução da mortalidade infantil, com melhoria nos indicadores sociais da população e por outro com o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crônicas, e os desafios de garantir acesso aos cuidados de saúde à população, de reduzir os custos, de qualificar e melhorar o desempenho dos profissionais, de alcançar e gerir melhor os resultados, de trabalhar em equipe multiprofissional, de integrar uma rede de serviços, entre tantos outros (SOUSA, 2009).

Além disso, com o atual crescimento dos gastos com saúde, assumidamente uma preocupação mundial, esta discussão têm estimulado pesquisadores e formuladores de políticas em procurar soluções inovadoras sobre formas mais adequadas na utilização dos recursos, a fim de garantir que a evolução das necessidades de cuidados de saúde seja atendida, e os sistemas de saúde funcionem de forma mais eficiente e eficaz (KALINICHENKO *et al*, 2013).

Mesmo para países desenvolvidos que apresentam gastos públicos elevados no setor como na Europa, ainda é um grande desafio. Em recente pesquisa realizada com países integrantes da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹, constatou-se que se nada for feito para alterar essa situação, prevê-se que grande parte dos países irão gastar valores acima de 20% do PIB até 2050 (DROUIN *et al*, 2008).

Outra mudança fundamental, ocorrida nos últimos anos, foi a priorização da agenda de pesquisas em saúde deslocando o foco dos hospitais para os cuidados na atenção primária, reconhecida como grande potencial para lidar com os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo (KALINICHENKO *et. al.*, 2013).

¹ A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) ou *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), em inglês, é uma organização internacional e intergovernamental dos países desenvolvidos, criada em 1961, que agrupa os 34 países mais industrializados da economia do mercado. Sua vasta linha editorial abrange estatísticas sobre economia, políticas sociais (saúde, educação, etc), comércio internacional, ciência e tecnologia, dentre outros temas. Disponível em: www.cgu.gov.br/ocde/sobre/informacoes/index.asp [Acesso: 02/12/2013].

Essa priorização na agenda dos sistemas de saúde também pôde ser descrita no *Relatório Mundial de Saúde* da OMS em 2008, denominado “*Atenção Primária agora mais do que Nunca*” que após 30 anos da Conferência de Alma Ata foram reiterados os princípios necessários para impulsionar reformas da Atenção Primária à Saúde (APS) citando: cobertura universal, organização dos serviços na prestação dos cuidados, integração da saúde nas políticas públicas, reformas de liderança, governação e maior participação social (OMS, 2008, LAPAO; DUSSAULT, 2012, STARFIELD, SHI, MACINCKO, 2005).

Esses princípios também foram reforçados pelo documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde em 2008, “*Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*” salientando que sistemas baseados na APS consistem na melhor abordagem para o desenvolvimento dos sistemas de saúde sustentáveis e equitativos para as populações das Américas (OPAS, 2008).

De certa forma muito tem sido feito com essa priorização de reformas voltadas para Atenção Primária à Saúde (APS), experiências exitosas foram apresentadas no relatório e enfocam questões relacionadas à melhoria de acesso à saúde, a redistribuição de profissionais de saúde, a sistemas mais equitativos, inclusivos e justos, mas também mudanças fundamentais com o desempenho dos sistemas (OMS, 2008).

Alguns autores partilham esse interesse renovado pela APS e relatam ainda que investimentos são necessários para apoiar a reforma e que têm a ver não só com recursos humanos e infraestrutura, mas também com formação, educação, investigação, melhoria contínua da qualidade, sistemas de gestão eficazes, quadro regulamentar adequados e incentivos financeiros. Consequentemente, a melhoria contínua da qualidade na APS tem sido reconhecida por várias entidades internacionais como uma das prioridades centrais (LAPÃO & DUSSAULT, 2012; PISCO, 2011).

Neste sentido, o cenário brasileiro, no que tange a agenda estratégica do SUS para a atenção primária no Brasil, a prioridade é a Estratégia Saúde da Família

(ESF)², que teve como antecessor o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e foi implantada em 1994 sendo impulsionada e incentivada de maneira exaustiva pelo governo (BRASIL, 2004, VIANA & DAL POZ, 1998).

O Brasil apresentou nos últimos anos grande avanço no acesso e oferta de serviços de saúde de atenção primária com sua implantação. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) em 2012 a ESF atingiu uma cobertura de 54% da população com mais de 33.000 equipes garantindo assistência para 124 milhões de brasileiros³ (BRASIL, 2013). A proposta brasileira para reorganização do sistema também foi citada no Relatório da OMS de 2008 como exemplo de iniciativa exitosa na implantação de políticas que adotam a atenção primária no mundo (OMS, 2008).

Desde sua concepção inicial, a ESF tem um modelo voltado para proteção e promoção da saúde, com área de abrangência e adscrição de clientela, territorialidade, trabalho em equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), atenção integral e contínua, para população média de 3500 pessoas, integração ao sistema local de saúde, impacto sobre a formação de recursos humanos, remuneração diferenciada e estímulo ao controle social (BRASIL, 2004).

Com a consolidação e expansão da estratégia, mudanças incrementais ao sistema foram surgindo, como iniciativas de fortalecimento da articulação intersetorial, abertura de novos postos de trabalho, possibilitando a inserção de mais categorias profissionais, como a implantação das equipes de saúde bucal em 2000 e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, mudanças no perfil e formação profissional, revelando-se um programa de caráter um tanto inovador para a política de atenção à saúde do país.

² No estudo optei por utilizar a terminologia Estratégia Saúde da Família (ESF) para denominar o Programa Saúde da Família (PSF). A ESF, criada em 1994 como “programa”, é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) uma “estratégia” de reorganização da atenção básica ou primária (BRASIL, 2006). Esta terminologia também vem sendo empregada nos documentos oficiais expedidos pelo Ministério da Saúde.

³ MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Brasil Competência: Junho de 2012 a Julho de 2012 (acesso em 09/08/12).

Diante da expansão dos serviços, o Ministério da Saúde em conjunto com as secretarias municipais, estaduais e instituições de ensino e pesquisa, desencadearam ações estratégicas com vistas a investimentos em atividades de monitoramento e avaliação de forma sistemática, favorecendo a definição de uma política nacional de avaliação e monitoramento para APS no país (BRASIL, 2011, BRASIL, 2010). Diversas pesquisas vêm sendo realizadas desde então com diferentes abordagens em prol de melhoria de qualidade da APS brasileira. O impacto da ESF pôde ser descrito como indutor na redução de hospitalizações por condições sensíveis a atenção primária e também tem sido responsável, com grande visibilidade, pela redução da mortalidade infantil no país. Os resultados alcançados nos últimos anos são marcantes para um país extenso, complexo, com características demográficas distintas e grande desigualdade social (CONILL, 2008, VICTORA *et al*, 2011, CASTRO & MACHADO, 2012, MENDONÇA *et al*, 2011, MACINKO, *et al*, 2007).

Porém, ainda persistem lacunas significativas na área de gestão do trabalho e recursos humanos quando se analisa o desenvolvimento de políticas voltadas para qualificação do trabalho, atração e fixação de profissionais, tais como avaliação de desempenho, utilização de ferramentas de gestão e mecanismos de negociação do trabalho, que dê conta do contingente de profissionais que adentram diariamente em um mercado em ascensão.

Segundo pesquisa realizada em 2011 pela Estação de Pesquisa Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva /UFMG estima-se que a ESF seja responsável por algo próximo a 420 mil postos de trabalho em todo o país (NEY, RODRIGUES, 2012; PIERANTONI *et al*, 2011, (GIRARDI *et al*, 2011).

Esforços têm sido empreendidos pelo governo no sentido de ajustar as estratégias prioritárias para o SUS e de conhecer a qualidade dos serviços ofertados na atenção primária à sociedade nos mais diversos contextos existentes no país. Dessa forma, o Ministério da Saúde através da publicação em 2011 da Portaria GM/MS nº 1654⁴, avançou nesta direção instituindo no âmbito do SUS o Programa

⁴ A Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o

Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que além de ter como objetivo de induzir a melhoria do acesso aos serviços possa garantir qualidade, incluindo incentivos financeiros aos municípios participantes (BRASIL, 2011).

Há de se destacar que o processo de avaliação que vem sendo preconizado no Brasil decorre de uma longa trajetória de experiências e iniciativas tomadas ao longo dos anos desde a criação da estratégia para regimento da política nacional. Também, modelos utilizados em diversos países têm sido utilizados para comparação, apoio e discussão, ampliando conceitos fundamentais para a construção de um modelo nacional (CASTRO & MACHADO, 2012, CONILL, 2008, VIANA & DAL POZ, 1998, CAMPOS, 2005, BRASIL, 2010).

O presente trabalho insere-se neste contexto, buscando como objeto de estudo ampliar os conhecimentos na área, analisar a trajetória de uma experiência inovadora relacionada aos processos de gestão direcionados a avaliação de desempenho e contratualização das equipes no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Questiona-se, portanto, como estão sendo introduzidos os mecanismos de gestão voltados para avaliação e contratualização na APS?

Neste sentido, optou-se pela realização de um estudo de caso sobre o modelo de avaliação e contratualização implementado na atenção primária em Portugal, buscando-se conhecer a experiência, a trajetória de implantação, bem como obter subsídios de correlações com o programa brasileiro que vem sendo instituído atualmente.

A escolha do modelo português como estudo de caso se deve:

1. A reforma da APS no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, que tem sido destaque em pesquisas e eventos científicos relacionados ao tema, representando um importante exemplo de análise e debate junto ao caso brasileiro;

2. As lições aprendidas, as iniciativas tomadas e a cultura de contratualidade com as equipes das Unidades de Saúde Familiar (USF) que tem sido praticada demonstra um grau de amadurecimento que merece destaque e observação mediante resultados obtidos com a implantação de uma reforma iniciada há aproximadamente oito anos;

3. Ressalta-se que a escolha do modelo levou em conta uma experiência prévia de parceria do MS do Brasil com o de Portugal, em assessorias para a construção de programas avaliativos no nosso país, através da equipe técnica do Instituto de Qualidade.

4. A razão para a indicação também se refere à escolha inicial de se estudar o modelo implementado na cidade do Rio de Janeiro em 2009, o qual se inspirara no modelo português.

As questões que nortearam o direcionamento deste estudo foram:

- Como são realizados os processos de avaliação de desempenho profissional nas USF?
- Como são gerenciados os processos de avaliação profissional na atenção primária?
- Quais as dificuldades para implantação e monitoramento dos processos avaliativos que envolvem múltiplos profissionais no âmbito da APS?
- De que maneira a avaliação profissional contribui para a mudança do processo de trabalho das equipes?

Os principais objetivos podem ser enunciados da seguinte forma:

- Analisar o contexto geral e as condicionalidades de implantação de um sistema de avaliação profissional no âmbito da APS;
- Identificar os fatores facilitadores e limitantes na implantação do processo de gestão na atenção primária;
- Identificar as ferramentas utilizadas para o monitoramento dos profissionais;
- Identificar a percepção dos dirigentes e profissionais de saúde sobre as metodologias utilizadas.

Tendo por base o objeto e os objetivos expostos, o desenho de estudo apresenta uma abordagem epistemológica mais qualitativa na abordagem da problemática de investigação.

Nesta perspectiva, e no que concerne à dimensão empírica deste estudo, os processos de coleta de dados que serviram de suporte para as questões de investigação formuladas apoiaram-se na análise da conjuntura da reforma da APS implementada em Portugal e um trabalho de campo nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Para a realização de entrevistas foram escolhidos os atores envolvidos no processo de avaliação e contratualização das equipas de saúde da família bem como formuladores de políticas públicas de saúde. Após essa fase, procedeu-se com o estudo na análise de conteúdo dos dados obtidos.

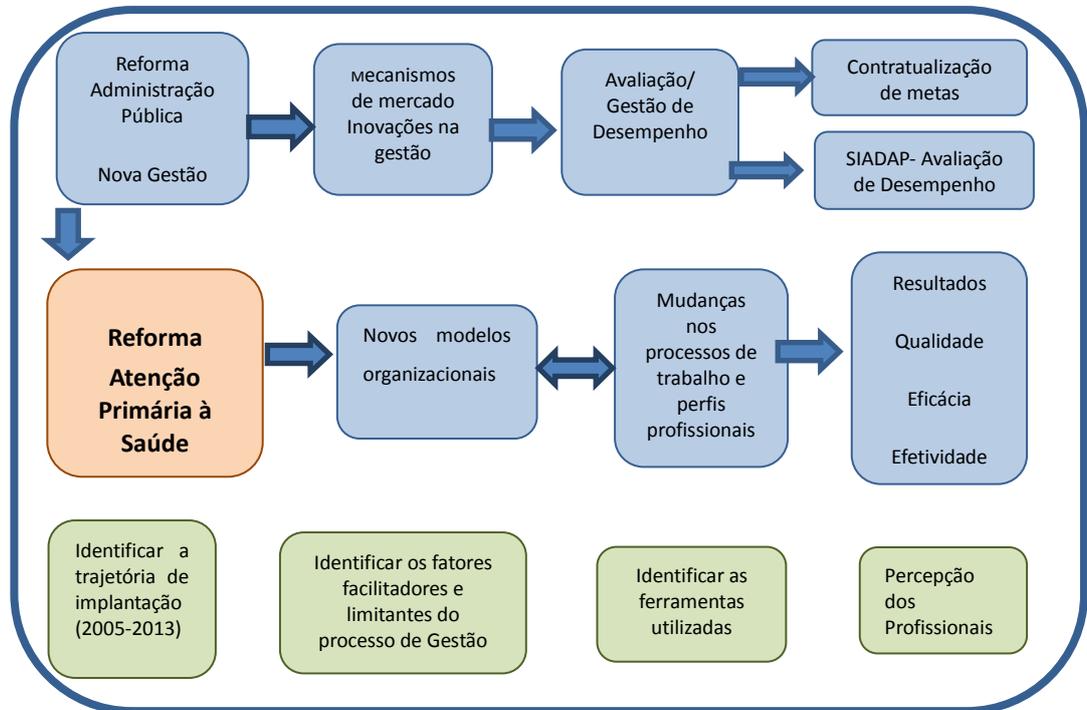
Assim, partindo-se de opiniões de uma amostra de gestores, dirigentes e representantes do sistema de saúde de Portugal, portanto, de testemunhas importantes sobre o processo de implantação do sistema de avaliação profissional, procurou-se descrever as vivências, percepções, sucessos e dificuldades desta trajetória.

Para apresentação do estudo foi realizado um enquadramento teórico através de revisão bibliográfica que serviu de suporte para dialogar sobre o modelo português. O quadro conceitual que representa os passos do processo de investigação pode ser descrito da seguinte forma (figura 1):

- A investigação está inserida no contexto da Reforma da Administração Pública, abordando os aspectos que influenciaram o setor saúde, sobretudo a Reforma da APS;
- São explorados os principais aspectos da Reforma, a chamada “Nova Gestão Pública”, os modelos organizacionais no setor saúde (USF/ACES), e a introdução de inovações no processo de gestão, a citar a avaliação de desempenho e a gestão/contratualização por resultados,
- Tangencia-se as peculiaridades do setor saúde, com os novos modelos e arranjos organizacionais (USF/ACES), que exigiram mudanças no processo de

trabalho e perfis profissionais, em prol de melhores resultados em saúde, buscando-se eficácia, efetividade, qualidade e a satisfação dos usuários.

Figura 1 - Quadro conceitual



Fonte: NEY, 2014.

O estudo não prevê quaisquer comparações entre os países Brasil e Portugal, já que pontua dois sistemas de saúde diferentes, cada um com a sua história, sua reforma, e sua conquista.

A diversidade dos fatores demográficos, econômicos, políticos, sociais e culturais que envolvem as políticas públicas de saúde, e que mobilizaram transformações na atenção primária entre os países europeus, como o caso de Portugal, não permite a importação de qualquer elemento comparativo para o contexto brasileiro. Porém, examinar uma experiência já “antiga” (mais de oito anos), torna sua análise interessante, como propósito de enriquecer o debate, indicando um leque de alternativas, e possíveis subsídios para a recente experiência no cenário brasileiro (PMAQ-AB).

Ressalta-se, contudo, também o momento crucial em que o trabalho foi escrito, em que os países da Europa (e o Mundo Ocidental em geral) têm vivenciado

uma intensa crise econômica gerando repercussões diretas para seus sistemas de saúde.

Como resultados deste percurso, o estudo está estruturado da seguinte forma: a introdução que ora se apresenta, expõe o objeto, os objetivos que levaram a realização do estudo em questão e expõe o quadro conceitual da investigação.

O primeiro capítulo inicia a revisão bibliográfica referente às reformas empreendidas na administração pública, sobretudo com a introdução da Nova Gestão Pública (NGP), e as implicações das reformas para o setor saúde. São pontuados aspectos da reforma organizacional implementada pelos sistemas de saúde. O modelo de APS é aprofundado, norteando os seus princípios orientadores, principais recomendações, dificuldades e evidências com a implantação da APS de uma forma geral nos países.

No segundo capítulo, são exploradas as principais inovações e ferramentas gerenciais implementadas com a reforma no setor, os modelos organizacionais da saúde, onde se combina avaliação e gestão de desempenho e modelos de contratualização, como a gestão orientada para os resultados. Apontam-se ainda algumas considerações sobre experiências internacionais de contratualização na APS que vem sendo adotadas em três países.

No terceiro capítulo, o cenário brasileiro é contemplado, com seu modelo de estruturação para APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), os processos avaliativos utilizados até o momento, pontuando as principais características do programa nacional de melhoria de qualidade para atenção básica (PMAQ-AB), instituído no Brasil em 2011, com seus avanços e dificuldades. São citadas algumas experiências com a utilização da avaliação de desempenho e contratualização para APS no Brasil.

No quarto capítulo apresentam-se o percurso metodológico para a coleta de dados, como a realização das entrevistas, são descritos os instrumentos utilizados e os critérios de análise para a obtenção dos resultados.

No quinto capítulo, é descrito o estudo de caso do modelo português. São apresentados os caminhos percorridos para realização da investigação buscando-se clarificar o objeto e os objetivos que nortearam o estudo. No cenário de pesquisa, é

exposto o contexto do serviço nacional de saúde, sua evolução e configuração atual com os aspectos da reforma da APS instituída, incluindo suas principais linhas de ação, a trajetória de implantação, e o sistema de avaliação de desempenho e contratualização que vem sendo utilizado nas USF.

No sexto capítulo os resultados de investigação são apontados e discutidos, baseados na literatura sobre o tema, expondo as principais contribuições do modelo português para com o cenário brasileiro.

Finalizando conclui-se com a conclusão expondo as principais contribuições alcançadas neste estudo e perspectivas de investigações futuras para questões que ainda necessitam se exploradas nesta área, sobretudo no nosso país.

Complementando para encerrar essa seção é oportuno sinalizar o interesse da pesquisadora em estudar esse tema. Insere-se no contexto a sua trajetória de formação e de trabalho na área da saúde pública. Médica de família e pediatra, atuando há oito anos como chefe de equipe em uma Coordenadoria do PSF em um município do Estado do Rio de Janeiro, disposta a ampliar os conhecimentos na área de gestão e administração pública, diante de inúmeros desafios para gerenciar todos profissionais de saúde sob seu comando.

Imprescindível comentar que dentre as limitações, não só da pesquisadora, mas de muitos médicos que assumem funções de gestão, ainda hoje no Brasil, a graduação em medicina, não apresenta cadeiras com disciplinas dedicadas à administração pública, planejamento e gestão de serviços de saúde.

A realização do mestrado profissional em Saúde da Família na Universidade Estácio de Sá (2007-2009) possibilitou aprofundar esse campo de conhecimento. Entre livros, aulas, pesquisas, entrevistas, discussões e longos debates com professores e pesquisadores, defendeu a dissertação com um debate sobre os fatores críticos que interferem na fixação do médico na ESF. O interesse pelo assunto foi devido não só pela vivência no município de atuação, mas ainda sob uma perspectiva global de um problema de difícil resolução no panorama do sistema de saúde brasileiro e de muitos países no mundo.

Envolvida pelo assunto, continuou seguindo a trajetória acadêmica ingressando no doutorado em saúde pública no IMS/UERJ. Nesta ocasião, recebeu

o convite da Professora Célia Pierantoni para participar como bolsista do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, e é neste momento, que surge o interesse em pesquisar os sistemas de avaliação profissional no âmbito da APS.

Esse tema, além de sua extrema importância na atualidade para os serviços públicos de saúde, também estava sendo estudado na época em uma pesquisa da Estação de Trabalho intitulada “Desenvolvimento de componente de avaliação de desempenho para sistemas de informação de recursos humanos do SUS”. A motivação para explorar esse assunto partiu desde a necessidade de ampliar os conceitos que vinha sendo conduzido com a pesquisa, até como conhecer alguns modelos já adotados, buscando-se assim mais uma oportunidade em aprender.

1 A REFORMA DO ESTADO NO CONTEXTO DE UMA NOVA GESTÃO PÚBLICA

Neste capítulo realizou-se uma revisão de literatura buscando-se contribuir para os objetivos da pesquisa, ainda que de uma forma introdutória, realiza-se um enquadramento teórico com alguns referenciais que retratam aspectos gerenciais introduzidos na reforma dos serviços de saúde. Enfoca-se o contexto de inserção da Nova Gestão Pública (NGP) na administração dos serviços, o papel do Estado, e a introdução das ferramentas gerenciais nas organizações.

Nas últimas décadas assistimos a profundas reestruturações no setor público. Discutir o papel do Estado e os modos de organização e funcionamento que devem orientar as instituições que o suportam, tornou-se um tema recorrente no âmbito do debate político e acadêmico. Muitas análises foram pautadas em críticas sobre o papel dominante do Estado moderno – o Estado de bem estar social – convergindo para a ideia de que o modelo de organização política, econômica e social encontrava-se em crise. Diante destas posições, tendencialmente dominantes, surgiram em diferentes contextos geográficos, sociais e econômicos, propostas de mudança ou de transformação das políticas, estruturas e papéis do Estado (CARVALHO, 2006).

Neste contexto, propostas de reformas empreendidas nas décadas de 80 e 90, parecem configurar numa tentativa de alterar não só as concepções tradicionais do Estado de bem-estar social⁵ e sua forma de organização e gestão (a burocracia),

⁵ Esping-Andersen definiu uma tipologia dos “três mundos” para caracterizar o Estado de bem estar social. Segundo o autor, países capitalistas desenvolvidos podem ser classificados de acordo com a ênfase que atribuem para a igualdade social e a intervenção estatal. Estados de bem-estar social do tipo social-democrata enfatizam a igualdade e têm o maior nível de intervenção estatal – países como Suécia e a Finlândia- a visão predominante é que o Estado deve ser o provedor das necessidades básicas de cada um, independentemente da posição social dos cidadãos. Esses países têm uma visão positiva da intervenção estatal e não confiam no mercado como o mecanismo coordenador da sociedade. Por outro lado, em países de bem-estar social do tipo liberal, como os Estados Unidos, a ética do trabalho predomina sobre a igualdade social, há uma ênfase na responsabilidade individual e o mercado é visto sob uma ótica favorável para o bem-estar da sociedade. Os estados de bem-estar social do tipo conservador, como a Alemanha, estariam em uma posição intermediária em relação aos estados de bem-estar social do tipo social-democrata e liberal. Nesses países, há um acordo generalizado de que o Estado deveria ser o provedor de benefícios sociais amplos, como aposentadorias, mas há menor ênfase na igualdade social, devido a sua estrutura corporativa. Além disso, nos Estados de bem-estar social do tipo conservador, a família, não o Estado, é que deve

como também as concepções acerca dos profissionais e sobre o trabalho realizado (ANDREWS, 2006, PAULA, 2005).

Nos Anos 1980, a contenção de gastos tornou-se prioridade nas políticas de saúde de países industrializados, com uma nova “onda” de legislações sanitárias impulsionando movimentos de retração e contenção de gastos sociais com reformas⁶ voltadas para o mercado diante da recessão econômica (PAULA, 2005, PIERANTONI, 2000 *apud* ABRUCIO, 1998, COSTA, 2010).

Sucedendo a reformulação dos sistemas de proteção social, no crescimento do neoliberalismo como pensamento, a contenção de custos e o aumento da eficiência da atenção à saúde incorporaram as tendências de privatização, flexibilização e diminuição da intervenção estatal na área social, compondo a agenda internacional desenhada a partir dos anos 80. Essa agenda passa a responder com uma modelagem executiva e gerencial, à semelhança das propostas originadas nos EUA⁷ (ALMEIDA, 1996, PIERANTONI, 2000, PAULA, 2005, MACHADO, 2006, COSTA, 2010).

A questão dos custos da assistência médica – central na agenda pública setorial com a “explosão de custos” – inflação setorial e redução dos custos sociais de trabalho levaram a desoneração de empregadores (seguro social) com redução das taxas de contribuição, impulsionando a introdução de mecanismos de mercado. A posição de governos e empresários seria fundamental para o sucesso nacional das políticas de ajuste macroeconômico e para melhoria na competição internacional em um mundo cada vez mais globalizado (ALMEIDA, 1996)

desempenhar o principal papel na provisão de redes de seguridade para mulheres e crianças. De todo o modo, se refere ao tipo e grau de intervenção do Estado em questões sociais e econômicas (ESPING-ANDERSEN, 1990, ANDREWS, 2006).

⁶ Em linhas gerais, a crise do Estado pós-guerra e fortalecida na década de 70 pode ser atribuída a quatro fatores, primordialmente: a crise econômica mundial, a crise fiscal, a crise de governabilidade e a transformação da lógica do setor produtivo determinada pela globalização e pelas inovações tecnológicas (PIERANTONI, 2000).

⁷ Nos EUA, Milton Friedman e seus seguidores, em 1962, inauguraram a corrente de pensamento que ficou conhecida como Escola de Chicago, com uma abordagem empírica do neoliberalismo- o monetarismo- como um conjunto de políticas econômicas que se opõem ao Keynesianismo, sendo aplicado pelos governos alinhados com o livre-mercado a partir da década de 1980 (PAULA, p.30, 2005).

Destaca-se também entre as razões explicitadas para impulsionar essas mudanças, o enfraquecimento do poder dos sindicatos, determinado, entre outras coisas, pelo avanço da terceirização e a mudança das formas tradicionais de negociação salarial coletiva para formas de recompensa e avaliação baseadas em contratos e desempenho (PIERANTONI, 2000).

Tais prerrogativas traduzem-se, essencialmente na diminuição do peso do Estado na sociedade, impulsionando a transferência das políticas e práticas de mercado e da gestão privada para o setor público, com a utilização de uma série de ferramentas gerenciais nas organizações de serviços de saúde, designadas na literatura como a Nova Gestão Pública (*New Public Management*) ou *Managerialismo*⁸ (CARVALHO, 2006)

Segundo PAULA (2005),

...as reformas administrativas são uma característica constante do setor público, como “ondas” que compõem argumentos, diagnósticos de males, propostas e conceitos, que logo serão seguidas de outras “ondas” em uma busca constante de tornar a administração pública cada vez mais sensível às demandas do cotidiano (Contra capa, 204 p., 2005).

A autora destaca que a Nova Gestão Pública (NGP) tem seus fundamentos no neoliberalismo econômico, como uma “onda” que chega ao Brasil, na década de 1990, como contraponto ao *status quo* de uma administração pública muito burocratizada, cujas consequências ainda são sentidas diariamente.

A introdução da NGP no Brasil, especificamente, ocorreu num quadro de substituição de um modelo das políticas econômicas e sociais nacional-desenvolvimentista, que durara 50 anos, por um modelo neoliberal, que determinou um papel subordinado e periférico tanto à economia, quanto ao Estado brasileiro (GONÇALVES, 2013).

⁸ Segundo CARVALHO (p.28, 2006), o managerialismo surgiu como conceito pela primeira vez em 1941, através do sociólogo James Burnham. Na tentativa de utilizar o termo para classificar uma sociedade burguesa de uma sociedade designada como managerialista, traduzia a passagem de controle das empresas dos proprietários para os profissionais com competências de gestão.

GONÇALVES (2013) identifica algumas fases importantes de evolução da economia brasileira desde a independência, relacionadas a questão das mudanças na estrutura de produção e padrão de inserção do país no sistema econômico internacional. Segundo o autor, a formação econômica é dividida nas seguintes fases: sistema colonial (1500- 1822); economia agroexportadora escravista (1822-1889), expansão cafeeira e primórdios da industrialização (1889-1930); desenvolvimentismo, substituição de importações e industrialização (1930-1979), crise, instabilidade e transição (1980-1994), e Modelo liberal periférico⁹, de 1995 em diante.

Apoiando-se em experiências internacionais, como Inglaterra, Estados Unidos (EUA), a origem da NGP passou a ser referenciada por teorias e técnicas organizacionais oriundas do ambiente empresarial.

1.1 Origens da Nova Gestão Pública: contexto internacional

Durante boa parte do século XX, a busca por uma diferenciação entre a gestão empresarial e a pública esteve presente nos domínios acadêmicos e governamentais. Entretanto, a partir da década de 1970 a tentativa de adaptar e transferir os conhecimentos gerenciais desenvolvidos no setor privado para o setor público começou a se tornar preponderante, sobretudo no Reino Unido e nos EUA, com a era Thatcher e Reagan, alcançando o seu auge por volta dos anos 1980 (PAULA, 2005).

⁹ Segundo GONÇALVES (ps. 7 e 8, 2013 apud FILGUEIRAS; GONÇALVES, 2007, Quadro 3), “o Modelo Liberal Periférico (MLP) tem três conjuntos de características marcantes: liberalização, privatização e desregulação; subordinação e vulnerabilidade externa estrutural; e dominância do capital financeiro. O modelo é liberal porque é estruturado a partir da liberalização das relações econômicas internacionais nas esferas comercial, produtiva, tecnológica e monetário-financeira; da implementação de reformas no âmbito do Estado (em especial na área da previdência social) e da privatização de empresas estatais, que implicam a reconfiguração da intervenção estatal na economia e na sociedade; e de um processo de desregulação do mercado de trabalho, que reforça a exploração da força de trabalho. O modelo é considerado periférico porque é uma forma específica de realização de doutrina neoliberal e da sua política econômica em um país que ocupa posição subalterna no sistema econômico internacional, ao mesmo tempo em que se caracteriza por significativa vulnerabilidade externa estrutural nas suas relações econômicas internacionais. E por fim, o modelo tem o capital financeiro e alógica financeira como dominantes em sua dinâmica macroeconômica.”

No Reino Unido, o movimento conhecido como thatcherista teve sua ascensão em 1979, no âmbito do partido conservador, liderado por Margareth Thatcher, com a disseminação do neoliberalismo, sustentando as ideias de um novo modelo de gestão, a descentralização do aparelho do Estado, a privatização das estatais, a terceirização dos serviços públicos, e o monitoramento estatal destas atividades por meio de instrumentos de regulação e controle.

Alguns autores sugerem que as ideias neoliberais se estabeleceram com mais facilidade quando estavam vinculadas às necessidades políticas, apontando que somente foram implementadas com sucesso as ideias que supostamente sanaram as falhas políticas dos governos anteriores e que encontraram um ambiente político receptivo, favorável para se desenvolverem (PAULA, p. 37, 2005).

Nos EUA, com a vitória de Ronald Reagan no poder, em 1980, dando continuidade às políticas monetaristas inflacionárias que haviam sido implementadas pelo seu antecessor, as reformas foram instituídas radicalmente voltadas para a descentralização do aparelho estatal através de privatizações e terceirizações (PAULA, 2005).

A nova administração pública absorveu também, a seu modo, um discurso que enfatizava a democracia e a participação, em uma época na qual a sociedade começou a requisitar o espaço tomado pelo Estado na gestão do interesse público, ou seja, com uma dimensão sociopolítica da gestão. Combinando esse discurso com propostas práticas para a administração do Estado, esse modelo de gestão pública se tornou uma referência para os processos de reforma em diversos países (PAULA, 2005).

TORRES (2004) argumenta ainda que a reforma do Estado e a melhoria do padrão de desempenho da administração pública são frutos da evolução da própria noção de cidadania, que exige do Estado uma prestação de mais e melhores serviços públicos, entendendo como a consequência natural da pressão que o regime democrático gera sobre a administração pública.

Há de se destacar que países como França, Alemanha, Espanha, Itália, tiveram diferentes expressões na reforma implementada por seus governos (ARAÚJO, 2009; ROLLO, 2007)

Segundo POLLITT (2001) a introdução das ideias da NGP em diversos contextos foi um fenômeno limitado e superficial, onde apesar dos sistemas administrativos apresentarem formalmente estruturas novas e modernas, as práticas e operações internas muitas vezes mantinham-se com o padrão tradicional do velho sistema. Outro argumento refere-se às ideias praticadas pelo movimento da reforma que, segundo os autores, muitos países não adotaram todas as medidas sugeridas, favorecendo distintos modelos, bem como diferentes respostas nos sistemas administrativos locais. Na essência, foram diferentes estratégias de mudanças voltadas para as especificidades de cada realidade nacional (ALMEIDA, 1999).

De qualquer forma, defensores da NGP, citados por PAULA (2005) Ferlie, Ausburger, Fitzgerald e Pettigrew (1999) admitiram que a introdução da nova administração pública tivesse apresentado limitações, mas mesmo assim, afirmam que o modelo conseguiu provar a sua eficiência, conseguindo inserir inovações técnicas, rompendo com antigos padrões da gestão pública. Sugerem ainda que o modelo encontrava-se em evolução, pois estaria se deslocando de uma orientação técnica para uma orientação mais política.

Para sustentar tal argumento os defensores criaram uma tipologia composta por quatro modelos característicos (PAULA, 2005, PIERANTONI, 2000):

1. "Impulso para a eficiência"- baseado nas noções de neotaylorismo, transferindo características do setor privado para o setor público;

2. "*Dowmnsizing* e descentralização"- movimento da flexibilização organizacional;

3. "Em busca da excelência"- enfatizando a mudança cultural, as relações humanas, a administração participativa, com base na aprendizagem e no desenvolvimento organizacional e,

4. "Orientação para o serviço público"- enfatizando questões como transparência, participação, equidade e justiça, com foco na cidadania.

Há de se destacar que a tipologia desenvolvida por FERLIE & cols.(1999) se refere às reformas desenvolvidas nos serviços britânicos, e a análise da implementação de reformas em outros países, que dentre as similaridades e diferenças, podem ser atribuídas à velocidade de implementação das mudanças, a

aspectos relacionados com o momento histórico, com a cultura e as características peculiares de lideranças políticas e administrativas locais.

Considera-se que as reformas introduziram novos modelos de gestão nas organizações como maior autonomia nos serviços públicos e regulação entre prestadores e compradores, com sistemas de controle e regulação que variaram de país para país. No Brasil estas transformações contribuíram para um crescimento de instituições nos serviços públicos em paralelo, como organizações não governamentais, Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), e ao incremento de maior complexidade para o setor (DITTERICH, 2011).

As reformas empreendidas nos países da OCDE¹⁰ destacam-se uma grande tendência pela separação das atividades do governo em unidades autônomas ou semi-autônomas, onde eram definidas com clareza a responsabilidade e os custos associados às metas que pretendiam alcançar, responsabilizando os dirigentes pelos resultados obtidos (ARAÚJO, 2009).

Dessa forma, ROLLO (2007) aponta algumas características que corroboram para o que ele define de “*Estado-Empresário*”: concorrência entre os serviços públicos, ênfase em objetivos e resultados gerenciais, captação de recursos na sociedade, obsessão pela eficiência em detrimento da efetividade de suas ações, transformação dos seus cidadãos portadores de direitos em consumidores, e descentralização do poder segundo a lógica de mercado, além das privatizações de funções tipicamente do Estado.

Para o alcance de resultados desejáveis foram estabelecidos consensos na chamada “*reforma orientada para o mercado*” que buscavam, além dos requisitos clássicos, uma política salarial atraente, remuneração compatível ao mercado e ao trabalho desenvolvido, capacitação continuada, regras flexíveis, um corpo enxuto e qualificado de profissionais, gerenciamento de qualidade total; atendimento às demandas do consumidor (cidadão/cliente), utilização da terceirização e de

¹⁰ A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é uma organização internacional e intergovernamental, fundada em 1960, que agrupa os 34 países mais industrializados da economia do mercado. Disponível em: www.cgu.gov.br/ocde/sobre/informacoes/index.asp [Acesso em: 02/12/2013].

investimentos em novas tecnologias (organizações mais leves) com atenção diferenciada para os processos e procedimentos, e políticas de recursos humanos adequadas ao bom desempenho das organizações (OLIVEIRA,2009, PAULA, 2005, BRESSER-PERERIRA & PACHECO, 2005, ALMEIDA, 1999, PIERANTONI, 2000).

No campo do trabalho, uma nova agenda se consolidou, baseada na desregulamentação da legislação trabalhista e na flexibilização dos direitos sociais. Essas mudanças geraram pressões no mercado, tornando o meio mais competitivo, com novas dinâmicas de empregos e formas de produção, maior rigidez da jornada de trabalho, e modificações nas formas de remuneração e contratação profissional. A produção do trabalho e a gestão foram descentralizadas, se distanciaram, mantendo uma tendência a terceirização dos serviços na tentativa de diminuir riscos e custos, gerando mudanças nas relações de trabalho, diante de incertezas de mercado (PIERANTONI, 2000).

Pode-se considerar por um lado que a nova administração pública se consolidou com a absorção do modelo organizacional com práticas de gestão apregoadas pelo managerialismo (*management*¹¹) tornando-se hegemônica pelo *status* de eficiência. Por outro, a eficiência do setor privado é cercada de limites e sua adequação para o setor público é questionável (PAULA, 2005, TORRES, 2004).

ALMEIDA (1999) ao analisar as reformas do Estado e suas tendências em alguns países incluindo a América Latina afirma que os ajustes macroeconômicos dos anos 80 induziram sérios efeitos, de longo prazo, na estrutura e financiamento do setor público na região. Relata que "os reformadores pouco fizeram para a reestruturação administrativa e prevenção da deterioração financeira no setor público local". Complementa ainda que a questão central para a agenda dos anos 90 nesta região voltou-se para a construção da capacidade do Estado que deveria rever a sua reestruturação, a fim de implementar as políticas de reforma necessárias para enfrentar os problemas exacerbados na última década, o que requeria mais

¹¹ O termo "*management*", em geral está associado ao setor privado, como abordagem racional para a tomada de decisões. Nela os administradores são os agentes que maximizam o uso de recursos para atingir metas organizacionais e alimentar o crescimento corporativo (PAULA, p.83,2005). Relacionada com a introdução de práticas gerenciais competitivas no mercado de seguros privados nos EUA (ALMEIDA, p.270,1999).

investimentos. Segundo ALMEIDA (1999) a agenda de reformas nestes países foi influenciada fortemente por pelo menos cinco amplos temas:

1. A centralização e controle da política macroeconômica, no que concerne aos gastos públicos e à política monetária;
2. A descentralização e privatização das burocracias encarregadas da provisão de serviços sociais;
3. A introdução da competição entre provedores de bens e serviços (públicos e privados) como forma de aumentar a eficiência e supostamente a qualidade;
4. A delegação de funções regulatórias a agências independentes encarregadas de monitorar os prestadores de serviços e lidar com a privatização, flexibilização, desregulação e outras reformas orientadas para o mercado;
5. A criação de um quadro restrito de funcionários públicos “essenciais”, mais capazes, com considerável poder operacional, que seriam recrutados através de critérios meritocráticos e avaliados segundo padrões específicos de desempenho.

Entretanto, segundo as organizações multilaterais, no que se referem sobre o impacto das reformas empreendidas nos países em geral, as reformas pró-mercado foram altamente bem sucedidas, ainda que tenham apresentado problemas nas fases de implementação (ANDREWS, 2006).

Neste sentido, ALMEIDA (1999) atenta para a seguinte questão:

“...a separação de funções de financiamento e execução tem prosperado nas reformas setoriais dos países europeus, enquanto que a introdução de mecanismos competitivos na alocação de recursos financeiros tem sido objeto de várias críticas, uma vez que pode não se levar à obtenção de maior eficiência, efetividade ou melhora da qualidade, como se apregoa, além de que pressupõe uma grande capacidade regulatória por parte do Estado e pode exacerbar as desigualdades sociais.”(I.43, p.265, 1999)

Este fato pode ser observado principalmente nas reformas instituídas nos países menos desenvolvidos, como na América Latina, e, sobretudo, no caso do Brasil, que será contextualizado ao longo do estudo, em que as reformas têm sido

mais radicais e concomitantes, com importante subfinanciamento setorial, e grande desigualdade social (ALMEIDA, 1999).

1.2 Implicações da reforma no setor saúde

Na área da saúde, segundo ALMEIDA (1999) todo processo de reforma instituída tem-se traduzido na formulação de uma agenda pós-*welfare*, bastante sintonizada com o movimento mundial de reforma do Estado.

Há de se destacar que em um contexto globalizado, com mudanças econômicas, demográficas, tecnológicas, existe uma preocupação com os temas éticos de equidade, justiça, igualdade, qualidade de vida e garantia de direito aos serviços para todos. Uma nova noção do público se configurou, a sociedade tornou-se o ator principal nas decisões e da produção dos bens e serviços, não somente baseada em direitos, mas voltada para o redimensionamento do setor saúde como processo essencial ao desenvolvimento humano, que exige uma ação intersetorial (MOTTA, 2001).

Essas mudanças também colocaram os sistemas de saúde suscetíveis à fragmentação, com iniquidades crescentes em todos os níveis e no acesso aos serviços, dificuldades na governabilidade e possíveis ineficiências na gestão do sistema e dos serviços. É notório citar que os sistemas de saúde precisavam responder rapidamente aos desafios de um mundo em transformação.

Pode-se dizer que existiram dois eixos centrais que sustentaram as reformas no setor (ALMEIDA, 1999):

- a contenção de custos no setor de assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e,
- a reestruturação do *mix* público/privada a partir da descentralização de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis subnacionais do governo, quanto para os usuários no custeio dos serviços (sejam públicos ou privados) (ALMEIDA, 1999).

Segundo ALMEIDA (1999), o lado conservador da reforma restringiu-se à questão da assistência médica individual, centrado em desenvolvimento de tecnologias e de hospitais como *locus* privilegiado de investimentos. O objetivo foi restringir os gastos neste setor, que consumia grande parte dos recursos em todos os sistemas e reforçar o poder dos compradores de serviços, pela via gerencial, e enfraquecer o poder monopólico dos prestadores (sobretudo médicos), minando a autonomia técnica profissional.

Pelo plano ideológico, a questão era despolitizar a arena setorial, privilegiando a atuação gerencial, deslocando o médico como principal agenciador do gasto (indutor de demanda) e introduzindo uma montagem empresarial nos arranjos institucionais, que, acreditava-se, seria mais eficiente (ALMEIDA, 1999).

Colocando um parêntese nestas colocações, recorrendo a uma análise do contexto político na construção das políticas de saúde, com as peculiaridades do desenvolvimento histórico e cultural dos sistemas de proteção social em cada país, recorro a análises realizadas por IMMERGUT (1992) para clarificar os acontecimentos que geraram mudanças durante as reformas no setor.

Para iniciar, a autora argumenta que as regras e procedimentos institucionais, e não as demandas e recursos dos grupos sociais, é que definiram os termos para os conflitos políticos. As distintas instituições políticas estabeleceram as “regras do jogo”, o que explica a capacidade de vários grupos de influenciar as decisões políticas, como uma instituição organizada, a intervenção do Estado e o sistema partidário, que influenciaram a formulação de uma política de saúde nos países, sobretudo na Europa, de formas diferenciadas.

A autora afirma que em cada país os políticos propuseram programas nacionais de seguros de saúde e as medidas para regular as atividades econômicas da profissão médica. Embora as propostas desencadeadas fossem semelhantes, os conflitos políticos e as reações nos países fizeram com que os sistemas se desenvolvessem em direções divergentes.

Tal afirmativa é exemplificada com a análise de três modalidades de intervenção governamental nos sistemas de saúde europeus:

1. Os subsídios governamentais para associações voluntárias de ajuda mútua (primeiras legislações);
2. O Seguro Nacional de Saúde ou Seguros Sociais de Saúde e,
3. O Serviço Nacional de Saúde.

Segundo a autora, esses programas divergem sobre o grau de monopólio do governo e conseqüentemente o papel do governo na prestação de serviços de saúde, ou seja, no financiamento dos serviços médicos condicionados pela capacidade estatal de regulação dos serviços de saúde, pela propriedade dos serviços de saúde e como empregador do serviço de saúde.

No âmbito do modelo de subsídios governamentais para associações voluntárias de ajuda mútua, que constituem a forma mais limitada de intervenção estatal, os governos simplesmente fornecem recursos ou vantagens financeiras ou fiscais aos seguros privados de saúde organizados por associações voluntárias, chamadas de sociedades de ajuda mútua, sociedades voluntárias sem fins lucrativos ou fundos de doenças.

Os baixos subsídios cobrem apenas parte dos gastos com serviços de saúde. O asseguramento por parte dos cidadãos é voluntário e existe baixa regulação governamental dos seguros de saúde. Os governos não interferem com os honorários pagos aos médicos para a prestação de cuidados de saúde, nem com os contratos assinados entre as associações e os médicos, não implicando dessa forma uma relação direta entre o governo e os médicos.

Nesta modalidade, os governos pagam as associações e estas pagam os médicos, gerando muitas vezes conflitos sobre as condições de trabalho e a autonomia econômica entre as mútuas e os médicos. A intenção era forçar as associações de ajuda mútua para competirem por médicos ao invés de se criar um cartel pagador que poderia ditar as regras de pagamento. As discordâncias sobre as práticas de fundo foram uma (mas não o único) estímulo para a transformação de associações médicas preexistentes.

Diversos países europeus na tentativa política de aprovar os programas nacionais de saúde contaram com essa modalidade inicialmente. A Suíça continua

sendo um dos poucos países da Europa Ocidental que ainda mantém os subsídios governamentais para associações voluntárias de ajuda mútua (IMMERGUT,1992).

No caso do Seguro Nacional de Saúde ou Seguros Sociais de Saúde os governos criam seus próprios programas de seguro público em que os cidadãos são obrigados a participar por lei. Tendem a ser financiados por impostos sobre os salários, embora os governos costumam oferecer algum financiamento suplementar de receitas fiscais em geral. A taxa de imposto sobre os salários é definida por autoridades governamentais centralizadas a nível nacional, mas em alguns casos a administração de seguros de saúde pode estabelecer as taxas de imposto sobre os salários de forma independente (ex: Alemanha).

Nesta modalidade, o papel financeiro do governo é maior em comparação com as associações de ajuda mútua. A administração dos programas tem sido delegada a organizações de domínio público e privado, característica da transformação de associações de ajuda mútua em entidades semi- públicas, sob forte regulamentação estatal. Existe um maior poder do governo como comprador já que não presta serviços, porém, maior regulação sobre os prestadores ambulatoriais e hospitalares através de definição de sistemas de pagamento. O Sistema pode ser centralizado, seguro social de doença único - cobrindo doença, invalidez, velhice, ou seguro exclusivo para doença diferenciado conforme o grupo profissional.

Com relação à profissão médica, para os que eram contratados por mútuas, esta modalidade significou maior liberdade de atuação, já para os de clínica privada liberal o seguro nacional uma ameaça à sua independência. Os programas de seguro nacional no início eram reservados para assalariados de baixa renda, posteriormente, após a Segunda Guerra Mundial, tenderam a incluir todos os empregados assalariados, agricultores e outros trabalhadores independentes a partir 1950.

O aumento do papel do governo como pagador criou pressões para controlar os custos gerados pelos fornecedores, tais como médicos, hospitais, fabricantes de tecnologia e produtos farmacêuticos. Talvez o mais intenso conflito político travado condiz sobre a questão dos honorários médicos: pagamentos a médicos individuais por serviço prestado, base de capitação (taxa anual por paciente) ou a base salarial.

As associações médicas também preferiam os sistemas de reembolso de pagamento, em que os próprios pacientes pagavam os médicos e depois recebiam o reembolso por parte das autoridades de saúde, porém, as autoridades de saúde preferiam o pagamento direto de terceiros e assim resolveriam diretamente com os médicos qualquer disputa sobre honorário.

Na modalidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os serviços de saúde são prestados pelo governo diretamente aos cidadãos, através de hospitais públicos e consultórios médicos. Neste modelo a saúde é entendida como direito de cidadania que deve ser igualmente distribuída independente da capacidade de pagamento. Neste caso, os médicos são empregados do governo.

Segundo IMMERGUT (1992) o SNS naquela ocasião era a modalidade mais detestada pelos médicos que preferiam as relações mais flexíveis, do que os subsídios governamentais de ajuda mútua e os seguros de saúde. Relata que os médicos não contestavam a situação de empregabilidade, mas as ameaças ao seu direito a uma clínica privada em que poderiam trabalhar em tempo parcial.

No SNS o financiamento é público através de receitas fiscais, as instalações de saúde são públicas e os médicos também. O Sistema britânico (NHS) é o exemplo mais citado, iniciado em 1948. O modelo detém uma elevada capacidade de regulação, com um orçamento centralizado, maior capacidade governamental em controlar gastos, o que pode gerar disputas com outros setores governamentais na definição de orçamento. E ainda conflitos políticos na definição do *mix* público e privado de prestadores.

Quanto às origens e desenvolvimento histórico de cada intervenção governamental em saúde IMMERGUT (1992) comenta que a análise das instituições políticas de cada país é que estabeleceram as diferenças, condicionadas por circunstâncias políticas, econômicas e culturais de cada época, em muitos anos de desenvolvimento histórico e de conflitos específicos, buscando aprovar ou bloquear os planos de reforma.

Relata, portanto, que foram envolvidos diversos atores setoriais (trabalhadores organizados, seguros privados, partidos, médicos), instituições políticas que moldaram a atuação dos atores, a força dos movimentos dos

trabalhadores, dos partidos de esquerda e suas capacidades em estabelecer alianças, os legados das políticas (sociedades de ajuda/socorro mútuo, movimento trabalhadores), os médicos e suas formas de organização e modo como conquistaram o monopólio do exercício da medicina, associações médicas (clínicos gerais e especialistas) e os seguros privados (recursos de pecúlio por morte, funeral).

Reformas de políticas de saúde foram quase sempre ligados a grandes questões políticas como exemplo o padrão de propriedade de hospitais foi altamente influenciado pelos conflitos entre a Igreja e o Estado. As raízes do seguro de saúde se encontram nos movimentos populares do século XIX – sindicatos, partidos políticos e movimentos sociais que fundavam as associações de ajuda mútua e forneciam ajuda financeira aos membros doentes. Assemelhavam-se a associações voluntárias de ordens religiosas durante a Idade média. E serviram de base para o nascimento de organizações populares (greves) tendo um impacto político importante.

Estas ligações políticas mudaram a dinâmica do seguro de saúde na formulação de políticas em muitos países. Muitas nações promulgaram subsídios do governo no século XIX, convertendo esses programas para o seguro de saúde obrigatório para baixa renda no período anterior e posterior a Primeira Guerra Mundial (1ª GM). Uma onda de reforma também teve lugar após a Segunda Guerra Mundial (2ª GM) com a extensão dos programas para toda a população ou a mudança para novos programas de seguro universal.

Como os cuidados de saúde se tornaram um direito de cidadania, muitos governos se voltaram para resolver os problemas da prestação de serviços. Quase todos os países então assumiram uma sequência de desenvolvimento da legislação da sociedade de ajuda mútua para o seguro nacional de saúde. As leis para os fundos de saúde eram parte do processo de construção da nação moderna, de conflitos políticos, questões de nacionalismo, o papel do Estado e a liberdade de associação.

As leis de seguro obrigatório de saúde tendem a ser mais diretamente preocupados com questões de classes, da força de trabalho assalariada, da força

industrial. No início do século XX, destaca-se a criação de sistemas de seguros sociais compulsórios, em geral iniciados com categorias de menor renda. Algumas legislações foram decorrentes de greves gerais e conseqüentes à extensão do direito ao voto depois da 1ª GM. Depois da 2ª GM a maioria dos países europeus universalizou seus programas incluindo a maioria da população. Em alguns países ocorreu a transformação em SNS financiados com recursos fiscais (IMMERGUT, 1992).

Neste contexto, entende-se o movimento das reformas sanitárias, que a partir dos anos 80, foi generalizado pelo mundo. Diferentes países envolveram-se em processos de discussão sobre os sistemas nacionais de saúde, enfatizando também a necessidade de mudanças para a organização dos modelos de atenção vigentes, baseados na doença e no hospital, com custos insustentáveis, desigualdades de acesso, insatisfação dos usuários e profissionais e baixa qualidade e resolutividade dos serviços (NEY, 2009).

Impulsionados por contextos econômicos restritivos e propósitos de contenção de gastos em saúde, os países iniciaram as reformas, resultando em novos arranjos organizacionais (GIOVANELLA, 2006). A reestruturação dos serviços ocorreu com a disseminação de práticas preconizadas como estratégias de mudanças (ALMEIDA, 1999):

- a) Introdução de medidas racionalizadoras da assistência médica, na tentativa de reduzir os gastos hospitalares e direcionamento para as práticas extra-hospitalares (atenção ambulatorial, atendimento domiciliar, privilegiando a atenção primária e de saúde pública - promoção e prevenção de saúde);
- b) Separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores), com fortalecimento da capacidade regulatória do Estado;
- c) Construção de mercados “regulados ou gerenciados”, com a introdução de mecanismos competitivos (assistência gerenciada- *managed care*¹², competição gerenciada- *managed competition*¹³, mercado interno e competição pública);

¹² “*Managed care*” – Denominada de atenção gerenciada, relaciona-se com a introdução de práticas gerenciais competitivas no mercado de seguros privados nos EUA, ganha impulso com as propostas de reforma do sistema de saúde norte-americano (ALMEIDA, p.270,1999).

d) Utilização de subsídios e incentivos (tanto pelo lado da oferta quanto da demanda) visando à reestruturação do mix público-privado, com a quebra do monopólio estatal.

Durante os anos 90, os países gradualmente, foram implementando reformas organizacionais que incidiram sobre o setor ambulatorial e incluíram entre os seus objetivos promover a coordenação dos serviços prestados entre os diversos pontos da rede assistencial, com fortalecimento dos serviços de atenção primária.

Dentre os exemplos de reformas instituídas no contexto internacional destacamos, no início dos anos 90, o que se observou foi uma importante desestruturação dos sistemas de saúde em países do leste europeu, pós-queda dos regimes socialistas. Paradoxalmente, os países pós-soviéticos lutaram com mais dificuldades do que os países ocidentais para implementação dos princípios na prática, prevalecendo um modelo centralizado e com fragmentação do cuidado (JARUSEVICINE *et al*, 2013).

As expectativas de maior eficiência, com a introdução de mecanismos de mercado, não se cumpriram. O aumento de gastos administrativos, a insatisfação de profissionais por redução da autonomia na prática médica, maior fragmentação do sistema, aumento de iniquidades na utilização de serviços entre pacientes vinculados aos diferentes esquemas, competição predatória entre seguros sociais, individualização e privatização parcial de gastos em saúde, produziram intensas críticas aos mecanismos de mercado introduzidos.

Ao final da década de 1990, os governos sociais democratas em alguns países reverteram parte das medidas restritivas e passaram a enfatizar os mecanismos de integração e regulação visando reduzir os efeitos deletérios dos mecanismos de competição (GIOVANELLA, 2006).

No início dos anos 2000, uma nova geração de reformas foi instituída, os mecanismos de competição introduzidos pelos governos conservadores foram mantidos, porém, os objetivos de contenção de gastos foram reiterados. Enfatizava-

¹³“*Managed competition*” – Definida na literatura por alguns autores com o termo “competição administrada” para expressar a introdução de mecanismos competitivos nos sistemas de saúde (ALMEIDA, p. 270, 1999).

se, todavia, uma gestão centrada na organização do sistema de serviços de saúde com a constituição de modelos integrados de atenção, com busca de maior coordenação da rede de atenção e ênfase na qualidade da prestação de serviço. Os serviços de saúde também foram voltados a posicionar-se cada vez mais focados na promoção e prevenção da saúde, alargando assim de certa maneira o âmbito da APS (STARFIELD, 2002).

Neste contexto, a posição da atenção primária na rede assistencial foi fortalecida com expansão de suas funções clínicas, financeiras e gerenciais. Foi incentivado o seu papel como serviço de porta de entrada e filtro do sistema de saúde, sendo utilizado com modelos diversificados, na figura do “*gatekeeper*” (Reino Unido), “generalista” e “médico de família”, impulsionando a constituição das redes integradas de serviços (GIOVANELLA, 2006).

A partir da segunda metade da década de 2000, em contexto político mais diversificado, identificam-se processos menos homogêneos, com ênfase nos direitos e na liberdade de escolha dos pacientes, com prioridade para redução de listas de espera nos serviços nacionais de saúde. Os conceitos de eficiência e qualidade dos serviços prestados, a atenção centrada nas pessoas e o fortalecimento da APS são reiterados.

Os mecanismos de mercado são retomados para incentivar a competição entre prestadores nos serviços nacionais de saúde. Estimula-se a ampliação das escolhas pelos pacientes, o desenvolvimento de sistemas de gestão e avaliação de desempenho, sistemas de pagamento por resultados, definição de metas de garantia da atenção, criação de agências para o controle de qualidade e incentivos para aumentar a pluralidade de prestadores que buscam promover a competição e alcançar ganhos de eficiência e qualidade. Na Inglaterra surge, o conceito de “governança clínica aplicada à APS”, que se estendeu para outros países como Portugal, Holanda, etc. Os aspectos da Reforma Inglesa serão discutidos mais adiante (LAPÃO & DUSSAULT, 2011; GIOVANELLA, 2006, ALMEIDA, 2006).

Há certa concordância entre os autores que nas duas últimas décadas, não ocorreram reformas tipo “*big bang*”¹⁴, de rápidas, pontuais e profundas mudanças estruturais. Constata-se que a reforma do setor surgiu como uma prioridade em diversos países, que em busca de uma redução nos gastos públicos, impulsionou sua reestruturação como um marco de desenvolvimento dos processos de reforma do Estado, orientada por uma crescente liberação da economia. Muitas reformas encetadas nos sistemas de saúde, sobretudo na Europa, foram apresentadas como inevitáveis, sob a argumentação de que era imprescindível aumentar a eficiência, eficácia e a qualidade dos sistemas públicos nacionais (MATIAS-PEREIRA, 2008, ALMEIDA, 1999, OCDE, 1993).

1.3 Reformas organizacionais: a atenção primária à saúde

A organização dos serviços de saúde como um sistema, vem sendo defendida desde o início do século XX, em 1920, quando o britânico Bertrand Dawson propôs a reorganização do setor de saúde britânico, baseado em quatro princípios:

1. Estado como provedor e controlador de políticas de saúde;
2. Esforços coordenados ou trabalho em equipe nos serviços de saúde;
3. Desenvolvimento de instituições especialmente designadas para o diagnóstico e tratamento de casos agudos, e
4. Medicina curativa e preventiva sem separação.

As propostas elaboradas foram difundidas no “Relatório Dawson” e persistem até hoje quando analisamos a organização do setor como um sistema integrado de ações e serviços tanto de caráter preventivo quanto curativo, que incluem ações de promoção e educação em saúde. A proposição ainda propunha a organização

¹⁴ Segundo VIANA & DAL POZ (1998), pode-se distinguir duas formas de reformas dos sistemas de saúde: “*big bang*” e “incremental”. As primeiras são denominadas por introduzirem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. As reformas incrementais são caracterizadas por pequenos ajustes sucessivos ao longo da reforma.

regionalizada dos serviços e hierarquizada em nível primário, secundário e terciário (RODRIGUES & SANTOS, 2009).

Nesta ocasião, os centros de saúde foram priorizados, caracterizados como “*uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob condução dos médicos generalistas do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e com apoio de especialistas*” (GIOVANELLA & MENDONÇA, p. 588, 2009). Porém, somente em 1960, que os centros de saúde foram amplamente difundidos e construídos na Inglaterra (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009).

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada na ex-União Soviética, na cidade de Alma Ata, organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1978, foi um marco histórico mundial para a discussão e formulação das políticas de saúde. Nesta ocasião, a APS teve sua importância relatada como papel fundamental para a melhoria do nível de saúde das populações e para a sustentabilidade dos sistemas, como objeto de atenção particular no âmbito das reformas.

A APS foi definida como ordenadora da atenção à saúde e a sua importância incentivada para que todos os governos formassem políticas, estratégias e planos de ações nacionais, com o objetivo de iniciar e mantê-la como parte de um sistema nacional de saúde completo e em coordenação com outros setores. Para tal, seria preciso exercer a vontade política, mobilizar recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis (*DECLARATION OF ALMA ATA*, 1978, STARFIELD, 2002; SALTMAN, RICO, BOERMA, 2006).

A decisão da OMS de ter como meta dos países membros a “*saúde para todos no ano 2000*” levou, nesta ocasião, à definição dos princípios da Atenção Primária (OMS, 2008):

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque

principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (In: STARFIELD *apud* OMS, 2002, p. 30).

A atenção primária foi reconhecida como parte essencial do sistema de saúde e também com alguns de seus componentes fundamentais, como educação sanitária, higiene ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de enfermidades endêmicas locais, tratamento adequado dos traumatismos e enfermidades mais frequentes, disponibilidade de medicamentos, promoção de saúde, entre outros, que deveriam ser praticados por todos os países nos serviços de atenção primária (NEY, 2009).

A abordagem de APS lançada em Alma Ata, foi reiterada recentemente após 30 anos no Relatório da OMS de 2008- “*Atenção primária à Saúde: agora mais do que nunca*”, que enfatizou a necessidade de se combater as desigualdades entre os povos, a justiça social e o direito a melhor saúde para todos. A sua importância e os valores apregoados para alcançar a saúde para todos foram lembrados. A OMS manteve um posicionamento a favor de uma APS abrangente.

O relatório chama atenção para um fato que ainda prevalece em muitos países, sobretudo nos menos desenvolvidos, mesmo com redes de saúde muito mais amplas atualmente, grandes bolsões populacionais sem acesso e com falhas na oferta de serviços, como uma preocupação prioritária que acontecia há 30 anos (OMS, 2008).

Enfatiza, portanto, que:

[...]o conhecimento e o entendimento sobre saúde e a acelerada revolução tecnológica está a multiplicar o potencial para melhorar a saúde e transformar a literacia em saúde numa sociedade global, bem educada e modernista. Está a emergir uma governação global resultante: de câmbios intensificados entre países, em resposta, muitas vezes, a ameaças, desafios ou oportunidades que lhes são comuns; duma solidariedade crescente; e do compromisso global com a eliminação da pobreza, exemplificado pelos Objectivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (OMS, xii , 2008).

Ressaltou que ainda persistem direções nos sistemas de saúde que são pouco eficientes e não contribuem para a equidade e justiça social, na consecução de melhores resultados de saúde. Em muitos países ainda predominam programas seletivos, dirigidos somente à população pobre, principalmente nos países periféricos (CASTRO & MACHADO, 2012). As três tendências descritas no relatório (OMS, 2008) que ainda existem e são preocupantes incluem:

- A direção de sistemas de saúde centrados, com ofertas desproporcionais limitadas de cuidados curativos especializados,
- Sistemas de saúde em que a prestação de serviços está a ser fragmentada por abordagem de controle de doenças e objetivos imediatistas, e
- Sistemas de saúde em que a abordagem *laissez-faire* da governação facilitou a expansão de uma comercialização desregulamentada de saúde.

Outro ponto crucial para o debate relaciona-se com a preocupação mundial diante da mudança do perfil epidemiológico populacional, o envelhecimento, o aumento da expectativa de vida, e a crescente prevalência de condições crônicas nos países. Desde 2003, a OMS propõe que os sistemas de saúde sejam orientados em função do aumento das condições crônicas. Estas não se restringem somente às condições crônicas degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, etc), mas a um conjunto muito mais amplo, que inclui condições transmissíveis persistentes (como HIV), não transmissíveis, distúrbios mentais e deficiências físicas ou estruturais contínuas (incluindo lesões permanentes causadas por acidentes).

O aumento das condições crônicas é um dos principais fatores preocupantes dos atuais sistemas de saúde, já que está relacionado com o maior gasto com saúde em todo mundo. Além das despesas relativas aos tratamentos, levam-se em conta os anos potenciais de vida perdidos em decorrência dos males crônicos que vem aumentando e realimentando a pobreza, implicando na perda de renda das pessoas e famílias afetadas pelo problema (OMS, 2008, CASTRO & MACHADO, 2012, RODRIGUES & SANTOS, 2009).

Neste contexto, ressalta-se que o orçamento público para a saúde, em muitos países do mundo tem vindo a se modificar, sendo objeto de intenso interesse no cenário internacional, principalmente a partir da década de 80. O financiamento tem se modificado, por um lado em vista do aumento dos gastos, decorrente tanto do envelhecimento populacional como da incorporação de tecnologia de alto custo, e por outro, a alocação de recursos na perspectiva da equidade do acesso aos serviços em contextos de desigualdades sociais, e crescente prevalência de doenças crônicas (UGÁ & PORTO, 2009).

A análise de uma comparação internacional quanto aos gastos em saúde pode apontar algumas pistas sobre essa modificação no orçamento. Ainda que de forma imprecisa, diante de dificuldades de confrontar os valores monetários, de diversidades nos sistemas de atenção à saúde e do modelo de proteção social de cada país, é uma forma de avaliar os problemas acometidos diante das mudanças ocorridas, e vem sendo divulgada pela OECD sistematicamente.

A análise dos gastos totais em saúde *per capita* dos países membros da OECD entre os anos 1960 – 1995 demonstra um crescimento dos gastos em saúde nos diversos países, devido à forte expansão dos modelos de proteção à saúde com políticas de ampliação do direito à saúde. A partir da segunda metade dos anos 80 ocorreu uma breve desaceleração na evolução dos gastos. E na primeira metade da década de 90, o crescimento dos gastos foi ainda mais lento (GIOVANELLA, 2001) (Tabela 1).

Tabela 1 - Gastos totais em saúde *per capita** em países selecionados da OECD – 1960-1995

Países	1960	1970	1980	1985	1990	1995
EUA	143	346	1.063	1.711	2.600	3.644
Canadá	109	147	743	1.244	1.811	2.069
Suíça	96	268	939	1.224	1.640	2.412
França	75	203	698	1.083	1.528	1.972
Alemanha	98	216	811	1.175	1.522	2.134
Suécia	94	271	855	1.150	1.455	1.360
Áustria	69	163	683	984	1.383	1.634
Itália	51	153	571	814	1.296	1.507
Japão	27	127	517	792	1.175	1.581

Fonte: GIOVANELLA, p141, 2001 *apud* OECD, 1997. * Em dólares americanos a preços correntes, para todos os bens e serviços.

Já com relação à participação dos gastos públicos sobre os gastos totais em saúde de 1970 até 2004 em países selecionados da OECD, permanecem predominantemente públicos na grande maioria dos países de industrialização avançada. Gradualmente, maior número de países da OECD teve 70% ou mais de seus gastos em saúde financiados pelo setor público (GIOVANELLA, p.146, 2001) (Figura 2).

Figura 2 - Análise dos gastos públicos (%) de saúde em países selecionados da OECD -1970-2004.

Participação (em %) dos gastos públicos nos gastos totais em saúde. Países da OECD selecionados, 1970-2004					
Pais	1970	1980	1990	1996	2004
Alemanha	73.3	79.2	76.8	78.3	76.9
Áustria	63.0	68.8	75.0	74.9	70.7
Bélgica	87.0	83.4	88.9	87.7	71.1
Canadá	70.2	75.7	74.6	71.4	69.8
Dinamarca	86.3	85.2	82.3	79.4	82.9
Espanha	65.4	79.9	78.7	76.3	70.9
EUA	37.8	42.4	40.8	47.0	44.7
França	74.7	78.8	74.5	80.7	78.4
Holanda	84.3	74.7	72.7	77.0	62.3
Itália	86.9	80.5	78.1	69.9	75.1
Japão*	69.8	71.3	77.6	78,4	81.5
Noruega	91.6	85.1	83.3	82.5	83.5
Portugal	59.0	64.3	65.5	59.8	73.2
Reino Unido	87.0	89.4	84.1	84.3	86.3
Suécia	86.0	92.5	89.9	80.2	84.9
Suíça	63.9	67.5	68.4	71,9	58.4

* Dado de 1996 referente a 1995 para o Japão.
 Fonte: OECD Health Data 97 - Health Data for Windows.

Fonte: Aula expositiva de Giovanella, 2011 *apud* OECD. Health Data ,1997.

GIOVANELLA (2001) coloca que existem expressivas diferenças de gastos em saúde entre países com níveis de renda e coberturas similares que podem ser explicadas pelos distintos desenvolvimentos históricos institucionais nos diferentes países, com especificidades na organização do sistema de atenção e formas de relacionamento com os prestadores. E também pode ser atribuído à evolução de cada economia.

Dados de 2005 demonstraram que o financiamento público permaneceu como a forma de garantia de acesso à saúde nos países membros da OECD no total de despesas com a saúde (Tabela 2). Essa observação é extremamente necessária

para a discussão da situação do Brasil, sinalizando a necessidade do financiamento público para a garantia de cobertura de proteção à saúde mesmo em países onde o nível de renda é extremamente mais elevado do que o dos brasileiros.

Tabela 2 - Relação entre o gasto público em saúde (%gasto total) e a cobertura pública de serviços de saúde em países selecionados da OECD, 2005.

Países	Gasto público em saúde %gasto total	Cobertura público % total de população
Alemanha	76,9	89,6
Áustria	75,7	98
Bélgica	72,3	99
Canadá	70,3	100
Dinamarca	84,1	100
Espanha	71,4	99,5
Estados Unidos	45,1	27,3
Finlândia	77,8	100
França	79,8	99,9
Itália	76,6	100
Noruega	83,6	100
Holanda	62,3	62,1
Portugal	72,7	100
Reino Unido	87,1	100
Suécia	84,6	100

Fonte: ECO-SALUD OECD, p.97, 2007.

Segundo Ugá & Porto (2009), outro fator importante de se citar neste contexto foi o aumento da participação do usuário no financiamento setorial (por meio de co-pagamentos ou de co-participação) que também vem sendo introduzida desde os anos 80, por um lado, em sistemas de saúde europeus, com a intenção de conter a demanda e a utilização de serviços de saúde; e por outro, em países africanos com o objetivo principal de arrecadar recursos adicionais para o financiamento do sistema.

Esta forma de financiamento também vem ocorrendo em Portugal com a implantação das taxas moderadoras, na intenção do governo de conter as despesas e a demanda na utilização dos serviços públicos de saúde.

Em paralelo, outro fator crítico de se mencionar sobre as reformas dos sistemas de saúde voltadas para APS, está relacionado aos recursos humanos. Ainda existem iniquidades referentes à distribuição, formação, migração e adequação dos profissionais necessários aos processos de reforma para APS.

No quesito RH não se trata apenas pelo fato de reconhecê-los e tratá-los como parte das soluções e do alcance dos fins e objetivos da reforma. A mudança nos processos de reforma começa quando os RH a assumem também. Enfoca-se a importância da força de trabalho em saúde, pois dela depende também o desempenho de qualquer organização (DUSSAULT, 2007). Corrobora-se também na literatura que os problemas relacionados aos RHS, são próprios de um contexto de um período de tempo específico e as políticas que deverão ser instituídas para o desenvolvimento devem ser desenhadas de acordo com as circunstâncias específicas de cada país (LEONE, 2011, DUSSAULT & FRONTEIRA, 2010).

Em publicação realizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), “Liderança em saúde pan-americana – OPS” (1997), ratificou-se esta necessidade:

...o compromisso para o apoio ao desenvolvimento dos sistemas de serviços de saúde se fundamenta em promover o desenvolvimento de recursos humanos em todos os campos, e é de extrema importância e decisiva para o funcionamento eficiente do serviço (OPAS, 1997).

O investimento em Recursos Humanos (RH) é citado como uma área essencial que requer atenção, uma vez que a qualidade dos serviços de saúde depende muito das pessoas que trabalham neles. O servidor da saúde deve ser treinado tanto em uma perspectiva técnica como humanística; seu desempenho depende não apenas de seu treinamento e capacidade, mas também de seu ambiente de trabalho e de políticas apropriadas de incentivo tanto em nível local como global (OPAS, 2008).

Nesta ocasião foram elencados alguns desafios para a gestão de RH nas Américas, que de fato, não representam apenas desafios deste continente, mas de diversas regiões do mundo, que permanecem até os dias de hoje e que merecem ser destacadas (Quadro 1) .

Quadro 1 - Desafios de RH nas Américas

- Os profissionais de saúde são pouco motivados e remunerados em comparação com outros profissionais.
- Há um número insuficiente de trabalhadores qualificados em saúde para oferecer cobertura universal.
- O trabalho em equipe é pouco desenvolvido ou é promovido de forma insuficiente.
- Os profissionais qualificados preferem trabalhar em hospitais e cidades.
- Faltam apoio e supervisão adequados.
- A formação de pessoal para a saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, não está alinhada às necessidades da prática de APS.
- Migração internacional de trabalhadores em saúde (“fuga de cérebros”) geram implicações para os recursos humanos no planejamento de um sistema de saúde com base em APS:
- A cobertura universal exigirá um volume importante de profissionais treinados em atenção primária.
- Os recursos humanos devem ser planejados de acordo com as necessidades da população.
- O treinamento de recursos humanos deve ser vinculado às necessidades de saúde e deve se tornar sustentável.
- Devem ser implementadas políticas de qualidade de desempenho dos profissionais.
- As habilidades individuais (tanto os perfis quanto as competências) devem ser destacadas e cada perfil profissional deve ser ajustado a um cargo específico.
- Exigem-se mecanismos de avaliação contínua para permitir que os trabalhadores em saúde se adaptem a novos cenários e abordem as mudanças nas necessidades da população.
- As políticas devem apoiar uma abordagem multidisciplinar à atenção abrangente.
- A definição de trabalhadores em saúde deve ser expandida para incluir não apenas pessoal da assistência, mas também aqueles que trabalham em sistemas de informação, gerência e gestão de serviços.
- A possibilidade de ir além do enfoque profissional formal, através do treinamento e contratação de trabalhadores comunitários de saúde e outros recursos da comunidade.

Fonte: OPAS, 2008

Em outro documento da OPAS (2005), “Renovação da APS nas Américas” aprofunda-se a importância em se investir em inovações nas práticas de gestão para alcançar melhores resultados e ofertar serviços com qualidade:

...Em termos de operatividade, os sistemas de saúde com base na APS requerem práticas de organização e gestão ótimas que permitam inovação para melhorar constantemente a organização e a prestação de cuidados dentro de padrões de qualidade e segurança, com locais de trabalho satisfatórios aos trabalhadores de saúde e que sejam receptivos aos cidadãos.” (OPAS, 2005).

Dentre as práticas valiosas de gestão foram citadas no relatório o “planejamento estratégico”, as pesquisas sobre os “processos de trabalho” e a “avaliação de desempenho”, indispensáveis tanto para os profissionais de saúde quanto aos gestores, que devem coletar e usar os dados regularmente para auxiliar na tomada de decisões e no planejamento, incluindo o desenvolvimento de planos para responder adequadamente a futuras crises sociais e de saúde (OPAS, 2008).

Diversas pesquisas apontam que os sistemas de saúde que estão orientados pela APS, em geral, países com melhor desenvolvimento na APS, tendem a ter um melhor desempenho, com melhores resultados de saúde das populações, a um menor custo, permitindo, por exemplo, uma utilização mais restrita de tecnologias hospitalares ou a gestão dos problemas crônicos de saúde, com maior satisfação dos usuários (STARFIELD E SHI, 2002, STARFIELD, SHI E MACINCKO, 2005, ESCOVAL *et al*, 2010).

Porém, a qualidade dos serviços de saúde deve ser o princípio orientador de toda reforma instituída. Evidências demonstram que para a APS beneficiar a saúde da população, deve prover serviços de boa qualidade técnica. Porém, ainda é preciso avançar muito na avaliação dos sistemas de saúde em geral e particularmente na APS. O compromisso com sistemas de saúde baseados na APS exige uma fundamentação em evidências mais completas, com investimentos apropriados na avaliação e na documentação de experiências que permitam o seu desenvolvimento, a transferência e a adaptação de melhores práticas.

2 INOVAÇÕES E FERRAMENTAS GERENCIAIS NO SETOR DE SAÚDE

“As possibilidades de mensurar, de quantificar a utilidade de um serviço público são maiores do que se podia pensar. Os próprios dados, que pareciam vir de uma simples impressão, da avaliação qualitativa, são suscetíveis de receber uma determinação quantitativa (...) Mensurar o desempenho é necessário, tanto para escolher dentre o grosso das despesas públicas possíveis aquelas que são mais úteis, quanto para assegurar uma verdadeira reforma administrativa (TROSA, p.171, 2001 *apud* ARDANT,1953).”

O texto de ARDANT (1953) demonstra que a avaliação de desempenho e o gerenciamento dos recursos públicos voltados para as reais necessidades dos usuários são fatores necessários para assegurar o sucesso de uma reforma administrativa, e tem sido uma preocupação constante em praticamente todos os países do mundo.

Partindo-se deste pressuposto, neste capítulo, realiza-se uma análise sobre a utilização das ferramentas gerenciais no âmbito da APS. Apresenta-se alguns conceitos sobre a introdução de “inovações” que acarretaram em transformações na cultura organizacional (consolidação de culturas empresariais e competitivas), no desenvolvimento de novos estilos de gestão e planificação de serviços (incremento da autonomia institucional e da descentralização) e, em especial nos processos de trabalho dos profissionais, com a introdução da contratualização (Gestão orientada para os resultados, gestão por objetivos) e avaliação de desempenho. Também são apresentadas experiências internacionais sobre a utilização da contratualização para as equipes/ profissionais no âmbito da APS.

2.1 Modelos organizacionais na saúde

Não há como discutir sobre as reformas ocorridas no setor saúde sem argumentar sobre o modelo organizacional que conforma as instituições de saúde. Apoiando-se em autores que discutem na literatura suas principais teorias para uma organização, sobretudo, entender sua conformação institucional, os padrões que foram estabelecidos ao longo dos anos, suas características, os desafios e as

exigências atuais para a gestão dos serviços públicos de saúde é um importante passo para compreender os “sucessos” e “insucessos” das reformas instituídas no setor nos diversos países.

Segundo MINTZBERG (1979, 1995) as organizações de saúde são estruturas complexas devido às diversidades dos serviços oferecidos, que envolvem pessoas com competências diversas em distintas formas de produção. Também envolvem um mecanismo de coordenação que permite ao mesmo tempo, a padronização (habilidades) e a descentralização, dando origem a uma configuração estrutural denominada de burocracia profissional¹⁵.

Outros autores contemplam essa afirmativa descrevendo as organizações de saúde com características que geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão, pois atendem a necessidades complexas e variáveis de dimensões diversas (biofísicas, psicossociais, etc) e cuja definição, varia em função da classe social e das representações da saúde, da doença, da morte, da clientela (adulto, crianças, mulheres, idosos) e do tipo de problema (agudo, crônico) (DUSSAULT,1992). Demais são unidades dinâmicas, vivas que também convivem com a incerteza, contradições e conflitos frequentes (BISCAIA, 2006, LAPÃO, 2008).

Mintzberg (1995) argumenta ainda que a especificidade do setor da saúde é influenciada pelo fato dos padrões do exercício da produção médica virem de fora da própria, ditados pelas sociedades médicas especializadas (protocolos, diretrizes, rotinas, etc). Os profissionais estão estritamente restritos aos padrões profissionais e às habilidades que aprenderam e, as associações profissionais e instituições de treinamento externas à organização exercem papel importante em determinar as estratégias que os profissionais adotam no serviço. Enfatiza que *as estratégias da burocracia profissional são largamente e não totalmente, aquelas dos profissionais*

¹⁵ Segundo Mintzberg (2012) a burocracia profissional baseia-se na coordenação da padronização das habilidades e em seus parâmetros de design associados, o treinamento e a doutrinação (p. 213). Enquanto a burocracia mecanizada gera seus próprios padrões – sua tecnoestrutura desenha os padrões de trabalho para seus operadores e seus gerentes os impõem-, os padrões da burocracia profissional têm origem largamente fora de sua própria estrutura, nas associações autogovernadas que seus operadores reúnem-se com colegas de outras burocracias profissionais. A burocracia mecanizada baseia-se na autoridade de natureza hierárquica – o poder do cargo- a burocracia profissional enfatiza a autoridade de natureza profissional- o poder do conhecimento especializado (*expertise*) (p. 215).

individuais que trabalham na organização, bem como as das associações profissionais que atuam externamente (MINTZBERG, p.225, 2012).

Outro fator relevante é com a relação entre os serviços prestados e a saúde, uma vez que, os resultados dos serviços (*outcomes*) são muitas vezes difíceis de medir, particularmente nos casos mais complexos, como problemas psicossomáticos, mentais, crônicos e de co-morbidades (DUSSAULT, 1992).

Quando se analisa o setor público de saúde, produto de uma história social, política e cívica, a configuração de qualquer organização, também revela determinado padrão de interações entre seus membros. De uma forma geral, os serviços de saúde são constituídos por múltiplas unidades que não se relacionam de forma harmônica, que se justapõem e cujos integrantes não constituem verdadeiras equipes. Têm frequentemente autonomia e poder independente de estruturas formais, sem consciência de que são partes de um todo e de ter uma visão integral para oferecer saúde (MOTTA, 2001).

A fragmentação do trabalho tanto conceitual quanto técnico e social se soma, em muitos casos, a uma direção fraca, despreparada para assumir uma organização tão complexa, e cuja função é desvalorizada e vista como distante pelos níveis operativos. Ainda a repetição e a rigidez das tarefas levam à alienação do trabalhador que não se dá conta da importância de seu trabalho para conseguir equidade e qualidade na prestação dos serviços e satisfação dos usuários (MOTTA, 2001).

Outros aspectos também são importantes como a regulação externa pelo governo, os objetivos políticos de decisões partidárias, que nem sempre vão de acordo com as necessidades e possibilidades de recursos financeiros da instituição e a interferência de flutuações da capacidade econômica do Estado. Dessa forma, mais vulnerável à interferência política e, a autoridade dos dirigentes no âmbito da decisão mais limitada do que no setor privado (DUSSAULT, 1992).

MINTZBERG (1979) menciona que como os dirigentes são responsáveis, perante uma autoridade externa ao sistema, observa-se uma tendência à centralização das decisões.

As organizações públicas têm uma obrigação de prestar serviço, um dever de atendimento que não existe no setor privado. Os cidadãos têm o direito de receber serviços, o que significa, em princípio, que não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir, sem que se possa triar ou priorizar. Não é possível repelir os casos difíceis e dispendiosos. Evidentemente, esse dever de atendimento está habitualmente em contradição com a limitação de recursos. De outro lado, as organizações públicas não são submetidas às regras do mercado e podem sobreviver mesmo quando não são eficientes (DUSSAULT, 1992).

Algumas especificidades podem ser encontradas comumente nos serviços públicos tais como: apego às regras e rotinas, supervalorização da hierarquia, paternalismo das relações, apego ao poder, entre outras. Tais diferenças são importantes na definição de processos internos, na relação com inovações e mudança, na formação dos valores e crenças organizacionais e políticas de recursos humanos (PIRES & MACÊDO, 2006).

Neste sentido entendemos que fazer parte de uma organização pública de saúde implica também algum tipo de identidade coletiva, dada pela característica do público e do setor saúde, pelo fato das atividades estarem voltadas para o enfrentamento de fenômenos de vida e morte, para a produção de bens e serviços, para a promoção do bem-estar físico, mental e social de seu usuários/clientes.

Diferentes tipos de organizações de saúde possuem lógicas específicas, mas todas elas compartilham algumas características semelhantes, que foram introduzidas ao longo do tempo, como por exemplo, a autonomia dos médicos, e a centralidade de seu lugar na hierarquia organizacional (VAITSMAN, 2000).

MINTZBERG (1995) argumenta que autonomia profissional conferida aos médicos, em que estão vinculados a uma organização, com liberdade para atender os pacientes a sua própria maneira, restritos apenas pelos padrões estabelecidos pela profissão, também pode acarretar problemas. A autonomia não apenas permite a certos profissionais ignorar as necessidades de seus pacientes, mas também encoraja muitos a ignorar as necessidades da organização.

Neste sentido, avaliar as reformas empreendidas no setor saúde, com a introdução de novos desenhos institucionais e inovações gerenciais, também requer um olhar para as mudanças na cultura organizacional¹⁶, as quais só podem ser feitas com base em metodologia que permita a verificação da reprodução ou não de certos padrões ao longo do tempo. Uma das possibilidades para a compreensão e embasamento para intervenções se constrói a partir da cultura organizacional.

A cultura é um dos pontos-chave na compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir. Assim mais do que um conjunto de regras, de hábitos e de artefatos, cultura significa construção de significados partilhados pelo conjunto de pessoas pertencentes a um mesmo grupo social (PIRES & MACEDO, 2006).

Pires & Macedo (2006) apontam que:

...a cultura é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto age como elemento de comunicação e consenso, como oculta e instrumentaliza as relações de dominação (p. 84).

Segundo Mintzberg e cols. (2000) a cultura organizacional é a base de uma organização. Considerando as especificidades das organizações públicas de saúde e suas principais dimensões: a) são organizações profissionais, com dependência em relação ao trabalho de especialistas, e produzem serviços que requerem autonomia na prática; b) os serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de medir e avaliar e c) são serviços públicos, implicam em problemas típicos de gestão, o melhor conhecimento e a prevenção destes poderiam ajudar a escolher as melhores estratégias para o alcance dos objetivos de saúde e satisfação da população.

¹⁶ Segundo Pires & Macêdo (2006) a atribuição do termo cultura para uma organização, é relativamente recente. O termo cultura organizacional apareceu, primeiramente, na literatura inglesa nos anos 1960, como sinônimo de clima. O equivalente "cultura corporativa" usado nos anos 1970, ganhou popularidade após publicação do livro de Terrence Deal e Allan Kennedy em 1982. Desde então, a literatura técnica vem utilizando o termo (p.87-88, 2006).

Por exemplo, um processo de reforma no setor que contemple o fortalecimento da APS, pressupõe que novas atividades e funções sejam desenvolvidas, a fim de alcançar os objetivos organizacionais, tais como: o acesso equitativo aos serviços, para garantir sua eficácia, produzindo-os de forma eficiente, e satisfação das necessidades e expectativas da população.

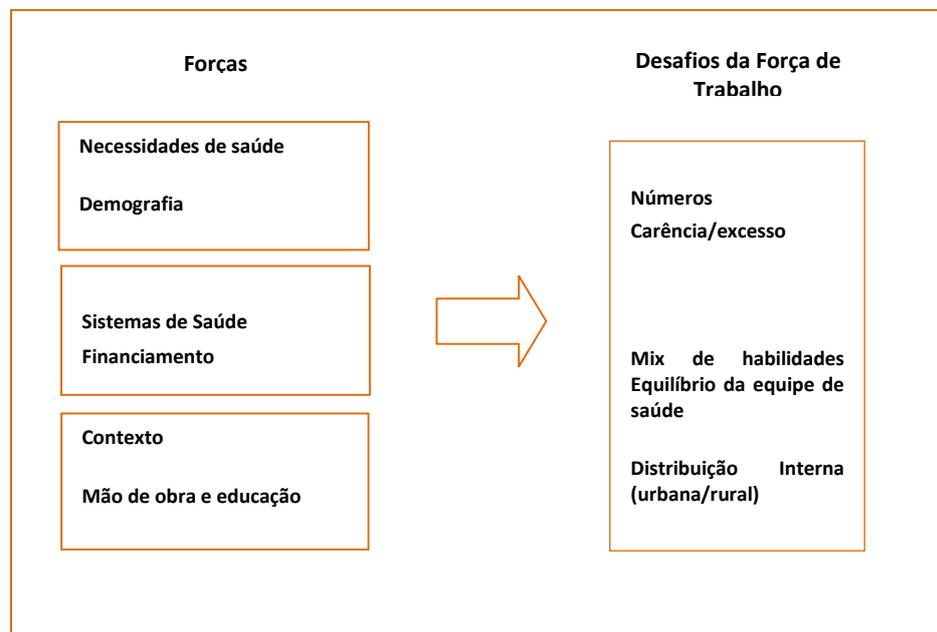
Por sua vez, esse processo de mudança exige além de um ambiente de apoio institucional e político, que os gerentes e funcionários tenham capacidade e competências consistentes com a missão, com informação adequada, recursos financeiros, técnicos, humanos disponíveis, e que os mecanismos organizacionais e ferramentas existentes funcionem bem para apoiar o trabalho de quem presta e fornece os serviços.

As regras que regem a divisão do trabalho entre as diversas categorias profissionais envolvidas na APS precisam ser ajustadas às necessidades deste tipo de serviços. Avaliar o desempenho profissional e sua capacidade para executar determinado serviço não é, portanto, reduzida à formação e recrutamento de pessoal, mas um complexo conjunto de medidas que, em combinação apoiem um processo de mudança (LAPAO & DUSSAULT, 2012).

No relatório da Organização Mundial da Saúde (2006), intitulado “Trabalhando juntos pela Saúde”, apresentam-se alguns pontos de interesse sobre a situação mundial que interferem na avaliação de recursos humanos nos países.

Destacam-se a carência de profissionais bem formados, desequilíbrios entre a oferta e a demanda, problemas com o financiamento, iniquidades que assolam os sistemas de saúde diante das transições demográficas e epidemiológicas provocando mudanças na saúde da população, em que a força de trabalho deverá reagir. Segundo o documento, os trabalhadores dos sistemas de saúde do mundo todo estão sofrendo um aumento de estresse e insegurança à medida que reagem a um conjunto complexo de forças – algumas antigas e outras mais novas (Figura 3).

Figura 3 - Forças que impulsionam a Força de Trabalho em Saúde.



Fonte: OMS, p xix. (19), 2006.

Neste contexto, algumas considerações são apresentadas sobre o processo de avaliação dos trabalhadores e de desempenho dos serviços de saúde. O desempenho da força de trabalho é fundamental porque tem um impacto imediato na prestação de serviços de saúde e, em última instância, na saúde da população. Uma força de trabalho com bom desempenho é aquela com boa capacidade de respostas, que de forma justa, eficiente, atinge os melhores resultados para a saúde em face dos recursos disponíveis e das circunstâncias encontradas. Há de se considerar que o desempenho da força de trabalho em saúde pode variar de acordo com algumas circunstâncias e, que os trabalhadores de saúde também podem apresentar desempenhos diferentes.

Desta maneira, existem dimensões da força de trabalho que interferem conseqüentemente no desempenho das organizações, a citar: a disponibilidade de recursos humanos em termos de espaço e tempo, as competências técnicas e profissionais de cada ser humano, a capacidade de resposta de cada pessoa ao atendimento recebido e a produtividade (Quadro 2).

Quadro 2 - Dimensões da força de trabalho em saúde

Dimensão	Descrição
Disponibilidade	Disponibilizar em termos de espaço e tempo: distribuição e atendimento dos trabalhadores existentes
Competências	Engloba a combinação de conhecimento técnico, habilidades e comportamentos
Capacidade de resposta	As pessoas são tratadas de forma adequada, não importando se a sua saúde melhora ou não.
Produtividade	Produzir ao máximo em serviços de saúde eficazes e atingir o máximo de resultados possíveis dado o estoque existente de trabalhadores de saúde, reduzir a perda de tempo ou de habilidades do pessoal

Fonte: OMS, p. 68, 2006.

É amplamente reconhecida a importância dos recursos humanos da saúde para o desempenho dos sistemas de saúde, para a qualidade do atendimento e para o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do Milênio (OMS, 2010). Essa preocupação é mundial, haja vista que a OMS estabeleceu como prioridade uma década dedicada ao setor, construindo um plano de ação de 10 anos em atenção aos Recursos Humanos da Saúde (2006 - 2015).

Essas iniciativas buscam mobilizar atores nacionais e internacionais, da saúde, e de outros setores relevantes e da sociedade civil, para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos RHS que apontem para as prioridades nacionais de saúde e o acesso aos serviços de saúde com qualidade para todos (OMS, 2006).

Outro fato importante de se destacar sobre as organizações, nas duas últimas décadas, é sobre o trabalho em equipe que se proliferou nas organizações dos serviços. Por terem provado ser uma forma eficiente de estrutura organizacional e de aproveitamento das habilidades humanas, progrediram no sentido da pluralidade funcional. Esta pluralidade significou uma visão mais global e coletiva do trabalho, em que funções e habilidades individuais adquiriram certo grau de superposição, reforçando o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para resultados comuns.

O trabalho em equipe acabou por incentivar o aprimoramento individual em habilidades múltiplas e uma visão interdisciplinar e interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos. Na área da saúde, essa pluralidade funcional acabou por sofrer restrições decorrentes da rigidez profissional, com funções e práticas exclusivas, na grande maioria não compartilháveis o que acaba

interferindo nas decisões, nas práticas coletivas e até no consenso comum para o alcance de objetivos (MOTTA, 2001).

O processo de avaliação de desempenho de equipes de saúde, não segue o mesmo caminho de uma avaliação individual, e deve seguir uma perspectiva estratégica buscando-se analisar todo o processo de trabalho desenvolvido pela equipe e não de um único membro de que ela faz parte, com foco na qualidade, eficiência, e satisfação no trabalho. Segundo MOTTA (2001), o propósito do processo de avaliação de desempenho de uma equipe de saúde deve estar focado nos seguintes objetivos:

- relacionar o contexto político, a situação dos serviços de saúde e as mudanças estruturais como elementos fundamentais no entendimento do processo de trabalho de cada profissional;
- valorizar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho em saúde como elemento básico para a resolução de problemas;
- identificar a missão, os valores e a visão estratégica do processo de trabalho da equipe para compreendê-lo frente às circunstâncias e o contexto atual; definir estratégias e objetivos visando à melhoria da eficiência (processos e custos), da eficácia (resultados e qualidade) e da efetividade (impacto) do processo de trabalho da equipe;
- identificar as habilidades para liderança, motivação para o trabalho e competências técnicas de cada membro da equipe, visando à maior cooperação e participação coletiva nas decisões da equipe;
- analisar e solucionar continuamente os problemas decorrentes do processo de trabalho, melhorando seu desempenho e a satisfação dos usuários dos serviços.

Sobre a forma de implementar a avaliação de desempenho dos trabalhadores, emerge uma abordagem focada para utilização dos resultados da avaliação de modo a verificar até que ponto o processo avaliativo, desde o projeto até suas conclusões, afetará o desempenho profissional.

Outra abordagem que define a avaliação como uma ação de dar poder, fortalecer, por meio da utilização de seus conceitos, técnicas e resultados para promover melhorias no próprio desempenho e autodeterminação. Nessa concepção, a avaliação é um processo democrático que exige a participação de todos os interessados na sua realização, resultados e implicações, que acentua a natureza dinâmica da tarefa avaliativa.

Diante deste contexto observa-se que os projetos de mudanças e intervenções nas organizações de saúde pública, devem representar as aspirações de uma sociedade organizada e, necessariamente abordar os aspectos estruturais, normativos, focar os trabalhadores, com sensibilizações e com mecanismos que assegurem a continuidade dos projetos, pois só com investimento nas pessoas que se transforma uma sociedade (PIRES & MACÊDO, 2006).

2.2 Inovação, gestão e governança na saúde

2.2.1 Avaliação e gestão de desempenho

Os governos de diversos países iniciaram na década de 80, um movimento de reforma investindo pesadamente, no desenvolvimento de metodologias de avaliação de resultados e de desempenho de gerentes e serviços de saúde, com a perspectiva de atender melhor a demanda do usuário no serviço.

Com as reformas instituídas, novos modelos de gestão foram implementados, já que a questão central passou a focar a avaliação de resultados como guia para as decisões políticas. Uma vez que os serviços deveriam ser voltados para o usuário, e sua relação com os custos despendidos, a avaliação de desempenho passou a ser o núcleo central para o sucesso de implantação das reformas (ALMEIDA,1999).

Diversos gestores em saúde têm, portanto, enfatizado o papel da avaliação de desempenho nas ações e programas de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população, a fim de alcançar resultados positivos na produção de serviços e impacto

na saúde. Entretanto, são vários os desafios enfrentados, em diferentes contextos como: financiamento aquém do necessário, ausência de redes integradas de serviços, problemas na pactuação de serviços contratados e conveniados, baixa sustentabilidade política e institucional, problemas com alocação e fixação de pessoal, etc.

Tais gestores têm a responsabilidade de articular o planejamento, negociar a execução, buscar o provimento de recursos, coordenar processos de trabalho e avaliar os resultados alcançados no território e na população sob sua responsabilidade. Sem dúvida a tarefa não é nada fácil, sobretudo quando a gestão estratégica traz o desafio de conciliar as necessidades, angústias e representações das pessoas no território, e ainda, obter a motivação das equipes de trabalho (DITTERICH *et al*, 2012) .

Diante destas dificuldades, diversos autores suportam discussões, no cenário nacional e internacional, voltadas para a implementação dos novos mecanismos de gestão, sobretudo a implantação de contratos de gestão com a utilização de incentivos profissionais na gestão por resultados, atrelados à avaliação de desempenho.

O contexto histórico revela que a utilização de processos para avaliar o desempenho de funcionários surgiu com o advento do “taylorismo”, no início do século passado. As pesquisas de Taylor, para a racionalização deram origem às primeiras escalas de avaliação de mérito, aplicadas, na época, para disciplinar o trabalhador e interferir no seu modo de realizar o trabalho. Ao longo do século XX, a avaliação de desempenho passou por diversas metodologias com a utilização de instrumentos que foram aperfeiçoados como parte de um contexto organizacional e social mais amplo (BRANDAO & GUIMARAES, 2001).

No que diz respeito à responsabilidade pela avaliação, por exemplo, essas técnicas evoluíram de um modelo de avaliação de mão única, em que o chefe realizava unilateralmente um diagnóstico dos pontos fortes e fracos do seu funcionário, para outras tipologias como a avaliação bilateral, em que chefe e subordinado discutem em conjunto o desempenho do funcionário e, mais recentemente, a avaliação 360 ° que propõe a utilização de múltiplas fontes, ou seja,

a avaliação do empregado por clientes, pares, chefes e subordinados (BRANDAO & GUIMARAES, 2001, OBSERVARH, 2010).

A prática de avaliar o desempenho de Recursos Humanos (RH) nos serviços é um mecanismo que tem possibilitado a averiguação de deficiências, proporcionando melhores políticas de desenvolvimento profissional. Como ferramenta de auxílio ao processo de tomada de decisão, deve ser considerada como um instrumento de levantamento de dados que caracterize as condições que dificultam ou impedem o completo e adequado aproveitamento dos recursos humanos da organização (PIERANTONI *et al*, 2011, OBSERVARH, 2010).

Segundo HARTZ (1999) *avaliar consiste fundamentalmente em investigar e sistematizar conhecimentos para fazer julgamento de valor de uma intervenção como objetivo de ajudar na tomada de decisões*. Entretanto esse tipo de julgamento depende da validade de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) e/ou dos critérios e normas que foram aplicados (avaliação normativa).

Nesta perspectiva, algumas etapas inerentes ao processo de avaliação de desempenho devem ser cumpridas, permitindo aos gestores maior comprometimento profissional e institucional com relação ao processo:

- a missão institucional (ou da agência), respaldada em lei, e em parte cultural, histórica e política, pautada pelas normas que definem a instituição e que estruturam comportamentos;
- as metas, que derivam da forma como as leis estabelecem a missão e as normas se traduzem em ações concretas;
- os objetivos, como transferir aspectos da legislação para as pautas que modelam a ação institucional;
- os indicadores de medida de cumprimento de objetivos (*outputs*), isto é as atividades e o volume produzidos *vis a vis* os recursos investidos;
- os indicadores de resultados (*outcomes*) para avaliação da efetividade dos programas.

A gestão de desempenho surgiu nos últimos anos como um conceito alternativo às técnicas tradicionais utilizadas para a avaliação de desempenho. O termo gestão tem uma conotação de processo que envolve atividades de planejamento, de acompanhamento e avaliação propriamente dita (BRANDAO & GUIMARAES, 2001, GUIMARAES, 1998).

O processo de gestão de desempenho é um acordo baseado em um modelo de controle interativo em que seu núcleo operacional é a capacidade das partes envolvidas chegarem a um acordo e encontrar um equilíbrio adequado entre os recursos disponíveis e os resultados a serem alcançados. Esta negociação requer um planejamento adequado, um acompanhamento rigoroso que condiz com o processo avaliativo.

A ideia básica para operacionalizar a gestão de desempenho é equilibrar os recursos e metas de um lado e a eficiência e a qualidade do outro, da melhor forma possível para garantir que os efeitos desejados sejam alcançados de forma mais rentável.

As organizações estão, cada vez mais, com necessidade de implementar mecanismos de avaliação de desempenho em seus diversos níveis, desde o corporativo até o individual. No nível corporativo, o planejamento, o acompanhamento e a avaliação restringem-se à missão, à visão e aos objetivos macro, tendo a sustentabilidade da organização como resultado esperado. No nível funcional, o interesse recai sobre os objetivos e as metas de cada unidade produtiva, visando à eficácia produtiva. No nível grupal, a avaliação concentra-se sobre os projetos e processos de trabalho, isto é, sobre as equipes. E por último, no nível individual, o objeto a ser avaliado é o resultado do trabalho do indivíduo, do seu comportamento no ambiente de trabalho ou de ambos. Nestes dois últimos níveis busca-se a qualidade dos produtos e serviços gerados pela organização (BRANDAO & GUIMARAES, 2001).

Um exemplo de reforma cuja implementação de instrumentos de gestão de desempenho vem apresentando resultados satisfatórios foi o modelo instituído pelo governo da Finlândia. Segundo o Ministério de Finanças, em seu manual intitulado "*Handbook on Performance Management*" (2006) alguns precedentes tiveram que

ser cumpridos para o alcance e a melhoria de desempenho nos serviços públicos do país.

Foram citados como passos fundamentais da reforma: aplicação dos princípios da gestão de desempenho em todos os setores da administração pública, melhorias no sistema de avaliação, acompanhamento e controle, implementação da responsabilização das pessoas (“*accountability*”¹⁷), criação de uma legislação imediata entre o controle e a tomada de decisão, tornando o conteúdo dos processos de avaliação e controle mais estratégicos, diversificando os pontos de vistas e estabelecendo metas de resultados e metas de desempenho operacionais, para alocação de recursos de forma mais justa.

Nesta discussão é importante mencionar que a medição e avaliação de desempenho no setor público têm pelo menos duas facetas distintas e por vezes contraditórias: o desempenho segundo os interesses do sistema ou da organização e o desempenho segundo os interesses do público, do usuário; vertentes que devem ser debatidas na análise de sistemas de avaliação profissional.

2.3 Gestão orientada por resultados

A contratualização de resultados vem sendo apontada como uma das características do estado regulador. Dentro das inovações colocadas pela Nova Gestão Pública (NGP), tem sido aplicada nas reformas do setor saúde e vem sendo apontada, por estudiosos na área, como uma das três principais estratégias que mais promoveram mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos. Em uma pesquisa¹⁸ comparada realizada em sete países, sobre as inovações bem

¹⁷ Segundo TROSA (p.314,2001), *accountability* é uma expressão utilizada para tratar da obrigação dos funcionários em prestar contas, até mesmo qualitativamente, a qualquer momento. A responsabilidade é o reverso positivo da *accountability*, a inclinação espontânea para o dever de atingir os resultados e deles prestar contas.

¹⁸ Pesquisa realizada nos países (Dinamarca, EUA, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido, Suécia e Suíça) através de análise comparada sobre as inovações bem sucedidas implementadas com a Reforma, identificando as que tiveram evolução similar nos diferentes contextos (distintas tradições administrativas e culturais) e que mais contribuíram para melhoria do desempenho do setor público (PACHECO, 2004).

sucedidas e eficazes na reforma, a contratualização de resultados é uma das principais estratégias que vem sendo destacada (PACHECO, 2004).

Também, tem sido considerada como uma nova forma administrativa de controle interno na gestão pública, mobilizadora de processo contínuo de aperfeiçoamento e de mudança gerencial (DITTERICH *et al*, 2012). TROSA (2001) argumenta ainda que esta, talvez seja, uma das maiores inovações institucionais geradas no âmbito das reformas do aparelho do estado nas últimas décadas, porém, enfrenta ao mesmo tempo, os dilemas do esgotamento do paradigma clássico da administração, e os imperativos de novas formas de controle sobre o gasto e sobre o desempenho das organizações públicas.

A Gestão Orientada Pelos Resultados (GOPR) é uma variação da Gestão Por Objetivos (GPO) desenvolvido por Peter Drucker (1954) e outros acadêmicos (Humble, 1968, Odiorne, 1979). Esses instrumentos partilham em comum a ênfase no planejamento, a avaliação de desempenho e os objetivos orientados pelos resultados (ARAUJO, 2009).

A Gestão por Objetivos requer além de liderança para comandar o processo de negociação e contratualização, monitorização, apoio e avaliação na utilização de incentivos, uma cultura capaz de fazer com que o processo se transforme em um ciclo contínuo de aprendizagem na organização (figura 4).

Figura 4 - Desenho esquemático sobre gestão por objetivos.



Fonte: Elaboração própria, baseado em PETER DRUCKER, 1954 (*The Practice of Management*).

Para PACHECO (2004), essa nova forma de relacionamento entre entidades públicas, emerge no âmbito das reformas nos anos 1980, com inspirações e conteúdos diversos, mas que vem contribuindo para a melhoria do desempenho das organizações.

O instrumento de gestão (contrato de resultados, acordo-quadro, contrato de gestão, contratualização), é utilizado para relacionar ministérios ou secretarias responsáveis pela formulação de políticas públicas e entidades a eles vinculadas, como prestadores e executores de serviços públicos. Tem também por objetivo promover mais flexibilidade, transparência de custos, melhor desempenho, aumento da qualidade, produtividade, eficiência e efetividade na prestação dos serviços.

Esses instrumentos vem promover o atributo essencial, à luz das reformas gerenciais, a autonomia de gestão em troca de compromisso prévio com resultados. Através de metas pré-acordadas entre as partes, a serem alcançadas pela entidade em troca de algum grau de flexibilização, a contratualização de resultados no setor público vem substituindo o controle clássico político (pela hierarquia) e burocrático (pelo cumprimento de normas).

Como salienta TROSA (2001), o contrato não é uma simples delegação, em que o gerenciamento está voltado somente no olhar para o melhor, nem uma nova forma de imposição, simplesmente para que atinja resultados, tampouco, apenas flexibilização, com maior liberdade sem contrapartidas. O contrato é uma relação entre duas partes, não mais apenas hierárquica. Não há “os que definem o que fazer” e “os que executam”, há atores diversos, cada qual com contribuições específicas à ação governamental. É um instrumento gerencial cuja elaboração tem que ser negociada, baseada na escuta e no acordo entre as partes (TROSA, 2001).

Dessa maneira, “contratualizar” resultados é também uma alternativa para responder às demandas crescentes de *accountability*, no que tange a responsabilização das pessoas e também dos entes públicos, ao alinhamento entre os serviços prestados e as políticas públicas, e a necessidade de informação sistemática e oportuna para os responsáveis políticos, referente às exigências públicas quanto à transparência e eficiência dos recursos públicos aplicados (PACHECO, 2004).

A utilização de contratos de gestão tem sido comum na parceria estabelecida com o terceiro setor, como entre as Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e o governo na gestão de várias unidades na saúde. Também vem sendo utilizada por alguns governos municipais e estaduais, no estabelecimento de pactuações dentro de suas secretarias e órgãos, como forma de maior participação e corresponsabilidade dos atores envolvidos em prol de qualidade dos serviços de saúde.

Entretanto, o uso do contrato de gestão ocorre com configurações diferenciadas, denominado contrato exógeno no primeiro caso em que o ente “contratante” é uma instituição estatal que se relaciona com prestadores externos e no segundo caso, considerado contratos endógenos, que em muitas localidades tem sido denominado “Termo de Compromisso”, onde o “contratante” e o “contratado” são instituições estatais. Como ocorrido entre as secretarias municipais de saúde e suas unidades de prestação de serviços (equipes saúde da família, ambulatórios, hospitais) (DITTERICH *et al*, 2012).

Porém, alguns autores têm relatado problemas comumente observados na utilização dessa ferramenta tais como: metas pouco ambiciosas, falhas na supervisão do cumprimento de metas, não inclusão de atividades importantes no contrato de gestão, objetivos vagos, não existência de sanções para metas não cumpridas, maior influência das agências do que de seus órgãos supervisores na elaboração dos contratos de resultados, ou a persistência de informações, entre a entidade prestadora de serviços e o órgão responsável pela política pública perante a sociedade (PACHECO, 2004).

Segundo relatório realizado em 2007 pelo Banco Mundial intitulado “*Governança no Sistema Único de Saúde do Brasil: Melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos*”, muitos dos desafios ainda enfrentados pelo setor saúde estão ligados a falhas de governança, ou seja, a ausência de incentivos e responsabilização que garantam que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis, ambos essenciais para melhorar o estado de saúde da população. O controle do gasto público constitui um instrumento poderoso para influenciar o desempenho em unidades de saúde financiadas com recursos públicos.

A estrutura e gestão dos fluxos de financiamento para as unidades também influenciam fortemente os desafios que elas enfrentam. Na área de saúde, a governança também se refere à forma com a qual a organização prestadora de serviços de saúde (como um hospital ou uma unidade de atenção primária), seus gerentes e pessoal são responsabilizados pelo seu comportamento (por exemplo, gestão de recursos, planejamento, monitoramento do serviço, gestão financeira, etc.) ao prestar serviços com qualidade e eficiência.

A responsabilização é o conceito chave que capta a responsabilidade dos atores e as consequências que serão enfrentadas por eles com base em seu desempenho. Isso significa que um desempenho ruim deve ser sancionado e um bom desempenho deve ser devidamente recompensado para promover qualidade e impacto resultantes de um bom exemplo. Onde não existe responsabilização de gerentes e profissionais, e todos são tratados da mesma forma, o sistema é injusto, e compromete a qualidade e o impacto das ações desenvolvidas.

Em resumo, a governança impacta sobre a qualidade dos gastos públicos, a efetividade da gestão de recursos e também, a eficiência e a qualidade da prestação de serviços.

Dessa maneira, uma vertente cada vez mais frequente nos debates sobre a gestão de sistemas de saúde refere-se à necessidade de qualificar o gasto em saúde, mediante o uso de avaliação econômica para a incorporação de “novas” tecnologias. Porém, antes de incorporar novas tecnologias médicas é necessário saber conhecer entre a realidade de seu custo adicional e a efetividade que esta irá proporcionar (i.e., que benefícios a tecnologia oferece para a saúde das pessoas).

No sentido de dotar maior racionalidade técnica à prática médico-assistencial, as formas de contratualização e de alocação de recursos a prestadores também assumem um papel importante, na forma de induzi-los a adotar práticas e tecnologias mais custo-efetivas e seguras para os pacientes (UGÁ, 2012).

Segundo UGÁ (2012), os países da OECD têm-se debruçado nos últimos anos fundamentalmente sobre sistemas de alocação de recursos hospitalares, tendo em vista que o gasto no setor, em 2008, representou um terço do gasto total em saúde, e em alguns países europeus chegou a atingir 70% dos gastos.

A discussão internacional mais recente aponta para o fato de que “a maior parte dos sistemas de alocação de recursos adotados na atualidade deve encorajar muito mais o aumento do volume dos serviços prestados do que o valor agregado, em termos de ganhos no estado de saúde da população” (UGÁ, p. 3444, 2012).

As formas alternativas para alocação de recursos aos prestadores de serviços de saúde têm sido difundidas pela Europa, na tentativa de impedir maior crescimento dos gastos, bem como melhorar a qualidade dos serviços prestados e o controle de custos.

Sintetizando algumas formas alternativas utilizadas na Europa de alocação de recursos citamos (Quadro 3):

- os sistemas mistos – que incluem o orçamento global e o pagamento por diária hospitalar;
- os sistemas compostos- orçamento global e pagamento prospectivo por Grupos Relacionados ao Diagnóstico (*DRG- Diagnostic Related Groups*)¹⁹ e
- o pagamento por desempenho (*payment for performance*).

¹⁹ Trata-se de um sistema de remuneração realizado por episódio de tratamento que são atribuídos previamente - no caso do hospital – por internação, com valores diferenciados segundo o diagnóstico do paciente. São preços pré-fixados que requerem um sistema de classificação dos pacientes em grupos homogêneos. O primeiro país que adotou esse sistema foi os EUA, que estabeleceu o “*Diagnostic Related Group*” (*DRG*). Esse sistema tem o objetivo não só de subsidiar a gestão econômica, mas também a gestão clínica (perfil clínico dos casos tratados). O método vem sendo incorporado em sistemas de saúde de outros países tais como Portugal e Espanha, progressivamente.

Quadro 3 - Formas alternativas de alocação de recursos a prestadores de serviços na saúde

Tipos de alocação de recursos	Sistemas mistos	Sistemas compostos	Pagamento por Desempenho
Definição	Orçamento Global e pagamento por diária hospitalar	Orçamento Global e pagamento prospectivo por DRG	<i>payment for performance</i>
Países de utilização	França*, Alemanha, Holanda e Suíça	Espanha (algumas províncias), Portugal, França*	Reino Unido, Finlândia e Polónia, Portugal**
Características	Na Alemanha, aos hospitais públicos é atribuído um orçamento global negociado com o fundo financiador. Na Holanda, o montante total a ser recebido por cada hospital leva em conta o tamanho da população a ser atendida, à capacidade instalada contratada e à produção (número de internações, consultas e hospital-dia), entretanto nos dois países a alocação final é realizada através de pagamento por diárias.	Mediante o orçamento global é estabelecido o montante total anual a ser recebido por cada hospital com base no perfil de sua produção (case-mix), mas a efetiva alocação de recursos é feita crescentemente (35-40%) através de pagamento por DRG.	É um sistema que ajusta o montante a ser alocado (através de algum método tradicional, orçamento global ou capitação ou até através do pagamento prospectivo por DRG) ao prestador de serviços de saúde, segundo o seu desempenho, medido em termos de indicadores que podem ser de estrutura, de processo ou de resultados, qualitativos e/ou quantitativos.

Fonte: Elaboração própria baseada em UGÁ, p. 3441-3445, 2012.* Inicialmente na França era realizado o sistema misto – orçamento global +pagamento por diária , atualmente é utilizado o pagamento prospectivo por procedimento. ** Esse sistema vem sendo utilizado em Portugal também na atenção primária para alocação de recursos às Unidades de Saúde Familiar(USF) através da contratualização de resultados, objeto de estudo deste trabalho que será descrito o próximo capítulo.

Segundo Ugá (2012):

[...] a experiência internacional tem demonstrado as seguintes tendências: os métodos tradicionais de alocação de recursos foram substituídos por sistemas mistos ou compostos, complementados pelo ajuste por desempenho, a alocação de recursos ajustada por desempenho requer, para ser mais eficaz, a adoção de indicadores de desempenho, que para além de medirem processos assistenciais e de gestão (essencialmente à eficiência e qualidade), se refiram predominantemente a resultados sobre a saúde da população, ou seja a efetividade dos serviços de saúde (p.3444, 2012).

Desta forma, o que tem se observado nos cenários é uma tendência a aproximar o olhar para os centros de atenção primária, ficando mais próximo ao território da população, e prevalecendo a adoção de sistemas de alocação de recursos por linhas de cuidados, por gestão da doença ou gestão do cuidado.

Dessa análise, conclui-se, portanto, que as modalidades de alocação de recursos para a atenção primária vêm sendo baseadas em sistema de capitação, ajustada por risco, por desempenho, por gestão clínica ou algum outro critério. E, para os hospitais, a remuneração é baseada em orçamento global ajustada por desempenho (qualitativos e/ou quantitativos) ou por pagamento prospectivo por procedimento, conforme citado, dependendo de qual país se analisa.

O pagamento por desempenho é cada vez mais utilizado na administração pública dos países da OECD. Segundo relatório desenvolvido pela OECD (2005), os resultados da introdução dessa política têm sido, em muitos aspectos, surpreendente, *“os profissionais que eram menos motivados apresentaram melhores perspectivas no trabalho com a possibilidade de ganhar incentivos financeiros”*.

Salienta-se que a remuneração por desempenho pode ajudar diretamente a melhorar o desempenho, quando adequadamente aplicada ao contexto, propiciando recompensas financeiras, e indiretamente, através das mudanças necessárias na gestão e organização do trabalho para sua implantação (OECD, 2005).

Neste documento, os programas de pagamento por desempenho em curso nos países da Europa foram analisados e algumas lições foram apontadas e devendo ser (re) pensadas na implantação ou manutenção dos incentivos profissionais (DITTERICH *et al*, 2012).

O modelo deve levar em consideração a cultura do país e da organização. O equilíbrio entre fatores individuais e coletivos na remuneração é peça fundamental na gestão de desempenho. Esquemas focados em equipes apresentam efeitos mais positivos do que focados somente em aspectos individuais;

- A remuneração variável é parte de um sistema mais amplo. Transparência em todo o processo é um fator fundamental para garantir o sucesso do programa que depende mais de qualidade e da mensuração do desempenho do que puramente da distribuição a remuneração.
- Problemas de implementação devem ser antecipados e planejados, os gestores, chefias e profissionais devem ser preparados;

- O programa deve estar vinculado a uma gestão de pessoas fundada na delegação. É mais fácil vincular objetivos individuais aos da organização se há certa autonomia para os gerentes atuarem;
- Não deve superestimar o significado e o impacto do programa de avaliação por desempenho na motivação. A avaliação de desempenho tem papel secundário como ferramenta de gestão para aumentar a motivação. Critérios como a satisfação no trabalho, oportunidades de promoção ou a flexibilidade de organização do trabalho são muito mais eficazes na motivação da equipe do que a remuneração por desempenho.
- Os programas devem ser aplicados em ambientes onde as relações de trabalho sejam fundadas na ética e confiança. No ambiente de trabalho, os processos formais e informais devem ser equilibrados, deve haver diálogo e troca de informações, e a negociação deve ser possível e estimulada, dando prioridade ao respeito mútuo e transparência;
- A avaliação de desempenho deve ser utilizada como incentivo e estímulo a uma transformação mais abrangente. Os incentivos financeiros devem ser utilizados principalmente como estímulo, sendo o caminho para a introdução de uma mudança ampla de direção e organização, ao invés de ser apenas uma ferramenta motivacional para o pessoal.

Na APS, as formas de remuneração para profissionais parecem ter uma relação direta com o modo de atuação e qualidade dos serviços prestados (SMOLDERS, 2006, BEAULIEU *et al.*, 2013). Alguns estudos têm demonstrado que sistemas mistos com diferentes formas de remuneração, geralmente composto por uma parte fixa (capitação) e uma parte variável (pagamento por serviço), têm demonstrado melhores resultados. Em um estudo holandês intitulado “*An optimal remuneration for General Practitioners*” foi apresentado um resumo dos “potenciais” incentivos associados à remuneração de GP por diferentes sistemas públicos (Quadro 4) (NEDERLANDSE, 2006).

Quadro 4 - Resumo de (potenciais) incentivos associados à remuneração de GP em diferentes sistemas públicos

Sistemas	Contêm incentivos para:
Capitação	<ul style="list-style-type: none"> - minimizar os custos e esforços por meio de: - Cuidados de retenção de pacientes -acompanhamento de pacientes tão pouco e tão logo quanto possível - Referindo-se a especialistas com mais frequência - Seleção de pacientes de baixo risco - prestar cuidados preventivos e curativos de longo prazo - expandir a lista de pacientes
Pagamento por serviço	<p>Maximizar resultados (consultas, visitas, tratamento) por meio de:</p> <p>Indução de demanda</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atrair pacientes adicionais (por exemplo, o aumento da qualidade) - Que trabalham mais horas - Concentrando-se em serviços de pagamento de taxa única - minimização de tempos de consulta (? → diminuição da qualidade) - Estar relutantes ao se referir para os especialistas - Declarar procedimentos não realizados - Definição de custos por unidade - Gerir o tempo de forma eficiente (→ aumento da produtividade)
Salário	<p>Nenhum incentivo (s):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para o comportamento deliberado de geração dos custos - Para conter custos - Para atrair pacientes - Para ser sensível às necessidades do paciente <p>Minimizar o esforço para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seleção de pacientes de baixo risco (<i>cream skimming</i>) - Redução do período de consultas e visitas - Limitação do número de consultas e visitas - Referindo-se à especialistas com mais frequência - A produção de uma quantidade limitada de informações sobre o conteúdo de cuidados - A abrandar o ritmo de trabalho - Trabalhar por horas extras, se os pagamentos estão disponíveis.
Pagamento por metas	<ul style="list-style-type: none"> -Minimizar os custos: Fornecer apenas o nível alvo de cuidados (não mais) - não colocar esforço para atingir a meta, se é muito improvável que a meta será cumprida.
Orçamento	<p>Comprar serviços por cuidados de baixo custo</p> <p>maximizar a prestação de cuidados médicos em prática</p> <p>Atrasar referências de pacientes para especialistas</p> <p>umentar a atividade no ano de referência em que atua como base para definir o tamanho do orçamento, selecionar os pacientes de baixo risco (<i>cream skimming</i>), substituir os serviços financiáveis substitutos para os serviços não tributáveis</p> <p>Contratar-se como prestadores de serviços de saúde</p> <p>Aderir ao sistema se o declínio na atividade é esperado</p> <p>Reduzir a atividade quando o esquema de orçamento será abolido e superávits acumulados podem ser utilizados .</p>

Fonte: Elaborado baseado em Nederlandse Z, An optimal remuneration, p. 55, 2006.

Partindo-se desta descrição, algumas experiências internacionais em contextos diversificados, que utilizam a contratualização na atenção primária, e de alguma forma, que serviram de referência para o modelo do sistema de saúde

português serão apresentadas, embasando as discussões do estudo de caso realizado.

Convém ressaltar, dada as diferenças históricas entre os sistemas de saúde do tipo Beveridgiano²⁰, do tipo Bismarckiano²¹ é possível identificar diferentes esquemas de contratualização nos países da Europa, em função do modelo de financiamento e organização do sistema de saúde vigente. Em torno dos diferentes tipos de sistemas de saúde, utilizaremos como exemplos os modelos implementados no Reino Unido e Espanha, também pela referência que tiveram para Portugal e Brasil.

2.4 Experiências Internacionais de Contratualização na APS

2.4.1 A experiência do Reino Unido

O sistema de saúde inglês tem por base um sistema nacional de saúde (*National Health Service- NHS*) que teve início em 1948. Considerado o “paradigma” de um serviço nacional de saúde, irradiou uma forte influência para os sistemas de saúde de diversos países, incluindo Portugal, em que os recursos de financiamento da prestação de cuidados provêm de impostos e os prestadores, na maior parte, são entidades públicas, sendo assegurada uma cobertura universal, tendencialmente gratuita para toda a população (OLIVEIRA, 2009).

A atenção primária é o forte componente do sistema, sobre os outros níveis de atenção em geral. Tem como base a figura do “*gatekeeper*” ou *General*

²⁰ O sistema considera a atenção à saúde como direito de cidadania: garantia de assistência compreensiva gratuita universal a cada cidadão (ambulatorial, especialidades, hospitalar e reabilitação.) independente de sua capacidade de pagamento. O relatório Beveridge, de William Beveridge em 1942, foi considerado “*best seller*”. Dentre os países que apresentam esse modelo pode-se citar: Reino Unido, Espanha, Canadá e Austrália. Disponível em: <http://www.nhs.uk/> [acesso em 12.01.2014].

²¹ O modelo Bismarckiano, é uma referência a Otto von Bismarck, “chanceler de ferro”, estadista mais importante da Alemanha do século XIX. Responsável pelo marco inicial da Previdência Social, com a criação de uma série de normas de caráter securitário entre 1863 e 1869. Caracterizado por um modelo baseado em seguros de saúde, em que o financiamento é realizado de acordo com a contribuição individual. Dentre os países que apresentam esse modelo podem-se citar: Alemanha, França, Holanda. (SALTMAN, RICO, BOERMA, 2006)

Practitioner (GP), no qual os serviços ou profissionais de atenção primária são a porta de entrada do sistema e controlam não apenas a sua utilização, ou seja, ordenadora de demanda para os outros níveis, como também passaram a dispor de algum grau de autonomia sobre o custo e a qualidade da atenção especializada e hospitalar, comprando ou contratando serviços especializados para seus pacientes. A composição de equipe usualmente ocorre com uma ou mais enfermeiras, que apoiam o atendimento aos usuários em conjunto com o GP.

A maioria dos hospitais é estatizada (total de 1500), porém, alguns permaneceram com leitos privados (sem fila), sendo os médicos especialistas empregados dos hospitais, e somente 5% dos hospitais são privados. Os serviços locais de saúde são responsáveis por oferecer a prevenção e promoção da saúde, atendimento a toda família, saúde mental, acompanhamento de deficientes, *home care* e cuidados de longa duração (GIOVANELLA, 2011).

No Reino Unido, a proporção de médicos no país é de 2,8 para cada 1000 habitantes (2011). Sendo a proporção de GP/especialistas de 8:2 (OECD, 2013). Desde 1999, o Reino Unido adota um mecanismo de regulação estatal sobre a profissão médica, com políticas de regulação do estoque de médicos e suas especialidades através do controle da formação, por considerarem que o mercado de atenção à saúde não é um mercado livre (BLOOR; MAYNARD, 2003, NEY, RODRIGUES, 2012).

Aproximadamente 98% da população estão registrados em um GP (OECD, 2013). Em 2001, a remuneração de GP era composta de capitação (idade + complementos por serviços) e não existia co-pagamento, e todos os GP apresentava uma lista média de 1.841 pacientes (GIOVANELLA, 2009). Em 2011, os GPs ganharam 3,4 vezes mais da média salarial do que os especialistas, desde a implantação do novo modelo de contratualização com pagamento por desempenho (OECD, 2013)

Em 1998, o NHS introduziu um sistema obrigatório de governança clínica o qual incorporava a auditoria clínica na atenção primária. No mesmo período, foi criado um órgão nacional para o desenvolvimento de diretrizes clínicas. Desde então, tem sido utilizados esses procedimentos tanto para garantir a segurança do

paciente quanto para melhoria da qualidade da atenção prestada. Este modelo vem sendo aplicado em outros países como Portugal e Holanda (SALTMAN, RICO, BOERMA, 2006).

Em 2004 observou-se um significativo desenvolvimento da melhoria da qualidade no país com as estratégias adotadas, sendo introduzido uma proposta de contratualização, baseado em pagamentos por resultados, contemplando incentivos para os GPs que atingissem as metas relacionadas as condições selecionadas e a avaliação de experiências dos pacientes.

O programa foi denominado *Quality and Outcomes Framework (QOF)* e introduzido como um novo contrato de serviços médicos com o governo, baseado em cinco componentes principais: realizado nos cuidados primários, não por clínicos gerais individuais, os GP anteriores assalariados tiveram opção de continuar, e poderiam optar por não ofertar cuidados 24 horas, os incentivos financeiros foram colocados para melhorar a tecnologia de informação e monitoramento do desempenho, e os médicos seriam pagos de acordo com o que fizessem e/ou produzissem (NORMAN *et al*, 2014).

Esse modelo representou o exemplo mais avançado de inserção de contratualização explícito, definindo a qualidade da atenção e a transferência de poder para determinar a qualidade dos profissionais (SALTMAN, RICO, BOERMA, 2006, NORMAN *et al*, 2014).

Desde então, o Serviço Nacional de Saúde (NHS) tem investido na implantação de novas tecnologias da informação e comunicação para a atenção primária. Para a formação e treinamento dos profissionais o NHS realizou treinamento em informática da saúde, incluindo recomendações comuns para a prática clínica como estratégia educacional incluindo: comunicação, gestão do conhecimento, qualidade e gestão de dados, confidencialidade e segurança, usos de dados secundários e da informação clínica, auditoria clínica e de serviço, sistema de funcionamento clínico, telemedicina e teleatenção. As recomendações do programa fornecem uma lista de dez habilidades básicas em informática que são exigidas por todos os profissionais de atenção à saúde. (SALTMAN, RICO, BOERMA, 2006).

A introdução de mecanismos de mercado no sistema possibilitou a delegação de poder de compra aos serviços de atenção primária, mas tem sido submetido a muitas mudanças e ainda é um trabalho em progresso (PORTELA, 2014). O programa representa um dos melhores exemplos de iniciativas de contratualização nesta área, apresentando um percurso ao longo dos últimos 30 anos, podendo ser distinguida em seis fases (ESCOVAL *et al*, p.47, 2010):

1. A criação de “*General Practitioner Funholding*” (GPFH), entre 1990- 1997, em que eram livremente estabelecidos contratos entre o NHS e prestadores que se voluntariavam para a gestão de um orçamento para a saúde, com atribuição de incentivos institucionais à eficiência;
2. O “*Total Purchising Pilots*”, entre 1994 e 1998, com a determinação de um Serviço Nacional de Saúde orientado para os cuidados primários - “*practice led NHS*”, eram atribuídos a grupos pioneiros orçamentos para aquisição de serviços hospitalares e na comunidade;
3. *Locality/ General Practitioner Commissioning Pilots*, entre 1998-2000, foi lançado um programa de 10 anos para a renovação do NHS- “*White paper: the new NHS- modern, dependable*”, que consistia em 40 grupos de práticas que colaboravam para uma maior influência coletiva sobre a contratualização, tornando as autoridades de saúde mais sensíveis às necessidades locais e à visão do doente;
4. A criação dos “*Primary Care Groups*” (PCG) entre 1999-2002, que passam a ser responsáveis pela aquisição de serviços de saúde na rede de atenção primária;
5. As fundações de atenção primária “*Primary Care Trust*” (PCT) criadas em 2004, substituíram os PCG (Existiam cerca de 154 PCT.) (Giovannella, 2009)
6. *Practice Based Commissioning* (PBC) - criado desde 2004, o atual modelo de contratualização apresenta como principais características a centralização dos contratos, a aproximação dos processos decisórios à comunidade, o desenvolvimento de modelos informais a aprendizagem com base na experimentação, o empoderamento²² dos prestadores de cuidados, a inovação e a

²² Empoderamento ou *empowerment*, em inglês, significa uma ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. Essa consciência ultrapassa a tomada de iniciativa individual de conhecimento e superação

coexistência de modelos diversificados, com diferentes níveis de responsabilidade e incentivos (ESCOVAL et al, 2010).

Portanto, o processo de contratualização observado no âmbito da atenção primária, ao longo dos anos, centrou-se na substituição do modelo de financiamento aos médicos generalistas (GP), pela criação dos grupos de cuidados primários (*Primary Care Groups*) em equipes multidisciplinares, subordinadas à autoridade local de saúde, para desenvolver os cuidados primários e serviços comunitários, identificar *a priori* as necessidades da população, contribuindo para a melhoria da saúde. Mais tarde, foram substituídos pelos PCT (*Primary Care Trusts*), mantendo as funções semelhantes e englobando, também a gestão e administração de serviços e instituições de saúde (OLIVEIRA, 2009).

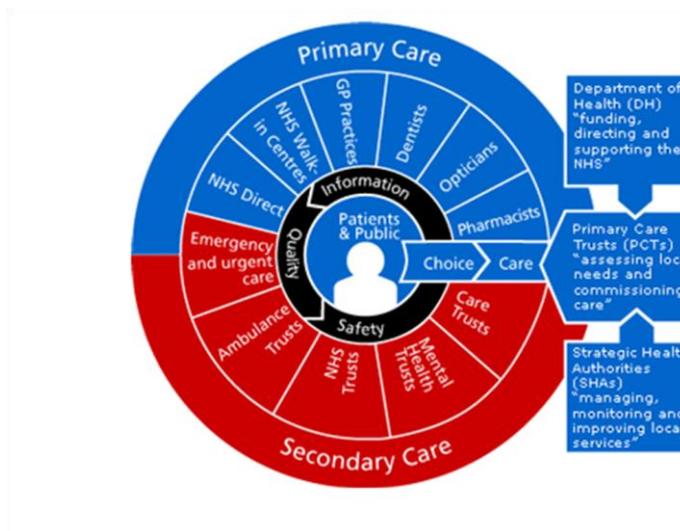
Os PCT implantados pelo governo trabalhista baseavam-se nas políticas prévias do “*General Practitioner Funholding*”, todavia, diferenciavam da experiência anterior na medida em que eram organizações públicas que exigiam a participação compulsória de todos os clínicos gerais do NHS de uma determinada região geográfica e incorporaram outros serviços sociais e comunitários, e estavam sendo submetidos a diversos mecanismos de prestação de contas em termos clínicos e financeiros.

Nesse sentido, particularmente convém ressaltar que com a vitória do partido trabalhista, em meados da década de 90, foram sendo introduzidas algumas adaptações, na tentativa de controlar os “excessos” associados aos limites do quase mercado, tais como problemas com a universalidade, acessibilidade, equidade e eficiência do sistema (OLIVEIRA, 2009). Atualmente, a estrutura central do NHS vem passando por outras mudanças nos últimos anos, com recentes reformas introduzidas pelo governo liberal conservador desde 2010. Algumas modificações foram realizadas a partir de 01 de abril de 2013, embora outras estruturas permaneçam as mesmas, ainda vai levar algum tempo até que todas as alterações previstas sejam totalmente implementadas (NHS Choices, 2013)

de uma realidade em que se encontra. Outro sentido seria a delegação de poderes de decisão, autonomia e participação dos funcionários na administração de empresas. (Disponível em: <http://www.significados.com.br> [acesso em 21/02/2014]).

Antes da modificação realizada o sistema era estruturado da seguinte maneira: *NHS Trusts*— prestadores públicos autônomos representados por: *Acute Trusts*- que administravam os hospitais do NHS, *Foundation Trusts* – representando um novo tipo de administração hospitalar, *Ambulance Trusts* – os serviços de atendimento móvel por telefone, *Mental Health Trusts* - serviços responsáveis por prover atenção à saúde e serviços sociais para portadores de problemas mentais e *Primary Care Trusts* (PCT) - responsáveis por garantir atenção à população, promover à saúde pública, comprar os serviços necessários e articular-se com as autoridades locais de saúde para integrar os serviços sociais e de saúde. Os PCTs eram responsáveis por comissionar a maioria dos serviços do NHS, controlando 80% do orçamento do NHS (figura 5).

Figura 5 - Desenho esquemático da estrutura do Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS) antes de Abril, 2013.



Fonte: [http:// www.nhs.uk/](http://www.nhs.uk/) apud Giovanella, 2011.

Entretanto, em primeiro (01) de abril de 2013, os PCTs foram abolidos e substituídos pelo *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) que assumiram muitas funções do PCT e algumas funções que eram desempenhadas pelo Departamento de Saúde. Todas as funções realizadas pelos GP pertencem agora a um *Clinical Commissioning Group* (CCG), que inclui além do médico, outros profissionais de saúde, como enfermeiros, dentistas, entre outros. Os serviços realizados incluem: serviços na comunidade, assistência hospitalar planejada, cuidados de reabilitação,

Seguindo essa direção, o Departamento de Saúde determina que todos os prestadores de cuidados contratualizados sejam obrigados a apresentar planos estratégicos e operacionais, incluindo a apresentação de parcerias estabelecidas, e a forma como poderão assegurar as necessidades de saúde e o bem-estar e a satisfação da população atendida. É aconselhada a realização de um mapeamento da situação encontrada como: a avaliação das necessidades, o levantamento dos serviços existentes e a identificação do que é preciso mudar (ESCOVAL *et al*, 2010)

Porém, a maior inovação da reforma do sistema inglês, foi a introdução da governança clínica (*Clinical Governance*), como aposta do governo, cujo objetivo foi garantir a qualidade dos cuidados, através de auditorias, práticas baseadas em evidência, desenvolvimento profissional contínuo, avaliação do risco, registro de incidentes e um sistema de monitoramento do desempenho dos profissionais de saúde. Este modelo tem sido difundido para outros países europeus como Países Nórdicos, Espanha e Portugal.

Outras medidas preconizadas com a reforma referem-se a realização de pesquisas anuais para avaliação da satisfação dos usuários e a criação de uma agência para monitorar as atividades dos mecanismos de governação, tanto no nível da atenção primária como nos hospitais, denominadas *Commission for Health Improvement (CHI)* (OLIVEIRA, 2009).

Entretanto, mesmo com tantos avanços, estudo recente realizado por NORMAN *et al* (2014) sobre as percepções dos médicos generalistas em relação ao pagamento por desempenho pelo QOF apontou algumas evidências: impacto reduzido na melhoria de resultados no cuidado à saúde devido ao foco em indicadores de padrões inconsistentes e mais baixos do que os estipulados em diretrizes clínicas, impacto negativo no profissionalismo médico já que as consultas são focadas em uma listagem de itens a seguir, um modelo de prática mais biomédica e a fragmentação do cuidado com perda de autonomia, aumento da medicalização da vivência dos pacientes e menor uso de intervenções não farmacológicas e a tendência de uma minoria de GPs priorizar o seu pagamento em detrimento dos interesses dos pacientes (NORMAN *et al*, 2014).

Essas evidências demonstraram uma importância fundamental para os novos programas de melhoria da qualidade que vem sendo difundido em muitos países, como o Brasil, na utilização de pagamento por desempenho. A análise e a seleção de indicadores que devem ser priorizados devem considerar os princípios da atenção primária, já que uma mudança na prática médica tem provocado efeitos profundos sobre a forma como a medicina de família vem sendo praticada no Reino Unido (NORMAN *et al*, 2014, PORTELA, 2014).

2.4.2 A experiência da Espanha

O sistema de saúde espanhol também passou por diversas reformas, até ser implementado o Serviço Nacional de Saúde, em 1986, evoluindo para um sistema financiado por impostos com cobertura quase universal.

A Espanha apresenta uma população estimada de 47.042.980 milhões (INDEX MUNDI, 2011), o contexto econômico no país, em termos gerais, encontra-se atravessando uma das suas piores crises, em que os países da Europa vêm enfrentando desde 2009, o PIB representava 1,46 bilhões em 2009 (BANCO MUNDIAL, 2009), mas no segundo trimestre de 2011 esse valor já era de 271,966 milhões de Euros (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DA ESPANHA, 2011), a renda *per capita* vem sofrendo quedas, caindo 105% de 2007 a 2011 e a taxa de desemprego girava em torno de 21,2% em 201 (BANCO MUNDIAL, 2011). Tal situação vem provocando desconforto social o que tem levado à realização de reiteradas manifestações nas ruas.

A expectativa de vida é uma das maiores da Europa e a taxa de natalidade é neste momento uma das menores, o que significa que daqui a alguns anos, a população economicamente ativa da Espanha será cada vez menor (dificultando o sistema de proteção social). Entre os indicadores sanitários destaca-se a esperança de vida ao nascer de 77 anos a média de idade para ambos os sexos (dados de 2009). A taxa de fertilidade é de 1,4 filhos por mulher (2009) e a taxa de mortalidade infantil: 4% (2010) (OMS, 2012). As principais causas de morte são por: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, doenças do sistema digestivo,

doenças do sistema nervoso, câncer de mama e de colo e causas externas (suicídios, já que tem ocorrido uma redução das mortes por acidentes de trânsito).

O seu modelo de seguro social sofreu vários ajustes até a constituição do serviço nacional de saúde. Em uma breve descrição histórica destacamos (SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2011):

- Período de 1931-1936 - durante a segunda República Espanhola, o Partido Socialista (PSOE) foi formulado, e pela primeira vez na Espanha um projeto de lei sobre assistência em saúde num pacote de seguros sociais unificado. O rascunho encontrava-se em debate no parlamento quando veio o Golpe Militar. O Governo franquista recuperou muitas das propostas políticas republicanas, como o programa de seguros sanitários, que foi aprovado quase sem alteração em 1942.
- Durante as décadas de 40 e 50, o sistema de saúde público para os trabalhadores de baixa renda era marginal em termos de cobertura da população e extensão da prestação de serviços. Em 1942, houve o crescimento de cobertura com o Seguro Obrigatório de Enfermidade (SOE): para assistência aos “*produtores economicamente fracos da indústria e do comércio*” e suas famílias. As principais características do seguro incluíram: orientação reparadora da saúde perdida em medicina geral; algumas especialidades cirúrgicas e dispensação farmacêutica. Dentre os serviços do Seguro incluía-se a assistência em saúde por doença/maternidade e indenização por perda de remuneração devido a essas causas.
- 1953- 1962 - O Seguro Social da Espanha partia de um modelo laboral (profissional) que foi se generalizando de forma progressiva, incorporando novas categorias na forma de regimes especiais. Neste modelo, as contribuições dos empregadores e dos empregados eram a única fonte de financiamento para benefícios da seguridade social.
- 1963-1975- Mesmo com a transição do modelo de Seguro Social para Seguridade Social em 1963, a assistência à saúde permaneceu sob responsabilidade do Ministério do Trabalho e Seguridade social até 1975, quando foi criado o *Instituto Nacional de Salud* (INSALUD). Nos anos 60 e nos próximos, o sistema de seguridade social desenvolveu uma extensa rede de centros hospitalares

e ambulatoriais de propriedade pública. O INSALUD caracterizava-se por uma rede fragmentada, com a participação de um grande número de organismos públicos: administração pública - responsável pela saúde pública, indivíduo - responsável pelos seus cuidados de saúde, beneficência - cuidado aos pobres e hospitais e dispensários de administração pública - responsáveis pela atenção à tuberculose, lepra, saúde mental, câncer e Doenças Sexualmente Transmissíveis.

- Em 1963 foi criada a Lei de Bases da Seguridade Social, como começo de um sistema moderno de Seguridade Social. Suprimem os esquemas clássicos de Previsão e Seguros Sociais e se instrumenta o desenvolvimento de seguridade social. O *Seguro Obrigatório de Enfermidades (SOE)* se transforma na *Assistência Sanitária da Seguridade Social – (ASSS)*. O aumento de cobertura ocorreu devido ao crescimento da economia e a supressão dos limites de renda através da Lei 24/1972: suprime a exclusão na assistência sanitária dos trabalhadores de tarifa primária das bases de cotização. Entram os titulares superiores (engenheiros / licenciados) e a cobertura passa de 53,1% em 1966 para 81,76% em 1978 (CONILL et al, 2011).

A Lei de Bases da Seguridade Social (SS) permitiu a existência de “empresas colaboradoras” da SS e regimes especiais de seguridade social para funcionários civis, judiciais e militares. Foram relatados diversos problemas do sistema de assistência de saúde espanhol no começo da transição: variedade de rede de assistência sanitária e o grande número de departamentos responsáveis, desorganizados, com pouca coordenação, atraso na assistência sanitária primária, de prevenção, ausência de cobertura universal, resultando em importantes desigualdades.

Em 1978 é estabelecida a Nova Constituição propondo-se uma nova forma de organização territorial, criando as “Comunidades Autônomas (CA)”, inicia-se a transferência de poder dos níveis da administração central para as CA passando para elas as competências sanitárias mediante seus próprios serviços (descentralização), consideradas “Estado das Autonomias”. Ocorre, portanto, a transformação da proteção social que passou de um “Modelo Laboral – Profissional” ao “Modelo Universalista”.

Surge então, a necessidade de modernizar a deficiente atenção ambulatorial da Seguridade Social (SS). A criação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) ocorre em 1978, impulsionando a criação das Equipes de Atenção Primária (EAPs), compostas por médicos generalistas, principalmente com especialização em MFC, pediatras, enfermeiros, e em alguns lugares assistentes sociais, sendo que os territórios de atuação das EAPs seriam as Zona Básica de Saúde (5 a 25.000 habitantes), nos centros de Saúde (SACARDO, FORTES, TANAKA, 2011).

Em 1986 é promulgada a Lei Geral da Saúde (LGS), e se configura o novo modelo de organização, criando o Serviço Nacional de Saúde (SNS): que consagrou a descentralização em matéria sanitária, definindo o Sistema Nacional como o conjunto dos serviços de saúde da administração central do Estado e dos serviços das Comunidades Autônomas convenientemente coordenadas. A Lei Geral de Saúde cria as bases do “Novo Modelo Sanitário”: promoção e prevenção das doenças, acesso igualitário para toda à população à assistência sanitária. A política de saúde orientada a superar os desequilíbrios territoriais e sociais existentes. O Serviço Nacional de Saúde se baseia no princípio de que toda pessoa têm direito à saúde, independentemente de sua situação econômica e de trabalho, e é caracterizado pela universalização da atenção, acessibilidade e desconcentração e descentralização.

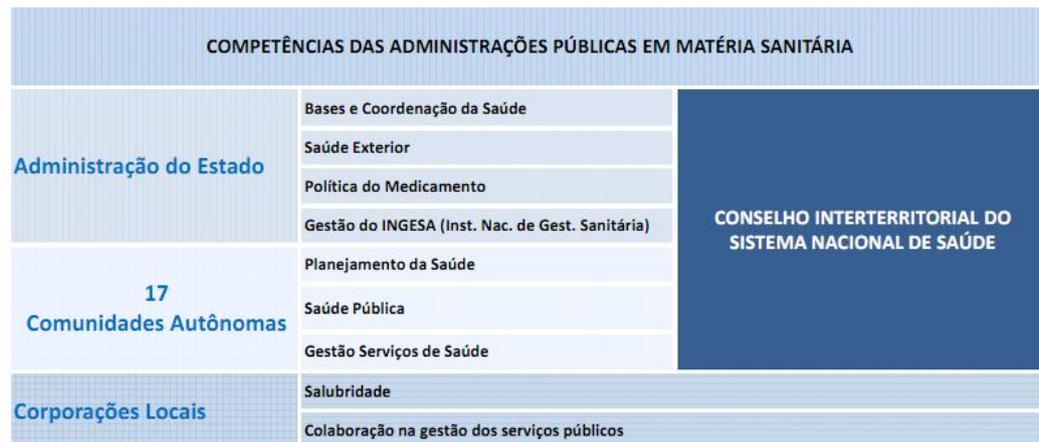
A definição de APS é colocada na Lei Geral de Sanidad (Lei 14/1986 de 25 de abril):

“En el ámbito de la APS, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad, desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria”.

Em 1989, produz-se uma mudança no financiamento (que passa a ser fundamentalmente do Estado) e através do sistema impositivo se estende a cobertura da seguridade social às pessoas não eram incluídas e sem recursos suficientes. Em 1982, a cobertura do serviço de saúde era de 84.51% da população, em 1991 a cobertura passa a 99.79% da população.

O processo de descentralização que determinou a transferência do INSALUD para as 17 comunidades autônomas, modificou a estrutura, as responsabilidades e gestão do governo no SNS espanhol (FIOCRUZ, 2011, SACARDO, FORTES, TANAKA, 2011) (Figura 7).

Figura 7 - Estrutura, responsabilidades de governo e gestão do SNS Espanhol



Fonte: Fiocruz Distribuição de Competências de acordo com a constituição espanhola (1978), a Lei Geral de Saúde(1986) e a Lei de Coesão e qualidade do Sistema Nacional de Saúde (2003). In: Seminário sobre o Sistema nacional de Saúde Espanhol, Fiocruz, 2011.

Os serviços de atenção primária são organizados com base em critério territorial, estando definidas as diversas Áreas Básicas de Saúde (ABS) ou Zonas Básicas de Saúde (ZBS).

Segundo a Lei Geral da Saúde (1986), “as áreas de saúde são as estruturas fundamentais do sistema sanitário, responsáveis pela gestão unitária dos centros e estabelecimentos do Serviço de Saúde da Comunidade Autônoma em sua demarcação territorial, e pelas prestações e programas sanitários desenvolvidos por eles”.

A Lei estabeleceu ainda que em cada área de saúde estaria vinculada um hospital geral, responsável pela internação clínica, assistência especializada e complementar ao cidadão e, também deveriam ser estabelecidas medidas para garantir a integração entre os níveis de atenção (Artigo 65, Lei Geral da Saúde, 1986):

As Áreas de Saúde deveriam ser delimitadas levando em consideração os fatores geográficos, socioeconômicos, demográficos, laborais, epidemiológicos, culturais, climatológicos e a existência de vias e meios de comunicação, assim como as instalações sanitárias da área.

A extensão territorial e o contingente de população ainda poderiam variar ao longo do tempo, mas deveriam ser delimitadas de maneira que pudessem cumprir os objetivos propostos pela Lei Geral da Saúde:

Como regra geral, e sem prejuízo das exceções a que se fizerem necessárias, atendidos os fatores expressados anteriormente, a Área de Saúde extenderá sua ação a uma população não inferior a 200 mil habitantes nem superior a 250 mil. Serão consideradas exceções as Comunidades Autônomas de Baleares e Canárias, e as Cidades Autônomas de Ceuta e Melilla, que poderão acomodar-se segundo suas especificidades. Em todo caso, cada província terá ao mínimo uma Área".(Artigo 56, Lei Geral da Saúde, 1986).

Para alcançar a máxima operatividade e eficácia no funcionamento dos serviços de atenção primária, as Áreas de Saúde se dividiram em Zonas Básicas de Saúde (ZBS). A sua delimitação deveria considerar: as distâncias máximas dos agrupamentos de população mais distantes dos serviços e o tempo gasto para acesso através de meios de transporte comuns, o grau de concentração ou dispersão da população, as características epidemiológicas da zona, as instalações e recursos sanitários. Considerava-se a ZBS o marco territorial da atenção primária de saúde, onde se desenvolvem atividades sanitárias vinculadas aos centros de saúde. (Artigo 62 e 63, LEI GERAL DA SAÚDE, 1986).

Portanto, a atenção primária foi colocada como a porta de entrada do sistema, assumindo a função de coordenação e gestão sendo apoiada pela atenção especializada. Desde 2003, com o estabelecimento da lei de Coesão e Qualidade do SNS (Ley 8/2003), estes dois níveis de assistência foram reformulados e colocados no mesmo plano assistencial (ESCOVAL et al, 2010). Os médicos de família constituem a porta de entrada obrigatória e têm uma lista entre 1300 e 2000 pessoas. Trabalham em centros de saúde com serviços de apoio compartilhados (CONILL et al, 2011).

Entretanto, este novo modelo organizacional, não estava isento de apresentar fragilidades, com a rigidez normativa e laboral, deficiências estruturais e de recursos humanos, sistema retributivo uniforme e escassa implementação de incentivos. Dessa forma, na década de 90, após o chamado *Informe Abril de 1991*, foi surgindo os primeiros modelos alternativos de gestão, a Direção Participativa por Objetivos (DPO), os Contratos-Programa (CP) para estabelecimento de objetivos e incentivos associados ao desempenho e os contratos de gestão para aquisição de serviços.

O Contrato-Programa (CP) surgiu como um instrumento de melhoria contínua dos sistemas de informação de contabilidade de custos, que permitiria relacionar e vincular a utilização e o consumo de recursos aos resultados obtidos. O procedimento exigia a negociação da fixação de objetivos, a utilização de metodologias de monitorização, à valoração do grau de cumprimento dos objetivos e a compensação por incentivos pelo cumprimento dos mesmos (ESCOVAL *et al*, 2010).

A partir de 1999, os CP passaram a ser denominados *Contratos de Gestión*, ainda com as mesmas características. Após as reformas do modelo organizativo registram-se duas tendências no país:

a) uma apoia-se na gestão pública direta de natureza administrativa, que descentraliza e transfere a responsabilidade da gestão para as Equipes, com maior grau de coordenação com os cuidados especializados, incluindo experiências de gestão única. Destaca-se o modelo na Comunidade de Navarra, desde 1998, utilizando a contratualização com as EAPs. E a região de Andaluzia, desde 2000, com as *Unidades Clínicas de Gestión*, sendo 1500 EAPs, tendo como eixos estratégicos a gestão por processos de assistência orientada para a continuidade dos cuidados, gestão clínica, gestão por competência, acreditação de qualidade e estratégia digital. Todos os processos estão contidos no *Plano de Calidad* (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA, 2013)

b) a outra se caracteriza pela utilização de agências, entidades prestadoras, com novas formas jurídicas de gestão, sendo a região da Catalunha a pioneira desde 2003. Destaca-se as chamadas Entidades de Base Associativa (EBA), associações de médicos de família que se responsabilizam também pela aquisição de serviços

especializados, e os consórcios, que disponibilizam uma oferta integrada de serviços de cuidados primários e especializados. Nesse caso, são estabelecidos CP com as EAPs que configuram contratos de gestão, com estabelecimentos de objetivos e metas e uma maior descentralização dos processos decisórios e de gestão do risco. Portanto, na Espanha tem sido incorporado na gestão de serviços de saúde das Comunidades Autônomas um plano de qualidade com objetivos estratégicos e definição de tarefas por um período de dois ou três anos. A maioria das CA utiliza como referência para as atividades de gestão de qualidade o modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*)²³ em desenvolvimento na União Europeia (ESCOVAL *et al*, 2010).

²³ *European Foundation for Quality Management* ou Fundação Europeia para Gestão da Qualidade foi fundada por 14 líderes empresariais na Europa em 1989. Presidentes de 67 empresas europeias utilizam a política da EFQM como compromisso de alcançar a excelência e qualidade. A fundação criou um grupo de especialistas, da indústria e da academia, para desenvolver o modelo de excelência da EFQM, com objetivo de aumentar a competitividade das organizações e apoiar o desenvolvimento sustentável das economias europeias (Disponível em: www.efqm.org) [Acesso em 10.01.14].

3 O CENÁRIO BRASILEIRO

“Noventa milhões em ação, pra frente Brasil do meu coração [...] De repente é aquela corrente pra frente parece que todo o Brasil deu a mão. Todos unidos na mesma emoção, tudo é um só coração. Todos juntos vamos, pra frente Brasil, salve a seleção” (Trecho da letra da música “Pra frente Brasil”, hino da Copa do Mundo de 1970).

Esse trecho da música “Pra frente Brasil”, cantado durante a Copa de 1970 por milhões de brasileiros, denota um sentimento de integração nacional exaltado através da paixão pelo futebol. O tema musical da época mostra bem essa mistura ufanista, progressista e integracionista (PROCHNIK, 2010). O futebol é definido por alguns autores como um dos principais formadores da identidade brasileira, e também como poderoso instrumento de integração social, já que reúne diferentes classes, raças e credos, capaz de quebrar simbolicamente a hierarquia cotidiana, expressar a igualdade e justiça social, elementos fundamentais da ética moderna (PROCHNIK, 2010, HELAL, 1997).

Aproveitando o momento, o ano de 2014, em que o país se prepara para receber um evento grandioso como a Copa do Mundo, e encontrando-se em posição de destaque no cenário internacional, não só pelos investimentos e recursos financeiros injetados no país, mas também induzindo reflexão sobre as manifestações de ruas ocorridas nos últimos meses, com reivindicações por melhorias nos serviços públicos (saúde, educação, transporte, segurança), torna-se relevante no contexto o debate sobre o atual sistema de saúde brasileiro, em que pese algumas considerações sobre o desenvolvimento ao longo dos anos.

Hoje já não somos somente 90 milhões de brasileiros em ação, mas quase 200 milhões de habitantes, representando o quinto país mais populoso do mundo, com dimensões continentais e diferenças regionais e sociais marcantes (VICTORA *et al*, 2011, PAIM *et al*, 2011).

Nos últimos 30 anos o país passou por uma transição demográfica importante, em que a proporção de pessoas acima de 60 anos quase dobrou, as taxas de fertilidade e mortalidade infantil diminuíram e a expectativa de vida ao

nascer aumentou. Com o aumento do crescimento econômico, o PIB brasileiro duplicou, o índice de pobreza caiu e as condições de vida da população sofreram mudanças substanciais. Com mais recursos, houve o aumento da empregabilidade e da cobertura da previdência social, melhorias nas condições de moradia, aumento do consumo, que afetaram em transformações na saúde e no comportamento dos brasileiros (PAIM *et al*, 2011).

Alguns indicadores são preocupantes como o aumento da obesidade e sobrepeso, o abuso de álcool e drogas, as doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte, o câncer e as causas externas relacionadas ao aumento da violência urbana. Esses fatores representam grandes desafios para a administração de um sistema público, complexo e descentralizado como o do Brasil.

Pautado nestas considerações, pretende-se neste capítulo abordar as principais características do sistema de saúde brasileiro, os acontecimentos históricos para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a agenda da Reforma Sanitária até a consolidação do modelo atual para APS - Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para discutir sobre os processos de avaliação profissional e contratualização, recorreu-se a uma breve citação dos programas avaliativos que vem sendo implementados para APS, até o momento como o PMAQ.

Convêm ressaltar a importância de se explorar o cenário brasileiro na tentativa de analisar os percalços, sucessos e os desafios ainda a serem superados, proporcionando uma reflexão em conjunto com a experiência de Portugal.

Cabe lembrar que o Brasil foi uma colônia de Portugal desde 1500, e apesar de ter conquistado a independência em 1822 só se tornou uma república em 1889. Um contexto cultural, político, econômico e social de muitos acontecimentos ocorridos atualmente no país fazem parte de uma história que se perpetuou ao longo dos anos.

3.1 Antecedentes históricos

Partindo de considerações do cenário internacional, de teorias do modelo de gestão da nova administração pública, colocam-se em questão algumas repercussões de caráter inovador e democrático da experiência da reforma no sistema de saúde brasileiro.

De uma maneira geral, as propostas de reforma no país foram sintonizadas com o amplo movimento mundial de reforma do Estado, questionando-se fortemente a forma como até então os sistemas de saúde vinham sendo organizados e desempenhavam suas funções (VIACAVA *et al*, 2004). Alguns acontecimentos políticos e econômicos importantes que ocorreram no país delimitaram as reformas ocasionadas no sistema de saúde brasileiro.

Há de se destacar sobre a agenda de reformas no Brasil alguns períodos importantes que marcaram o remodelamento do Estado e da administração pública na história:

- A Era Vargas (anos 30) – que representou um período de construção do estado desenvolvimentista nacional e demandou a adequação das estruturas administrativas para o poder centralizado e organizado pelos interesses da sociedade;
- A Ditadura Militar (anos 60), período caracterizado pela flexibilização da administração pública viabilizando a presença do Estado na área econômica, permitindo a substituição de importações iniciada na década de 30, rompendo com os entraves burocráticos que limitavam a expansão do capital no país (PIERANTONI, 2001).
- O Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com orientações políticas favoráveis à reforma do Estado e Internacionalização da economia brasileira (COSTA & LAMARCA, 2013). A década de 90 foi marcada pela crise fiscal, esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado e a superação da administração pública burocrática. Destacam-se no período a necessidade de reduzir o papel de prestador de serviços, de fortalecer a função de regulação, e induzir a descentralização para níveis subnacionais e para o setor privado, diante da

ineficiência de gestão dos equipamentos públicos (VIANNA, 2011, MACHADO *et al*, 2011).

- Os anos 2000 com o Governo Lula (2003-2010), algumas medidas da política econômica foram mantidas, porém, cessando as privatizações de estatais (MACHADO *et al*, 2011).

- O governo Dilma, mantendo os programas e iniciativas criadas no Governo Lula, com maior investimento em infraestrutura, frente aos eventos que serão realizados no país, lançamento de novos programas para a saúde como o “Programa Mais médicos”²⁴ em 2013.

Alguns acontecimentos que ocorreram nestes períodos merecem destaques, sobretudo os modelos organizativos ocorridos no setor saúde.

Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente em grandes centros urbanos. Na década seguinte (entre 1970- 1974) houve um incremento do orçamento federal disponibilizado para construção e reformas de hospitais privados. Destaca-se também a expansão dos cuidados médicos e a proliferação de planos de saúde privados neste período. A maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores levaram a uma crise de financiamento, associada à recessão econômica da década de 80, levando a um processo de reforma no país (PAIM *et al*, 2011).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um marco importante de alicerce para a construção do SUS, aprovando o conceito de saúde como direito, fundamentando estratégias que permitiriam a transferência de recursos entre as instituições federais, estaduais e municipais, fortalecendo a aprovação da reforma sanitária brasileira, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado.

²⁴ O Projeto “Mais Médicos” foi criado pela Portaria Interministerial nº 1,369, de 8 de julho de 2013. Posteriormente foi convertida em Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 durante o Governo Dilma. O programa tem entre os objetivos declarados a diminuição da carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS; o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica e o aprimoramento da formação médica no país (BRASIL, 2013).

A partir da década de 90, há de se destacar que no plano político e econômico em que o país se encontrava, as reformas do Estado foram tratadas de uma forma mais articulada, com objetivo de inserção do país em um contexto internacional. Com a eleição do Governo de Fernando Henrique Cardoso, ocorre a abertura da economia e políticas de ajuste estrutural, como medidas de estabilização para garantia do sucesso do Plano Real, incrementação das privatizações das empresas estatais, estabelecimento de uma agenda para a Reforma do Aparelho do estado, a reformulação da administração pública, com ênfase na necessidade de uma reforma constitucional, destaque para a reforma administrativa e da previdência (BRESSER-PEREIRA, 2001).

Neste contexto, o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) elabora o “Plano Diretor para a Reforma do Aparelho do Estado” (1995) mencionando claramente uma justificativa para implementação de uma reforma estatal. Destacam-se a crise brasileira da última década (80), o desvio de funções do estado e a incapacidade do Estado em responder pelas demandas. Aponta ainda a necessidade de reformar o Estado para se consolidar, promover a estabilização e o crescimento econômico, o que, segundo o mesmo, em consequência, levaria à correção das desigualdades sociais e econômicas no país (BRESSER-PEREIRA, PACHECO, 2005, VIANA *et al*, 2002, PAIM *et al*, 2011).

Relaciona-se ainda a transição epidemiológica e demográfica também como fator importante para deflagrar mudanças significativas na provisão e demanda dos serviços de saúde, na medida em que persistiam as doenças infecto - contagiosas, o aumento das doenças crônicas - degenerativas e o crescimento de lesões decorrentes de causas externas devido ao aumento de violência e acidentes no país.

Segundo VIANA & DAL POZ (1998), esse contexto formado por múltiplos problemas, de diferentes ordens, passou a ser denominado, de “crise da saúde”, sendo considerada como uma das razões, a partir de 1995, do processo da reforma da saúde no Brasil.

Convém ressaltar que as propostas de reforma instituída em muitos países a partir dos anos 90, conforme mencionado nos capítulos anteriores, também

influenciou as medidas adotadas no Brasil. Destacam-se: a separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde, a inclusão de mecanismos de mercado através da competição administrada, e a ênfase na efetividade clínica. Outras propostas aventadas, que mais tardiamente vem sendo disseminadas são: mudanças na concepção de saúde e no papel dos usuários nos sistemas de saúde (VIANA & DAL POZ, 1998).

Mesmo em um contexto adverso, houve avanços políticos-institucionais como a unificação do comando da política nacional de saúde, pela incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, o que implicou na construção de um arcabouço institucional e decisório para o SUS que respeitasse a lógica federativa e a participação social, implicando em profundas transformações ao setor (MACHADO, 2005).

MACHADO et al (2011) cita ainda algumas evidências que implicaram a efetiva implementação do SUS sob a lógica de proteção social abrangente tais como: dificuldades na consolidação de seguridade social, restrições de financiamento das políticas sociais, incluindo a saúde, adversidades no processo de descentralização, relacionadas ao ajuste fiscal, às restrições de contratação de pessoal e a heterogeneidade dos municípios, problemas no campo de gestão do trabalho e formação de profissionais de saúde, deficiências na produção e distribuição de insumos relevantes para saúde (medicamentos, vacinas, equipamentos), com a dependência tecnológica agravando a sustentabilidade do SUS em médio e longo prazo, e a persistência dos problemas nas relações público-privadas em saúde, com o peso dos segmentos dos planos e seguros de saúde (MACHADO, 2005, DAIN, 2001, VIANA & MACHADO, 2008, LIMA, 2007, GADELHA, 2006).

Nos anos 2000, com o início do Governo Lula em 2003, algumas medidas da política econômica do governo anterior foram mantidas, porém, cessando as privatizações de estatais. Neste período, houve um destaque governamental para as políticas de redução da pobreza, contribuindo para a redução da desigualdade de renda, com aumento de investimentos nas áreas de assistência social, a citar o

programa de transferências de renda condicionado- Programa Bolsa Família²⁵ e o aumento do salário mínimo (RODRIGUES, KORNIS, 2013).

A expansão dos serviços de saúde ocorreu especialmente na atenção primária, sendo incentivados vários programas que foram continuados com o governo Dilma, permanecendo até os dias de hoje, tais como: Programa Saúde da Família (PSF), Programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, a política nacional de saúde bucal (Brasil Sorridente), o incremento do controle do tabagismo, a criação de um modelo de saúde indígena, quilombola e assentados, o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), o Programa Farmácia Popular, Programa Saúde na Escola, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros.

Neste sentido, o desenvolvimento da atenção primária no país recebeu muitos destaques no SUS. O Brasil apresentou nos últimos anos avanço no acesso e oferta de serviços, através da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2006, reeditada em 2011, afirmou alguns princípios e diretrizes para a consolidação do modelo no país, colocando a atenção básica como um dos eixos prioritários nos planos nacionais de saúde ao longo dos anos (“Pacto pela Vida”, “Mais Saúde”).

Ressalta-se, porém que a ESF como política estruturante no sistema, ainda está em construção, tendo que se considerar que persistem obstáculos e desafios que merecem serem superados para se atingir plenamente os objetivos da proposta. E mesmo representando uma política prioritária de diversos governos, que vem caminhando com os passar dos anos, há de se percorrer uma longa trajetória para a consolidação da APS no Brasil (CASTRO & MACHADO, 2012).

²⁵ O Programa Bolsa Família foi instituído pelo governo Lula em 2003, contemplando 13,8 milhões de famílias, com rendas de até R\$ 140,00 por pessoa, mais de 50 milhões de pessoas são beneficiadas e já tirou 36 milhões de brasileiros da extrema pobreza. Vem sendo comentado na literatura por ter completado 10 anos de existência, recebendo o prêmio da Associação Internacional de Seguridade Social em reconhecimento ao sucesso como política de combate à pobreza e promoção dos direitos sociais para população mais vulnerável do país (Jornal do Brasil, Agência Brasil, 2013). Não cabe no escopo deste trabalho discutir as repercussões e impactos deste programa, na garantia dos direitos sociais da população brasileira, porém o que se retrata é uma mudança ocorrida no país com as políticas instituídas no período.

3.2 O modelo para APS no Brasil

No Brasil pode-se considerar que os primeiros serviços que tinham como objetivo a assistência em saúde pública foram implantados em 1916. A inauguração dos primeiros postos de profilaxia rural ocorreu na periferia da cidade do Rio de Janeiro onde eram realizados serviços de combate a malária, a ancilostomose e a Doença de Chagas. Com o apoio da “Fundação *Rockefeller*” foram criadas as unidades de Serviço de Saúde Pública (SESP), sendo expandidos e implantados nas capitais e no interior dos estados (CAMPOS, 2006, GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009).

Esse modelo de atenção aprofundou a centralização e a verticalização de ações de saúde voltadas para doenças específicas, como malária, hanseníase, tuberculose, lepra, entre outras, permanecendo durante as décadas de 1930 e 1940.

Segundo CAMPOS (2006), o trabalho desenvolvido nestas primeiras unidades, bem como a formação de recursos humanos, serviu de base para a criação dos centros de saúde, caracterizadas como unidades mais complexas, que se tornaram por sete décadas as unidades consagradas à atuação da APS no Brasil.

Entre as décadas de 50 e 70, a prioridade em expandir as unidades locais de saúde ficou estagnada, coincidindo com o crescimento da medicina previdenciária e o surgimento dos grandes hospitais e ambulatórios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Esse período foi marcado pelo crescimento do complexo médico-industrial, ao mesmo tempo, em que se preservavam as práticas campanhistas isoladas do MS. (CAMPOS, 2006, GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009).

Há de se lembrar que, o setor saúde estava dividido em duas partes: a maior delas ligada à Previdência Social e a outra ao MS, este criado em 1953. O setor ligado à previdência social adotou o modelo do seguro social, iniciado no final do século XIX com criação dos IAPS, seguro social organizado separadamente por categorias profissionais. Já o setor privado se transformou em duas direções diferentes: uma parte filantrópica e outra que assumiu de forma crescente um caráter empresarial, de medicina liberal, transformando os serviços de saúde em

produtos comercializáveis com fins lucrativos (administração de planos e seguros de saúde e prestação de serviços de saúde) (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009).

Em 1966, com a extinção dos IAPS e unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foi dado um passo importante da política social brasileira, no sentido do afastamento do modelo de seguro social para ampliação do acesso aos serviços de saúde para população. Porém, essa época foi marcada pelo aprofundamento de uma crise econômica, com as dificuldades na previdência social para garantir recursos financeiros e também inerentes ao sistema social e de saúde. Parte da população foi acometida pela pobreza, sem facultar acesso aos serviços públicos precários, com elevadas taxas de mortalidade e morbidade (RODRIGUES & SANTOS, 2009).

Somente na década de 1970 é que as propostas de atenção primária entraram na agenda da reforma sanitária, acompanhando o movimento internacional para reorganização dos serviços básicos ao longo do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009).

As iniciativas implementadas foram: a criação do Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento (Piass) em 1970, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) em 1980, o Programa de Ações Integrais de Saúde (AIS) com o Plano Conasp em 1982, o Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher (PAISM) em 1984 e o da criança (PAISC) em 1987, como estratégias para consolidar a rede de serviços básicos de saúde, servindo de modelo para os demais programas de atenção integral que foram criados posteriormente (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009).

A “Reforma Sanitária” foi um marco importante à reorganização dos serviços básicos de saúde e reestruturação da política social brasileira ao modelo empregado atualmente no país, já que enfocou um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático (PAIM, 2013, GIOVANELLA & MENDONÇA, p.599, 2008, VIANA & DAL POZ, 1998). Definido na Constituição em 1988 a Reforma garantiu forças no plano da sociedade para as lutas políticas e ampliação da cidadania:

[...]“saúde como um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DE 1988, art. 196).

Inicialmente a APS no Sistema Único de Saúde (SUS) pautou-se em um programa de atenção primária seletiva com abordagens e enfoques pontuais para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes no país. Prevalecia nas regiões unidades básicas de saúde que realizavam atendimento a cerca de 30 mil habitantes nas especialidades básicas (clínica médica, ginecologia, pediatria e programas verticalizados de saúde) (CAMPOS, 2006).

Segundo CAMPOS (2006), essa verticalização no atendimento à saúde acarretou a fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades, conseqüentemente a falta de integração entre os profissionais e os demais setores, reproduzindo um atendimento especializado, oriundo do modelo hospitalocêntrico, o que acabou comprometendo alguns princípios da APS, sobretudo o vínculo entre usuários, famílias e profissionais. Essa herança ainda pode ser identificada em várias unidades básicas de saúde existentes no país.

Entretanto, a organização da Atenção Primária priorizada para ser predominante no Brasil, que foi fundamentada nos princípios do SUS, compreende uma abordagem de APS abrangente (BRASIL, 2006, PAIM, 2008):

- saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;
- integralidade da assistência como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- universalidade de acesso garantido aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência para toda população;
- equidade, igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de indivíduos e grupos da população;

- resolutividade da atenção com efetividade na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade;
- intersectorialidade, desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos; humanização do atendimento, estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população,
- responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade com participação e organização para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema.

Mesmo após 25 anos ainda se discute sobre os modelos de atenção predominante no sistema de serviços de saúde do país. Segundo PAIM (2008) considerando a conformação histórica do sistema de saúde pode-se dizer que são identificados dois modelos de atenção à saúde: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista.

O primeiro modelo encontra-se baseado nos fundamentos da medicina flexneriana²⁶, para o atendimento da demanda espontânea, com privilégio da medicina curativa, no individualismo, com processo saúde/doença inserido no contexto de mercadoria, historicidade da prática médica, com estímulo ao consumismo médico e tendência à medicalização dos problemas e participação passiva e subordinada dos consumidores. Este modelo pode ser reconhecido na assistência filantrópica, na medicina liberal, entretanto não é exclusivo do setor privado, reproduzindo-se sobretudo no setor público também (PAIM, 2008).

O segundo modelo busca atender as necessidades de saúde da população, nem sempre expressos em demanda. Reconhecido também como predominante no Brasil, pois ilustra a saúde pública institucionalizada no país em forma de

²⁶ A medicina Flexneriana é baseada na reforma instituída nos Estados Unidos em 1911, onde se difundiu o Relatório Flexner. Neste constava como características fundamentais da prática médica: a medicina com ênfase na atenção médica individual, hospitalocêntrica, secundarizando a promoção de saúde e a prevenção de doenças, organização da assistência médica em especialidades, educação médica com definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos, introdução ao ensino laboratorial, estímulo à docência em tempo integral, expansão do ensino clínico, especialmente hospital; vinculação das escolas médicas às universidades; com ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; e controle do exercício profissional pela profissão organizada (PAGLIOSA & DA ROS, 2008).

campanhas (vacinação, erradicação de endemias), e programas especiais (controle de tuberculose, tabagismo, hanseníase, saúde da mulher e da criança, etc) e vigilância sanitária e epidemiológica, baseado em uma necessidade coletiva.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, esse tema foi debatido como uma das preocupações dos formuladores de políticas públicas sobre os modelos de atenção à saúde vigentes e as maneiras de se formular políticas voltadas para o alcance de qualidade, efetividade, equidade de acordo com as necessidades da população.

Embora muitas campanhas oriundas do modelo sanitaria tenha se transformado em programas especiais, como o PSF, o PACS, o que se observa é que a essência do primeiro modelo mantém-se preservada, fortalecendo uma administração vertical, com coordenadores ou gerentes nacionais, estaduais e municipais, cujas decisões, normas, e informações atravessam as instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada e muitas vezes, autoritária (PAIM, 2008).

De fato, o que pese a heterogeneidade do sistema de saúde brasileiro, composto por uma complexa mistura público/privado, ganhou hegemonia na estratégia de estruturação do SUS, a APS com o fortalecimento e a disseminação da rede básica, de responsabilidade do poder municipal (VIANA & MACHADO, 2008).

Durante a década de 90, o Ministério da Saúde (MS) fortaleceu as ações de caráter preventivo, investindo em programas de ações básicas, visando à promoção da saúde. Contudo, ainda que tal evolução garantisse acesso e melhoria das condições de saúde da população, muitas vezes, a atuação governamental no setor foi vista de maneira focalizada, para grupos prioritários, como uma espécie de fornecimento de uma cesta básica sanitária, destinada a atender os “pobres” (CAMPOS, 2006).

O surgimento do PSF está enraizado nesta questão. A ideia que ainda persiste em alguns países até hoje, entre os quais o Brasil, é que a APS é uma oferta de serviços de saúde para “pobres”, aliás, veiculada pela escolha um pouco

infeliz do termo utilizado pelo Ministério da Saúde de “atenção básica”²⁷. Esse termo, que foi oficializado pelo Governo Federal, denota a caracterização do primeiro nível de atenção à saúde, estabelecida a partir da NOB 96 como “*um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação*” (BRASIL, 1998)

Mesmo assim, essa conotação ao termo tem gerado discussões sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, instigando acadêmicos e profissionais (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009) Para MENDES (2005) essa definição reforça a banalização do setor no país:

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples, que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário, como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao “complexíssimo” princípio da APS, do primeiro contacto (MENDES, p. 2, 2005).

O antecessor do PSF, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), também foi criado nas regiões Norte e Nordeste para atender as áreas mais “pobres e desvalidas”, no combate à cólera e demais diarreias. A ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) teria como objetivo a redução da mortalidade infantil, materna e a prevenção de doenças infectocontagiosas, como estratégias de cuidados primários pontuais. A APS apresentava-se de uma maneira seletiva, onde

²⁷ A terminologia “Atenção Primária” é utilizada muitas vezes no Brasil com o termo de “Atenção Básica”, embora o Ministério da Saúde venha ultimamente utilizando a terminologia “Atenção Primária à Saúde” em muitos documentos oficiais, aproximando-se ao padrão difundido internacionalmente. Ao longo do estudo optei por usar a denominação atenção primária. Nos anos 90, optou-se pela utilização do termo atenção básica em referência a um conjunto de ações no primeiro nível de atenção, conforme relatado no texto. Segundo FAUSTO (2005) o termo estaria associado ao enfoque restrito então predominante nas reformas latino-americanas, que era incompatível com as diretrizes abrangentes do SUS. Outros autores analisam à luz dos princípios do SUS, particularmente o da integralidade (PINHEIRO *et al*, 2008) ou que teria sido adotada visando à defesa de um modelo de atenção que se diferenciava da proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença (HEIMAN & MENDONÇA, 2005, CASTRO & MACHADO, 2012).

os ACS eram leigos, moradores da região e eram supervisionados por enfermeiros, subordinados às unidades básicas de saúde administradas pela Fundação Nacional de Saúde (VIANA & DAL POZ, 1998, CAMPOS, 2006, SOUSA & SAMPAIO, 2002).

O PSF foi inicialmente apresentado pelo Ministério da Saúde em 1993, como uma proposta de atenção às áreas de risco, voltada para o atendimento de 32 milhões de brasileiros incluídos no mapa da fome do IPEA. Porém nesse mesmo ano, um segundo documento já possui outra apresentação, sendo expandido para outras áreas que não somente as incluídas no Mapa da Fome. (VIANA & DAL POZ, 1998, SOUZA e SAMPAIO, 2002).

O PACS representou um passo muito importante na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, integrado ao sistema municipal de saúde, induzindo a formulação do Programa Saúde da Família (PSF) para uma APS mais abrangente. A proximidade dos ACS em áreas desprovidas de cobertura médica-sanitária, com atuação de leigos, sob supervisão de um profissional de nível superior, foi capaz de romper com o preconceito existente quanto à realização de serviços de atenção à saúde por pessoas da comunidade e sem formação profissional específica. Neste ínterim, surgiram as definições do perfil do ACS e suas atribuições, promovendo mudanças nas práticas e ações de saúde, com o desenvolvimento de atividades “extramuros”, não mais centradas na figura do médico (VIANA & DAL POZ, 1998, GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009, DAL POZ, 2002).

Este modelo foi reconhecido mundialmente por trazer inovações para o sistema de saúde brasileiro em prover atendimento à saúde em áreas carenciadas de profissionais médicos (OMS, 2008). A partir da experiência do Estado do Ceará com o PACS, e da solicitação de secretários municipais de saúde em expandir o modelo e também incorporar outros profissionais de saúde, emergiu a proposta de criação do PSF (VIANA & DAL POZ, 1998, SOUSA & SAMPAIO, 2002).

Como protagonista desse modelo de implantação no Brasil, destaca-se também o Programa Médico de Família (PMF), desenvolvido a partir de 1992, no município de Niterói no Estado do Rio de Janeiro. Com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba, foi também uma das fortes influências na

decisão do Ministério da Saúde no sentido de criar o PSF, em 1994. A formulação da experiência brasileira partiu de análises de modelos implementados em outros países (Canadá, Cuba, Inglaterra), que serviram de suporte para embasar a construção do programa nacional (CONILL, 2008, VIANNA & DAL POZ, 1998).

A concepção de APS da Estratégia Saúde da Família (ESF) preconiza equipe de caráter multiprofissional, trabalhando em território de abrangência definido com adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente. Um dos propósitos do PSF foi colaborar com a organização do SUS em seu processo de municipalização, promovendo a integralidade do atendimento e estimulando a participação social por meio da reorganização das práticas de trabalho (BRASIL, 2006).

A alocação de recursos financeiros para a saúde também sofreu modificações com a implantação do programa. A NOB 96 estabeleceu um novo modelo de transferência de recursos federais para estados e municípios, fortalecendo a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção, propondo a Saúde da Família como estratégia (BRASIL, NOB- SUS, 2006). Documento do Ministério da saúde., de 1997, respondendo as críticas de focalização, negava que o programa fosse um sistema de saúde “pobre” para pobres, com utilização de baixa tecnologia, afirmando o caráter do PSF como modelo “substitutivo da rede básica tradicional”(BRASIL, 2002).

O programa também evidenciou uma nova possibilidade de remuneração, com o limite dos pagamentos por procedimentos e a necessidade de combinar diferentes tipos de remuneração. Foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB) prevendo remuneração per capita para que os municípios desenvolvessem ações básicas de saúde, além de recursos adicionais para programas específicos (PSF, PACS, Saúde Bucal, Saúde Indígena, etc.) (CASTRO & MACHADO, 2012)

Em 1998, foi estruturado o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), pela Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje denominado Departamento de Atenção Básica (DAB), em

conjunto com o Departamento de Informação e Informática do DATASUS, para o acompanhamento das ações e resultados das atividades realizadas pelas equipes.

Desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserida no contexto de reorganização do SUS no país. Tais características trouxeram avanços no campo da informação em saúde dentre eles: a definição de problemas de saúde e de avaliação de intervenções locais, por território, a utilização mais ágil e oportuna da informação, produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas, consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados. Através da utilização do sistema, obtêm-se informações sobre os cadastros das famílias acompanhadas pelos PSF, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

Representa atualmente o principal instrumento de monitoramento das ações do PSF, e tem a sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão a fomentar e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS (BRASIL, MS, SIAB, 2013)²⁸.

Algumas estratégias também foram implementadas pelo governo visando expandir a cobertura do PSF, consolidando-o como proposta orientadora dos serviços de atenção primária no SUS.

Em 2003, o governo brasileiro firmou acordo de empréstimo celebrado com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), viabilizando o início do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). O

²⁸ Em 2013 o MS lançou um novo sistema de informação denominado e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) a fim de reestruturar as informações da atenção básica em nível nacional. Considerado um sistema de software público, de apoio à gestão do processo de trabalho, representa como diferenças do SIAB a vantagem de ser utilizado por profissionais das equipes de Atenção Básica, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo também dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde, minimizando as falhas do SIAB. O sistema é novo e ainda vem sendo implementado nas secretarias municipais de saúde de todo o país, através de cursos de treinamentos para a utilização da ferramenta e disponibilização do sistema aos gestores (DAB, 2013).

objetivo do PROESF era apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo-a-fundo a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, DAB, 2013).

Dessa forma, até 2008 pretendia-se ampliar a cobertura do PSF para 70% da população, aliado ao desenvolvimento dos sistemas de referência e contra-referência, aprimorando o gerenciamento dos serviços, interferindo no processo de trabalho das equipes, através de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais; e aumento da efetividade e melhoria do desempenho, incorporando processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Projeto foi planejado para ser desenvolvido em 3 fases, sendo o acordo de empréstimo com o BIRD firmado separadamente em cada fase, mediante o cumprimento de metas e indicadores, que estabeleciam a condição de acesso aos investimentos para as fases subsequentes. As fases eram: I- conversão e expansão municipal do PSF; II- Desenvolvimento de recursos humanos do PSF e III- Monitoramento e Avaliação. Com essa iniciativa o programa conseguiu se expandir para grandes centros urbanos, em áreas metropolitanas densas, acarretando em uma maior cobertura de grande visibilidade populacional.

No âmbito do PROESF diversas pesquisas avaliativas foram conduzidas por diferentes instituições de ensino e pesquisa no país, possibilitando o monitoramento de sua expansão e a identificação de fragilidades e limitações passíveis de mudanças e adequações necessárias.

O PSF sem dúvidas introduziu uma série de questões para a APS brasileira, desde o aprofundamento do processo de descentralização com a municipalização e institucionalização da APS no país, estando mais próxima da população, mudanças no financiamento, nos contratos profissionais, nos tipos de remuneração, nas práticas e perfis de profissionais e até no próprio controle social, com enfoque na comunidade. Essa mudança levou a um expressivo aumento de cobertura dos serviços no país, garantindo atenção à saúde a milhares de brasileiros, prestada por um sistema nacional de saúde público, com características únicas na América

Latina, financiado por impostos e contribuições sociais específicas (MACHADO *et al*, 2011).

No caderno lançado sobre Saúde no Brasil de nº 6 do *The Lancet* em 2011 a ESF é citada como,

[...] favorecedora de expansão dos serviços de atenção primária, principalmente em áreas geográficas específicas, alcançando a população mais pobre do país e, particularmente, as áreas rurais da região Norte e Nordeste, e em pequenas cidades e bairros periféricos desassistidos nas áreas metropolitanas (p.92,2011).

A proporção da população abrangida pela estratégia passou de 31,9% em 2002 para 54 % em 2012 (BRASIL, DAB, 2012). Como efeitos positivos da política ressalta-se melhoria da mortalidade infantil e, talvez, das demais faixas etárias, além de reduções nas internações desnecessárias (VICTORA *et al*, 2011, MACINKO *et al*, 2007, AQUINO, OLIVEIRA, BARRETO, 2008).

Sem dúvida o PSF vem demonstrando resultados satisfatórios ao longo dos anos, porém, ainda persistem lacunas significativas que merecem ser enfrentadas como: o subfinanciamento crônico da atenção primária, a descentralização com a criação de novas instâncias regionais ainda desarticuladas, deficiências na área de gestão do trabalho e recursos humanos quando se analisa o desenvolvimento de políticas voltadas para qualificação do trabalho, atração e fixação de profissionais, precária utilização de ferramentas de gestão e mecanismos de negociação e regulação do trabalho, que dê conta do contingente de profissionais que adentram diariamente em um mercado em ascensão (NEY, RODRIGUES, 2012, PIERANTONI, 2011, LIMA *et al*, 2012).

Diversas pesquisas também tem demonstrado uma alta rotatividade dos profissionais de saúde no programa a qual gera o aumento de custos de reposição de pessoal, a insatisfação no ambiente de trabalho e da comunidade local gerando dificuldades no atendimento aos usuários em razão de interrupções nos serviços (NEY, RODRIGUES, 2012, SCALO *et al*, 2010, BORRELLI, 2004, CAMPOS & MALIK, 2008).

Os problemas com os recursos humanos em saúde não ocorrem somente no Brasil, há de se considerar que diversos países do mundo enfrentam inúmeras

dificuldades para prover, distribuir e manter os seus profissionais, adequados às necessidades de saúde da população. Segundo DAL POZ (2013), os países tem enfrentado uma crise global da Força de Trabalho em Saúde (FTS), com desigualdade na distribuição e acesso de profissionais, escassez de pessoal qualificado, sobretudo nas áreas de saúde pública, políticas e gestão em saúde.

Relata também sobre a infraestrutura das unidades de saúde em que predomina ambientes de trabalho precários, desfavorecendo a atração de trabalhadores, além de salários irrisórios, sem perspectiva de carreira, ausência de apoio de gestores e insuficiente reconhecimento social (DAL POZ, p.1924, 2013).

Dentre tantos desafios é de se considerar, que a ESF trouxe algumas inovações ao sistema de saúde brasileiro em torno da política de atenção primária para o fortalecimento dos RHS, como as mudanças estruturais do regimento do Ministério da Saúde, com a criação do Departamento da Atenção Básica, da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA/DAB/SAS), das secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que foram criadas após a implementação do programa (CASTRO & MACHADO, 2012).

A atuação da SGTES vem possibilitando o incremento estrutural de novas diretrizes para a educação permanente, e incentivos à regularização das relações de trabalho no SUS, incentivos à formação profissional através de programas de reorientação e inserção profissional na atenção primária (Pró-Saúde²⁹, Pet-Saúde³⁰, UNASUS, Telessaúde) (CASTRO & MACHADO, 2012, PIERANTONI *et al*, 2012).

Outras medidas foram lançadas nos últimos 2 anos, na tentativa de enfrentar o problema de forma aguda e superar as deficiências de provimento de profissionais

²⁹ O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) é uma iniciativa que visa à aproximação entre a formação da graduação no Brasil e as necessidades da atenção básica. Foi criado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 em 03/11/2005 (PIERANTONI *et al*, 2012, BRASIL, 2005).

³⁰ O Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET SAÚDE), busca a integração ensino-serviço, perante atuação em três áreas: saúde da família, vigilância em saúde e saúde mental, reconhecendo e valorizando o papel dos profissionais do serviço, apoiado pelo professor tutor, proveniente da universidade, na orientação de estudantes de graduação durante o processo de aprendizagem. Foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1802 de 26/08/2008 (PIERANTONI *et al*, 2012, BRASIL, 2008).

médicos em determinadas regiões de saúde, como o Programa de valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB³¹), e o Mais Médicos³² (DAL POZ, 2013; BRASIL,MS, 2013)

Diante deste cenário, mediante inúmeras iniciativas implementadas para a atenção primária no país, nos últimos anos observou-se o delineamento de uma política de institucionalização da avaliação com o objetivo de transformá-la em estratégia no cotidiano dos gestores e profissionais. A institucionalização da avaliação está associada ao desafio de consolidação do SUS por meio da qualificação das práticas, possibilitando maior resolutividade na atenção primária (SCALCO *et al*, 2010, FELISBERTO, 2006).

3.3 Programas de avaliação na APS brasileira

Ao longo dos últimos 30 anos, a preocupação com a “*performance*” dos sistemas de saúde ganhou destaque nos debates acadêmicos, políticos e institucionais. A reestruturação dos sistemas, instituída com as reformas, a mudança do foco central de atenção à saúde, em prol de implantação de políticas de saúde universais, equitativas e de boa qualidade, deflagrou a necessidade de realização de análises custo-efetivas baseadas em resultados, voltados para o interesse e satisfação do consumidor. A avaliação de desempenho passou a ser um instrumento importante dessa reestruturação (VIACAVA *et al*, 2004).

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é uma das principais inovações demandadas pela OMS desde 2000. Neste ano, técnicos da OMS elaboraram uma metodologia para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde de

³¹ O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi criado através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2087 em 01/09/2011. Prevê atuação de profissionais nas equipes de saúde da família durante 12 meses, supervisionados por uma instituição de ensino com realização de curso de especialização em saúde da família. Após o período os profissionais recebem um percentual de 10% na pontuação dos exames de residência Médica (BRASIL, 2011).

³² A partir de julho de 2013, o Governo Federal criou o Programa Mais Médicos, inicialmente através de uma Medida Provisória (MP nº 621, de 8 de julho de 2013) e de uma Portaria Interministerial nº 1.369). A Medida Provisória foi depois convertida em Lei (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013). O programa tem entre os objetivos declarados a diminuição da carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS; o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica e o aprimoramento da formação médica no país (BRASIL, MS, 2013).

191 países. Os resultados da análise dos indicadores foram apresentados no relatório do *World Health Report (WHR) 2000* imprimindo um ranking entre os países analisados. Entretanto, essa publicação causou grande impacto, tanto pela ousadia de um projeto inovador, como também pela classificação recebida pelos países, diante da fragilidade conceitual e metodológica dos indicadores utilizados (PROADESS, 2011, FIOCRUZ, 2011).

Este episódio desencadeou a criação de um grupo consultivo nos níveis nacionais, regionais e globais para a revisão da metodologia. Considerou-se naquele momento que *“a avaliação de desempenho não deveria ser um fim em si mesmo e nem ser encaminhada como um exercício puramente acadêmico, mas que esta deveria orientar o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas dos sistemas de saúde”* (FIOCRUZ, 2011).

Neste contexto, foi formulada uma proposta de metodologia de avaliação para o sistema brasileiro denominada Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS) como uma diretriz para a realização do processo de avaliação e monitoramento de políticas públicas de saúde.

Essa metodologia levaria em conta o contexto político, social e econômico da história, com a sua conformação atual, os objetivos e prioridades, assim como os determinantes de saúde identificados como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. O objeto principal de avaliação, que expressaria as necessidades de saúde, pesaria tanto pela estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), quanto pelas sub-dimensões acesso, efetividade, adequação, continuidade, segurança, aceitabilidade e direitos dos pacientes que estariam expressos em uma matriz conceitual (ANEXO A)(FIOCRUZ, 2011).

O PROADESS se consolidou, sofreu modificações, com revisão e validação de novos indicadores, tornando os dados mais acessíveis e passíveis de atualização constante, sendo apresentado em diversos eventos científicos e reuniões no MS como uma alternativa para avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.

Neste cenário, se insere o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que possui como principal objetivo avaliar os resultados de uma “nova” política

de saúde, em todas as dimensões, com destaque para a atenção primária, prioritária no reordenamento da atenção. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os resultados alcançados no direcionamento, subsidiar a tomada de decisão e tornar o sistema mais transparente, fortalecendo o controle social, com foco na garantia de direito dos usuários (BRASIL, 2011).

Em 2012, foi publicado pelo Ministério da Saúde um novo instrumento de avaliação o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS), na intenção em dispor de um indicador que avaliasse a efetividade e o acesso da atenção básica, ambulatorial e hospitalar, além de urgências e emergências. O instrumento estabeleceu um “ranking”, atribuindo notas de 0 a 10, baseado no cruzamento de indicadores e análise dos serviços de saúde, durante o período de 2008 à 2010, para cada município, estado e propriamente o Brasil (MÉDICI, 2013). Entretanto, esse instrumento recebeu inúmeras críticas de políticos, governos e acadêmicos estudiosos do assunto relacionado a técnica e metodologia empregada na análise, com inconsistências de indicadores, frente ao modelo de “ranqueamento” utilizado que acabou ocasionando distorções e avaliações equivocadas (NORONHA, 2012; INFORME ENSP, 2012)

As opiniões de especialistas convergem para a importância estabelecida na criação de sistemas de avaliação para o sistema de saúde brasileiro. Esses exemplos de programas e iniciativas implementadas pelo Ministério da Saúde representam o compromisso do governo em assumir uma postura de avaliação permanente que permita o avanço do SUS frente aos desafios do sistema. A institucionalização da avaliação deve estar na agenda prioritária daqueles que se envolvem com o aperfeiçoamento do sistema e, conseqüentemente, com a melhoria da qualidade da atenção prestada à população. (ALVES *et al*, 2010; INFORME ENSP, 2012).

FELISBERTO (p. 554, 2006) pontua que a institucionalização é entendida como uma estratégia presente em diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos.

Outros autores (POUVOURVILLE, 1999, NOVAES,1999) partilham esse conceito reforçando que *institucionalizar a avaliação* corresponde a implantar políticas e programas que devem contemplar: regulação, regulamentação, melhoria dos programas, garantia da qualidade dos processos e produtos, poder de comparabilidade, participação de avaliadores externos, métodos diversificados, cobrança de compromissos e desempenho, alcance de metas sintonizadas com a melhoria de qualidade de vida e de saúde da população, desenvolvimento institucional e bem-estar dos profissionais envolvidos (FELISBERTO, p.555, 2006)

Propõe-se também que a avaliação para ser institucionalizada deve partir de indução pelo gestor federal de uma estratégia chamada de “acultramento” da avaliação. Tal estratégia consiste, em grande parte, na inclusão da avaliação na rotina da atenção básica, que, por sua vez, é considerada ação norteadora da política de saúde (FELISBERTO, 2006).

Nesse caminho, com o intuito de institucionalizar a avaliação na APS brasileira é lançada em 2003 a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em saúde, por intermédio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do DAB apresentando como diretrizes (SARTI *et al*, 2010, FELISBERTO, 2006):

- 1- Parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, bem como associações profissionais de reconhecido prestígio político e acadêmico;
- 2- Mobilização de atores institucionais por intermédio de processos amplamente participativos, permitindo a adesão e incorporação de propostas de forma mais coerente com as múltiplas necessidades do sistema de saúde;
- 3- Identificação de fontes de financiamento e garantia de recursos orçamentários para os projetos;
- 4- Definição de estratégias organizacionais para qualificação de profissionais no campo da avaliação.

O modelo estabelecido com a política contemplava atuação de diversos órgãos como: secretarias municipais e estaduais de saúde, setores do MS como o DAB e instituições de ensino e pesquisa.

Os focos de atuação em cada esfera também foram estabelecidos nesta política: os Estudos de linha de Base do PROESF, Avaliação para Melhoria da

Qualidade da ESF (AMQ), Monitoramento e Indicadores de Atenção Básica, fortalecimento das secretarias estaduais em monitoramento e avaliação, mobilização do MS e qualificação da equipe para avaliação e parcerias com as redes de pesquisas e centros colaboradores, induzindo estudos e pesquisas na área (figura 8).

Figura 8 - Caracterização dos focos de intervenção das ações de Avaliação da Política nacional da Atenção Básica, Brasil, 2005.

Focos de atuação	
Municipal	Pesquisas Avaliativas sobre Atenção Básica (estudos de linhas de base- PROESF)
Estadual	Fortalecimento da SES em monitoramento e Avaliação
Federal	Mobilização Interna Articulação Intra e intersetorial
Instituições de Ensino e Pesquisa	Pesquisas avaliativas Rede de Centros Colaboradores

Fonte: FELISBERTO, p.558, 2006.

FELISBERTO (2006) ressalta que a ideia presente nestas iniciativas era fomentar uma mobilização permanente em torno da temática da avaliação. A partir de possibilidades concretas de realização de ações voltadas para os quatro focos definidos, as atividades contribuiriam para o “aculturamento” do uso da avaliação como parte da gestão, servindo de suporte para o redirecionamento de práticas qualificadas, permitindo avaliar o desempenho institucional e dos profissionais, através de instrumentos de produção e troca de conhecimentos, contribuindo para a formação, satisfação e qualificação da atenção básica.

Constata-se, portanto que o processo de institucionalização da avaliação que vem sendo conduzido no Brasil decorre de uma longa trajetória de experiências e iniciativas tomadas ao longo dos anos para o regimento de uma política nacional. Também, modelos utilizados em diversos países têm sido utilizados para

comparação, apoio e discussão, ampliando os conceitos fundamentais para a construção de um modelo nacional (CASTRO & MACHADO, 2012, CONILL, 2008, VIANNA & DAL POZ, 1998, CAMPOS, 2005, BRASIL, 2010).

O projeto AMQ, lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde foi um dos primeiros impulsos no sentido de sistematizar o trabalho com o tema qualidade em saúde no âmbito da APS em nosso país (Brasil, 2010). Contou com equipes de consultores internos da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) e de consultores externos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério de Saúde de Portugal (IQS), Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira (IMIP) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O projeto foi inspirado no *MoniQuOr* (instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal), e estabelecia 300 padrões de qualidade, classificando em cinco estágios de qualidade (E- elementar, D- desenvolvimento, C- consolidação, B- bom e A- avançado).

O processo de avaliação era subdividido em cinco instrumentos de autoavaliação dirigidos à gestão e às equipes (secretário municipal de saúde, coordenador da SF, responsável pela unidade de Saúde da Família, equipes I e II) e de um aplicativo digital para montagem de um banco de dados com as respostas de cada momento avaliativo com acesso a relatórios comparativos que subsidiavam a autogestão da melhoria da qualidade da ESF.

Tratava-se de uma metodologia de autogestão, à qual os gestores municipais poderiam aderir livremente, e não existiam incentivos financeiros relacionados à adesão, assim como também não era previsto nenhum tipo de sanção vinculada aos resultados obtidos (BRASIL, 2010).

A proposta foi bem aceita pelas equipes e Municípios, totalizando ao final de 2010 mais de 1000 Municípios cadastrados no sistema (BRASIL, 2010). Seguindo essa proposta impulsionada pelo AMQ, o MS avançou instituindo em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011).

3.4 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade

O processo de criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da atenção básica (PMAQ), instituído em 2011 através da portaria GM/MS nº 1654, levou em consideração as principais diretrizes do MS em executar a gestão pública baseada na indução de processos de monitoramento, avaliação, mensuração de resultados e garantia de acesso e qualidade na atenção à saúde para toda população brasileira (BRASIL, 2011).

Várias entidades, como gestores federal, municipais e estaduais, representantes de Conselhos Nacionais de Secretários Municipais e Estaduais de Saúde (CONASEMS e CONASS), também foram envolvidos na elaboração, negociação e pactuação da construção e direcionamento do programa.

O principal objetivo de criação do programa foi propiciar um ambiente indutor de melhorias, através de um sistema de monitoramento a fim de garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais realizadas. Como objetivos específicos, detalhados na Portaria do MS, são citados (BRASIL, 2011):

- I. Ampliar o impacto da Atenção básica sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria dos serviços e ações da AB;
- II. Fornecer padrões de boas práticas e organização da UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III. Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV. Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;
- V. Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI. Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Diante de uma política nacional com propostas tão desafiadoras, reconhece-se que hoje o SUS ainda esbarra em fragilidades e contextos diversificados pelas regiões do país.

Destacam-se diversos fatores desafiadores, que o PMAQ necessitará suportar, para alcançar os objetivos estabelecidos, tais como: a precariedade da rede física das unidades de saúde; com ambiência pouco acolhedora tanto para os profissionais quanto para a oferta de serviço aos usuários; inadequadas condições de trabalho, comprometendo a capacidade de intervenção e satisfação profissional; a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes, pela baixa capacidade de acolhimento aos problemas agudos de saúde, pela insuficiente integração dos membros das equipes e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades e necessidades, metas e resultados, definidas em comum acordo pela equipe, gestão e comunidade.

Ressalta-se também a baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência de um modelo prescritivo, hegemônico, médico centrado, sob a ótica da queixa conduta, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado (BRASIL, 2011, MENDES, 2008).

Outro fator importante refere-se aos recursos humanos disponíveis para o setor que além da insuficiência, carecendo dos membros necessários para o funcionamento, há uma instabilidade nas equipes com elevada rotatividade, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe. E ainda a sobrecarga das equipes pelo número excessivo de pessoas que estão sob sua responsabilidade.

A incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade, com pouca integração das equipes de atenção básica com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, e a inexistência do

funcionamento em “rede” dos serviços de atenção à saúde complementa os principais fatores desafiadores para o êxito do programa nacional.

Baseado nas linhas prioritárias da política nacional de atenção básica e nos avanços alcançados nos últimos anos, o PMAQ foi estruturado em sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento (Quadro 5).

Quadro 5 - Diretrizes Normativas do Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

I- Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde
II- Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;
III- Ser transparente em todas as suas etapas permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade;
IV- Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, municipais e locais, equipes e usuários para um processo de mudança na cultura de gestão e qualificação da atenção básica;
V- Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
VI- Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários.
VII- ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2011.

Para implementação desta iniciativa, na tentativa de cumprir as diretrizes estabelecidas, o programa introduziu algumas mudanças no financiamento da atenção básica, vinculando parte importante do repasse de recursos à implantação de “padrões” que indicariam a ampliação do acesso, melhorias das condições de trabalho, e no investimento do desenvolvimento dos trabalhadores.

Foi criado um “Componente de Qualidade” do Piso da Atenção Básica variável (PAB), possibilitando até a duplicação do recurso recebido, aos municípios que atingirem o “padrão ótimo” no processo de contratualização (PINTO *et al*, 2012).

Segundo PINTO *et al* (2012) o padrão de qualidade propostos pelo PMAQ que estão delineadas nas diretrizes sugerem uma caminhada para a superação dos problemas priorizados. A qualidade não é percebida como um “platô” ou “topos” e sim como “fluxo” e “movimento”, devendo ser fruto da atuação dos atores

envolvidos, em capacidade de mudar o cenário e, exigir permanente adaptação e evolução da Política, de suas estratégias e instrumentos. Segundo o MS (2011e):

[...] é esperado que o PMAQ seja constantemente aperfeiçoado, a diversidade dos cenários em que será implantado; a necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação e gestão, com vistas às novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica e ao momento histórico de implantação do SUS; e a necessidade de revisão de conceitos metodologias e ferramentas, com base no aprendizado institucional e na colaboração dos diferentes atores envolvidos (BRASIL, 2011e apud PINTO *et al*, 2012)

Outro destaque do PMAQ refere-se ao seu papel estar direcionado aos objetivos das três demandas priorizadas pelo governo (PINTO *et al*, 2012):

1. A priorização das “redes de atenção”, definindo a atenção básica como “porta de entrada” do sistema, elemento essencial e indispensável de uma região de saúde. A regulamentação da lei 8080, através do decreto 7.508 de 29 de junho de 2011, reafirma essa necessidade;
2. O redesenho da governança sistêmica e do financiamento do SUS. Também definido no mesmo Decreto Presidencial. Pontua a necessidade de investimentos na “avaliação de desempenho da prestação das ações e dos serviços”, em “responsabilidades assumidas”, envolvendo a “pactuação de indicadores e metas de saúde”, “estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde”, “critérios de avaliação de resultados e forma de monitoramento permanente”, cabendo ao MS instituir formas de cumprimento das metas para melhoria das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011 b).
3. O Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, citado anteriormente, como prioridade na política de saúde.

3.4.1 Fases de implantação, trajetória e panorama do PMAQ:

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo (Figura 9).

A primeira fase compreende a adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes,

gestores municipais, e MS. Envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

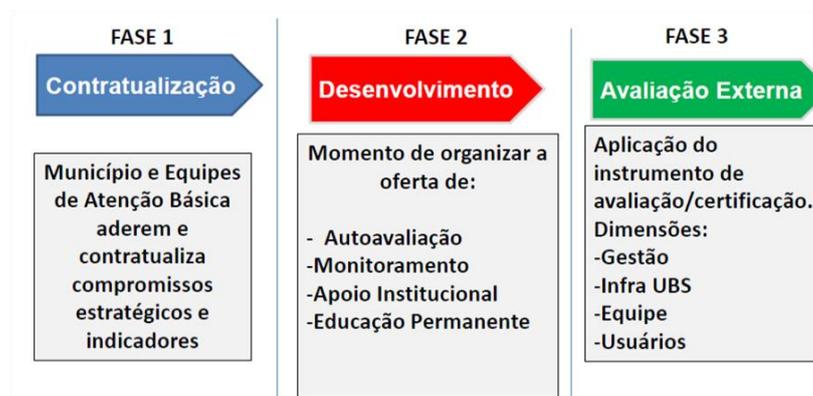
A segunda fase se caracteriza pelo desenvolvimento das ações empreendidas e está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional.

Na terceira fase ocorre uma avaliação externa para averiguar as condições de acesso e de qualidade na totalidade de municípios e equipes participantes, sendo realizada por instituições de ensino e pesquisa externas.

E na última fase a reconstrução, com a realização de uma pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes.

Outro incremento do programa é a garantia de obter um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS em todo o país.

Figura 9 - Fases do PMAQ.



Fonte: Ministério da Saúde, PMAQ, 2011.

O PMAQ utiliza 47 indicadores de produção ambulatorial e cadastramento, relacionados a sete áreas estratégicas: saúde da mulher; saúde da criança; controle de Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica; saúde bucal; produção geral; tuberculose e hanseníase; e saúde mental. Apresenta como inovações dos modelos anteriormente empregados as seguintes características (SAVASSI, 2012, PINTO *et al*, 2012):

- O uso de indicadores de desempenho para classificar equipes, e indicadores de monitoramento sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe;
- Repasse imediato e automático de recursos após a contratualização, durante até seis meses, independente da qualidade alcançada antes da fase de avaliação externa;
- Destina-se a qualquer equipe de saúde inserida na atenção básica, seja ESF ou modelo tradicional de unidades básicas;
- Possibilita agrupar os municípios sob avaliação, para fins de comparação, em seis estratos de acordo com indicadores socioeconômicos como PIB *per capita*, proporção populacional com acesso a planos de saúde, bolsa família e extrema pobreza, e densidade demográfica;
- Incentiva o investimento no apoio institucional, com a utilização da avaliação externa, e articulação dos processos de educação permanente;
- Possibilita a avaliação das condições de funcionamento da UBS, como infraestrutura, acessibilidade, ambiência e condições de trabalho, disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos;
- Introduz a “valorização do trabalhador”, avaliando a composição da equipe, o investimento da gestão municipal no desenvolvimento profissional, formação e educação permanente, a garantia de direitos trabalhistas, vínculos de trabalho, existência de carreira e implantação de dispositivos necessários à gestão do trabalho;
- Fomenta a organização do processo de trabalho, na perspectiva do usuário e do profissional, como o acesso, a implantação de dispositivos como o acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada;
- Promove maior controle social, avaliando a dimensão “utilização, participação e satisfação do usuário”;
- Estimula maior reflexão crítica sobre os processos instituídos, contribuindo para o planejamento e elaboração de estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal.
- Induz a um processo de inovação na realização das transformações necessárias.

Cabe ressaltar que a escolha dos indicadores obedeceu três critérios: a disponibilidade de monitoramento pelo SIAB, indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto pela Saúde, bem como sua utilização na composição do IDSUS e articulação com as prioridades definidas pelas três esferas de governo.

A autoavaliação é um instrumento que engloba tanto a gestão quanto as equipes, em várias dimensões e subdimensões para uma avaliação global do processo de avaliação (Quadro 6).

Quadro 6 - A autoavaliação no PMAQ.

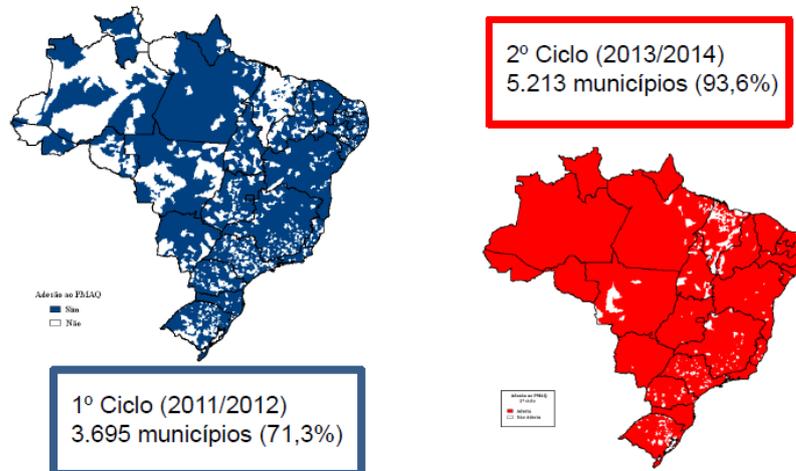
Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde
		C - Gestão do Trabalho
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional
		F - Educação Permanente
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A
	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos
		I - Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J - Perfil da Equipe
		K - Organização do Processo de Trabalho
		L - Atenção integral à Saúde
		M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Embora seja uma iniciativa nova no SUS, de adesão voluntária, e com exigências pré-estabelecidas (Termo de compromisso do gestor, cadastro no Sistema de Gestão de programas do DAB (SGDAB)), o PMAQ tem alcançado números expressivos.

A adesão ao programa ocorreu de forma surpreendente para 71% dos municípios no 1º ciclo (2011/2012), e mais de 75 % das equipes utilizaram o instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAC). No segundo ciclo (2013/2014) 93,6% dos municípios aderiram ao programa (Figura 10) (Ministério da Saúde, 2012, PINTO *et al*, 2012).

Figura 10 - Adesão ao PMAQ- 1º ciclo e 2º ciclo, Brasil, 2013.



Fonte: Ministério da Saúde, apresentação realizada durante Seminário Internacional -Brasil e Portugal, Junho, 2012.

Este fato demonstra o interesse das equipes em utilizar instrumentos que permitam identificar, reconhecer e priorizar suas principais limitações e dificuldades, assim como os avanços relacionados à ampliação do acesso e melhoria da qualidade na atenção básica (PINTO *et al*, 2012)

Contudo, ressalta-se a necessidade de realização de outros estudos, visto que o programa ainda é recente, inovador e de prioridade nacional, em prol da melhoria da APS brasileira.

3.5 Experiências nacionais de contratualização na APS

3.5.1 A experiência do município de Curitiba

O Município de Curitiba possui uma trajetória de sucesso com a implantação da ESF como modelo predominante na APS e desde 2002 utilizam a avaliação de desempenho e a contratualização de metas como ferramenta de gestão para as

equipes de saúde da família. Tal iniciativa tem apresentado resultados satisfatórios nos indicadores de saúde e de satisfação da população³³.

A proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) em Curitiba teve, em sua origem, as influências institucionais de municípios brasileiros que já estavam trabalhando com posturas da Medicina Comunitária. O processo histórico de construção do modelo de organização da atenção primária também foi influenciado pelas diretrizes da Conferência de Alma-Ata, a qual orientou o embasamento conceitual adotado, sedimentou as determinações política, administrativa e técnica, cujas repercussões de continuidade configuram até hoje (CURITIBA, SMS, 2008, 2009; CHOMATAS *et al*, 2013). A implantação do primeiro projeto na APS ocorreu em 1979 (CURITIBA, SMS, 2008).

As principais características da estruturação dos serviços de saúde eram: todas as unidades de saúde estavam localizadas na periferia da cidade, atendendo a uma população mais vulnerável às situações de risco; desenvolvimento de atividades de medicina preventiva e curativa; baixa expressão da participação comunitária organizada; nenhuma articulação formalizada com outras instâncias de serviços de saúde no município; participação da Secretaria do Estado da Saúde e Bem-Estar no provimento de vacinas, exames laboratoriais e medicamentos, que eram repassados ao município.

A política municipal optou pela estruturação de uma rede de atenção primária que representasse não apenas a extensão de cobertura dos serviços de saúde, mas um significativo impacto junto à população a ser beneficiada, corrigindo as distorções existentes no setor, incluindo as seguintes questões: a) democratização da atenção médica; b) extensão de cobertura e hierarquização dos níveis de atenção; c) medicina integral; d) participação comunitária; e e) delegação de funções na equipe (CURITIBA, SMS, 2009).

³³ A Secretaria Municipal de Saúde/ Departamento de Atenção Primária do município de Curitiba esteve presente no Seminário internacional Inovações na Atenção primária: lições apreendidas Brasil e Portugal, realizado no Rio de Janeiro, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em junho de 2013, com a exposição de experiência sobre “O papel da remuneração Variável na Atenção primária em Curitiba”, proferida pela Dr. Paulo Poli Neto.

Desde o início, a organização dos serviços foi pautada pela territorialidade, responsabilização das unidades de saúde junto às áreas de maior vulnerabilidade social, priorizando-se a alocação dos equipamentos de saúde nas comunidades que exerciam maior participação e reivindicação popular.

Por outro lado, os equipamentos e serviços, coordenados na época pela Secretaria Estadual de Saúde e INAMPS, agregavam mais recursos de infraestrutura para atenção à saúde dos seus beneficiários e, ao mesmo tempo, situavam-se na área central ou bairros mais importantes economicamente da cidade, servindo uma população específica.

Em 1985, foi assinado o convênio com o governo federal das Ações Integradas de Saúde (AIS), implementando-se o repasse de recursos financeiros ao município, contribuindo para a expansão das unidades de saúde, a melhoria da infraestrutura assistencial e o incremento do apoio laboratorial (ampliação do laboratório próprio) e da disponibilidade de medicamentos para a Atenção Básica (PARANÁ, 1991). Neste momento também foi realizado concurso público para todas as categorias profissionais (CURITIBA, SMS 2008, 2009).

O marco político da VIII Conferência Nacional de Saúde e seus desdobramentos culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, via Constituição Federal, o que determinou instrumentalidade legal, política e financeira para o processo de municipalização e implementação da política de saúde, já em andamento na prática em Curitiba. Foi uma década de consolidação e expansão da Rede Municipal de Saúde em Curitiba, que em 1989 já contava com 53 Unidades de Saúde e 34 clínicas odontológicas, na sua maioria funcionando em estrutura construída pela prefeitura (CURITIBA, SMS, 2008).

Também foi nesse momento de municipalização da saúde que se desenvolveu uma participação expressiva de trabalhadores de saúde, movimentos populares e entidades privadas, no sentido de dar legitimidade à política setorial necessária aos embates de correlação de forças com as estruturas centralizadoras das instâncias federal e estadual.

Nesse momento histórico, a Secretaria Municipal da Saúde, realizou, no ano de 1991, sua primeira Conferência Municipal, num contexto de articulação e

legitimidade que incluía o início do processo de municipalização da saúde com o tema central “A Prática da Saúde no Município”. Após o debate foi constituído o Conselho Municipal de Saúde.

A partir da conferência e das diretrizes da política municipal de saúde, como estratégia de descentralização político-administrativa, determinou-se o início de uma profunda reforma na estrutura de gestão administrativa dos serviços de saúde na cidade. Na sequência, deu-se a implantação de 7 Núcleos Regionais de Saúde, que passaram a ser responsáveis pela organização do gerenciamento descentralizado da saúde (CURITIBA, SMS, 2008, 2009).

Em 1992, o município inicia a implantação da ESF, inicialmente na Unidade de Saúde (US) Pompéia, e depois na US São José. Assim foram construídas as primeiras experiências de integralidade da atenção à Saúde da Família, como uma estratégia de consolidação da APS, voltada prioritariamente às áreas periféricas da cidade. Nesse período, aconteceu também a fusão dos Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas em Unidades Municipais de Saúde e o processo seletivo interno para as funções das gerências distritais e chefias locais das unidades de saúde, as chamadas Autoridades Sanitárias Locais (CURITIBA, SMS, 2008).

Inicia-se nesse ano concomitantemente, sob coordenação da OPAS, oficinas de territorialização, instituindo o processo de descentralização político-administrativa da saúde com a criação dos Distritos Sanitários e a implantação dos sistemas locais de saúde, determinando-se a direção e estruturação do sistema municipal de saúde. A grande ênfase desse período era a reorientação do modelo de atenção, através da construção social de um novo sistema de saúde.

Essas estruturas favoreceram a lógica da descentralização da saúde, em 1994, com a implantação dos distritos sanitários, estratégia de deslocamento de poder para a gestão local, legitimando o processo de distritalização da Secretaria Municipal da Saúde.

Em 1995 a SMS se habilita à Gestão semi-plena do SUS. Destaca-se a estruturação da Central de Marcação de Consultas Especializadas e Central de Atendimento aos Usuários, como uma estratégia de encaminhamento e

resolutividade da Atenção Básica, e a criação de um espaço de expressão da manifestação do controle social do SUS no município.

Algumas unidades de saúde avançaram nas estratégias de participação da comunidade no planejamento local e na constituição da vigilância à saúde sobre um espaço-população sob sua responsabilidade, para reverter os indicadores epidemiológicos sociais. Nesse sentido, reforçavam o consenso de que “Curitiba já vinha construindo há décadas um padrão consciente e planejado de política de saúde. Esta política sempre teve uma linha, um fio condutor de direcionalidade estratégica, que sobreviveu a vários governos e atores sociais” (PEDOTTI; MOISÉS, 2000, p. 10).

A política municipal de saúde, nesse momento, concebeu uma prática voltada à prevenção e promoção da saúde que deveria aliar-se às ações de assistência em um sistema de saúde que demandava novas responsabilidades. A rede básica de serviços, implementada a partir de nova base político-gerencial, envolvia papéis mais firmes da SMS com relação à assistência secundária e terciária, incorporados à responsabilidade do município pela gestão do SUS.

Em 1995, realizou-se a 3ª Conferência Municipal de Saúde com o tema: “Saúde e Qualidade de Vida”. Nesse momento, havia uma ênfase no trabalho de saúde, valorizando-se programas de melhoria da qualidade das habitações, saneamento básico, hábitos de vida saudável, entre outros. No plano de políticas de formação de recursos humanos, destacou-se a realização do curso de Especialização de Gerência em Saúde Coletiva, com enfoque na Gestão de Unidade Básica de Saúde — GERUS, para todo o grupo de autoridades sanitárias locais da SMS, aproximadamente 100 gestores.

Em 1996, Curitiba assinou o convênio do PSF com o Ministério da Saúde, possibilitando a ampliação do número de equipes do PSF. Nesse momento, as lideranças das comunidades onde se localizavam as unidades básicas iniciaram, junto com as equipes de saúde, um processo de mobilização no sentido de transformar essas unidades em unidades do PSF (CURITIBA, SMS, 2009).

No plano dos debates para consolidar o sistema público de saúde no município, aconteceu em 1997 a 4ª Conferência Municipal de Saúde, cujo tema,

“Sistema Único de Saúde — SUS: Saúde Pública com Qualidade”, demonstrava a busca pelo aprimoramento do sistema, por meio da qualidade na prestação dos serviços, entendida como uma tarefa coletiva da gestão municipal, dos conselheiros de saúde e de toda a sociedade.

Em 1998, a SMS assume o modelo de Gestão Plena do SUS conforme a NOB-96. Houve significativa redefinição do financiamento, ampliando-se a transferência de recursos financeiros fundo a fundo e a criação do Piso de Atenção Básica — PAB, que mudou a lógica do sistema. A partir desse momento, fortaleceu-se a capacidade política do sistema municipal, consolidando-se como Gestor Único do SUS, com impacto na implementação de um conjunto de programas priorizados pelo Plano Municipal de Saúde.

No campo da implementação do debate e da prática da política de saúde, realiza-se em 1999 a 5ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema “SUS no Terceiro Milênio em Defesa da Vida”, novamente confirmando uma tendência de preocupação da gestão pública com os princípios universais contidos no SUS, que orientam a política municipal de saúde. Em 1999, estavam implantadas 29 Unidades de Saúde da Família com 44 equipes ESF e ESB. Neste mesmo ano foi implantado o inovador Programa Mãe Curitibana, organizando uma rede integrada de atenção à saúde materno-infantil.

No ano 2000, considerando a perspectiva do processo político da SMS, deu-se a transformação, para o PSF, de todas as unidades básicas do Distrito Sanitário Bairro Novo, que se tornou o primeiro distrito sanitário brasileiro estruturado com uma base hegemônica de Unidades do Programa de Saúde da Família, passando a constituir a porta de entrada do sistema hierarquizado de serviços de saúde lá existentes (CURITIBA, SMS, 2009).

No ano de 2002, a SMS estabeleceu os primeiros contratos de gestão com os Distritos Sanitários (DS) e Unidade de Saúde (US), denominado Termos de Compromissos (TERCOM), pelos quais são realizadas as pactuações de metas de indicadores de cobertura da atenção básica a serem alcançadas com gestões distritais e cada US de Atenção Básica e PSF. Baseado na negociação, considerando a capacidade instalada e as peculiaridades do território, os termos são

operacionalizados através dos Planos Operativos Anuais (POA), ferramenta importante de gestão para o aperfeiçoamento do processo de trabalho, permitindo o monitoramento e a avaliação dos resultados pelos profissionais (CURITIBA, SMS, 2009).

Os contratos estão baseados em quatro variáveis: os objetivos dos serviços de saúde contidos nos planos de saúde, as evidências e custo-efetividade das tecnologias de saúde, a disponibilidade e capacidade de ajustar a oferta de serviços de saúde, as necessidades, demandas e expectativas dos cidadãos (DITTERICH *et al*, 2012).

O cumprimento do TERCOM é composto por mecanismos de monitoramento, avaliação e um sistema de incentivos chamado Incentivo ao Desenvolvimento de Qualidade (IDQ). Esse incentivo abrange o preenchimento de 4 planilhas de avaliações com diferentes pesos: uma avaliação individual(peso=45%), a auto-avaliação (peso=5%), a avaliação da unidade de saúde (35%) e a avaliação da comunidade (15%) (POLI NETO, 2013).

Segundo alguns autores, o sistema de avaliação implementado é inovador, pois possibilita mudanças de postura dos profissionais, que passam de passivos para ativos, em uma gestão orientada por resultados. Relatam melhoria importante de desempenho quantitativo e qualitativo dos serviços e dos indicadores de saúde com a descentralização da gestão e maior responsabilidade dos gestores locais (DITTERICH *et al*, 2012, CHOMATAS *et al*, 2013, POLI NETO,2013).

Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba vem trabalhando para implementar um novo modelo de atenção através das seguintes diretrizes (POLI NETO,2013):

- Expansão da ESF para toda a rede de serviços,
- Vinculação dos usuários através de lista de pacientes e não por área de abrangência,
- Ampliação da carteira de serviços,
- Qualificação profissional e
- Atenção centrada na pessoa

Também vem sendo discutida uma nova proposta de remuneração variável podendo representar um incremento de até 17 % ao salário do profissional e contemplaria 4 critérios de avaliação com pesos diferenciados (POLI NETO, 2013) :

- Organização dos processos focados nos usuários (40% - avaliação da equipe),
- Usuário como centro do processo (30% - avaliação da equipe),
- Vínculo, competência, habilidade e atitude (20%- avaliação individual) e;
- Ambiência e organização da unidade de saúde (10%- avaliação da unidade de saúde).

A rede de atenção primária do município de Curitiba tem demonstrado esforços para a consolidação da efetividade do programa. O município apresentou a menor taxa da história na redução da mortalidade infantil entre as capitais brasileiras, a classificação da cobertura vacinal infantil como a mais eficiente e a inexistência de casos locais de dengue (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2009). Também tem apresentado taxas representativas de reduções das internações hospitalares por condições sensíveis a APS, e apresentado resultados satisfatórios quanto aos princípios orientadores da APS (NESCON, 2012, CHOMATAS *et al*, 2013).

Certamente estudos serão necessários para aprofundar o novo modelo de avaliação de desempenho e remuneração variável para a ESF que vem sendo proposto e também sobre os resultados alcançados à população com as medidas de qualificação implementadas para a APS no município de Curitiba.

3.5.2 A Experiência de Minas Gerais

A experiência do Estado de Minas Gerais vem sido citada por alguns autores com ineditismo, quanto aos conceitos e práticas de gestão por resultados no sistema de saúde público brasileiro (DITTERICH, 2012, QUEIROZ & CKACNAZARROFF, 2010).

O exemplo do município de Belo Horizonte também foi citado em um painel de discussão dedicado as experiências de utilização de ferramentas de gestão utilizando o pagamento por desempenho para as ESF, durante o 11º Congresso

Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade realizado em Brasília em 2011 (HARRIS, 2011; CBMFC, 2011).

O Estado de Minas Gerais implementou em 2003 uma política de governo denominada “choque de gestão”. O plano estabeleceu metas até 2023, incluindo novos modelos de gestão e a modernização do aparato institucional, diante de um cenário caótico de déficit fiscal, ausência de legitimidade de governo perante a sociedade e a própria máquina administrativa. O plano estratégico foi dividido em duas fases: a primeira ocorrida entre 2003 e 2006 e a segunda entre 2007 e 2010, ambas direcionadas a práticas gerenciais focadas para a gestão por resultados.

QUEIROZ & CKACNAZARROFF (2010) ao analisarem os aspectos implicados com a introdução do choque de gestão no governo mineiro ressaltaram a introdução de “melhorias processuais voltadas para os resultados” de aspecto inovador, uma vez que, a metodologia modificou sistematicamente a rotina de trabalho dos servidores que tiveram que agregar a sua atividade habitual, o cumprimento de metas diante de um monitoramento rigoroso (p.694, 2010).

O contrato de gestão é baseado na pactuação de indicadores de desempenho, direcionado a cada órgão do poder Executivo do governo. O processo de avaliação é realizado por uma comissão específica, e de acordo com os resultados alcançados, os servidores públicos recebem uma bonificação anual (DITTERICH, 2012).

As ações no âmbito da saúde se distribuem em várias áreas, sobretudo na expansão da ESF, concentrando-se fortemente no programa intitulado “Vida saudável” que tem como objetivos estratégicos: a universalização do acesso à APS, a redução da mortalidade infantil e materna, a ampliação da longevidade da população adulta, o aumento da eficiência alocativa do sistema de atenção à saúde e a ampliação do acesso ao saneamento básico.

3.5.3 A experiência do município do Rio de Janeiro

O caso do Município do Rio de Janeiro (RJ)³⁴ é interessante de se colocar devido aos acontecimentos ocorridos nos últimos 5 anos, com a implantação da Reforma da Atenção Primária iniciada em 2009, conduzindo a expansão da Estratégia Saúde da Família no município.

A Reforma da APS no município baseia-se no modelo da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) implementado em Portugal, definindo a ESF como centro de mudança. Dados do município do RJ de Dezembro de 2008, apontavam uma baixa cobertura de ESF, apresentando apenas 3,5% da população coberta, e em 2009 a situação permanecia para menos de 5% , coexistindo com uma rede centrada em unidades básicas tradicionais, policlínicas de especialidades e postos e centros de saúde de diversas composições(RIO DE JANEIRO, 2013, BRASIL, 2013).

O município tinha um dos maiores gastos per capita em saúde do país, com os piores indicadores de saúde e o menor financiamento público municipal entre as capitais no Brasil (SMS, RJ, 2013). O RJ também recebeu a pior pontuação entre os municípios das capitais e a terceira pior colocação na análise dos Estados realizada pelo IDSUS entre 2008-2010 (MEDICI, 2011).

A reforma foi instituída no município em 2009 através da ampliação da rede de serviços na APS, com a criação das clínicas de família. Até dezembro de 2012, o RJ registrou a implantação de mais de 800 equipes de saúde, garantindo cobertura para aproximadamente 40 % da população (RIO DE JANEIRO, 2013, BRASIL, 2012, HARTZHEIM E et al,2013).

Segundo SORANZ (2013) “a expansão da ESF em tão pouco tempo na cidade do RJ representa a maior estratégia de inclusão social em andamento,

³⁴ O município do Rio de Janeiro participou do Seminário internacional- *Inovações na Atenção Primária: lições aprendidas Brasil e Portugal*, realizado, na UERJ no Rio de Janeiro em maio de 2013. A Superintendência de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da saúde apresentou a experiência do RJ com o Panorama da Atenção Primária e a Reforma que vem sendo instituída no município, a palestra foi realizada pelo Dr. Daniel Soranz (Superintendente de Atenção Primária).

desenvolvida por uma capital do Brasil, garantindo assistência para dois milhões e meio de cariocas”.

A reforma contemplou os seguintes eixos: a expansão das unidades de saúde, a melhoria da infraestrutura das UBS, o fornecimento de uma carteira básica de serviços, a ampliação do número de equipes básicas e equipes matriciais, a regulamentação de um sistema de regulação para os serviços de referência (SISREG), a implantação de unidades de pronto atendimento (UPA) de suporte à APS, o investimento na criação de um laboratório em redes de observatório de informação, tecnologias, comunicação em saúde (OITCS), formação e qualificação profissional através de estratégias de educação permanente, incentivo à realização de cursos de especialização, como o mestrado profissional e a residência em saúde da família em parceria com instituições renomadas (ENSP/Fiocruz) para os profissionais das unidades municipais (RIO DE JANEIRO, 2013, BRASIL, 2013, HARZHEIM *et al*,2013).

A reforma trouxe como proposta inovadora também a alteração do sistema de remuneração dos profissionais da APS, implementando “o pagamento por desempenho” para as equipes de saúde da família. O modelo teve a influência de algumas experiências como: o modelo implementado na reforma em Portugal, o modelo inglês do NHS (1991-2000), e a experiência prévia do próprio município em 1995 com a gratificação de desempenho e produtividade.

A gratificação de Desempenho e produtividade utilizada no município desde 1995 contemplava uma avaliação baseada em 11 indicadores de produtividade e desempenho para a rede hospitalar e 13 indicadores para a rede básica de saúde (Lei nº2285 de 06/01/1995).

O novo modelo de “Pagamento por Desempenho” proposto com a reforma contempla três variáveis, sendo estabelecidos os seguintes critérios (RIO DE JANEIRO, 2013):

Variável 1- indicadores de cumprimento da gestão- relacionados à infraestrutura, reposição de insumos, materiais, equipamentos, acompanhamento e monitoramento dos indicadores, alimentação dos bancos dos sistemas de informação municipais e nacionais, entre outros de responsabilidade da gestão.

Variável 2- contempla os indicadores de produção no âmbito da equipe de saúde da família. Com uma matriz de 18 indicadores agrupados pelas seguintes orientações: acesso (4), desempenho assistencial (8), satisfação dos usuários (1) e custo-efetividade (5). A contratualização de metas é realizada com as equipes após processo de negociação, e o valor repassado por equipe com alcance dos resultados, pode chegar até R\$ 3000,00 ao ano, devendo ser aplicado na própria unidade de saúde.

Variável 3- Corresponde a variável que contempla um incremento salarial aos profissionais (10% salário base a cada mês). Os profissionais são avaliados trimestralmente em grupo para cada equipe de SF, levando-se em consideração as especificidades locais e o perfil epidemiológico de cada região.

Em recente pesquisa avaliativa realizada sobre os aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas de família no RJ os dados das USF demonstraram resultados satisfatórios quando comparados as UBS tradicionais, quanto à expansão dos serviços, a oferta e utilização de consultas espontâneas e programadas adequadas, acarretando maior acesso aos usuários (HARZHEIM E *et al*,2013).

Convém ressaltar que por ser uma iniciativa recente ainda carece de novos estudos para melhor avaliar os resultados alcançados, principalmente após a introdução do pagamento por desempenho para a qualificação da APS no RJ.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 A pesquisa

O estudo de caso como modalidade de pesquisa é entendido como uma metodologia ou a escolha de um objeto de estudo definido de interesse em casos individuais. Visa à investigação de um caso específico, delimitado, contextualizado no tempo e lugar, para que se possa realizar uma busca aprofundada de informações. Permite que um aspecto sobre um problema seja estudado em profundidade dentro de um período de tempo limitado. Além disso, parece ser apropriado para investigação de fenômenos quando há uma grande variedade de fatores e relacionamentos que podem ser diretamente observados e não existem leis básicas para determinar quais são importantes (VENTURA, 2007).

Os estudos de caso correspondem à estratégia de pesquisa abrangente, alicerçada em diversas fontes de informação e de evidências que devem convergir para responder a perguntas de investigação e explanação do como e por que (YIN, 2005). Permitem a compreensão abrangente do grupo ou tema em estudo e o desenvolvimento de análises teóricas mais gerais sobre regularidades dos processos e das estruturas sociais, considerando as múltiplas inter-relações dos fenômenos observados (BECKER, 1997).

YIN (2005) comenta que *“os estudos de caso são adequados principalmente ao estudo de fenômenos sociais complexos contemporâneos, ao possibilitar a análise de situações em que há muitas variáveis de interesse e ao preservar características holísticas dos acontecimentos da vida real (YIN, 2005:34-5). Para (VENEY & KALUZNY, 1991:124), são apropriados para explicar as dinâmicas das organizações e as inter-relações entre a implementação e os resultados de programas sociais e de saúde.*

Uma importante característica é possibilitar a explicação das relações entre a implementação e os efeitos de um programa, indicando prováveis vínculos causais em intervenções da vida real, complexas demais para outras estratégias de pesquisa. Estudos de caso constituem a estratégia de avaliação mais efetiva quando

seu propósito é prover informação para a decisão, que pode ser melhor produzida a partir de uma visão panorâmica de determinado programa e para o caso de programas ou projetos em implantação em que os processos de avaliação não foram planejados, não tendo sido estabelecidos grupos de comparação (VENEY E KALUZNY, 1991:120).

Alguns autores consideram que estudos de caso são ferramentas particularmente úteis quando avaliadores e implementadores querem conhecer o completo funcionamento de um programa, pois permitem visão abrangente, ao prover informações detalhadas e conhecimento extensivo do mesmo.

4.1.1 Natureza

Trata-se de pesquisa com abordagem predominantemente qualitativa, voltada para avaliação de processo, utilizando como estudo de caso o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP) e a metodologia de Contratualização utilizada na APS em Portugal.

4.1.2 Cenário de estudo e unidade de análise

A realização de intercâmbio em Portugal possibilitou a aproximação com os participantes do processo de implantação e funcionamento do SIADAP e conhecimento sobre a metodologia de contratualização utilizada nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

O estudo teve como cenário a região de Lisboa e Vale do Tejo em Portugal onde se desenvolveu a pesquisa de campo. Foram realizadas visitas em 5 (cinco) ACES.

Os agrupamentos foram selecionados previamente com o co-orientador levando-se em conta a possibilidade de deslocamentos até as unidades, a disponibilidade da equipe em receber o pesquisador e também possibilitar a participação na pesquisa, e o quantitativo de dirigentes disponíveis para as entrevistas.

4.2 Métodos e procedimentos

Para o desenvolvimento dos objetivos da pesquisa, foram utilizados métodos e técnicas de pesquisa de abordagem qualitativa que envolveu: análise bibliográfica e documental com coleta de documentos expedidos pelo governo de Portugal sobre a reforma da APS, bem como estudos e pesquisas realizadas na área, realização de entrevistas com aplicação de questionários estruturados com os dirigentes dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) selecionados e profissionais de saúde que participam do processo de contratualização, e avaliação de desempenho nas unidades. As etapas são descritas a seguir.

4.2.1 Levantamento e análise bibliográfica e documental

Para contextualizar e atender os objetivos do estudo em analisar o sistema nacional de saúde português quanto as suas condicionalidades no processo de implantação do sistema de avaliação de desempenho profissional e contratualização da gestão na atenção primária foi realizado um levantamento de documentos expedidos pelo Governo disponibilizados pela Direção Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), pela Direção Geral da Saúde (DGS), Ministério da Saúde e Alto Comissariado da Saúde. As normas, os decretos e portarias vigentes para os Cuidados de Saúde Primários foram consultadas.

O levantamento bibliográfico também se apoiou na busca sistemática de artigos científicos mais recentes na área, citando os trabalhos de Lapão (2005,2008); Lapão e Dussault (2011, 2012), Pisco (2011), Rocha e Sá (2011), Santos (2012), Biscaia (2006), Biscaia e Col. (2008), Miguel e Sá (2010), Sousa (2009), Ramos (2001), e também através de leitura de teses e dissertações disponíveis no portal da capes periódicos e repositório da Universidade Nova de Lisboa, bem como relatórios disponibilizados pelo Observatório de Saúde Português e Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.

Quanto à legislação e normas vigentes no país sobre o SIADAP, utilizei os instrumentos normativos como: Lei n.º 66-B/2007 de 28 de Dezembro, Portaria n.º

1633/2007 de 31 de Dezembro, ofício circular nº13/GDG/2008 e normas circulares de atualização do sistema que vem sendo implementadas. Para a contextualização histórica da APS em Portugal o trabalho levou em consideração a legislação expedida ao longo do período de 1990 até 2012, como normas, decretos, portarias e artigos científicos disponíveis na literatura sobre o tema.

Quanto a análise sobre a estruturação e organização das unidades foram examinados os instrumentos normativos como: resoluções, decretos de lei e despachos, a citar a Resolução de Conselho de Ministro nº157/2005 que criou a estrutura de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, o despacho Normativo nº09/2006 que aprovou o regulamento de implantação das Unidades de Saúde Familiar, o Decreto de lei nº 28/2008 que criou os Agrupamentos de Centros de Saúde como uma nova estrutura de gestão.

Antes de iniciar o trabalho de campo, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovada sob o parecer de número 153.996. O projeto de investigação também foi submetido ao Comitê de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) a fim de aprovação para realização das entrevistas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) escolhidos.

4.2.2 Entrevistas com os dirigentes dos agrupamentos de centros de saúde

Os questionários para coleta de dados junto aos dirigentes de saúde foram elaborados após a revisão da literatura, buscando-se contemplar nas perguntas realizadas os dados necessários para atingir os objetivos da pesquisa. Algumas questões referentes ao SIADAP foram adaptadas para o estudo do questionário de pesquisa utilizado por Felix e colaboradores (2010) (Apêndice C). O questionário foi elaborado e formatado utilizando a plataforma web 2.0, através da ferramenta disponibilizada denominada Google docs³⁵.

³⁵ A plataforma Google Docs Inicialmente chamado de Writely, foi lançado em 2007, e permite ao usuário inserir e editar documentos em uma plataforma online, com a opção de compartilhar o

O questionário continha 5 (cinco) blocos temáticos distribuídos da seguinte forma:

Bloco A- Perfil e trajetória do profissional entrevistado: sexo, idade, profissão, tempo de formação, tempo de trabalho na saúde e função pública e nível de especialização na área de gestão– para descrever as características predominantes nos dirigentes das unidades;

Bloco B- Opinião sobre a utilização do SIADAP na organização de saúde: para saber sobre a utilização do SIADAP na unidade de saúde, se o dirigente recebeu alguma formação específica para implantação do sistema, a sua opinião sobre os indicadores utilizados, e os aspectos positivos e negativos destacados com a implantação do SIADAP nos serviços bem como a utilização de sistema de informação próprio para a avaliação.

Bloco C- A aplicação do SIADAP para os dirigentes de Saúde: para saber se o desempenho do dirigente já foi avaliado, se o processo de avaliação foi bem desenvolvido, se houve dirigentes avaliados como excelentes, se as avaliações foram disponibilizadas para conhecimento de todos, se participou da definição de objetivos e competências de avaliação, se foram realizadas reuniões para abordagem e definição do processo de avaliação.

Bloco D- Opinião sobre a metodologia de Contratualização com as Unidades de Saúde Familiar: avalia-se a opinião sobre o contributo do processo de contratualização para os Cuidados de saúde Primários se positivo ou negativo ou sem impacto e também a sua relação com os indicadores contratualizados com a ARS.

conteúdo com sua lista de contatos do Gmail ou outros. Sua função básica é ser um programa de edição de planilhas e textos com compartilhamento em rede. Refere-se a um pacote de aplicativos com funcionamento baseado na plataforma da internet (Browser). Sua composição engloba um editor de formulário, planilha, apresentação e texto. O recurso é muito popular, gratuito e utilizado, devido a sua capacidade de portabilidade dos documentos e edição remota, de qualquer local é possível alterar ou incluir dados nas planilhas criadas, e automaticamente todos os usuários receberão a atualização por e-mail. É uma ferramenta muito útil para criar e analisar enquetes. Existe ainda a opção de converter os documentos no formato PDF, e obter resultados em formatos gráficos de questionários e/ou formulários respondidos. Disponível em <http://www.infoescola.com/informatica/google-docs/> [acesso em 20.01.2013].

Bloco E- Avaliação do Processo Operacional: Pretende-se conhecer os principais entraves e desafios para operacionalizar o SIADAP para os profissionais, os aspectos relevantes que gostaria de enfatizar com a implantação ou não implantação do SIADAP e avaliar os principais entraves e resultados para o cumprimento dos objetivos do processo de contratualização com as equipes. Argumenta-se sobre percepção da qualidade organizacional da unidade as pretensões e percepções individuais sobre o sistema de saúde atual.

Antes da aplicação definitiva o questionário foi submetido a teste piloto para validação junto aos dirigentes do ACES Oeste Norte em Lisboa, Portugal, estes não foram incluídos na pesquisa. Em todas as entrevistas realizadas foi utilizado o Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D).

4.2.3 Entrevistas com informantes - chave sobre o processo do SIADAP

De acordo com o planejamento e opções metodológicas escolhidas para o desenvolvimento da pesquisa, optamos também por escolher um ator externo, interveniente no processo de mudança organizacional, para abordar o SIADAP em Portugal, seguindo um roteiro pré-estabelecido para realização da entrevista (Anexo E).

O entrevistado foi selecionado por ser um acadêmico, professor de uma conceituada universidade em Lisboa, que vem acompanhando os processos de gestão da reforma da administração Pública em Portugal desde 2004. Também por ter participado como instrutor nas capacitações de dirigentes para a implantação do SIADAP nas unidades de saúde familiar visitadas.

Pretendia-se com esse instrumento corresponder aos seguintes objetivos da investigação:

- Analisar o contexto geral (motivação, lógica e estratégia) e as condicionalidades de implantação do sistema de avaliação profissional (SIADAP) no âmbito da atenção primária à saúde;
- Identificar os fatores facilitadores e limitantes na implantação do processo de gestão na atenção primária;

- Identificar as ferramentas utilizadas para o monitoramento dos profissionais
- Identificar a percepção dos dirigentes e trabalhadores de saúde nos Agrupamentos de Centros de Saúde(ACES) sobre a metodologia utilizada.

4.2.4 Análise dos resultados

Para a análise das entrevistas utilizei a metodologia com base no método de análise de conteúdo (BARDIN, 2007). As etapas seguidas para realização da análise foram as seguintes:

Pré-análise: organização do conteúdo obtido a fim de sistematizar as ideias iniciais. Realizada leitura flutuante para identificação das categorias de análise – de acordo com o proposto pelo método de análise de conteúdo - tanto das falas da entrevista, quanto das respostas obtidas nos questionários com os dirigentes.

Exploração do material: nesta fase foi realizada a codificação das categorias e agrupamento dos trechos de fala por categoria, ou seja, buscando-se os elementos essenciais (temas) que correspondiam às categorias previamente definidas.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: a partir da análise das falas foi identificado a pertinência e o confronto entre estas e o referencial teórico que fundamentou o estudo, buscando inferências e interpretações a propósitos dos objetivos previstos, ou a respeito de descobertas inesperadas.

Para análise dos questionários aplicados aos 12 dirigentes selecionados das USF, a utilização da ferramenta “*Google Docs*”, possibilitou agregar todas as variáveis respondidas no questionário, assim como tabular e fazer as representações gráficas dos resultados referentes a cada bloco de entrevistas: perfil e trajetória profissional do dirigente, utilização do SIADAP na organização de saúde, aplicação do SIADAP para os dirigentes de saúde, opinião sobre a contratualização com as USF e avaliação do processo operacional.

5. ESTUDO DE CASO

A realização de um estudo de caso através do intercâmbio possibilitou a análise do sistema de saúde português, com uma maior aproximação de pesquisadores, gestores, executores e participantes do processo de implementação do sistema de avaliação e contratualização nas USF, durante a realização da pesquisa de campo³⁶.

Para atingir os objetivos da pesquisa o plano de trabalho envolveu as seguintes atividades: planejamento e detalhamento do percurso metodológico no país e revisão bibliográfica dos documentos oficiais disponibilizados pelo Governo Português sobre o sistema de avaliação de desempenho e Contratualização dos ACES/ USF; elaboração, adaptação e revisão dos instrumentos de coletas de dados, escolha das unidades de saúde a serem visitadas no país (no caso os ACES) e dos informantes - chave (Diretores executivos, coordenadores de USF, responsáveis pelas UAG), definição do roteiro do percurso de visita, convite, agendamento e realização das entrevistas com os dirigentes selecionados, consolidação e análise dos dados coletados; verificação e confirmação de dados de acordo com a bibliografia consultada.

Durante todo o período de intercâmbio, as atividades acadêmicas disponíveis para participação, como simpósios, congressos, jornadas, aulas expositivas, seminários, entre outras, foram realizadas pelo pesquisador no intuito de aprimoramento teórico e científico para a pesquisa. A pesquisadora também participou de aulas e exposição de trabalhos nas disciplinas coordenadas pelo co-orientador, e em eventos científicos na área de interesse do estudo. Convém ressaltar que o estudo foi apresentado em eventos científicos ao longo de sua trajetória a citar: Conferência EHMA realizado em Milão, 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade em Belém/PA, II Congresso Brasileiro de gestão,

³⁶ O estudo contou com financiamento de bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através da modalidade Doutorado- sanduíche, por um período de 6 meses, que ocorreu de setembro de 2012 até março de 2013.

política e planejamento realizado em Belo Horizonte/MG. Também foi submetido e aceito um artigo científico para publicação na revista da Abrasco.

Após o retorno ao Brasil, o estudo foi contemplado em um projeto do CNPq/ carta acordo OPAS de apoio à realização de eventos científicos, sendo realizado em maio de 2013 na cidade do Rio de Janeiro um Seminário Internacional intitulado *“Inovações na Atenção Primária à Saúde- Lições apreendidas Brasil e Portugal”*, que contou com a participação de aproximadamente 200 pessoas interessadas sobre o assunto.

Nesta ocasião, pesquisadores, gestores e profissionais de saúde dos dois países discutiram sobre os principais desafios ainda encontrados para a gestão de recursos humanos na área da atenção primária à saúde que merecem ser avaliadas, afirmando a pertinência sobre a discussão proposta nesta tese.

5.1 A caracterização do modelo de saúde português

5.1.1 O sistema nacional de saúde português

O Sistema de Saúde português é desde 1979, baseado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) caracterizado como um serviço público, com cobertura universal, equitativo, tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, financiado por impostos e taxas moderadoras. Porém, existem subsistemas paralelos no país tais como, seguros de saúde de voluntariado privados e regimes de seguro sociais especiais para determinadas profissões. Estima-se que entre 20 a 25% da população seja coberta por subsistemas de saúde, 10% em seguros privados e outros 7% em fundos mútuos (BARROS, SIMÕES, 2007).

Desde 2005, a atenção primária vem sendo reestruturada a fim de melhorar a qualidade e acessibilidade ao sistema nacional de saúde. Ainda assim, algumas barreiras de acesso parecem existir. Por exemplo, em 2007, o Ministério da Saúde publicou um relatório, comunicando a imprensa, que se estimava que cerca de 750 000 habitantes (aproximadamente 7% da população) ainda não tinham médico de

família, portanto não estariam vinculados a nenhuma lista de médicos na atenção primária no país (BARROS, SIMÕES, 2007).

Ao longo do tempo, a evolução do sistema de saúde português foi marcada por mudanças no contexto social, político e religioso, associadas a diferentes épocas, assim como ocorreu em outras regiões do Mundo.

Pode-se dizer que Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente, a citar: democratização e descolonização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), em um ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

São caracterizados quatro períodos distintos, que correspondem a quatro agendas políticas: (1ª) antes dos anos 70, (2ª) do início dos anos 1970 a 1985 – estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), (3ª) de 1985 a 1995 – regionalização do SNS e novo papel para o setor privado e (4ª) de 1995 a 2002 - uma Nova Gestão Pública (NGP)- “New Public Management” para o SNS. No Apêndice I são apresentados alguns dispositivos legais importantes de acordo com o período histórico de criação e evolução do SNS até os dias de hoje (PORTUGAL, 2012, BRANCO, RAMOS, 2001).

Com relação a sua organização, distribuição e administração a nível territorial, o país é dividido em cinco regiões de saúde que são designadas como Administração Regional de Cuidados de Saúde (ARS), sendo responsáveis por estabelecerem o contato entre o nível local e o Ministério da Saúde, para implementação dos objetivos das políticas nacionais de saúde. O planeamento e a regulação são executados pelo nível central, o Ministério da Saúde (MS).

O MS tem por missão definir e conduzir a Política Nacional de Saúde no que tange a regulação, organização e gestão global do sistema, garantindo uma aplicação e utilização dos recursos e avaliação dos seus resultados (PORTUGAL, 2012). Para isso deve, igualmente, coordenar as ações ligadas à saúde com os demais Ministérios. Os Ministérios da Educação e o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, em particular, são relevantes na estrutura organizacional e processo de decisão do SNS no que tange à formação dos profissionais de saúde e

o pagamento das instituições sociais que prestam serviços a jovens, deficientes e idosos (BARROS, MACHADO e SIMÕES, 2008).

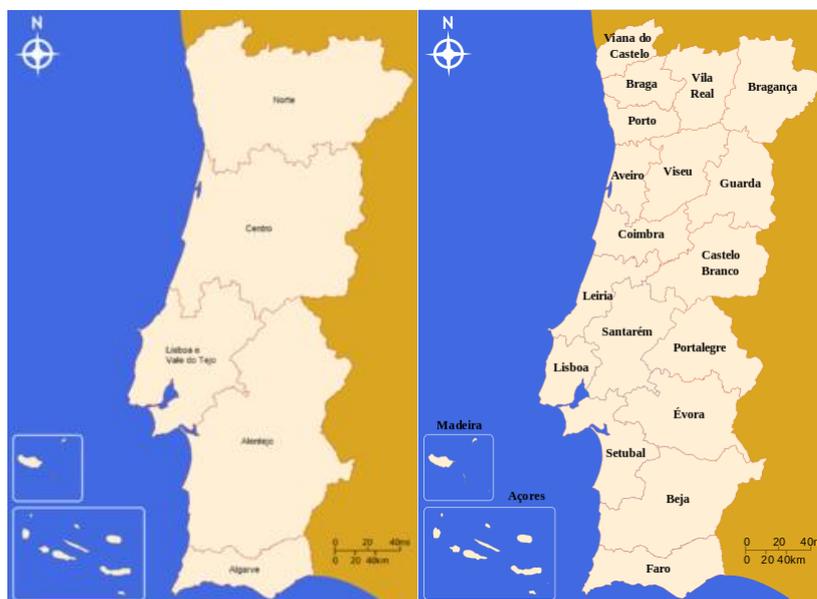
As ARS tem como função o planeamento, a distribuição dos recursos, a orientação e coordenação das atividades, a gestão de Recursos Humanos, o apoio técnico administrativo e avaliação do funcionamento das instituições e dos serviços prestadores de cuidados de saúde, como, por exemplo, os hospitais e os centros primários de saúde (BARROS, MACHADO, SIMÕES, 2011).

Os esforços para a descentralização têm se destinado a transferir a responsabilidade financeira e de gestão a nível regional (WHO, 2004). Predominantemente o sistema é financiado por tributação geral, além das contribuições dos empregados para os subsistemas de saúde e os pagamentos diretos pelo paciente e prémios de seguros voluntários de saúde que representam uma grande percentagem do financiamento.

A distribuição dos recursos é realizada para cada ARS que recebe um orçamento, mediante as necessidades da população para utilização na prestação de serviços de saúde. No entanto, na prática a autonomia das ARS nos orçamentos tem sido limitada aos cuidados primários, uma vez que os orçamentos dos hospitais continuam a ser definidos e distribuídos pela autoridade central (BARROS, MACHADO, SIMÕES, 2011).

As regiões estão distribuídas no país da seguinte forma: ARS Norte - com sede no Porto, ARS Centro - com sede em Coimbra, ARS Lisboa e Vale do Tejo - com sede em Lisboa, ARS Alentejo - com sede em Évora e ARS Algarve - com sede em Faro (figura 12).

Figura 12 - Distribuição das Regiões de Administração Regional de Saúde (ARS) e Distritos em Portugal.



Fonte: Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Subdivis%C3%B5es_de_Portugal [acesso em 13.01.2014].

A conformação da rede de serviços de saúde incluem as unidades hospitalares públicas, privadas e os centros de saúde. Também existe um serviço denominado Instituto Nacional de Emergência Médica (ENEM) para atendimento de emergência domiciliar ou em via pública realizado por bombeiros e associações humanitárias (BARROS, MACHADO, SIMÕES, 2011; BAGANHA, RIBEIRO, PIRES, 2002).

Desde 2008, os centros de saúde foram organizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e compõem um grupo de unidades funcionais- Unidades de Saúde Familiar (USF), unidades de saúde de cuidados personalizados (UCSP), unidades de saúde pública (USP), unidades de cuidados continuados (UCC) e unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP). Existem atualmente 73 ACES distribuídos pelas cinco regiões.

A criação dos ACES levou em conta a área territorial, bem como a distribuição de todas as unidades de saúde, determinadas através da publicação do Decreto-lei nº28 de 22 de Fevereiro de 2008. Os ACES têm como missão garantir a prestação de cuidados primários de saúde à população de uma área geográfica determinada,

procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar (PORTUGAL, 2008). Os ACES serão detalhados ao longo do estudo.

5.1.2 Características sócio-demográficas

Portugal é um país localizado no sudoeste da Europa, na zona ocidental da península ibérica, com uma área territorial de 92.090 km². É um país desenvolvido, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,809, muito elevado ocupando a 41^a posição (Quadro 7). O país também é classificado na 19^a posição em qualidade de vida, com um dos melhores sistemas de saúde e educação e também uma das nações mais globalizadas e pacíficas do mundo (PNUD, 2011).

Quadro 7 - Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes, 2011.

HDI rank	Human Development Index (HDI)	Life expectancy at birth	Mean years of schooling	Expected years of schooling	Gross national income (GNI) per capita	GNI per capita rank minus HDI rank	Nonincome HDI	
	Value	(years)	(years)	(years)	(constant 2005 PPP \$)	2011	Value	
VERY HIGH HUMAN DEVELOPMENT								
35	Slovakia	0.834	75.4	11.6	14.9	19,998	8	0.875
36	Malta	0.832	79.6	9.9	14.4	21,460	4	0.866
37	Qatar	0.831	78.4	7.3	12.0	107,721	-36	0.757
38	Hungary	0.816	74.4	11.1 ^b	15.3	16,581	11	0.862
39	Poland	0.813	76.1	10.0 ^b	15.3	17,451	7	0.853
40	Lithuania	0.810	72.2	10.9	16.1	16,234	10	0.853
41	Portugal	0.809	79.5	7.7	15.9	20,573	1	0.833
42	Bahrain	0.806	75.1	9.4	13.4	28,169	-14	0.806
43	Latvia	0.805	73.3	11.5 ^b	15.0	14,293	12	0.857
44	Chile	0.805	79.1	9.7	14.7	13,329	14	0.862
45	Argentina	0.797	75.9	9.3	15.8	14,527	9	0.843
46	Croatia	0.796	76.6	9.8 ^b	13.9	15,729	5	0.834
47	Barbados	0.793	76.8	9.3	13.4 ^b	17,966	-3	0.818

Fonte. PNUD, p.133, 2011.

A população portuguesa vem diminuindo ao longo dos últimos anos. Dados de 2011 registram uma população estimada de 10.541.840 indivíduos, menos 30.317 do que no ano anterior resultante da queda de crescimento populacional, com baixa natalidade e redução do saldo migratório observado nos últimos anos. Com relação aos óbitos, em 2011 foram registrados 103.203 óbitos mantendo como principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos.

A rede de serviços de saúde contava em 2011 com 127 hospitais públicos e 102 hospitais privados, com total de 35 625 leitos nas unidades de internação e 827 salas de cirurgia. Nestes, foram realizadas 1.197.128 mil internações, por 22.654 profissionais médicos e 37.934 profissionais de enfermagem registrados.

Em relação aos centros de saúde, no ano de 2011, existiam 388 centros de saúde no País, sendo que 18 centros de saúde dispunham de internação (12 dos quais na Região Autónoma dos Açores). Havia 28.572 profissionais registrados na atenção primária, destes 7.159 eram médicos e 8.763 enfermeiros. E Foram realizadas 27.949.155 consultas médicas e 4 500 internações (PNUD, 2011).

Com relação aos principais indicadores de saúde há de se destacar a acentuada queda na taxa de mortalidade infantil nos últimos 30 anos, na década de 70 era de 58,6 por 1000 nascidos vivos, apresentando em 2011 uma taxa de 3,1 por mil nascidos vivos. Esta melhoria decorre principalmente à diminuição da mortalidade neonatal de 15,5 para 3,4 por cada nascido vivo, além dos investimentos realizados na área dos cuidados materno-infantil, dos programas de vigilância, de imunização e expansão na rede de serviços de saúde.

Ao longo dos últimos 30 anos identifica-se uma melhoria significativa nos serviços de saúde e nos indicadores no país. Os esforços consistiram em: aumento do financiamento da saúde, que passou de 5,7% do PIB em 1989/1990 para 11% em 2010; na expansão dos serviços de saúde, tanto de instalações quanto o aparato tecnológico e informacional; em melhorias no acesso a medicamentos e exames de diagnóstico; e esforços para melhorar a gestão do SNS.

Desse esforço de investimentos na saúde, resultaram em melhorias de indicadores gerais de saúde como aumento da esperança de vida, e da taxa de mortalidade infantil que caiu de 15 óbitos para cada mil nascidos vivos em 1986 para 3 em 2010 (PNUD, 2011).

Neste sentido, destacamos que a APS tem representado uma forte contribuição para o alcance destes resultados, com sua profunda mudança devido à reorganização dos serviços na implantação da reforma que será contextualizada em seguida.

5.2 A reforma da atenção primária em Portugal

5.2.1 Marcos históricos da atenção primária em Portugal

Nos últimos 30 anos as políticas de saúde em Portugal evoluíram e produziram transformações conforme mencionado anteriormente (SOUSA, 2009). Na área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)³⁷ evidenciamos intensas mudanças na sua trajetória, configuração e organização. Diversas foram às modificações e resoluções tomadas, possibilitando um progresso significativo e a melhoria sistemática dos serviços de saúde, reconhecidos internacionalmente (PISCO, 2011; BRANCO, RAMOS, 2001). Esse movimento não ocorreu apenas em Portugal, mas inserido em um contexto a nível mundial em que todos os países iniciaram processos de Reforma da Atenção Primária em seu sistema (OMS, 2008).

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar políticas integradas para organizar uma rede de serviços para os Cuidados de Saúde Primários de uma forma generalizada, colocando os centros de saúde como o pilar central do sistema. Segundo Pisco (2011) para o sistema de saúde português “*os centros de saúde são um patrimônio cultural, técnico e institucional que importa não apenas preservar, mas também modernizar e desenvolver, pois continuam a ser o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população.*”

As primeiras iniciativas relacionadas aos cuidados primários datam de 1962. O país apresentava uma alta taxa mortalidade infantil (77,5%) sendo implementado nesta ocasião um programa de vacinação e o desenvolvimento de serviços destinados ao atendimento materno- infantil em todas as regiões do país, com o apoio da Igreja Católica e de uma rede de serviços de saúde, através das Santas Casas de Misericórdias (LAPÃO, DUSSAULT, 2012). Essa iniciativa culminou com a intensa regressão da mortalidade infantil no país representando um importante

³⁷ Em Portugal a nomenclatura utilizada para denominar a Atenção Primária à saúde (APS) é, na maioria das vezes, utilizada através do termo Cuidados de Saúde Primários (CSP), por esse motivo optei por colocar neste estudo essa terminologia com letra maiúscula utilizada como nos documentos oficiais do país.

avanço nos últimos trinta anos, reconhecido internacionalmente, conforme registrado no relatório da Organização Mundial de Saúde sobre as reformas implantadas na APS (OMS, 2008).

Para analisar a evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal identificaram-se algumas fases de transição, divididas em quatro períodos até os dias de hoje que são caracterizadas pelos seguintes acontecimentos (BRANCO, RAMOS, 2001; SOUSA, 2009; PORTUGAL, 2012):

A **primeira fase** do período de 1971 até meados de 1975 se caracteriza por uma fase de unidades de periferia denominadas “**centros de saúde de primeira geração**”, que surgiram com a Reforma de Gonçalves Dias e com o primeiro esboço do que seria o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Através da publicação do Decreto-Lei nº413/71 de 27 de setembro, Lei orgânica do Ministério da Saúde, que desencadeou a reforma e constituiu as bases do SNS.

Nesta fase, são explicitados alguns princípios como: o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde, a integração de todas as atividades de saúde e assistência e ainda a noção de planejamento central e descentralização da execução, dinamizando-se os serviços locais. Os centros de saúde deveriam funcionar como uma unidade funcional de saúde, próximo à população, voltados para a promoção e prevenção da doença, terapêutica e reabilitação (BRANCO, RAMOS, 2001; PORTUGAL, 2012, SOUSA, 2009).

Na **segunda fase**, compreendida de 1975 até 1982, é caracterizada pelos centros comunitários de saúde, na periferia. Esse período é marcado por diversas normatizações, incluindo a deliberação da Constituição da República que normatiza o Serviço Nacional de Saúde, publicitando que este deveria ser universal, geral e gratuito. Em seu artigo de nº 64, estabelece que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de defendê-la e promovê-la, e que o Estado deveria garantir o acesso de todos os cidadãos, independente da condição econômica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar em todo o país. Também nesta fase é

estabelecida a obrigatoriedade de prestação de um ano de serviço na periferia para os recém licenciados em medicina para ingressar na carreira médica (BRANCO, RAMOS, 2001).

Um marco mundial na história dos CSP ocorreu neste período que foi a publicação da Declaração de Alma Ata sobre os Cuidados de Saúde Primários, em 1978, em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimulando os países a adotarem como meta “*Saúde para todos no ano 2000*”, que estes deveriam alcançar nos seus sistemas os valores de justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade. Também definiu a atenção primária à saúde como a atenção essencial à saúde devendo ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002, p 30).

Em continuidade ao processo de evolução do sistema em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado oficialmente em 1979, com a publicação da Lei nº56/79 de 15 de Setembro, envolvendo todos os cuidados integrados de saúde, de acesso gratuito, mas contemplando a possibilidade de criação das taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações. A Lei estabelecia que o SNS gozasse de autonomia administrativa e financeira, com uma organização descentralizada e desconcentrada, ou seja, com órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de cuidados diferenciados (hospitais gerais, especializados). Neste período a cobertura dos CSP é impulsionada para todo o território nacional (BRANCO, RAMOS, 2001; PORTUGAL, 2012).

A **terceira fase**, período compreendido de 1983 até 2005, caracteriza-se por uma fase de expansão do SNS, onde são evidenciados processos para reconhecimento de especialidades e carreiras da saúde. Com a aprovação da Lei orgânica do IX Governo Constitucional, e criação do Ministério da Saúde (MS), é aprovado os regulamentos dos centros de saúde – chamados neste período de “**Centros de saúde de segunda geração**”- caracterizada por unidades integradas

de saúde, tendo em conta os princípios de regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde. Neste período é criada a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários e oficializada a carreira de médico de família. Este um passo decisivo e importante para a próxima fase com a implantação das unidades de saúde familiar. Em 1985, foi criada Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), uma associação para reunir os médicos que trabalhavam nos CSP e defender mais apoio para a reforma (BRANCO, RAMOS, 2001; PORTUGAL, 2012, LAPÃO & DUSSAULT, 2012).

Com intuito de reduzir os custos e garantir a saúde de toda a população é regulamentada as condições de exercício do direito de acesso ao SNS com previsão de criação de taxas moderadoras a procura de cuidados de saúde, evitando a utilização demasiada do serviço sem real necessidade. Também se inicia neste período a introdução de processos gerenciais de cunho empresarial para a gestão hospitalar, com a criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais e criação de centros de responsabilidade como níveis intermediários da administração.

Em 1990 é promulgada a Lei de Bases da Saúde, garantindo a responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Também com esta deliberação possibilitou a celebração de acordos entre o Estado e as entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde e a cobrança de taxas moderadoras, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde (BRANCO, RAMOS, 2001; PORTUGAL, 2012).

No entanto, neste período alguns aspectos relacionados a fragilidades no processo de avaliação e monitoramento da expansão dos serviços de saúde se evidenciam. O modelo de gestão e a organização da prestação de cuidados eram fragilizados, com a excessiva centralização nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde (ARS). A crescente desproporção entre recursos humanos existentes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados secundários e a ausência de um sistema remuneratório sem incentivos adequado e proporcional ao desempenho, conduziram a uma deterioração da capacidade de prestação de cuidados e a uma crescente desmotivação dos profissionais. Nesta ocasião,

segundo dados do Ministério da Saúde (OPSS, 2001) em 1998, apenas 23 % do efetivo do MS estavam nos CSP ao contrário dos 73% efetivos em hospitais (BAGANHA *et al*, 2002).

Esta fase compreende um período de descontentamento dos profissionais de saúde. Para reduzir o descontentamento dos profissionais e ainda possibilitar a expansão dos cuidados de saúde primários para a população, é aprovado o regime das carreiras médicas, possibilitando aos médicos alargar o regime de trabalho, admitindo-se e motivando a prática do regime de dedicação exclusiva nos CSP. Também várias experiências para modificação da forma remuneratória do sistema foram iniciadas que culminaram com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (PISCO, 2011).

Em 1996, uma experiência voltada para mudança do processo remuneratório e organizacional das unidades de cuidados de saúde primários ocorreu, ainda que de forma localizada na região de Lisboa e Vale do Tejo, denominado Projeto Alfa. Essa iniciativa previa novas modalidades de organização e de gestão por meio das equipas de médicos de família que deveriam alinhar sua prática em objetivos negociados com a Autoridade Regional de Saúde, a fim de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços.

Em 1998 foi implantado pelo Ministério da Saúde o Regime Remuneratório Experimental (RRE)- Decreto-Lei nº117/98 de 5 de maio- para um grupo de médicos da carreira de clínica geral, médicos de família, com objetivo de organizar a prestação dos cuidados, através de adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis do desempenho dos profissionais. A remuneração dos médicos passava a ser baseada em um componente fixo e outro de acordo com variáveis como a realização de cuidados domiciliários, o alargamento do período assistencial, a realização de vigilância a grupos vulneráveis (gravidez, puerpério, crianças no primeiro ano e planeamento familiar) entre outros.

Com a necessidade de descentralizar a gestão das unidades e organizar os serviços de saúde pública a nível regional e local são criados os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do SNS e as agências de contratualização dos serviços de saúde, visando à distinção entre prestação e

financiamento dos serviços de saúde. Também é estabelecido o Regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), como um conjunto de recursos articulados e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, facilitando a participação social e racionalização para a utilização dos recursos (PORTUGAL, 2012).

Inicia-se então um novo regime de organização e funcionamento dos centros de saúde - **centros de saúde de terceira geração**- unidades de saúde de pessoas coletivas de direito público, integradas ao SNS e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e patrimônio próprio sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde (BRANCO, RAMOS, 2001; PORTUGAL, 2012).

A quarta fase, 2005 até os dias de hoje, caracteriza-se por um momento de transição e de Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (RCSP). Em 2005 é criada uma estrutura de Missão para a Reforma dos CSP (MCSP), através da publicação de Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de Setembro, para conduzir o projeto de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar. Tratava-se de um novo modelo de governação da saúde. Esta estrutura possibilitou a introdução de mecanismos gerenciais e de contratualização nas unidades de saúde (BRANCO, RAMOS, 2001; PORTUGAL, 2005, PORTUGAL, 2012).

Nesta perspectiva, a MCSP publicou em 2006 as *“Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”* onde divulgou propostas em oito áreas de atuação e apresentou qual seria a evolução da reforma. Estabeleceu como grandes objetivos para a reforma da APS a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, aumento da acessibilidade e consequente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços. Pretendeu-se também aumentar a satisfação dos profissionais criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas. Simultaneamente, melhorando a eficiência e promovendo a contenção de custos (PISCO, 2007).

Em setembro de 2006 foram implantadas as primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF). Com a deliberação do Despacho Normativo nº 9/2006 de 16 de

fevereiro foi estabelecido o regimento jurídico para organização e funcionamento e o regime de incentivos atribuído aos seus elementos, possibilitando o alargamento da cobertura populacional aos cuidados primários de saúde no país.

Segundo Pisco (2007) ao explicar o movimento da reforma dos cuidados primários de saúde no país relata:

...a RCSP se inseria no contexto mais vasto da reforma da administração pública, passando pela reconfiguração dos Centros de Saúde obedecendo a um duplo movimento: a) a constituição de pequenas unidades funcionais autônomas – as USF – prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionariam maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna e b) a criação de agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população (p. 63,2007).

A organização e distribuição das USF respeitam uma área territorial estabelecida, e é composta por três a oito médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos, abrangendo uma população de 4000 até 14000 pessoas.

Nesta fase um grande passo se estabeleceu com a introdução de ferramentas gerenciais importantes para o monitoramento das unidades, com um sistema de pagamento misto (capitação, salário, objetivos), incentivos financeiros e profissionais com recompensa ao mérito (baseado em atividades) e sensível à produtividade e acessibilidade, mas também à qualidade, através de uma metodologia de contratualização estabelecida (PISCO, 2007).

5.3 A contratualização na atenção primária à saúde em Portugal

A introdução do processo de contratualização com as USF foi um dos pontos fundamentais da reforma dos CSP em Portugal. A gestão por objetivos das USF, através da negociação de metas, corresponde a um maior nível de exigência e de responsabilização das equipas, associado a mecanismos de discriminação positiva,

com vista à melhoria da prestação de cuidados de saúde, ganhos de eficiência e de satisfação dos usuários (PORTUGAL, DCCSP, 2010).

Os sistemas de saúde, em geral, apontam os processos de contratualização como um instrumento necessário para alcançar a uma maior eficiência dos recursos utilizados, acessibilidade e facilidade aos serviços, uma prestação de serviços de elevada qualidade, com maior enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Porém, convém ressaltar que alguns elementos comuns de sucesso observados em diversos países que utilizam o instrumento, compreendem a descentralização das unidades de prestação de serviços, a criação de equipes multidisciplinares, o envolvimento e motivação dos profissionais e uma maior autonomia dos processos decisórios e da gestão de recursos para os profissionais de “linha de frente”, por se encontrarem mais próximos aos doentes com melhor conhecimento das necessidades e expectativas dos usuários.

Outro fator implicado ao sucesso consiste da articulação dos demais níveis de assistência aos cuidados primários, que potencie a integralidade do cuidado do paciente, devidamente sustentados por modelos de incentivos financeiros (ESCOVAL *et al*, 2010).

O primeiro ato de contratualização em Portugal foi efetuado entre as USF e as Administrações Regionais de Saúde (ARS) em 2007. Entretanto, os primeiros indicadores de desempenho surgem pela primeira vez em diploma legislativo, consagrados como indicadores de monitorização para a contratualização no despacho normativo nº 9 de 2006 (MELO & SOUSA, 2011).

Com a estruturação e organização das USF foram previstos três modelos de desenvolvimento, classificados de acordo com o grau de desempenho no sistema: modelo A, B ou C. A classificação de uma USF num dado nível é determinada pelo cumprimento de critérios de acordo com a seguinte diferenciação: grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico. Segundo o Despacho nº 24 100/2007, que define os modelos de organização das USF, os três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem

distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva, e caracterizam-se (PORTUGAL, 2007):

- Modelo A: corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipe de saúde familiar; compreende as USF do setor público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao setor e às respectivas carreiras dos profissionais que as integram e com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, o que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF;
- Modelo B: indicado para equipes com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipe de saúde familiar é uma prática efetiva, com nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos, abrange as USF do setor público administrativo; têm um regime retributivo especial para os médicos integrando remuneração-base, suplementos e compensações pelo desempenho e incentivos financeiros para enfermeiros e secretários clínicos, contratualizam indicadores relacionados com incentivos institucionais e está prevista a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços;
- Modelo C: modelo experimental, a se regular por diploma próprio, com caráter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo Serviço Nacional de Saúde, sendo as USF definidas em função de quotas estabelecidas pelas administrações regionais de saúde e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído; abrange USF dos setores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS.

Atualmente existem apenas os modelos A e B em funcionamento. A contratualização com as USF dos modelos A e B, faz-se através da definição de metas a atingir. As metas fixadas não são quantificadoras do número de consultas ou de outros atos, são um conjunto de indicadores de processo e de resultado, orientados para ganhos em saúde. Os indicadores relacionam-se com pacientes

vulneráveis (crianças, grávidas) e de risco (diabéticos, hipertensos), com a acessibilidade dos cuidados, com a satisfação dos utentes e ainda com uma vertente econômica focada no custo dos medicamentos e Métodos Complementares de Diagnose e Terapia (MCDT).

A contratualização contempla uma carteira básica de serviços, comum a todas as USF e numa carteira adicional de serviços, aplicável apenas às USF do modelo B. A monitorização e a avaliação dos resultados resulta na atribuição dos incentivos institucionais previstos para estes dois modelos de desenvolvimento (PORTUGAL, DCARS, 2009).

5.3.1 Condicionalidades e limitações do modelo

Ao longo dos anos de existência das USF, a contratualização comportou alterações e ajustes próprios de um sistema implementado pela primeira vez. Na carteira básica de serviços, referente ao ano de 2007, foram contratualizados vinte indicadores escolhidos a partir de uma lista de quarenta e nove: quinze comuns a todas as USF e cinco selecionados pelas USF. Em 2008, a Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, veio regulamentar o processo de contratualização e de atribuição dos respectivos incentivos.

A partir desta publicação, passaram a ser contratualizados apenas quinze indicadores, treze comuns a todas as USF e apenas dois acordados especificamente com cada uma. Os indicadores comuns são distribuídos por quatro grandes áreas: acessibilidade (quatro), desempenho assistencial (oito), qualidade percebida (um) e o desempenho económico (dois). Os indicadores selecionados por cada USF pertencem ao grupo “desempenho assistencial”. As USF com carteira adicional de serviços devem ter pelo menos um indicador de “desempenho assistencial”, que permita aferir a carga horária realizada e a produção estimada para cada atividade adicional (PORTUGAL, 2008).

Alguns indicadores são básicos na carteira de serviços comuns a todas as USF, para atribuição dos incentivos institucionais, mesmo assim são avaliados

anualmente a fim de verificar sua permanência ou não no processo de contratualização anual (Quadro 8).

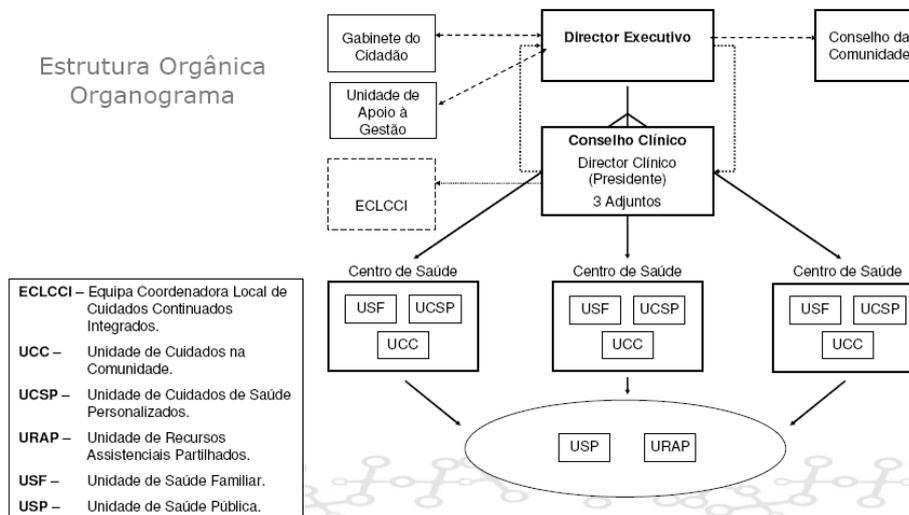
Quadro 8 - Indicadores base para atribuição de incentivos institucionais, 2012.

Área	Indicadores
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família Taxa de utilização global de consultas Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos
Desempenho Assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registrada nos últimos dois anos Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registrada nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre Percentagem de crianças com PNV* atualizado aos 2 anos Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Satisfação dos utentes	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muitos satisfeitos
Eficiência	Custo médio de medicamentos faturados por utilizador (em PVP) Custo médio de MCDT faturados por utilizador

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Contratualização da ARS, 2012.

Em continuidade ao processo de reforma foram criados em 2008 os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), conforme comentado anteriormente, através da publicação do Decreto-lei nº28 de 22 de Fevereiro de 2008. Assim, extinguiu-se a estrutura intermediária de sub-regiões de saúde, concentrando o processo de organização e gestão dos cuidados de saúde primários nos ACES. A estrutura envolveu não só a organização das Unidades de Saúde Familiar, mas a estruturação de outras unidades funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados Continuados (UCC), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidades de Saúde Pública (USP), e unidades ligadas diretamente ao Diretor Executivo como a Unidade de Apoio à gestão (UAG), o gabinete do cidadão, o conselho clínico e o Conselho da Comunidade (Figura 13).

Figura 13 - Estrutura orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde



Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Ministério da Saúde, 2007.

Em 2009, o processo de reforma continuou com a reestruturação e organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local articulado com a organização das ARS e ACES. Nesta perspectiva a MCSP reconhecia a importância de prover um grupo de profissionais com perfis diferenciados e capazes de liderar e conduzir os processos de gestão entre a ARS e as unidades funcionais.

Desta forma, foi realizado um curso de formação, incentivado pelo ministério da saúde, provendo ferramentas de gestão, liderança organizacional e governação clínica para os Directores Executivos (DE) dos ACES. O curso denominado PACES (Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos de ACES) foi realizado com 73 DE dos ACES, com 400 horas de formação durante 12 meses no ano de 2009 (LAPÃO, 2010, LAPÃO & DUSSAULT, 2012).

Atualmente existem 72 ACES distribuídos nas 5 regiões do país. Na publicação do Decreto de criação dos ACES em 2008 foram estabelecidos 74 ACES, porém ao longo da reforma alguns ACES foram agrupados. No ano de 2012 uma nova portaria (Portaria n.º 394 B/ 2012 de 29 de novembro) estabeleceu a criação e fusão de alguns ACES nas regiões do país, como no caso da ARS Lisboa

e Vale do Tejo que de 22 ACES passou a ter 15 ACES (PORTUGAL, 2008, PORTUGAL, 2012).

Existem atualmente 362 USF em funcionamento, abrangendo 7027 profissionais, e mais de 4,4 milhões de pacientes cobertos pelo serviço nacional de saúde (Quadro 9).

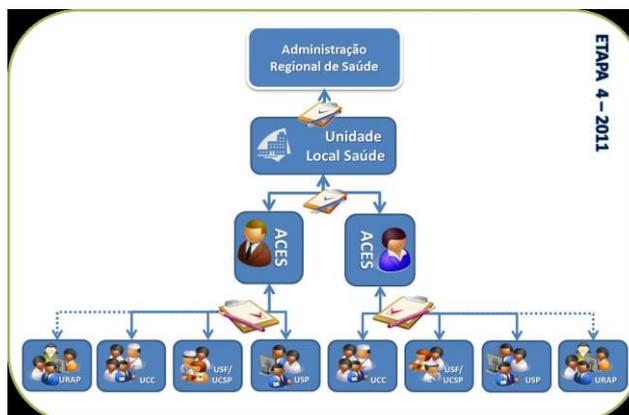
Quadro 9 - Distribuição dos ACES e USF por ARS.

REGIÃO	QUANTITATIVO	
	ACES	USF
ARS NORTE	25	182
ARS CENTRO	16	34
ARS LISBOA E VALE DO TEJO	22	108
ARS ALENTEJO	6	13
ARS ALGARVE	3	9
TOTAL	72	346

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, 2013.

O processo de contratualização estabelecido com a USF continuou com a organização dos ACES, porém algumas modificações foram necessárias. A partir da criação dos ACES o processo de contratualização passou a ter dois momentos: uma contratualização interna entre os ACES e as unidades que o constituem, da qual resulta a assinatura de uma Carta Compromisso; e um segundo momento, a contratualização externa entre a ARS regional e os ACES, de que resulta um Contrato - Programa, que tiveram início em 2011(figura 14) (PORTUGAL, 2010).

Figura 14 - Modelo de contratualização interna e externa nas Unidades Locais de Saúde.



Fonte:Ministério da Saúde, Departamento de Contratualização da ARS (DCARS), 2010.

A reforma dos CSP tem demonstrado desde o início resultados satisfatórios no que tange à melhoria de indicadores de saúde e satisfação da população conforme demonstrado em pesquisas e mencionado em relatórios sobre os Cuidados Primários em saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS,2008; Biscaia et al., 2008). Porém, alguns autores destacam que a adesão à reforma não tem sido uniforme ao longo do país, criando desigualdades nos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos, devido às fragilidades na distribuição e realocação de médicos de família em algumas regiões. De acordo com Santana e Vaz (2009) prevê-se que, até 2020 cerca de 56% dos médicos de família deixem a sua atividade profissional. Estas perdas terão implicações ao nível da menor cobertura da população e na consequente sobrecarga dos níveis secundários de cuidados, com implicações na redução da eficiência e aumento de custos na saúde (MIGUEL& SÁ, 2010).

O processo que ainda decorre assenta-se numa segunda etapa de desenvolvimento e amadurecimento. A garantia da sustentabilidade desta reforma a médio e em longo prazo, passa por manter um ritmo desejável de mudança com ajustes que possam aumentar a sua implementação, autonomia e que diversifiquem a oferta de unidades, assim como a edificação de uma cultura e práticas regulares de responsabilização, de avaliação e de transparência a todos os níveis. Consequentemente, este é um dos desafios que se colocam para encontrar

respostas para os próximos anos, conforme documentado no último Plano Nacional de Saúde (PNS) (PORTUGAL, PNS 2011-2016).

O PNS 2011-2016 propõe uma atenção especial para algumas linhas de ação que devem ser incentivadas no âmbito dos cuidados de saúde primários como: campanhas de prevenção ao tabagismo, alimentação saudável, oferta de serviços de saúde oral, prevenção de infecções de DST.

Nesse processo, algumas estratégias e metas foram estabelecidas em continuidade à reforma e que merecem ser destacadas (MIGUEL& SÁ, 2010; SANTOS, 2012):

- A continuação da reforma no âmbito dos ACES, com ajustes que ajudem a aumentar a autonomia e que diversifiquem a oferta de CSP,
- O reforço das competências dos ACES nas áreas de gestão e contratualização, nomeadamente através de indicadores de eficiência e qualidade,
- O reforço da eficácia dos cuidados prestados através de indicadores de resultados em saúde com critérios baseados na evidência,
- A racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-econômico,
- A integração de cuidados do ponto de vista do cidadão, criando um contínuo ao longo todas as áreas de prestação,
- A implantação de sistemas de informação robustos, credíveis e facilmente utilizáveis na prática clínica, tendendo para um registro eletrônico comum centrado no cidadão,
- A criação de mecanismos de atração de estudantes de medicina para Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública,
- A introdução de novos modelos organizativos da prestação de cuidados, e o reforço da desburocratização dos CSP.

5.4 O sistema integrado de avaliação de desempenho na administração pública em Portugal

Em 2004, foi criado no âmbito da Administração Pública o SIADAP, um modelo de avaliação e gestão do desempenho, que consagrava o sistema de Gestão por Objetivos (GPO), através da publicação da Lei nº 10/2004 e Decreto Regulamentar nº19-A/2004.

Muito embora a GPO fosse uma filosofia de gestão com dezenas de anos de desenvolvimento, traduziu-se numa novidade em termos de aplicação nos serviços públicos portugueses que visava introduzir uma nova cultura, com relação aos modelos de gestão e sistemas de avaliação radicalmente diferentes dos que vigoraram durante muitos anos. A gestão orientada pelos resultados assumiu particular importância na reforma iniciada a partir de 2003 no país pelo XV Governo Constitucional, dando continuidade nos governos subsequentes.

O novo modelo apoiava-se num conjunto de conceitos associados à medição e gestão da “*performance*”, em que os dirigentes e funcionários tiveram no início, bastante dificuldade em entender e contextualizar para o dia a dia das suas organizações. O modelo tem subjacente à sua filosofia uma abordagem participada para a fixação de objetivos que devem ser claros e mensuráveis a todos os níveis da organização: unidades funcionais e pessoas (ARAUJO, 2009).

Algumas das dificuldades associadas a esses novos conceitos consistiram em:

- Definir e diferenciar conceitos, tais como, objetivos, indicadores, metas, iniciativas, ações, atividades, projetos;
- Definir o que são os processos, entender a sua lógica e aprender como realizar a gestão;
- Definir, identificar e gerir os componentes da cadeia de valor dos serviços públicos: inputs, processos, atividades, *outputs*³⁸ e *outcomes*³⁹;

³⁸ *Outputs* referem-se aos produtos, isto é, serviços prestados aos usuários, distintos e mensuráveis. Sua definição faz parte de uma convenção contábil internacional (TROSA, p. 315, 2001).

- Diferenciar conceitos, tais como: eficácia, custo e eficácia, produtividade, eficiência e qualidade.

O SIADAP entrou em vigor no ano de 2004. Porém, foram relatadas diversas barreiras e constrangimentos surgidos na implementação deste novo sistema durante os primeiros anos de 2004 até 2006. Tais dificuldades derivavam de um contexto complexo de variáveis que caracterizavam a gestão pública em geral e da administração pública portuguesa, em particular. Apenas um pequeno percentual de instituições, talvez não mais de 10%, começou a utilizar o modelo a partir de 2004, como havia sido determinado.

Em 2007, o SIADAP foi reformulado através da publicação do Decreto-Lei nº 66-B/2007 de 28 de Dezembro estabelecendo novas regras. Desta forma, passou a ser designado por novo SIADAP incorporando alguns novos conceitos e procedimentos, através dos quais se pretendia melhorar e dar maior consistência ao sistema anterior. Algumas das novidades foram: enfoque na avaliação de desempenho dos serviços, criação do quadro de avaliação e responsabilização (QUAR), avaliação dos dirigentes de topo através das cartas de missão e fixação de quotas para a avaliação dos dirigentes intermediários. Introduzindo assim uma concepção integrada dos sistemas de gestão e avaliação, permitindo alinhar, de uma forma coerente, os desempenhos dos serviços e dos que neles trabalhavam.

O objetivo de introdução do SIADAP foi aplicar um modelo de avaliação universal à administração estadual, regional e autárquica, prevendo, no entanto, mecanismos de flexibilidade e adaptação muito amplos, de modo a enquadrar as especificidades das várias administrações, dos serviços públicos, das carreiras e das áreas funcionais de pessoal, cumprindo as exigências de gestão.

O sistema atualmente utilizado integra três componentes: um subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1); um subsistema de Avaliação do Desempenho dos Dirigentes da Administração Pública

³⁹ *Outcomes* referem-se ao impacto, isto é, resultados a médio prazo ou efeitos a prazos mais longos. Podem ser mensuráveis e quando implicam questões de causalidade devem ser objeto de avaliações. São indicadores do cumprimento dos objetivos (TROSA, p. 315, 2001).

(SIADAP 2) e um Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3).

O sistema assenta numa concepção de gestão dos serviços públicos centrada em objetivos a serem alcançados. Neste sentido, na avaliação dos serviços, dos dirigentes e demais trabalhadores os resultados obtidos assumem um papel central em relação aos objetivos previamente fixados. Os resultados devem ser medidos mediante indicadores previamente fixados que permitam, entre outros, a transparência e imparcialidade e a prevenção da discricionariedade (PORTUGAL, DGAP, 2012).

O ciclo de gestão integra as seguintes etapas: fixação dos objetivos do serviço para o ano, de acordo com a missão, as atribuições e objetivos estratégicos plurianuais, a aprovação do orçamento, elaboração e aprovação do plano de atividades do serviço, monitoramento dos serviços e elaboração de relatório de atividades (RESENDE Jr., 2012).

Segundo a normatização o SIADAP é composto pelos seguintes princípios:

- Coerência e integração, alinhando a ação dos serviços, dirigentes e trabalhadores na consecução dos objetivos e na execução das políticas públicas;
- Responsabilização no desenvolvimento, reforçando o sentido de responsabilidade de dirigentes e trabalhadores pelos resultados dos serviços, articulando melhorias dos sistemas organizacionais e processos de trabalho e o desenvolvimento das competências dos dirigentes e dos trabalhadores;
- Universalidade e flexibilidade, visando a aplicação dos sistemas de gestão do desempenho a todos os serviços, dirigentes e trabalhadores, mas prevendo a sua adaptação a situações específicas;
- Transparência e imparcialidade, assegurando a utilização de critérios objetivos e públicos na gestão do desempenho dos serviços, dirigentes e trabalhadores, apoiados em indicadores de desempenho;
- Eficácia, que permita orientar a gestão e a ação dos serviços, dos dirigentes e dos trabalhadores para a obtenção dos resultados previstos;
- Eficiência, relacionado aos bens produzidos e aos serviços prestados com a melhor utilização de recursos;

- Orientação para a qualidade nos serviços públicos;
- Comparabilidade dos desempenhos dos serviços, através da utilização de indicadores que permitam o confronto com padrões nacionais e internacionais, sempre que possível;
 - Publicidade dos resultados da avaliação dos serviços, promovendo a visibilidade da sua atuação perante os utilizadores;
 - Publicidade na avaliação dos dirigentes e dos trabalhadores na fixação dos objetivos dos serviços, na gestão do desempenho, na melhoria dos processos de trabalho e na avaliação dos serviços;
 - Participação dos utilizadores na avaliação dos serviços.

A avaliação de desempenho de cada serviço é realizada através do Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR), sujeito a avaliação permanente, contendo: missão do serviço, objetivos estratégicos plurianuais, objetivos anuais hierarquizados, indicadores de desempenho e respectivas fontes de verificação, grau de realização de resultados, identificação dos desvios e suas respectivas causas e, avaliação final do desempenho do serviço. A avaliação efetua-se através de auto-avaliação e avaliação externa.

A auto-avaliação tem caráter obrigatório e deve evidenciar os resultados alcançados e os desvios verificados de acordo com o QUAR do serviço, face aos objetivos pré-estabelecidos anualmente, no relatório de atividades. A avaliação externa é de responsabilidade de uma instância superior (Conselho Coordenador) podendo ser realizada por operadores internos ou externos, incluindo usuários (RESENDE Jr., 2012).

Mesmo após seis (6) anos de implantação do modelo, ainda não há dados consistentes para tirar conclusões sobre o impacto que esta medida estão tendo para a administração pública portuguesa. Segundo ARAUJO (2009), a experiência com a implantação do SIADAP mostra um percurso difícil, desde a resistência à mudança, ao não cumprimento dos prazos estabelecidos para a identificação dos objetivos e aplicação do sistema, até a falta de preparação dos dirigentes e funcionários para lidar com o novo sistema e a desmotivação e desmoralização dos funcionários em consequências da redução de direitos laborais.

Salienta-se, portanto, que a introdução de novos instrumentos de gestão colide com a cultura tradicional que se fundamenta no formalismo e no cumprimento da lei podendo mesmo surgir entraves e conflitos entre a regulamentação tradicional e as exigências de novos instrumentos de gestão.

Ainda assim, os instrumentos legislativos são limitados na sua capacidade de influenciar a mudança. Por outro lado, a racionalidade jurídico-administrativa sobrepõe-se à racionalidade gestionária, fazendo com que estes instrumentos sejam considerados formalidades a cumprir (ARAUJO, 2009).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

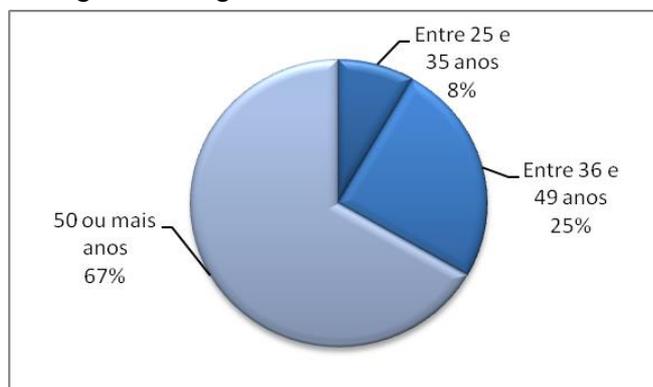
Neste capítulo os resultados durante a realização das entrevistas nos ACES e suas particularidades quanto ao processo de funcionamento do SIADAP e contratualização com as USF são apresentados, pontuando as observações encontradas na literatura. São caracterizados o perfil dos dirigentes entrevistados e suas percepções sobre o processo de avaliação de desempenho e de contratualização que vem sendo utilizado com as USF nos ACES visitados.

6.1 Perfil dos dirigentes entrevistados

Foram entrevistados 12 (doze) dirigentes, entre Diretores Executivos (DE), responsáveis pelo Conselho Clínico e gerentes das Unidades de Apoio à Gestão, e apresentaram as seguintes características:

Quanto à idade, 67% possuíam 50 ou mais anos, 25% com idade entre 36 e 49 anos e 8% entre 25 e 35 anos (Gráfico1).

Gráfico 1 - Distribuição dos dirigentes segundo a idade.



Fonte: NEY, 2014.

Em relação ao predomínio de gestores com idades mais avançadas (≥ 50 anos) na direção dos ACES, essa situação, de certa forma, foge dos padrões atuais da gerência das organizações, em que é detectada a tendência de incorporação de profissionais jovens, que são treinados pelas instituições e desenvolvem alto grau de

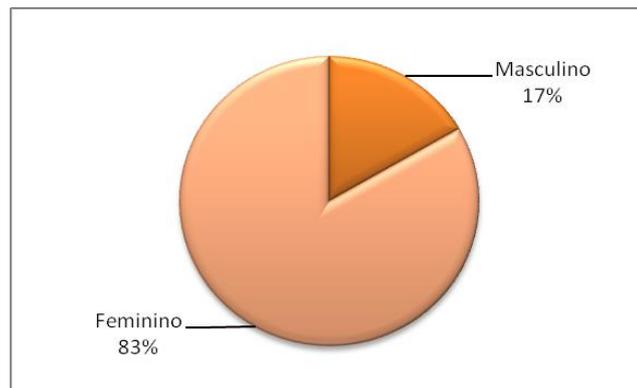
identificação com o trabalho e com a organização, na implantação de processos inovadores.

Entretanto, o que se observa no setor público de saúde, são normas tradicionais de gerência e construção de carreiras rígidas ao longo de vida profissional, desconsiderando o conhecimento gerencial, a capacidade de inovação e a produtividade. E que geralmente, essas funções são ocupadas por profissionais que já estão inseridos nos serviços de saúde (ALVES, PENA e BRITTO, 2004).

Em estudo realizado por SOUZA et al(2013) sobre a atenção primária em Portugal, essa predominância de idade mais avançada dos profissionais também foi observada, principalmente entre os médicos (entre 41 e 60 anos de idade), confirmando esse quadro.

Quanto ao sexo observa-se o predomínio das mulheres sendo 83% contra 17% de homens, em cargos de direção e gestão nos ACES analisados (Gráfico 2):

Gráfico 2 - Distribuição dos dirigentes segundo o sexo.



Fonte: NEY, 2014.

A tendência a “feminização” no setor saúde é um fenômeno mundial, relatado em diversas pesquisas realizadas. Segundo MACHADO (2000, 2011), algumas tendências se conformam no mundo do trabalho nos tempos de modernidade, em que vivemos um mundo mais feminino, com um expressivo aumento de mulheres que passaram a dedicar-se à vida socialmente produtiva, de domínio, até há pouco tempo, masculino.

A participação da mulher na População Economicamente Ativa (PEA), teve um crescimento de 48% na década de 80, tendo sido mais marcante na zona urbana (ALVES, PENA e BRITTO, 2004). O trabalho e a realização profissionais, bem como o ambiente público, passaram a fazer parte da realidade feminina. O setor saúde é hoje um dos responsáveis pelo perfil encontrado, abrigando um contingente expressivo de mulheres, com mais de 70% de toda a força de trabalho em saúde (MACHADO, 2011).

No Brasil, esse perfil também ocorre, dados recentes mostram que o país teve um comportamento similar a outros países no que se refere ao processo de feminização, sobretudo na profissão médica.

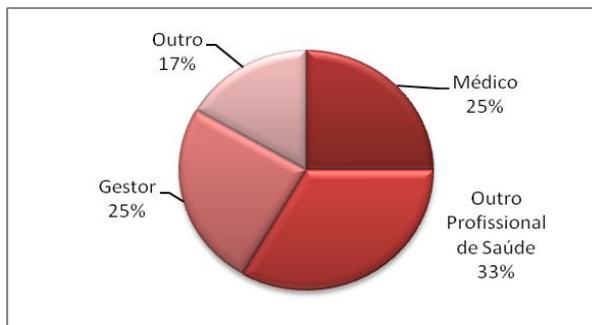
MACHADO (2002) confirma esta questão colocando:

“[...] enquanto na década de 1970 as mulheres médicas eram apenas 11 % do total, já na década seguinte este percentual se eleva para 22%, chegando a 33% na década de 1990... quanto aos dados internacionais registrou-se entre 1984/85 um aumento de sete pontos percentuais das mulheres nas escolas de medicina do mundo. Em todos os continentes, em 1984/85 as matrículas femininas representaram mais de 25% do total, chegaram a 54,1% na Europa Oriental, 43,9% na Europa Ocidental 38,9% nas Américas e 36,8% na Oceania (p.137-138, 2002)

ALVES, PENNA e BRITO (p. 443, 2004) ao estudarem o perfil de gerentes de unidades básicas de saúde do município de Belo Horizonte também apontam a tendência da ocupação de cargos gerenciais por mulheres, tanto em hospitais como nas unidades básicas de saúde estudadas.

Quanto à profissão de formação, 33% dos respondentes afirmaram ser profissional de saúde não médico, 25 % eram médicos, 17% apresentavam outra profissão não relacionada ao setor saúde e 25% responderam ser gestores como profissão (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos dirigentes segundo a profissão



Fonte: NEY,2014.

O que tem se observado na literatura sobre o perfil de formação comumente encontrada nos níveis de direção e gerência, com a predominância de dirigentes não médicos vão de encontro ao encontrado em Portugal.

Com a exigência de um gerente com perfil diferenciado para atender às novas demandas impostas pelo processo de descentralização, o setor saúde tradicionalmente se ancorou no preparo técnico dos profissionais, sobretudo nos processos diagnósticos e terapêuticos, relegando a um segundo plano a formação de um corpo gerencial qualificado para atuar em contextos específicos, como hospitais, unidades básicas de saúde. Desta forma, os profissionais que, ao longo do tempo, se dividiam entre a clínica e a gerência, não mais correspondem ao perfil necessário. Sob essa ótica, CAMPOS (1992) apud ALVES (p.442, 2004) considera:

...a predominância, durante dezenas de anos da prática médica liberal, como principal forma de prestação de serviços às populações, terminou por atrasar a incorporação ao campo da saúde de métodos administrativos desenvolvidos em outros ramos da produção de bens ou serviços” (apud ALVES et al, p.442, 2004).

Quanto aos respondentes que colocaram como opção a profissão de “gestor”, pode ter sido relacionada à realização do curso PACES (Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos dos ACES) e de um curso de formação específica em gestão em colaboração com o Instituto nacional de Administração (INA) durante o ano de 2009), após a criação dos ACES para todos os Directores Executivos(DE).

Segundo LAPÃO (p. 14, 15, 2009), o programa avançado PACES, pretendia fornecer as ferramentas fundamentais de gestão, reconhecendo a importância que os DE dos ACES iriam ter no processo de mudança organizacional, implicando na definição de perfis específicos para assumir a função.

A distribuição dos entrevistados segundo ao tempo de formado revelou que 92% apresentam 15 anos ou mais anos de formado (Gráfico4).

Gráfico 4 - Distribuição dos dirigentes com relação ao tempo de formado.



Fonte: NEY,2014.

SOUZA et al (2013) também relata em seu estudo o predomínio de profissionais com 20 a 36 anos de formação acadêmica na atenção primária em Portugal.

A elevação da escolaridade é um fato positivo que vem ocorrendo no mercado de saúde. No Brasil em análise realizada por MACHADO (2011) aponta-se que o perfil do mercado de trabalho em 2005 se configurava da seguinte forma: 45,6% de nível superior, 39% de nível técnico/ auxiliar e 15,3% de nível elementar. Essa constatação já implica em um maior tempo de formação de profissionais de saúde.

PIERANTONI *et al* (2008) coloca também que no Brasil tem se observado um maior grau de profissionalização dos trabalhadores de saúde, nas duas últimas décadas do SUS, que vem contando cada vez mais com doutores e mestres no seu quadro de pessoal.

Quanto ao tempo de trabalho na saúde, 92 % afirmaram que trabalham há mais de 15 anos no setor (Gráfico 5). Essa constatação também foi realizada por

SOUZA et al (2013) com presença significativa de profissionais atuantes na atenção primária com mais de 12 anos de experiência.

PIERANTONI *et al* (2008) também confirma essa questão em estudo realizado com dirigentes de RH na saúde no Brasil, com diretores estáveis que ocupam o cargo há mais de dois anos e, com pelo menos, 20 anos de experiência na área.

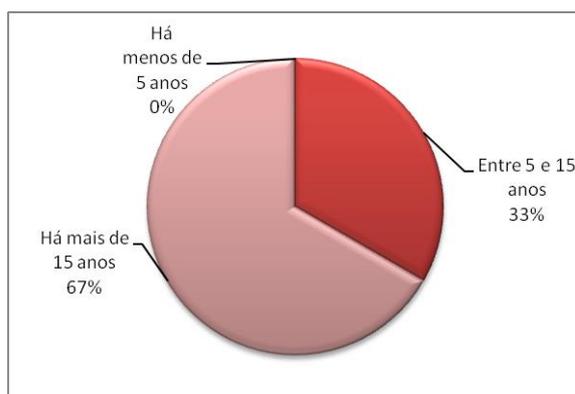
Gráfico 5- Distribuição dos dirigentes com relação ao tempo de trabalho na saúde.



Fonte: NEY, 2014.

Quanto ao trabalho na função pública, 67% responderam que trabalham há mais de 15 anos e 33% entre 5 e 15 anos (gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição dos dirigentes com relação ao tempo de trabalho na função pública

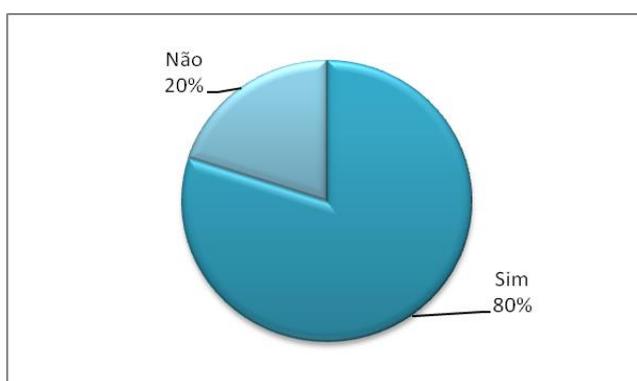


Fonte: NEY, 2014.

ROCHA & SÁ (2011) ao analisar a reforma da saúde na APS em Portugal relata como um dos pontos positivos da implantação das USF, a estabilidade institucional, como um dos elementos de maior destaque, com poucas mudanças no *staff* dos gestores e coordenadores de USF, entre 2005 e 2008, corroborando para os resultados encontrados neste estudo.

Os entrevistados quando questionados se teriam alguma especialização na área de gestão, 80% responderam que sim (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Distribuição dos dirigentes segundo especialização na área de gestão.



Fonte: NEY, 2014.

A constatação que 80% dos dirigentes possuem alguma especialização na área de gestão é muito positiva, já que a capacitação gerencial constitui um elemento essencial, imprescindível para atenuação das dificuldades inerentes ao cargo como gestor, constituindo importante instrumento para a elaboração e implementação de estratégias adequadas ao novo contexto.

Estudos realizados pela OPAS, OMS e Fundação Kellogg, sobre as tendências contemporâneas da saúde na América latina e central apontam deficiências comumente encontradas levando à necessidade de capacitação dos líderes do setor saúde em Administração, Epidemiologia e Metodologia Operacional (*apud* ALVES et al,p. 442, 2004).

6.2 Opiniões sobre a utilização do SIADAP na organização de saúde

Nesta questão de investigação, pretendia-se conhecer sobre o funcionamento do SIADAP na organização da saúde, neste caso o ACES que estava sendo visitado.

Durante as entrevistas alguns aspectos sobre o processo de funcionamento e aplicação do SIADAP nas unidades de saúde foram esclarecidos. Constatou-se que o processo de avaliação de desempenho realizado através do uso do SIADAP não contemplava todas as categorias profissionais. Somente os profissionais administrativos do serviço eram avaliados. Os demais profissionais do corpo clínico como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos não estavam sendo avaliados pelo sistema.

Os dirigentes das unidades também eram avaliados de forma diferente dos demais profissionais, não sendo utilizado o modelo sugerido na legislação através do SIADAP 2.

Os coordenadores de USF são escolhidos a cada três anos e durante esse período deveria ser avaliados diretamente pelos diretores executivos e pela ARS, ao passo que ao final do período se não tivessem um desempenho adequado deveriam ser substituídos.

Os diretores executivos são avaliados diretamente pela ARS, responsável por sua lotação e escolha de unidade, seguindo o mesmo processo dos coordenadores de unidades.

Portanto, apesar do SIADAP ter sido institucionalizado através de uma regulamentação nacional (Lei nº 66B-/2007 de 28 de dezembro de 2007) para abrangência de todos os profissionais do serviço da administração pública, ele ainda não era realizado uniformemente no setor saúde, sobretudo nas unidades de Atenção Primária.

Quanto ao processo de contratualização de metas entre o ACES e as unidades de saúde familiar (contratualização interna) e entre o ACES e a ARS (contratualização externa) esses representam processos de grande importância para todos os profissionais envolvidos no serviço. Pode-se perceber que as atividades

são planejadas no serviço buscando-se contemplar o alcance de metas a superar os indicadores já contratualizados, uma vez que mensalmente os resultados alcançados tem relação com ganhos financeiros para a equipe e para o serviço.

Outro fator relevante condiz ao fato que os processos de avaliação de desempenho utilizado com o SIADAP não apresentarem nenhuma relação com o processo de contratualização de metas que vem sendo realizado com as equipes, através do contrato-programa. São processos diferentes utilizados pontualmente em fases diferentes, com indicadores específicos que não se relacionam entre si.

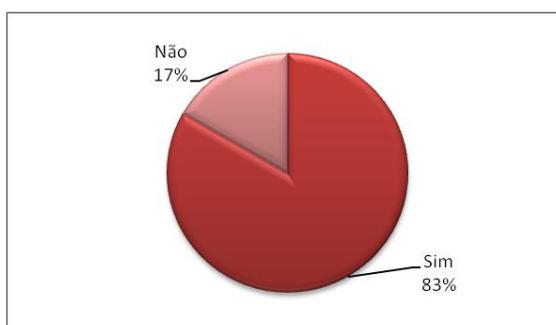
Enquanto o SIADAP tenta avaliar as competências técnicas dos profissionais através de uma lista de competências e objetivos específicos por categorias profissionais, definidos previamente, na metodologia de contratualização com as USF são utilizados indicadores elencados entre a ARS e o ACES (nacionais, regionais e locais) para a medição dos resultados alcançados pelo serviço.

De fato seria importante que os processos se complementassem como salientados pelos dirigentes entrevistados, pois a avaliação da qualidade técnica de cada profissional pode e deve interferir nos resultados alcançados pelo serviço.

Nesta questão, os dirigentes apresentaram opiniões sobre o funcionamento do sistema e também pontuaram questões sobre a experiência e percepção pessoal na utilização do sistema para o gerenciamento das equipes de saúde.

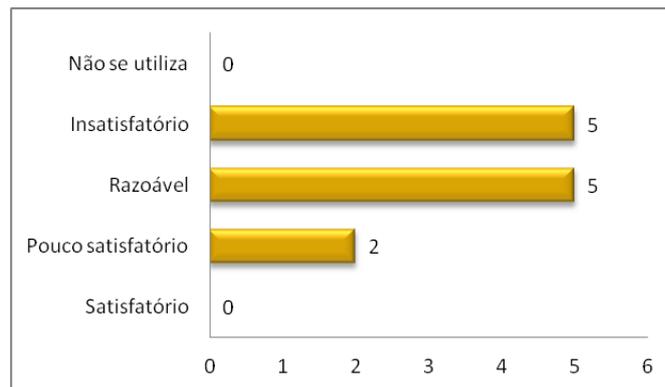
Todos os dirigentes (100%) responderam que o SIADAP estava sendo realizado na sua organização, e 83% afirmaram que receberam curso de formação específica para a implantação do sistema na sua unidade de saúde (Gráfico 8).

Gráfico 8- Distribuição dos dirigentes com relação à formação específica para implantação do SIADAP.



Quando questionados sobre a utilização do processo de avaliação no dia a dia para o gerenciamento das equipes, 67% classificaram o sistema como razoável e 33% como pouco satisfatório. Relataram como motivo desta classificação o processo ainda não abranger todas as categorias funcionais, não condizendo com a totalidade do serviço (Gráfico 9).

Gráfico 9- Opinião dos dirigentes com relação à utilização do SIADAP para o gerenciamento das equipes de saúde.

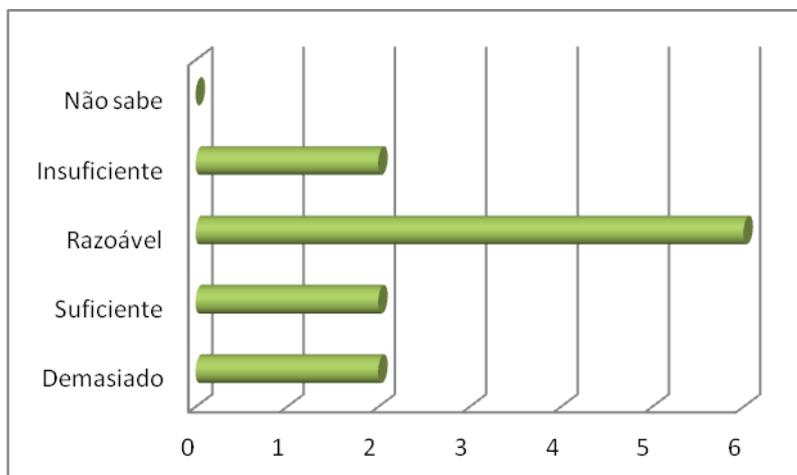


Fonte: NEY,2014.

Outro questionamento realizado foi sobre a lista de indicadores selecionados para a avaliação. Relataram que os indicadores utilizados, ou seja, a lista de competências disponibilizadas pela legislação para o processo de avaliação dos trabalhadores, não contemplava todas as atividades e competências profissionais no âmbito da saúde. Referiram que a escolha dos indicadores era realizada anualmente sendo o quantitativo definido previamente, com pelo menos 3 indicadores de realização de procedimentos e 2 indicadores de execução, disponibilizados em uma lista específica para cada função exercida.

Deste modo, algumas competências elencadas para os profissionais de saúde não estariam contempladas nesta lista restrita. Todos entrevistados ressaltaram que o sistema de avaliação de desempenho deveria conter mais indicadores relacionados à competência técnica do profissional e que o processo de avaliação deveria ser realizado ao longo do ano e não pontualmente em um período do ano, durante apenas alguns dias destinados ao preenchimento das fichas de avaliação (Gráfico 10).

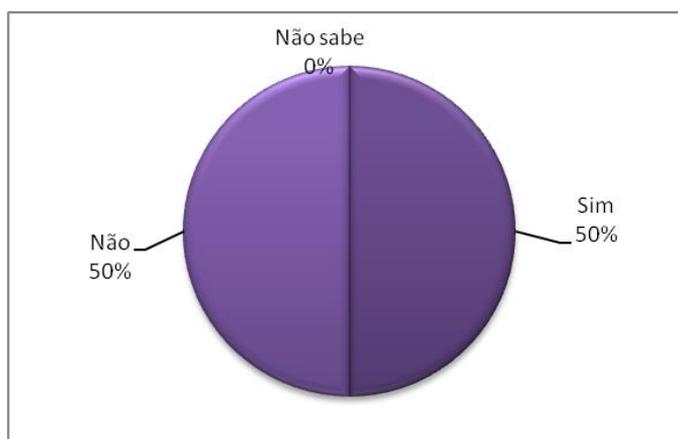
Gráfico 10 - Opinião dos dirigentes com relação à quantidade de indicadores (lista de competências) utilizados no processo de avaliação de desempenho.



Fonte: NEY, 2014.

Sobre a utilização do sistema de informação para alimentação do SIADAP, metade dos dirigentes (50%) informaram que utilizam o sistema específico, denominado GEADAP (Gestão Integrada da Avaliação de Desempenho da Administração Pública), porém, ressaltaram que o sistema não permite compartilhar os dados armazenados e cruzar os indicadores com outros sistemas já utilizados pelas equipes de saúde.

Gráfico 11 - Opinião dos dirigentes sobre a utilização do sistema de informação no monitoramento dos dados do SIADAP



Fonte: NEY, 2014

6.3 Aplicação do SIADAP para os dirigentes de saúde

Neste bloco de entrevistas o objetivo foi questionar sobre a aplicação e operacionalização do SIADAP 2 destinado especificamente a avaliação dos dirigentes de saúde.

De acordo com o estabelecido na Legislação para implantação do SIADAP nos serviços de saúde (lei nº 66 B /2007 de 28 de dezembro de 2007) os dirigentes superiores e de gestão (dirigentes intermediários) deveriam ser avaliados pelo subsistema SIADAP 2,a que corresponde a gestão e avaliação do desempenho estratégico.

A avaliação destes deveria ser efetuada no final das comissões de serviço, conforme respectivo estatuto, ou no fim do prazo para o que foram nomeados, sendo anualmente, realizado uma avaliação intercalar que não produziria efeitos na carreira de origem.

Desta forma, os dirigentes superiores detêm uma “carta de missão”, realizada com base nos parâmetros de grau de compromissos a serem cumpridos e de avaliação dos resultados obtidos em objetivos de eficácia, eficiência e qualidade nelas assumidos e na gestão dos recursos humanos, financeiros e materiais disponibilizados ao serviço. Parâmetros como “competências” de liderança, visão estratégica, de representação externa e gestão demonstrada são considerados fatores essenciais para o bom desempenho na Administração pública. Essa avaliação tem efeito na distribuição de prêmios e na renovação ou não de uma nova comissão de serviço. A lei também determina que a não realização e aplicação do SIADAP para os dirigentes superiores, por motivos imputados ao dirigente máximo de um serviço, determina a cessão das suas funções.

A avaliação dos dirigentes intermediários centra-se nos resultados obtidos nos objetivos das respectivas unidades e nas competências demonstradas, como capacidade de liderança e competências técnicas e comportamentais.

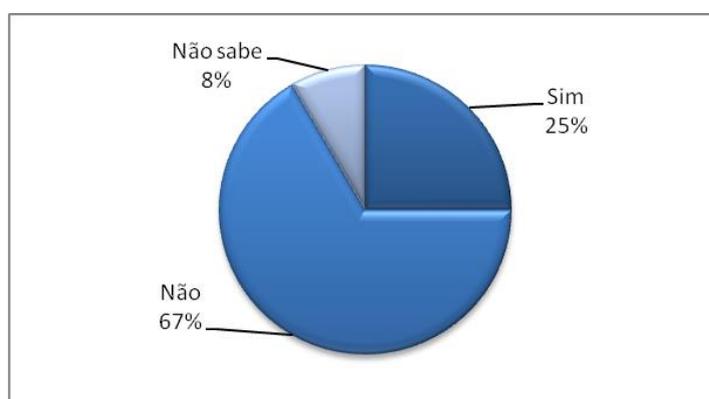
A avaliação final permite-lhe a classificação de desempenho inadequado, desempenho adequado, desempenho relevante e desempenho excelente, porém

esse último deverá seguir uma quota de até 5% do total de desempenhos relevantes.

Diante desta exposição ao realizar o questionamento sobre o processo de avaliação dos dirigentes nos ACES visitados deparamos com as seguintes questões:

Apenas 25% dos dirigentes relataram que já foram avaliados alguma vez no serviço, utilizando-se o modelo preconizado na legislação para o SIADAP 2 (gráfico 12), contra 67% que não foram avaliados e 8% que relataram não saber.

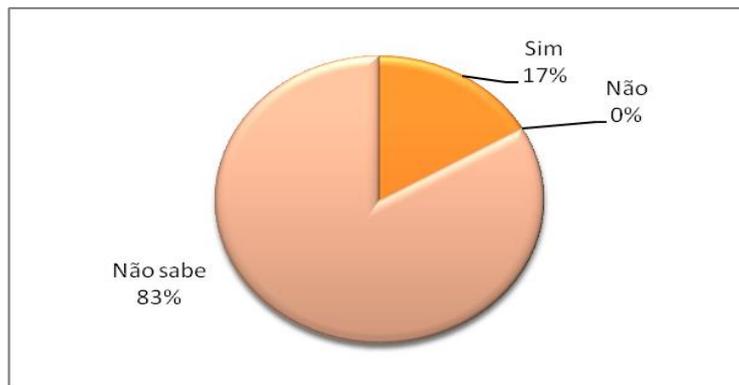
Gráfico 12. A realização da avaliação de desempenho para o dirigente na organização de saúde



Fonte: NEY, 2014.

Dos entrevistados que foram avaliados, apenas 17% referiram que o processo foi bem desenvolvido, seguindo os parâmetros recomendados; e que a definição dos objetivos e competências para a avaliação foram acordados previamente, participaram na definição dos critérios, através de realização de reuniões, junto ao superior hierárquico. Porém, 100% relataram que não tiveram “feedback” sobre os objetivos alcançados após o processo de avaliação (Gráfico 13).

Gráfico 13. Opinião sobre o desenvolvimento do processo de avaliação do SIADAP



Fonte: NEY, 2014.

Todos os entrevistados (100%) desconhecem se houve casos de dirigentes avaliados como “excelentes” e também sobre a publicitação dos resultados (gráfico 14).

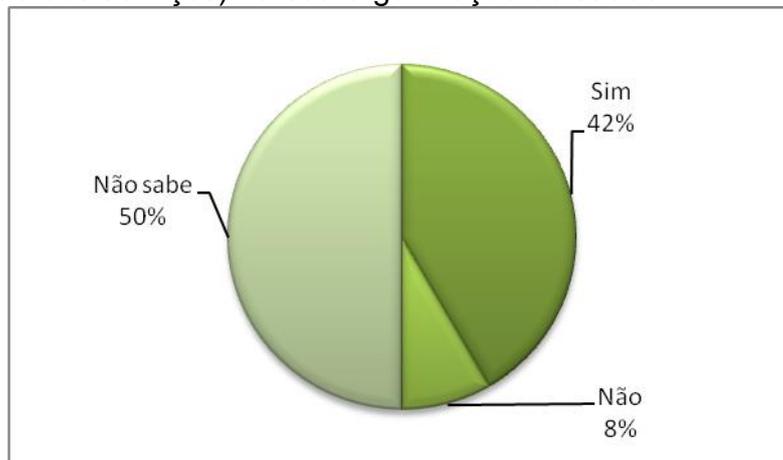
Gráfico 14. Opinião dos dirigentes sobre a avaliação de desempenho tendo como resultado “excelentes”.



Fonte: NEY, 2014.

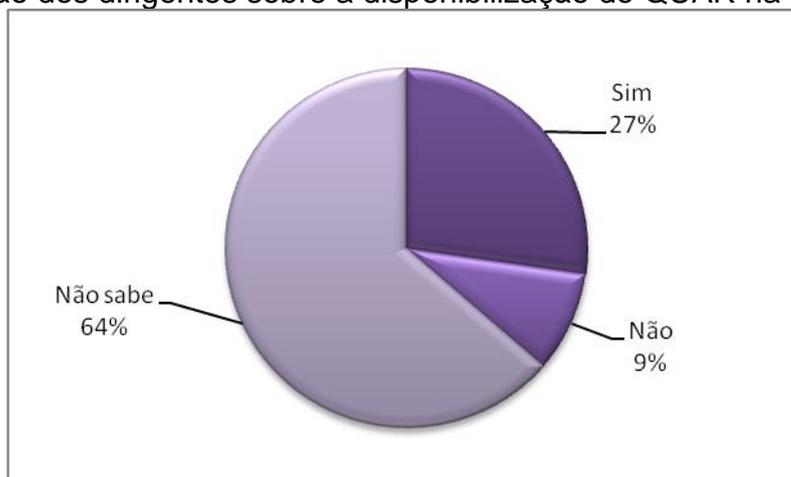
Sobre a utilização do Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) de sua organização com as informações sobre a “carta de missão” e objetivos estratégicos a serem alcançados pelo serviço, apenas 42% afirmaram que conhecem o QUAR do serviço atual (Gráfico 15), sendo que 64% informaram não saber se o QUAR está disponível para consulta na internet ou outro meio de informação para conhecimento dos profissionais (gráfico 16).

Gráfico 15. Opinião dos dirigentes sobre a utilização do QUAR (Quadro de avaliação e responsabilização dos serviços) na sua organização de saúde.



Fonte: NEY, 2014.

Gráfico 16. Opinião dos dirigentes sobre a disponibilização do QUAR na internet.

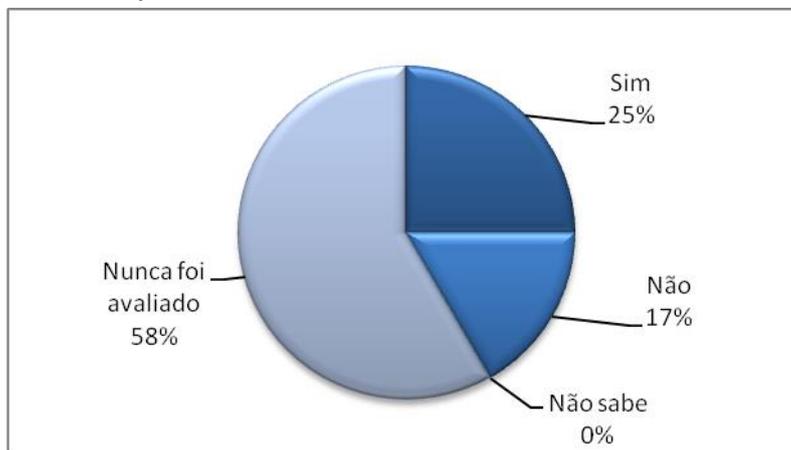


Fonte: NEY, 2014.

Finalizando esta questão foi questionado sobre a participação dos dirigentes na definição dos objetivos e competências para a realização da avaliação de desempenho, e quem era o responsável para definição destes quesitos no processo. Dos dirigentes entrevistados 58% afirmaram nunca terem sido avaliados, contra 25% que foram avaliados (gráfico 17). Destes avaliados predominava o superior hierárquico como responsável pela definição dos objetivos e competências (gráfico 18). Neste sentido, também apenas 17% afirmaram sobre realização de reuniões para abordagem e definição do processo de avaliação de desempenho na

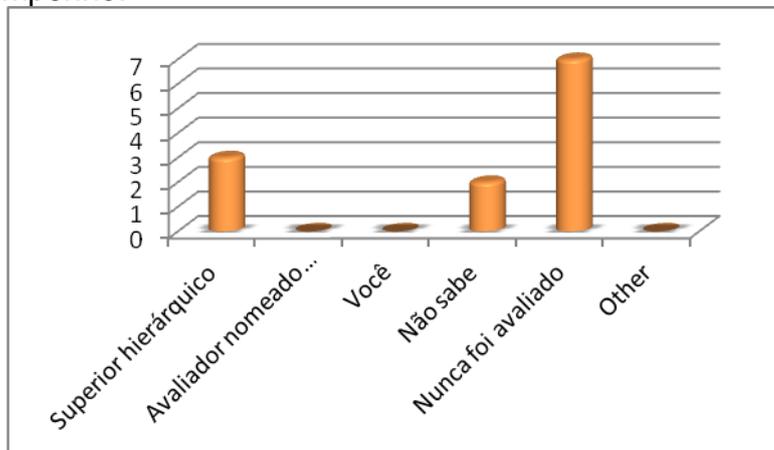
organização (gráfico 19), e apenas 8% dos que foram avaliados receberam algum “feedback” sobre a avaliação realizada(gráfico 20).

Gráfico 17. A participação dos dirigentes na definição dos objetivos e competências para a avaliação de desempenho.



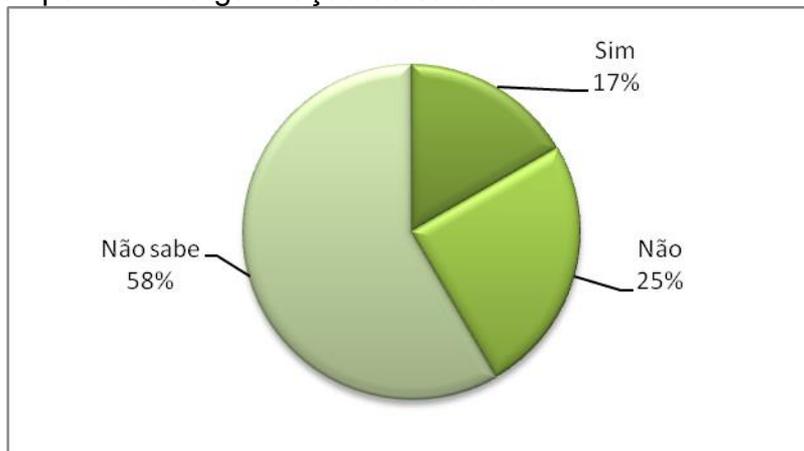
Fonte: NEY, 2014.

Gráfico 18. Responsável pela definição dos objetivos e competências para a avaliação de desempenho.



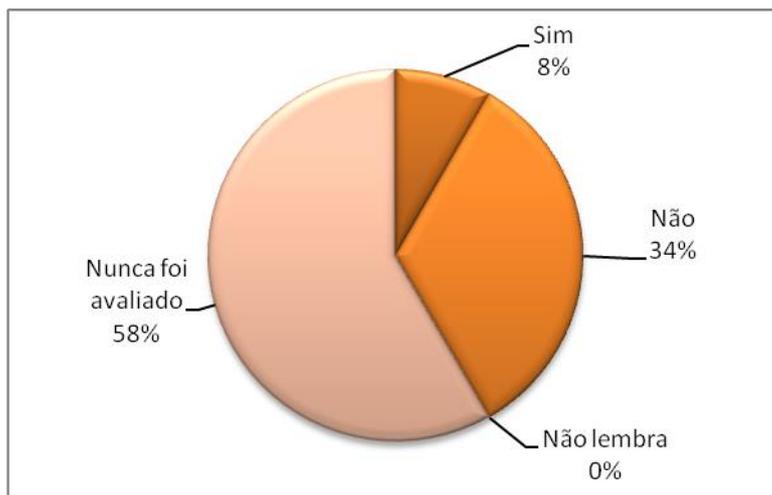
Fonte: NEY, 2014.

Gráfico 19. Realização de reuniões para abordagem e definição do processo de avaliação de desempenho na organização de saúde.



Fonte: NEY, 2014.

Gráfico 20. Distribuição sobre o “feedback” dos resultados da avaliação de desempenho.



Fonte: NEY, 2014.

6.4 Opinião sobre o processo de contratualização com as unidades de saúde familiar

Durante a entrevista, foram realizadas perguntas sobre o processo de contratualização entre os ACES e a ARS (contratualização externa) e entre os ACES e as USF (contratualização interna). O objetivo do questionamento foi saber a opinião dos dirigentes sobre o processo de contratualização com as USF.

Importava-se avaliar os principais contributos do processo de contratualização, se positivo, negativo ou sem impacto, em alguns fatores e dimensões selecionados.

Os resultados encontrados foram:

- Todos os dirigentes (100%) opinaram como contributos de impacto positivo do processo de contratualização das USF: a utilização da gestão por objetivos, o trabalho em equipe, a responsabilização das pessoas, a autonomia dos serviços, a redução da despesa pública, o conhecimento dos objetivos do serviço pelos funcionários,

- Quanto a implementação da governança clínica, 92 % relataram como contributo de impacto positivo do processo de contratualização.

- 83% dos entrevistados opinaram como impacto positivo também uma maior autonomia dos serviços, 75% uma maior autonomia e inovação das pessoas, 67% a valorização por mérito, 92% a atribuição de prémios e incentivos e uma maior interação entre os serviços.

- Como fator classificado como “sem impacto” no processo de contratualização com as USF, 42% opinaram sobre o conhecimento dos objetivos pelos usuários, já que este fator não tem apresentado muita interferência com a implantação da contratualização até o momento.

A autonomia dos serviços, a atribuição de prémios e incentivos e a redução da despesa pública foram consideradas como contributo de impacto negativo para 8% dos entrevistados, porém, para a maioria dos entrevistados o processo de contratualização decorre de maneira satisfatória junto as equipes, não apresentando demais fatores negativos relacionados (Quadro 10).

Quadro 10 - O contributo do processo de contratualização segundo alguns fatores/dimensões da Atenção Primária à Saúde em Portugal.

Fatores/dimensões	Avaliação	N	%
Utilização da gestão por objetivos	Positivo	12	100
	Negativo	0	0
	Sem impacto	0	0
Trabalho em equipe	Positivo	12	100
	Negativo	0	0
	Sem impacto	0	0
Responsabilização das pessoas	Positivo	12	100
	Negativo	0	0
	Sem impacto	0	0
Autonomia dos serviços	Positivo	10	83
	Negativo	1	8
	Sem impacto	1	8
Autonomia e inovação das pessoas	Positivo	9	75
	Negativo	1	8
	Sem impacto	2	17
Valorização por mérito	Positivo	8	67
	Negativo	0	0
	Sem impacto	3	25
Atribuição de prémios/incentivos	Positivo	11	92
	Negativo	1	8
	Sem impacto	0	0
Na redução da despesa pública	Positivo	10	83
	Negativo	1	8
	Sem impacto	1	8
Conhecimento dos objetivos dos serviços pelos funcionários	Positivo	12	100
	Negativo	0	0
	Sem impacto	0	0
Conhecimento dos objetivos dos serviços pelos utentes	Positivo	7	58
	Negativo	0	0
	Sem impacto	5	42
Interação entre as pessoas	Positivo	12	100
	Negativo	0	0
	Sem impacto	0	0
Interação entre os serviços	Positivo	11	92
	Negativo	0	0
	Sem impacto	1	8
Implementação da governação clínica	Positivo	11	92
	Negativo	0	0
	Sem impacto	1	8

Fonte: NEY, 2014.

Quando questionados sobre o rol de indicadores contratualizados com as USF a nível nacional, regional e local, classificaram o quantitativo como razoável; e ainda 67% afirmaram que muitos indicadores utilizados não são representativos do desempenho das USF, porém 67% também consideram a proporção de indicadores selecionados a nível nacional, regional e local satisfatórios.

Alguns indicadores propostos pelos dirigentes para inclusão no processo de contratualização referem-se aos indicadores para avaliação da qualidade técnica dos profissionais e também indicadores de vigilância clínica. Relataram que alguns indicadores utilizados como, por exemplo, a proporção de vacinação antitetânica nos hipertensos não representa a totalidade como contributo positivo para a avaliação do desempenho de uma equipe. Alguns indicadores deveriam ser modificados para condizer melhor com a realidade das atividades desenvolvidas.

Enfatizaram que deveria ser realizado um monitoramento mensal dos indicadores alcançados a nível central e não somente a nível local e que estes deveriam ser geridos por um sistema único, com sistema de informação mais eficaz e integrado. Além disso, deveria haver uma regulamentação específica para pontuar os critérios de exclusão das USF, para classificação de subida ou descida no modelo A, modelo B ou modelo C, de uma forma mais efetiva ao contrario do que é realizado.

6.5 Avaliação do processo operacional – contratualização e SIADAP

Neste bloco temático pensou-se em realizar uma abordagem conjunta sobre as duas ferramentas gerenciais utilizadas no âmbito dos ACES- o SIADAP e a contratualização com as USF.

Segundo opinião dos dirigentes entrevistados, não existe nenhuma relação atualmente entre a utilização do SIADAP e a contratualização com as equipes de saúde nos processos gerenciais do ACES. Enquanto o SIADAP tenta avaliar a qualidade técnica de alguns profissionais através das suas competências, já que não é utilizado na totalidade, a contratualização avalia o resultado dos serviços, nem sempre correlacionado com o desempenho técnico do profissional. Nos moldes

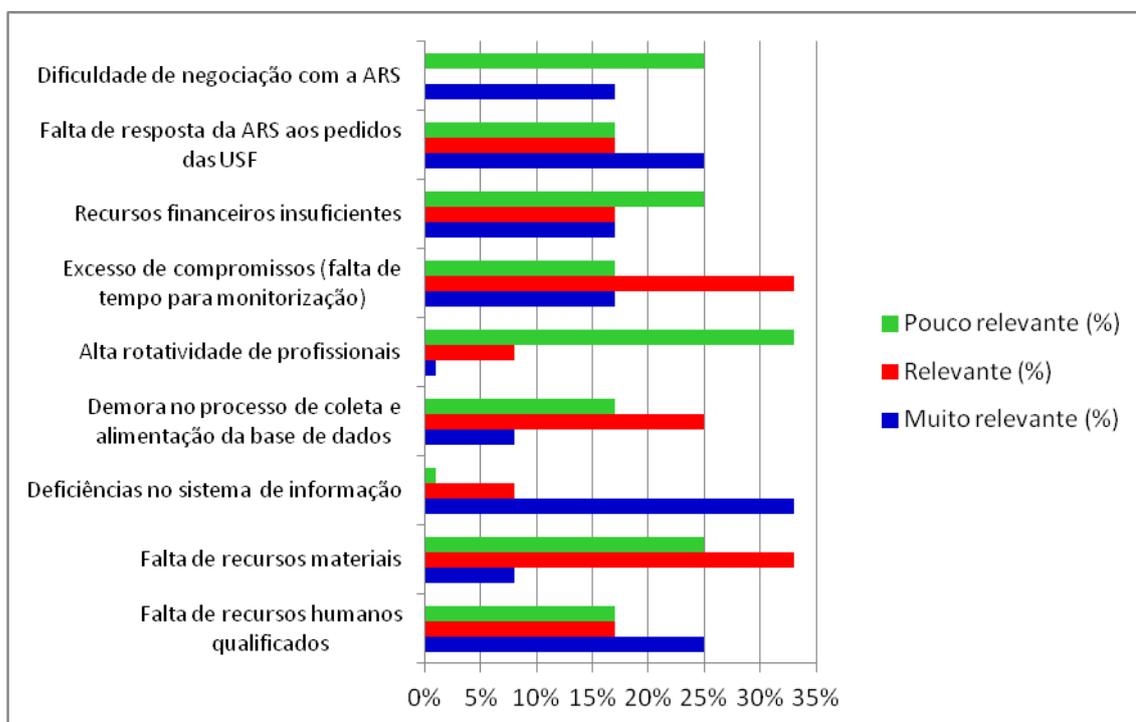
como vem ocorrendo de maneira distintas, pontuais e não abrangendo todas as categorias profissionais os processos gerenciais não se interligam. No entanto, todos os dirigentes entrevistados afirmaram que seria de extrema importância conseguir relacionar a duas ferramentas para o gerenciamento das unidades.

Para saber sobre os principais entraves e fragilidades no cumprimento dos objetivos acordados entre a ARS e as unidades (ACES/USF) no processo de contratualização foram solicitados aos dirigentes para classificar os fatores selecionados por relevância de acordo com os seguintes critérios: conceitos de 1 até 3 como alta relevância, de 4 até 6 relevante e de 7 até 10 pouca relevância.

Os resultados obtidos foram:

- Entraves de alta relevância (conceitos de 1 até 3) ao cumprimento dos objetivos da contratualização (Gráfico 21)
 - Ausência de recursos humanos suficientes
 - Alta rotatividade dos profissionais
 - Recursos financeiros insuficientes
 - Ausência de respostas da ARS aos pedidos solicitados pelas USF-
- Entraves relevantes (conceitos de 4 até 6) ao cumprimento dos objetivos da contratualização:
 - Escassez de recursos materiais
 - Lentidão no processo de coleta e alimentação das bases de dados-Excesso de compromissos decorrendo em falta de tempo para monitorização
- Entraves pouco relevante (conceitos de 7 até 10) ao cumprimento dos objetivos da contratualização:
 - Dificuldade de negociação com a ARS

Gráfico 21. Classificação sobre os principais entraves para o cumprimento dos objetivos de contratualização na organização de saúde.



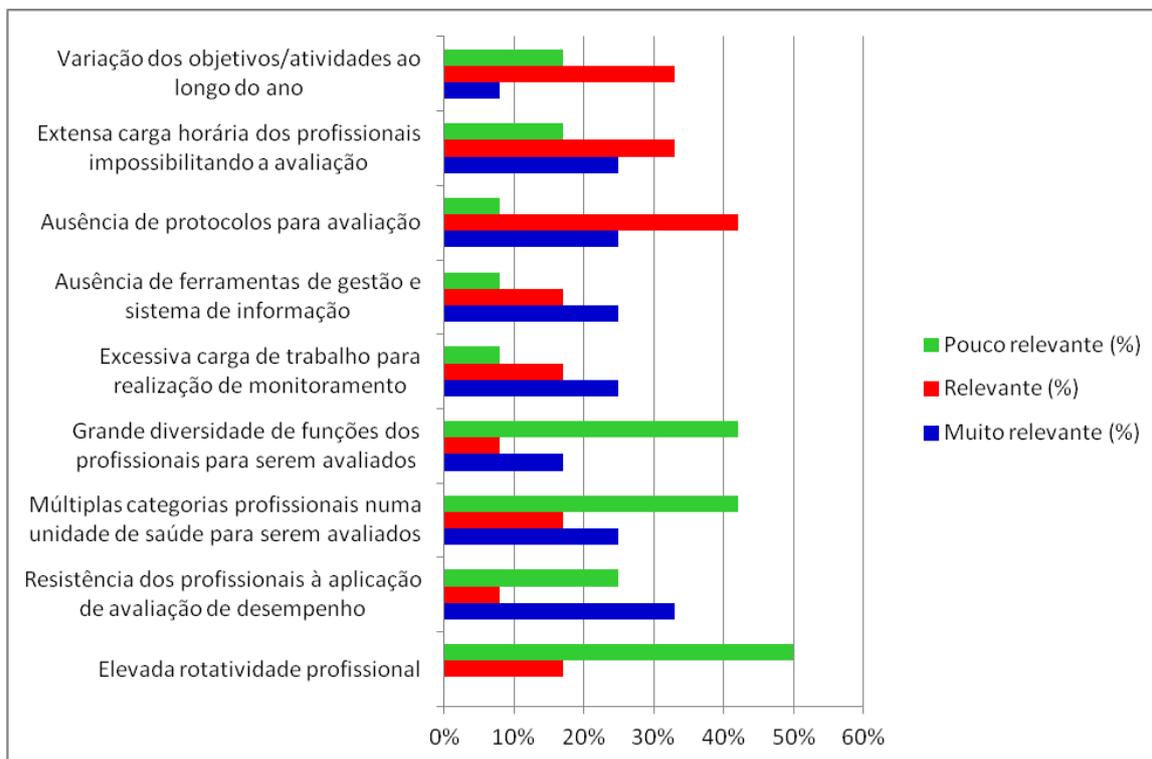
Fonte: NEY, 2014.

O mesmo questionamento foi utilizado para a abordagem do SIADAP, porém com fatores diferentes para serem classificados como entraves na aplicação do SIADAP para os profissionais (Gráfico 22):

- Entraves de alta relevância (conceitos de 1 até 3) para aplicação do SIADAP
 - Ausência de protocolos para avaliação
 - Extensa carga horária dos profissionais impossibilitando a avaliação
- Entraves relevantes (conceitos de 4 até 6) para aplicação do SIADAP:
 - Variação dos objetivos / atividades desempenhadas ao longo do ano
 - Grande diversidade de funções dos profissionais para serem avaliados
 - Excessiva carga de trabalho para realização da avaliação
- Entraves pouco relevante (conceitos de 7 até 10) para aplicação do SIADAP:
 - Elevada rotatividade profissional-100%

- Múltiplas categorias profissionais em uma unidade de saúde para serem avaliados-100%

Gráfico 22. Classificação sobre os principais entraves para aplicação do SIADAP para os trabalhadores na organização de saúde.



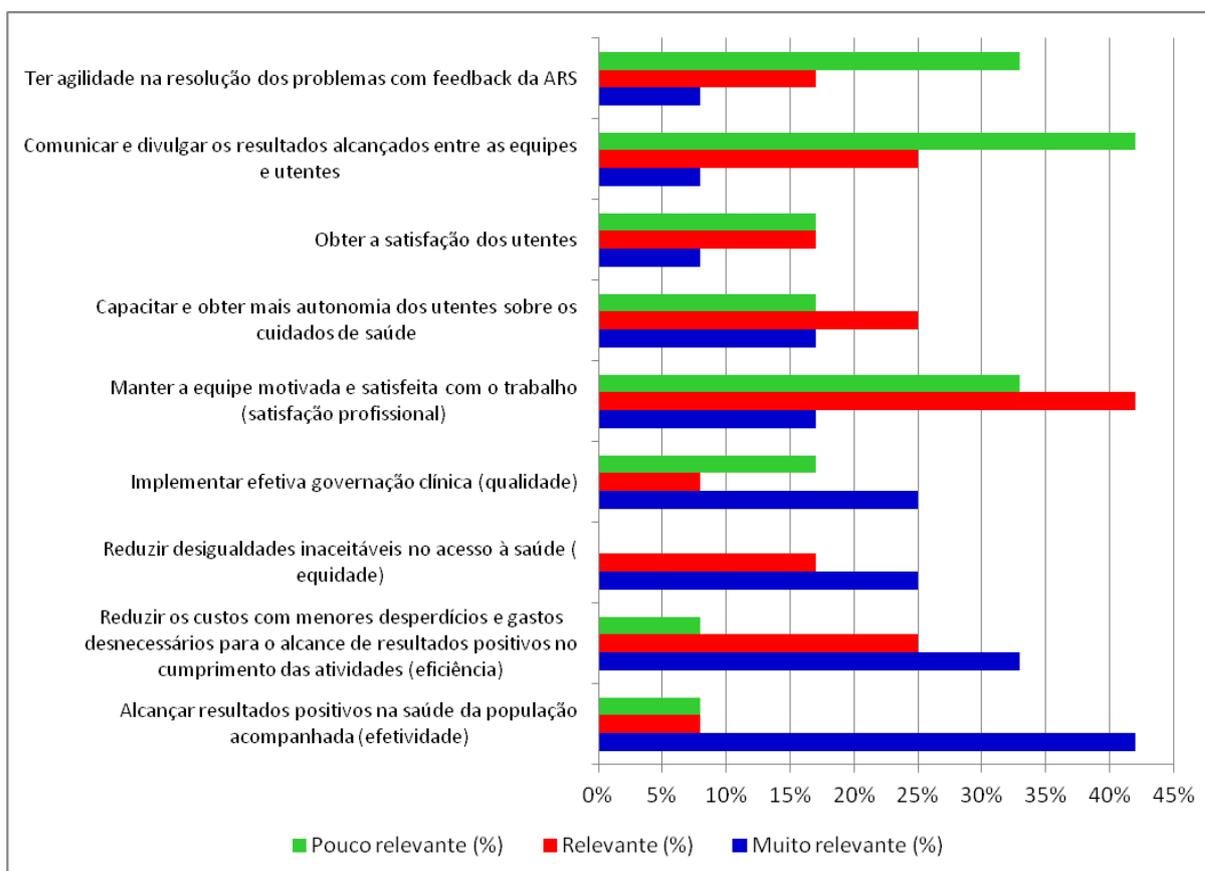
Fonte: NEY, 2014.

Finalizando a entrevista o último bloco temático abordou questões sobre a percepção dos dirigentes quanto aos principais desafios encontrados na atualidade no sistema de saúde português, referente a organização dos ACES.

Os desafios foram classificados de acordo com conceitos de 1 até 9- sendo 1 o maior desafio e 9 o menor desafio (Gráfico 23).

O quesito que recebeu o maior conceito, caracterizado como principal desafio hoje do sistema de saúde, na totalidade de opinião dos dirigentes entrevistados (100%) é alcançar resultados positivos na saúde da população acompanhada (efetividade). E o fator que obteve os menores conceitos para 100% dos entrevistados, caracterizado como menor desafio encontrado atualmente é realizar a comunicação e divulgação dos resultados alcançados entre as equipes e os pacientes.

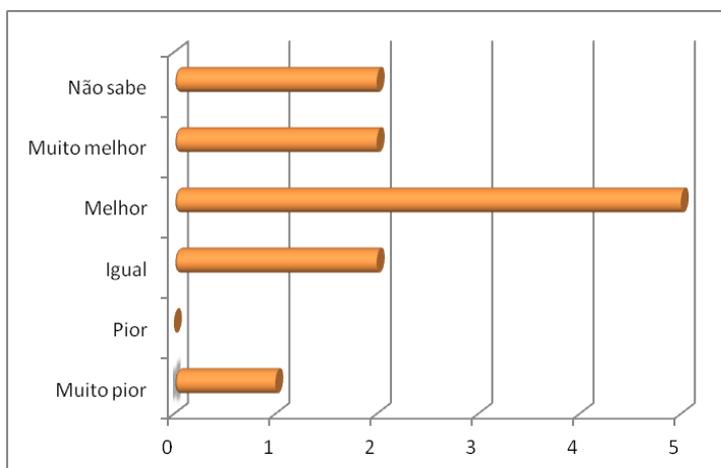
Gráfico 23. Opinião dos dirigentes sobre os principais desafios encontrados. hoje no sistema de saúde português



Fonte: NEY, 2014.

Com relação à qualidade organizacional as maiorias dos dirigentes classificaram a organização de que fazem parte (ACES) como melhor se comparado ao restante do setor saúde (gráfico 24).

Gráfico 24. Opinião dos dirigentes sobre a qualidade organizacional de sua organização ACES em relação ao restante do sistema de saúde de que faz parte.



Fonte: NEY, 2014.

Foram discutidos também durante as entrevistas alguns aspectos que tem sido percebido pelos profissionais e dirigentes nos últimos anos com o início da crise financeira instalada na Europa.

Relataram que o aumento das taxas moderadoras para os pacientes acarretou a redução de procura às consultas médicas, aumentando a preferência apenas pela renovação de receitas médicas, como no caso dos hipertensos e diabéticos acompanhados.

Os dirigentes referiram uma redução no quantitativo de recursos materiais disponíveis para a unidade, impossibilitando a realização de alguns procedimentos, interferindo no trabalho prestado aos usuários.

Outro fato importante destacado foi com relação algumas formas de contratação que vem sendo realizada para o pessoal de apoio administrativo, em que os contratos de trabalho estão por serem encerrados e não serão substituídos, como ponto de fragilidade para operacionalização das equipes nos últimos anos.

6.6 Entrevista com Informante - chave sobre o processo do SIADAP

Os resultados obtidos com a entrevista realizada sobre o SIADAP com “expertise” da área no país, abordaram alguns aspectos importantes desde a implantação do sistema até os dias de hoje. Nesta oportunidade foram descritas opiniões referente ao atual sistema utilizado nas organizações de saúde e também algumas experiências internacionais na área de avaliação de desempenho para o setor público, como premissa de um importante debate na contextualização do estudo.

Sobre os aspectos relatados no funcionamento do SIADAP em Portugal citou que:

“o SIADAP ainda não funciona plenamente para a área da saúde Não foi implementado para todas as categorias, como médicos e enfermeiros. As resoluções e portarias para composição de comissão paritária para instituir o sistema nos serviços já foram expedidas desde 2011, porém a portaria com a definição de objetivos e competências ainda não foi formulada. Na área de enfermagem as discussões já estão mais avançadas e o SIADAP já era para ter sido implementado desde 2012, e provavelmente neste ano estará em funcionamento. O processo está em curso, mas de forma bem lenta”.

Referiu que para a categoria médica existe um problema maior. No sistema de saúde português existem médicos sindicalizados e não sindicalizados, médicos que estão na função pública e outros que são liberais (autônomos), principalmente nos hospitais. E que também possa estar ocorrendo na área dos cuidados primários de saúde com a instituição de organizações privadas. A implantação de um sistema unificado para todos não funciona atualmente nos serviços. Para cada componente deste, ou seja, sindicalizado versus não sindicalizado, público versus liberal, deveria haver um sistema de avaliação específico, o que não é viável e muito complicado para gerir. Se houvesse uma maneira de solucionar essa questão decorreria mais rapidamente⁴⁰.

⁴⁰ É importante ressaltar que em 2009 algumas alterações foram realizadas no Regime especial de carreira médica, através da deliberação do decreto-lei nº 177/2009 de 04 de agosto. O presente decreto-lei é aplicado aos médicos integrados na carreira especial médica cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas (PORTUGAL, 2009).

Outro fator importante para se considerar na área da saúde referem-se aos conflitos de interesses e as relações de poder dentro das organizações. Talvez isso dificulte ainda mais a definição dos objetivos, das competências, das metas e indicadores necessários para a realização dos processos avaliativos. Por exemplo, um médico pediatra de um serviço deveria ter X objetivos, Y tarefas realizadas, Z competências e no outro também da mesma forma. Assim como um cirurgião e outras especialidades. Não seria muito difícil estipular os indicadores dessa maneira, mas os conflitos de interesse, as relações de poder existente entre as classes e os serviços acabam por ocorrer e prejudicam essa definição.

Existe também um embate em que as composições de avaliação que só podem ser constituídas por médicos, ou seja, um médico avalia outro médico. É diferente um médico avaliar um administrativo, o processo é integro, tem certo rigor, é factível, do que um médico avaliar outro médico. Dessa forma, o SIADAP está a decorrer apenas para os administrativos e técnicos superiores no setor.

Outro relato importante e positivo diz respeito à formação médica e capacidade de entendimento desses profissionais. Durante os treinamentos realizados para os médicos percebe-se que é mais fácil o entendimento de certos valores e conceitos pelos médicos do que outras profissões de nível superior, geralmente eles captam rapidamente a mensagem, raciocinam de uma maneira superior aos demais.

Em Portugal, de certa forma, os médicos já estão mais acostumados a trabalhar com metas e indicadores devido ao processo de contratualização implementado, porém, a inexistência de uma cultura de gestão para utilizar o SIADAP como uma ferramenta importante e valiosa para a avaliação profissional predomina.

O entrevistado estima que dentro da organização existam cerca de 99,5% dos profissionais que “olham” o sistema (SIADAP) como mais um processo burocrático a seguir, mais um “papel” para preencher, mais uma “coisa” para fazer e não enxergam o sistema como uma ferramenta de gestão, como um processo necessário e importante para a melhoria da organização.

A maneira como decorre o processo avaliativo demonstra essa afirmação:

“Uma vez ao ano, durante 15 dias, preenchem uma série de fichas de avaliação, entregam aos superiores e acabam por esquecer-se de acompanhar, monitorar e saber que aquele processo poderia servir para alguma coisa. E só lembram novamente no próximo ano que aquilo existe”.

Durante a entrevista algumas questões foram discutidas com relação às especificidades do setor público e privado. O entrevistado argumentou sobre o setor privado referindo que não é muito diferente do setor público, que também ocorrem deficiências quando falamos nos processos de avaliação de desempenho profissional. Porém, a determinação e o rigor de avaliação são diferentes. Exemplifica:

“se um chefe de serviço resolve estipular uma nota razoável para avaliar certo funcionário e este não concordar, o caso se dá por encerrado, fica por isso mesmo, já que as relações seguem uma hierarquia e o funcionário não irá contestar o seu superior. Agora no serviço público se ocorrer uma discordância por parte de um funcionário que não aceita a nota de avaliação estabelecida pelo superior, o caso pode ser levado ao tribunal, porque segue uma legislação, e tem que estar bem documentado”.

Também existem certas categorias profissionais que requerem uma definição de objetivos para o exercício das funções, nesse caso o sistema atual implementado serve e se enquadra já para outras categorias não. Afirma, portanto, que generalizar um sistema, e achar que vai servir para todos como um erro, já que cada função tem as suas particularidades.

Outro aspecto importante mencionado refere-se aos processos de gestão que no setor saúde são mais complexos. Segundo o entrevistado, foram realizados treinamentos com a Direção Geral da Saúde sobre os processos de Gestão voltados para objetivos, pensando-se na lógica de alinhar os objetivos no nível do Ministério da Saúde, da ARS e dos ACES, com a definição de responsabilidades de cada ente. Porém, o que se constatou na maioria das vezes é que as decisões, as definições e as propostas de execução não decorrem de processos participativos, e sim de determinações hierarquizadas, como ideias do Ministro da Saúde.

Enfatiza que essa conduta seja um desperdício já que o Ministério da Saúde é um dos poucos Ministérios que possuem documentos excelentes para realização de gestão por objetivos. O plano plurianual da saúde, por exemplo, é um dos documentos que estabelece todas as prioridades a serem atingidas ao longo dos 5 anos, seguindo esta lógica, o MS teria a capacidade de fazer, de realizar as mudanças e melhorias necessárias e pensar na elaboração dos objetivos e metas a serem alcançadas no período. Porém, isso não ocorre geralmente na área de avaliação de desempenho profissional.

Quando questionado sobre as experiências de outros países com os processos de avaliação de desempenho profissional, como ocorre e como são as legislações, o entrevistado informou que com relação ao teor do processo de avaliação, os sistemas são parecidos assim como nos Nórdicos, Australianos, Ingleses. Afirma que os portugueses não inventaram nada, seguiram as experiências já realizadas e bem sucedidas e que deram certo e foram adaptando, a diferença é que a legislação em Portugal tem muitos artigos, e é bem mais amarrada, já a legislação dos ingleses é bem mais leve.

Uma experiência importante citada por apresentar bons resultados é a dos países Nórdicos, este também apresenta uma cultura bem diferente. Ressalta:

“Os nórdicos levam a sério os processos de avaliação, são mais rigorosos, cumprem com o que está determinado. Já os latinos não são assim, sempre há uma maneira de tentar burlar o processo, e em Portugal não é muito diferente.” Um exemplo deste fato relatado foi “o SIADAP quando não havia cotas na avaliação dos “excelentes” todos poderiam ser “excelentes” e recebiam nota máxima, e o sistema não funcionava, com a implantação das cotas o processo foi modificado. As críticas foram imensas, mas com as mudanças o sistema passou a ser mais justo. O problema que ainda ocorre é que as pessoas não acreditam no sistema”.

Faz uma reflexão sobre o assunto pontuando que essa tendência está relacionada ao comportamento humano. Normalmente durante alguns treinamentos realizados onde se solicita para as pessoas fazerem uma auto-avaliação pessoal, a tendência observada é ter uma avaliação otimista sobre si próprio e não enxergar os erros, os defeitos e as tarefas que foram mal feitas. E por outro lado já se consegue

enxergar com mais clareza os erros e atitudes do próximo. Isso é uma realidade em ambientes de trabalhos, no cotidiano de gestão de pessoas.

Pontua-se também que desde a criação do SIADAP em 2004, mesmo com a mudança da legislação em 2007, ainda existem setores/ categorias que apresentam resistência e ainda não estão envolvidos com o sistema no serviço. Ressalta-se portanto, que no período de 2004 até 2008 existia uma outra realidade, somente eram avaliados os serviços, com estipulação de metas e objetivos sem envolvimento de todos os funcionários. A partir de 2008 com a nova legislação o processo tornou-se mais dinâmico, em que todos são avaliados: os serviços, os dirigentes intermediários e os funcionários, tornando o sistema mais coerente. A legislação do SIADAP reformulada- Lei nº 66-B de 28 de dezembro de 2007- é uma lei bem feita, bem planejada, bem pensada e coerente. O que falta realmente até o momento para a efetiva utilização é a cultura de Gestão nas organizações, embutida nos processos de gestão de pessoas, para implementar o que já está regulamentado.

Diante das medidas de contenção orçamentária anunciadas pelo governo por conta da crise no país, com cortes de financiamento, remuneração, fundos, questionou-se sobre a percepção de alguma alteração nos padrões de avaliação e processos de gestão de desempenho nos serviços.

Segundo o entrevistado, a nova lei de execução orçamentária para 2013 vai modificar todo o processo, que as alterações foram realizadas sem nenhuma análise prévia sobre a gravidade desta medida para o sistema. As mudanças foram realizadas de forma empírica. A avaliação agora passará a ser bianual e com proibição de valorizações remuneratórias, perdendo-se de certa maneira a lógica da avaliação que vinha sendo realizada. Os cortes remuneratórios, o ambiente de tensão e ausência de perspectiva futura irá fazer ainda mais com que os profissionais fiquem desmotivados e simplesmente a avaliação não servirá para nada, podendo prejudicar ainda mais o processo.

Com relação aos sistemas de informação relata que não é a ausência de sistema de informação que dificulta à implantação do processo. Argumenta que já existe um sistema de informação para utilização do SIADAP, que o problema não é tecnológico, é de pessoas e de alterações de poder.

Outro problema é que não há maneira de registrar a maioria das informações do SIADAP no sistema informacional atual, já que um único sistema para todas as informações, porém, os sistemas não se falam e não se complementam. Um sistema bem formulado (transnacional) pode ajudar, mas não é esse o problema. E quando o sistema funciona bem não vai dizer que foi o sistema que ajudou. Só isso não resolve. Não é claramente estratégico na organização, não repercute o valor e a gestão por objetivos.

Sobre a formação dos profissionais e os treinamentos que foram realizados para o sistema refere que a capacitação sozinha não resolve nada, auxilia a transmitir valores, conceitos teóricos, mas na prática um treinamento de dois (2) dias, como é realizado, não é capaz de desenvolver estímulos, de modificar uma organização. Pode servir como uma iniciativa para mudança, mas o que importa é a cultura de gestão que tem que vir com a liderança, com estímulo, com líderes motivados, com a insistência, e de forma rotineira, todos os dias.

Em síntese, a entrevista coloca alguns pontos importantes para a discussão, enfatizando que ainda existem diversos problemas relacionados às dificuldades de implantação de um sistema de avaliação profissional na administração pública.

A introdução de uma regulamentação, de decretos “bem amarrados”, a realização de treinamento e a formação de profissionais para sua execução, um sistema de informação adequado são passos importantes, porém não suficientes para a garantia do “sucesso” de implantação de um sistema de avaliação profissional. Portugal mesmo com regulamentações fundamentadas para o regimento de um sistema para todos os setores da administração pública no país, ainda não conseguiu se consolidar em algumas áreas, como na saúde.

Os processos de avaliação profissional quando direcionados às organizações de saúde apresenta-se como um desafio. No setor da saúde aspectos relevantes foram enfatizados como as questões relacionadas a organização dos serviços de saúde, suas formas de realização, mensuração e produção; a organização profissional, de especialidades, de normatizações e padrões de exercício; a hierarquia profissional, de categorias e carreiras profissionais; a autonomia profissional e os “jogos de poder” como desafios para gestão. Ainda como questão

importante de se destacar que devem ser levados em conta tanto os interesses da organização, do sistema de saúde quanto os interesses do usuário no setor, como quesitos fundamentais para se relacionar na implantação de um processo avaliativo.

CONCLUSÃO

O estudo pretendeu focar aspectos importantes sobre os sistemas de avaliação profissional e contratualização na gestão no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). As reformas instituídas para APS vêm sendo demasiadamente discutidas pela sua importância, como ordenadora da atenção, devendo ser a “porta de entrada” do sistema de saúde em todos os países. Entretanto, em muitos países ainda é realizada de maneira seletiva, pulverizada, atendendo a pequenos grupos vulneráveis, e não de forma abrangente, universal, como recomendado há mais de 30 anos.

Esse problema se torna preocupante uma vez que, nos últimos anos ocorreu uma mudança importante do perfil epidemiológico populacional, com aumento das doenças crônicas e, sobretudo, com elevação dos gastos em saúde. Essa preocupação com as necessidades de saúde da população é mundial e deve ser discutida como o ponto-chave de orientação nos sistemas públicos de saúde.

Paralelo a este fato cabe a discussão sobre outro problema de ordem mundial referente aos Recursos Humanos em Saúde, essenciais para o bom desempenho dos sistemas. Ressalta-se que ainda existem muitas iniquidades quanto à distribuição, formação, qualificação e adequação dos RH necessários e adequados aos processos de reforma nos países, principalmente em relação ao trabalho nas atividades inerentes a atenção primária. Sem dúvida, a ausência de uma política adequada, estruturante de RH, em relação à formação profissional, regulação, gestão do trabalho e introdução de sistemas de avaliação com recompensa aos profissionais influencia o desempenho do setor como um todo.

Diante dos acontecimentos e contextos percorridos, algumas considerações são levantadas sobre as políticas de avaliação e a construção de um sistema de avaliação profissional e contratualização nos modelos estudados.

No contexto internacional, as experiências do Reino Unido e Espanha constata-se que os modelos de contratualização utilizados atualmente são frutos de um longo percurso de adaptação, modificações e negociações entre governos e prestadores de serviços. Quando se diz “prestadores de serviços” referem-se às

corporações profissionais, as associações de seguradoras de saúde, as associações de medicina de família entre outras, de especificidades de cada região analisada.

Como requisitos para melhorar a qualidade, a eficiência e a efetividade dos serviços, destaca-se nestes modelos analisados a implantação de novos arranjos organizacionais, com a descentralização dos serviços, maior autonomia de gestão e articulação de planos estratégicos e operacionais adequados a assegurar as necessidades de saúde e o bem-estar da população.

Nesses modelos a atenção primária passou a ser considerada a porta de entrada orientadora do sistema, assumindo a função de coordenadora da gestão apoiada pela atenção especializada. O financiamento para o setor também apresenta uma boa “fatia” dos investimentos, com um gasto público em saúde acima de 70% do gasto total em saúde (OECD, 2013). No Brasil esse percentual é de 41,6% (2007) muito baixo, inferior até aos dos outros países da América Latina (Argentina (50,8%), Chile (58,7%), Colômbia (84,2%)) (OPAS/OMS, p.44, 2011).

Quanto aos RHS, estes são regulados, através da formação profissional e/ou por controle público de ingresso no mercado de trabalho, mesmo assim ocorre a migração de outros países para estas localidades.

Os sistemas de avaliação e contratualização implementados em prol de melhoria da qualidade da atenção primária nos modelos analisados vem sendo vistos como fundamentais para o avanço na avaliação da atenção primária ofertada. Entretanto, a adoção dos sistemas de melhoria da qualidade dependeu do desenvolvimento preliminar da profissão de Medicina de família e comunidade.

A tendência adotada atualmente é para o desenvolvimento de normas europeias comuns de atenção à saúde, ou seja, diretrizes clínicas europeias, em sistemas de melhoria da qualidade, e o papel cada vez maior dos pacientes na criação de políticas e na avaliação da qualidade (SALTMAN, RICO, BOERMA, 2006).

Ao analisarmos a situação do Brasil, evidencia-se a importância das lutas e movimentos sociais que levaram ao estabelecimento de um Sistema Único de Saúde (SUS), público, gratuito e de acesso universal.

Destacam-se os desafios percorridos para a implantação do sistema, de enorme dimensão territorial com disparidades regionais e sociais, dificuldades no processo de descentralização, o subfinanciamento do setor, desafios para reestruturar a rede de serviços integrados e orientados para a atenção primária, as fragilidades do processo de formação, qualificação e inserção de recursos humanos, a ausência de regulação profissional e do trabalho e o aumento de setores privados em concorrência com os recursos públicos⁴¹.

Mesmo diante de tantos desafios, o país apresentou grande avanço nos últimos anos. A ESF como modelo organizacional da APS vem alcançando resultados alarmantes e positivos na melhoria dos indicadores de saúde e também possibilitado maior integração aos serviços, o redirecionamento de recursos entre as regiões do país, a implantação do PAB e o pacto pela saúde, como proposta descentralizadora (PAIM, 2006, LIMA *et al.*, 2012).

A ESF além de expandir o acesso aos serviços à população repercutiu na implantação de novas políticas de saúde como promoção de saúde, o fornecimento de medicamentos, saúde bucal, implementação de estratégias de formação, qualificação e inserção profissional, políticas de avaliação e monitoramento, e entre tantas outras que foram necessárias para dar o devido suporte e “consistência” ao modelo preconizado.

Também ao analisarmos os caminhos percorridos sobre os processos avaliativos para a APS, sobretudo quanto às políticas de avaliação, percebe-se uma trajetória prioritária para os processos de avaliação e monitoramento voltados para a expansão da cobertura do programa, a implementação de novas equipes, de outras categorias profissionais, relacionadas aos processos de trabalho e produtos executados, em prol da melhoria de acesso e de indicadores de saúde.

Já a outra vertente relacionada ao processo avaliativo, referente às políticas de avaliação de recursos humanos, de avaliação de desempenho profissional e de

⁴¹ Os gastos privados em saúde no Brasil representaram 58,4% dos gastos totais, sendo aproximadamente, 40% em gastos com sistemas de saúde suplementar e 60% gastos diretos do bolso das famílias. Hoje 26% da população têm planos de saúde, e o setor movimentou cerca de 70 bilhões de reais no ano de 2009, mesma ordem de grandeza do orçamento federal para os 190 milhões de brasileiros para as ações universais, e principalmente para 74% da população que tem o SUS como sua opção única (OPAS/OMS, p.48, 2011)

contratualização de metas voltadas para a melhoria da qualidade percebe-se que a trajetória permanece um tanto “sombria” sem investimentos na área e sem experiência ao longo dos últimos anos.

A proposta do PMAQ surge em 2011, em nível nacional, pela possibilidade de maior envolvimento dos profissionais no processo avaliativo, tanto com relação aos processos de trabalho executados quanto às políticas de recursos humanos voltadas para a atenção primária.

Ao analisar três experiências municipais que adotaram processos de avaliação de desempenho e contratualização, Curitiba, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, conclui-se que os modelos estudados encontram-se em fases distintas, mas com representativo avanço na área, cada um com a sua particularidade:

O Município de Curitiba apresenta-se com grau de maturidade maior, com mais de 10 anos de programa, uma trajetória de implantação e priorização da atenção primária. Uma política de recursos humanos, baseada na contratação de funcionários públicos, com plano de carreira e políticas de atração, qualificação e fixação de pessoal. A presença de um conselho de saúde atuante foi relevante ao longo dos anos, promovendo adequações e melhorias do sistema de saúde. O modelo de avaliação de desempenho e contratualização de metas instituído em 2002 encontra-se atualmente em uma fase de “lapidação”, com estratégias de renovação voltadas para a satisfação dos usuários e dos profissionais, de qualificação e ambientação das unidades de saúde. Este novo modelo ainda carece de pesquisas direcionadas a avaliação do seu impacto para as políticas de atenção à saúde do município.

Em Minas Gerais, Belo Horizonte instituiu um modelo de bonificação anual para profissionais das equipes de saúde da família, durante a vigência do “choque de gestão” (2003-2010), aproveitando-se a estratégia do governo estadual em modernizar todo o aparato institucional e introduzir novas ferramentas de como o pagamento por desempenho aos servidores. O modelo encontra-se bem consolidado, porém permanece ainda uma avaliação focada sobre os processos de trabalho dos profissionais em cumprir determinados indicadores pactuados, sem

grande amplitude na avaliação do desempenho profissional, para uma análise global da atenção primária à saúde.

A experiência do Rio de Janeiro com a contratualização para equipes de saúde da família é recente. Aproveitou-se de uma política favorável como oportunidade para criar e desenvolver as ações de atenção primária no município. O modelo foi instituído em 2009 com a Reforma da APS no RJ, ampliando a cobertura da ESF, com a implantação das “clínicas de família”. Foi feito investimentos na infraestrutura das unidades, no sistema de regulação da rede de serviços e criação de observatórios de informação, tecnologia e comunicação na saúde, com parcerias para qualificar os profissionais. Uma das críticas ao modelo de reforma no RJ foi a instituição de parcerias público-privadas para a gestão das unidades de saúde. Esse modelo apresenta-se frágil para fixação e incentivo à carreira profissional na atenção primária do município.

O modelo nacional para avaliação e contratualização da ESF no Brasil proposto com o PMAQ é um grande avanço ao sistema, e a política de APS priorizada. O PMAQ vem impulsionar melhorias de instalações físicas das unidades, do planejamento e organização dos serviços, da avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde, da gestão, da formação e qualificação profissional, além de viabilizar incentivos financeiros tanto para os municípios participantes quanto para os profissionais em reconhecimento ao trabalho executado. Esse é um modelo que possibilita comparações tanto entre equipes do mesmo município como em nível nacional. Para isso, requer o cumprimento de indicadores em áreas estratégicas estabelecidas, o que leva em conta um padrão de prioridade nacional.

Ressaltam-se alguns fatores que necessitam ser analisados como pontos de fragilidades que envolvem tanto a escolha dos indicadores de monitoramento selecionados pelas equipes, quanto aos critérios de adesão das equipes. Quanto aos indicadores selecionados, estes podem não privilegiar as necessidades locais de saúde da população, e não englobar as competências técnicas dos profissionais, podendo não ser representativo de melhoria de qualidade. Outro aspecto refere-se ao processo de seleção e adesão das equipes, podendo ocorrer um *viés* pelos gestores que passam a privilegiar as equipes com melhores condições de bons

resultados para recebimento de incentivos em detrimento de outras para certificação, não condizendo com a realidade global.

Outro aspecto refere-se à regulação, ainda muito “falha” no país, já que não adianta implantar um programa de grande extensão, dispendendo recursos federais, sem controle e auditoria permanente sobre o que realmente vem sendo realizado. Não existe autonomia funcional das equipes para utilização dos incentivos financeiros repassados aos municípios, que podem não ser investidos como deveriam em prol de melhorias para equipes e da qualidade da atenção à saúde da população.

Em paralelo, destaca-se a ausência de uma “cultura de avaliação” e negociação entre profissionais e gestores. Muitos profissionais sentem-se amedrontados com processos avaliativos, por não seguir uma normatização, ou pelo fato dos processos de negociação na maioria das vezes privilegiarem o poder da gestão política em detrimento da gestão técnica. Outro fato que pode comprometer os processos gerenciais refere-se à alta rotatividade ainda existente, tanto de gestores como de profissionais, representando uma ameaça para credibilidade de sistemas de avaliação onde muitos programas são descontinuados com mudanças de governo.

No campo do trabalho, o programa pode ser um aliado aos profissionais de saúde possibilitando maior poder de negociação com gestores, e discussões sobre salários, vínculos trabalhistas, plano de carreiras, e favorecedora de fixação profissional e carreira para o setor.

Em Portugal o sistema de avaliação de desempenho (SIADAP), mesmo regulamentado pelo governo para ser utilizado em todos os serviços da administração pública, ainda não se consolidou. Algumas categorias profissionais (médicos e enfermeiros) não são avaliadas, como um ponto de fragilidade do sistema no âmbito da APS. Alguns dirigentes também não foram avaliados desde a implantação do SIADAP. Este fato denota que a avaliação de desempenho não vem sendo utilizada como instrumento de importância para o planejamento no processo de trabalho e de gestão das equipes de saúde.

A contratualização de metas utilizada pelas equipes é considerada de grande importância para todos os profissionais envolvidos e gestores do sistema. As atividades nas USF são planejadas buscando-se contemplar o alcance das metas e superar os indicadores, uma vez que representam ganhos financeiros para toda equipe e para o serviço. Um dos problemas detectados advém do modelo de governança adotado nos ACES que ainda não obriga a ligação entre o SIADAP e o processo de contratualização institucionalizado.

O estudo de caso realizado em Portugal possibilitou a identificação de aspectos positivos que poderão servir de reflexão ao cenário brasileiro:

- A importância de uma gestão profissional próxima aos serviços e à população, possibilitando adequações com rapidez dos serviços às necessidades das populações;
- A importância condicionada à gestão e a governação clínica na APS, com formação específica aos diretores executivos. Mais ainda a discussão de normas de orientação clínica (NOC) e a participação da comunidade nos conselhos;
- A importância da integração entre a avaliação de desempenho (SIADAP) e o modelo de contratualização (que infelizmente não vem sendo realizado), mas como um caminho a percorrer em prol de melhorias ao sistema;
- A trajetória de implantação de um modelo, que já ocorre há alguns anos, até o aperfeiçoamento dos instrumentos, a adequação do sistema e a imersão em uma “cultura”.
- A capacitação do processo de contratualização e apoio aos serviços, e o monitoramento rigoroso das ARS aos ACES.

A análise do modelo de APS de Portugal revelou pontos importantes que servem de análise para o programa instituído na ESF no Brasil. A APS no Brasil avançou muito positivamente em vários aspectos, entretanto, claramente será necessário maior empenho do governo federal, estados e municípios em:

- Avançar na discussão sobre o processo de descentralização/regionalização;
- Garantir maior autonomia aos gestores e unidades de saúde da família;

- Rediscutir o financiamento da atenção primária, e o incremento e a autonomia de utilização de recursos financeiros a nível local;
- Avançar nas discussões sobre os recursos humanos em saúde, com estratégias para formação, qualificação, estimular a atração e fixação de profissionais; já que a APS ainda apresenta alta rotatividade de profissionais;
- Investir na formação de agentes comunitários de saúde, que em muitas ocasiões é subaproveitado, e em certas localidades poderia trazer ganhos á saúde da população se bem treinado.
- Implementação da governança local, fortalecer os conselhos gestores.

Este estudo possibilitou discutir sistemas de avaliação e contratualização profissional no âmbito da Atenção primária, com suas trajetórias, tendências, fragilidades, limitações, avanços e sucessos alcançados. Contudo, é de se mencionar a necessidade de investimentos e estudos nesta área diante da extrema importância que os processos avaliativos propiciam para a melhoria da qualidade dos sistemas de saúde⁴².

Conclui-se que a análise da experiência aponta que enfrentar mudanças é necessário, diante de um processo de globalização, oscilações do plano econômico e político, transição demográfica e epidemiológica em que constantemente passamos ao longo dos anos. Avaliar as experiências sobre as reformas da APS pode auxiliar a enfrentar essas transformações, sempre em busca da melhor resposta ao que a população necessita.

⁴² Um passo para o investimento está por ocorrer no Brasil, com o lançamento em 2013 pelo Ministério da Saúde de um edital de pesquisas, com recursos do Banco Mundial, para o projeto de Melhoramento da Qualidade e formação de Rede de Saúde. O edital prevê a realização de análises de diferentes modelos de governança e de contratualização instituídos no Brasil, podendo ser realizado por diversas instituições nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, L.F. *Os avanços e dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente*. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998. 314 p.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. *A experiência do sistema de saúde de Andalusia na gestão por competência*. Apresentação realizada por Antônio Torres. Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões de Saúde, realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil e OPAS, Brasília, 14 de outubro de 2013.

ALMEIDA, C.M. *Novos modelos de atenção à saúde. Base conceituais e experiências de mudança*. In: COSTA, N R.; RIBEIRO, J. M. (orgs.). *Política de Saúde e Inovação Institucional. Uma Agenda para os Anos 90*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996.

ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reforma do sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n 2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA P.F; GIOVANELLA L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (8):1727-1742, ago, 2008.

ALVES *et al.* Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. Recife. *Rev. Bras. Mater. Infant*, 10(1), p.145-156, nov. 2010.

ALVES M.; PENNA C.M.; BRITO M.J. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Brasília. *Rev. Bras. Enferm*, 57(4), p. 441-446, jul-ago, 2004.

ANDREWS, C. *Investigando a legitimidade: estudo de atitudes do público em relação aos papéis do Estado e do mercado*. OPINIÃO PÚBLICA, Campinas, nº 12, vol. 12, p. 407-431, Novembro, 2006.

AQUINO R; OLIVEIRA N.F.; BARRETO M. Impact of the family health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health, Washington*, v. 99, n 1, p. 87-93, 2008.

ARAÚJO, J.F.F.E. A Experiência da Implementação da Gestão Orientada para os Resultados em Portugal. *Revista Enfoques*, 11(2): 131-153, 2009.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL. *Um futuro para a medicina de família em Portugal*. Edições especiais. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa: APMCG, 1991.

BAGANHA, M.I., RIBEIRO, J.S., PIRES, S. O sector da saúde em Portugal: funcionamento do Sistema e caracterização sócio-profissional. Relatório de pesquisa Projeto PEMINT- *The Political Economy of Migration in na Integrating Europe*. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 33p, 2002.

BANCO MUNDIAL. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Departamento de Desenvolvimento Humano. Departamento de redução da pobreza e gestão Económica. Região da América Latina e do Caribe. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos*. Relatório nº 36601-BR, 105p, fev., 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, P., SIMÕES J. *Health Systems in Transition*,9 (5), 1-163, 2007.

BARROS P., MACHADO S., SIMÕES J. *Health systems in transition*, 13(4), 1-156, 2011.

BARROS P., MACHADO S., SIMÕES J. *Health systems in transition – Portugal Health system review*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

BISCAIA, A. *et al. Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos*. Portugal: Lisboa, 2ª Ed., 255p, 2008.

BISCAIA, A. A Reforma dos Cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Rev. Port. Clin. Geral*, 22, p.67-79, 2006.

BLOOR, K; MAYNARD, A. *Planning human resources in health care: towards an economic approach, an international comparative review*. *Canadian Health Services Foundation, University of York*, 27p, March, 2003. Disponível em: <<http://www.chsrf.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/CommissionedResearch/03-03-01.aspx> > [acesso em 14.02.14].

BOERMA W.G.W.; RICO A. *Alteração das condições para a reforma estrutural na atenção primária*. In: SALTMAN, R.B.; BOERMA, W.G.W.; RICO, A (eds.). *Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. *Berkshire: Open University Press*, 2006. p. 89-111.

BORRELLI, F.R.G. *A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

BRANCO AG, RAMOS V. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Rev. Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático 2, 5-12, 2001.

BRANDAO, H.P & GUIMARAES, T.A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? ERA. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, 41(1), p.8-15, Jan- Mar, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1998.140 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília. 34p, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e a Saúde da Família*, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab> [acesso em 01/10/11].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília, 228 p., 2002.

_____. *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia saúde da Família*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2005.

_____. *Evolução do PSF no Brasil, 2011*. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab> [acesso em 02/02/12].

_____. *Meta e evolução do número de Equipes de Saúde da Família implantadas, Brasil 1994 - agosto 2011*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>> [acesso em: 20 ago. 2012].

_____. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Brasil Competência: Junho de 2012 a Julho de 2012*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php> [Acesso em 09/08/2012]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 0, n. 61, seção I, p. 71, março, 2006.

_____. Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase na Estratégia Saúde da Família. Orientações para o curso*. Rio de Janeiro, 90p, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *Programa Nacional de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Coordenação- Geral de Monitoramento e Avaliação- Brasília*, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Aviso de Solicitação de manifestação de Interesse. Projeto de Melhoramento da Qualidade e Formação de Rede de Saúde (Qualisus - Rede)*. Acordo de Empréstimos BIRD nº 7632-BR, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 48, out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) Manual Instrutivo*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: 2011 d.

_____. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ*. Brasília, DF, 2011e.

_____. *A Melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes*. Brasília, Ministério da Saúde, 140p., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Trocando remédios por histórias. Ano X, n. 22,72p., abr/jun, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica. Apresentação*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>> [acesso em 17.01.2013].

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1,369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais

Médicos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, no. 219, Seção 3, p. 204 nov. 2013.

_____. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 111, nov. 2005.

_____. Portaria Interministerial nº1802 de 26 de agosto de 2008. Institui o programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET- Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 0, n. 165, Seção I, p.27, ago, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº2087, de 01 de setembro de 2011. Institui o Programa de valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Seção I, p.92 e 93, set., 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil*. [online]. Recife. Oct./Dec. Volume 4(4): 449-459, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 de junho de 2011b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm> [acesso em 25.01.2014].

BRESSER-PEREIRA L. C.; PACHECO R.S. Instituições, Bom Estado, e Reforma da Gestão Pública. *Revista eletrônica sobre a Reforma do Estado, Instituto de Direito Público da Bahia*, nº 3, setembro/outubro/novembro, Salvador, 2005. Disponível em: <www.direitodoestado.com.br>[acesso em 10/03/12]

BRESSER- PEREIRA L.C. *Uma Nova Gestão para um novo Estado: Liberal, Social e Republicano*. John L. Manion Lecture, Ottawa, Canadá. *Revista do Serviço Público*, 52(1), 5-24, janeiro, 2001.

CAMPOS C.E.A. A organização dos serviços de Atenção primária à saúde no Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam e Com*. Rio de Janeiro, 2(6), jul-set, 2006.

CAMPOS C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, Recife, 5 (Supl. 1): S63-S69, dez., 2005.

CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12(Supl.):1865-1874, 2007.

CAMPOS C.V.A; MALIK A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa Saúde da Família. *Rev. Adm.Pública*, 42, p.347-368, 2008.

CARVALHO M.T.G. *A nova gestão pública, as reformas no setor da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. [Tese de doutoramento] Universidade de Aveiro. Portugal, 2006.

CASTRO A.L; MACHADO C.V., A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. Rio de Janeiro. *PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva*, 22(2), p. 477-506, 2012.

CHOMATAS E. *et al*. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rio de Janeiro. *Rev. Bras.Med. Fam Comunidade*, 8(29):294-303, out-dez, 2013.

CONILL E.M. Ensaio-histórico conceitual sobre a Atenção Primária em Saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, V. 24, supl. 1: S7-16, 2008.

CONILL EM, GIOVANELLA L, ALMEIDA PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde Espanhol. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2011; 16(6): 2783-2794.

COSTA, F L. *Reforma do Estado e contexto brasileiro, crítica do paradigma gerencialismo*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2010.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Plano Municipal de Saúde, 2010-2013*. Paraná, Curitiba, 96p, 2009. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/planomunicipal [acesso em 10.02.2014]

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Plano Municipal de Saúde, Atualização Biênio 2008-2009*. Paraná, Curitiba, 107p, 2008. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/planos/plano_002.pdf [acesso em 10.02.2014]

DAIN S. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, 17, p. 113-140, 2001.

DAL POZ M.R. A crise da força de trabalho em saúde. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 29(10), p.1924-1926, out, 2013.

DAL POZ M.R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), p.75-94, fev, 2002.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DITTERICH, R.G. *A Contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção primária à saúde: avanços, dificuldades e desafios*. [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica, Paraná, Curitiba, 162p, 2011.

DITTERICH, R.G. *et.al*. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Volume 28(4), p.615-627, 2012.

DROUIN, J.P *et al*. *The health care century*. *Health International*, 7, p. 6-17, 2008.

DRUCKER, P.F. *The Practice of Management*. New York. Harper Business, 1954.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de Saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro. 26 (2): 8-19, 1992.

DUSSAULT, G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de Saúde. *Educ.Med Salud*. 28(4), p. 478-489,1994.

DUSSAULT, G.; FRONTEIRA, I. *Recursos Humanos para Saúde*. Plano Integrado no plano Nacional de Saúde 2011-2016. Portugal, Lisboa, Alto Comissariado da saúde, 2010.

ENSP/FIOCRUZ. Informe ENSP. *Divulgação do Índice de Desempenho do SUS repercute na academia*. Publicado em 02/03/2012. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/portalsp/informe/site/materia/detalhe/29669> [Acesso em 10/01/2014].

ENSP/ FIOCRUZ. *Informes da ENSP e Fiocruz*. < www.ensp.fiocruz.br/portalsp/informe/site/materia/detalhe/29669 >. [acesso em 12.02.1014]

ESCOVAL, A. *et al*. A Contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional.Portugal. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático 9, p. 41-57, 2010.

ESPANA. *Ministerio de Sanid y Consumo. Dirección General para la Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección*. [Dossier Nacional de Atención Primaria em Salud y la Integración com otros niveles de atención]. República de Espana. Elaborado para EurosociaI Salud Intercambio III. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros niveles de atención. Responsable técnico Ensp/Fiocruz. Madrid/Rio de Janeiro; 2007.

ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press, 1990.

EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) Disponível em: < www.efqm.org > [acesso em 10.01.14]

EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. *Informações sobre a organização*. < www.efqm.org > [acesso em 20.01.2014]

FACHINI, L.A. *et al.* Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*; 11(3): 669 - 681, 2006.

FAUSTO, M.C.R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. [Tese de Doutorado em saúde Coletiva] Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 261p, 2005.

FELISBERTO, E. *et al.* Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(9): 2091-2102, set, 2008.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E. *et al.* Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online], Recife, vol.9 (3):339-357, set, 2009.

FELIX, A. *et al.* *SIADAP- Análise crítica*. Trabalho de conclusão de curso apresentado no curso de Especialização em Gestão Pública. Porto, Curso de Alta direção em Administração Pública, 65 p., 2010.

FIGUEIREDO, A.M. *Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no Município de Curitiba-Paraná*. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2011.

FILGUEIRAS, L.; GONÇALVES, R. *A economia política do Governo Lula*. Rio de Janeiro: Ed. Contraponto, 2007.

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. *Distribuição de Competências de acordo com a constituição espanhola (1978), a Lei Geral de Saúde (1986) e a Lei de Coesão e qualidade do Sistema Nacional de Saúde (2003)*. In: Seminário sobre o Sistema nacional de Saúde Espanhol, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. *PROADESS. Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde*. Matriz Conceitual, 2011. Disponível em: <www.proadess.icict.fiocruz.br/>[acesso em 05.02.14]

FOLHA DE SÃO PAULO. Cotidiano. Folha transparência. *SUS paga 201 consultas no mesmo dia para paciente*. 2013, 20, out. Disponível em: <www.1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/10/1359398-sus-paga-201-consultas-no-mesmo-dia-para-paciente.shtml>[acesso em 12.02.1014].

GADELHA C.A.G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev. Saúde Pública*, 40 (supl.), p. 11-23, 2006.

GIOVANELLA L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (5): 951- 963, 2006.

GIOVANELLA L. Rio de Janeiro. *Política Social e de Saúde: Introdução ao tema da proteção social e dos sistemas nacionais de saúde em perspectiva comparada*. Aula expositiva. Pós-graduação em Saúde Pública. Escola nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ, 48slides, 2011. Notas de Aula.

GIOVANELLA L. *Solidariedade ou competição? Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 332p, 2001.

GIOVANELLA *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):783-794, 2009.

GIOVANELLA L. *Reformas en salud en América Latina - Desafíos para la consolidación de sistemas universales de atención a la salud en América Latina*. Aula expositiva. Pós-graduação em Saúde Pública. Escola nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ, out., 2011. Notas de Aula.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA; M.H. (coord.) *Estudos de casos sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos- Aracaju (SE)*. Relatório Final. Núcleo de Estudos Político-sociais em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.. 598 p., 2009.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA M.H.M. *Atenção Primária à Saúde*. In: Giovanella L., Escorel S., Lobato L.VC, Noronha JC, Carvalho AL. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 575-625, 2009.

GIRARDI, S.N (Org.) *et al. Monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia Saúde da Família- 2010*. [Relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2011.

GONÇALVES, R. *Desenvolvimento às avessas: verdade, má-fé e ilusão no atual modelo brasileiro de desenvolvimento*. Rio de Janeiro: LTC,197 p., 2013.

GUIMARAES, T.A. *Gestão do Desempenho em organizações públicas descentralizadas*. In: Congresso Internacional do CLAD, 3. Madrid. Anais Clad, 1998.

HARRIS, M. *Payment for performance in the Family Health Programme: lessons from UK quality and outcomes framework*. In: 11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade realizado em Brasília/ DF, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em junho de 2011.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2):341-354, 1999.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para atenção básica. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, p. 413-421, 2002.

HARZHEIM, E. (Coord.); LIMA, KM; HAUSER, L. *Pesquisa Avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro*. Relatório de Pesquisa. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pós-graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 91p., Fev., 2013.

HELAL, R. *Passes e impasses – futebol e cultura de massa no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1997.

HUMBLE, JW. *Improving business results*. Berkshire: MC Graw-hill Publishing Company, 1968.

IMMERGUT, E. *Health Politics- Interest and Institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press; 1992, p. 34-67:

INE. Instituto Nacional de Estatística. A Mortalidade Infantil em Portugal.

Actualidades do INE 2001. Lisboa, INE, 2001. Disponível em:

<<http://www.alea.pt/html/actual/html/act30.html>> [Acesso em 03.02.2013].

JARUSEVICIENE, L et al. *Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania*. BMC Family Practice, 2013, 14:118. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/118>> [Acesso em: 10/12/2013]

JESSOP, B.; KEVIN, B; BROMLEY, S. *Farewell to Thatcherism? Neo-liberalism and “new times”*. *New Left review*, n.179, p. 81-102, Jan/Feb, 1990.

JORNAL DO BRASIL. Agência Brasil. Bolsa Família completa dez anos beneficiando 50 milhões de pessoas. *Jornal do Brasil*. 2013, 20, out. Disponível em:

<www.jb.com.br/economia/noticias/2013/10/20/bolsa-familia-completa-dez-anos-beneficiando-50-milhoes-de-pessoas/> [acesso em 05.02.2014].

KALINICHENKO, O *et al.* *Performance Assessment in Primary Health Care: a System Literature Review. Portugal. University of Algarve- Faculty of Economics and CEFAGE- UE.* 17p, 2013.

LAPÃO, L.V.(coord.). *Programa Avançado de gestão para directores executivos dos ACES: livro de curso.* Portugal, Oeiras. INA Editora, 303 p., 2010.

LAPÃO, L.V. *The role of complexity dynamics in the innovation process within the new Primary-Care Governance model in Portugal. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Volume 13(3), article 8, p.1-12, 2008.

LAPÃO, L.V; DUSSAULT, G. *From policy to reality: clinical managers` views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. The International Journal of Health Planning and Management*, 1-18, 2012.

LAPÃO, L.V; DUSSAULT, G. *PACES: a national leadership program in support of primary-care reform in Portugal. Leadership in Health Services*, 24(4), p.295-307, 2011.

LAPÃO, L.V; DUSSAULT, G *et al.* *Formação de gestores e responsáveis clínicos no âmbito da reforma da atenção primária em Portugal. Revista Tempus – Atas de Saúde Coletiva*, p. 1-19, Dez, 2012.

LEI GERAL DE SANIDAD (Lei 14/1986 de 25 de abril). Lei Geral da Saúde. 14 de abril de 1986. Disponível em:
<<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>>. [Acesso em: 19/09/2011]

LEONE, C. *Competências de Gestão dos Profissionais de Saúde. Estudo de Caso sobre as Percepções dos Directores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde no Contexto da Reforma dos Cuidados Primários.* [Dissertação de Mestrado]. Portugal. Lisboa Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2011.

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

LIMA, L.D. *et al.* *Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), p. 1903-1914, 2012.

MACINKO, J. *et al.* *Going to scale with community –based primary care: na analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Soc Sci Med*, v. 65, n.10, p. 2010-2080, 2007.

MACHADO, M.H. *Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças.* Rio de Janeiro. *RAP*, 34 (4): 133-146, jul/ago, 2000.

MACHADO, C.V. *et al.* Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: A agenda federal de prioridades. Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, 27(3), p.521-532, mar, 2011.

MACHADO, C.V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Rev. Panam. Salud Pública/ Pam Am J Public Health* 20(1), p.44-49, 2006.

MACHADO, C.V. Sobre os rumos das políticas sociais e de saúde no Brasil pós 1988. Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, 29 (10), p. 1927-1953, out. 2013.

MACHADO, M.H; OLIVEIRA, E. S; MOYSES, N.M. *Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil*. In: Pierantoni, C.P; DAL POZ, M.R; FRANÇA, T. (organizadores). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ/ObservaRH, 1ª Ed., 336p., 2011.

MATIAS-PEREIRA, J. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Europeia. Rio de Janeiro. *Revista de Administração Pública (RAP)*, 42(1), p. 61-82, Jan/Fev, 2008.

MAYNARD, A. *Payment for performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia*. *Health Financing Policy paper*. Geneva: World Health Organization (WHO), Division of Country Health Systems, 2008.

MEDICI, A. *O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)*. [2011] Disponível em: <www.iepecdq.com.br/uploads/artigos/OindexdedesenvolvimentodoSUS> [acesso em 05.02.2014].

MEDINA, M.G; HARTZ, Z.M.A. *The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems*. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 25 (5): 1153-1167, mai, 2009.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J., DEMARZO, M. P. Atenção básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e diferenças conceituais. Rio de Janeiro. *Rev. APS*, 12 (2), p. 204-213, abr/jun, 2009.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde- Origens e diferenças conceituais. *Revista APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr/jun, 2009.

MELLO, G.A; IBÁÑEZ, N.; VIANA, A.L. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no estado de São Paulo. São Paulo. *Saúde & Sociedade*, 20(4), p. 853-866, 2011.

MENDES EV. *As redes de Atenção à saúde*. Organização Pan- Americana da Saúde, 2ª Ed., 549p, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (5),p. 2297-2305, 2008.

MENDES E.V. Entrevista – O SUS e a Atenção Primária à Saúde. Juiz de Fora. *Revista APS*, 8(2), jul/dez, 2005.

MENDES E.V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador. Casa da qualidade, 2001.

MENDONÇA, C.S. *Internações por condições sensíveis à Atenção Primária: a avaliação da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte/MG*. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.

MENDONÇA, C.S. *et al. Trends in hospitalization for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil*. *Oxford University Press. Health Policy and Planning*, p. 1-8, Jun, 2011.

MIGUEL, L.S; SÁ, A.B. *Cuidados de Saúde Primários: Reforçar, Expandir* [Documento de Trabalho]. Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Alto Comissariado da Saúde, mai, 2010.

MINTZBERG, H. *Organização burocrática profissional*. In: MINTZBERG, Henry. *Criando Organizações eficazes: estruturas em cinco dimensões*. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, H, *et al. Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINTZBERG, H. *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*. *Prentice-Hall*, 1979.

MOTTA, P.R. *Desempenho em equipes de saúde: manual*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1ª Ed., 144p, 2001.

NEDERLAND. Dutch Healthcare Authority. *An optimal remuneration system for General Practitioners*. Research Paper Series nº4. Disponível em: <http://www.nza.nl/104107/230942/Paper-An_Optimal_remunera1.pdf> Acesso em: Dezembro, 2013.

NESCON. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. UFMG. *Avaliação do Impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Básica em Adultos e Idosos*. Projeto ICSAP. Ministério da Saúde. Relatório Final de Pesquisa. Belo Horizonte, 262p, mar, 2012.

NEY, M.S; RODRIGUES, P.H.A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [4]:1293-1311, 2012.

NHS CHOICES. *Informações sobre o Serviço Nacional de Saúde Inglês*. <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx> > [acesso em 17.12.2013]

NORMAN *et al.* *The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice*. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 30(1), p.55-67, jan, 2014.

NORONHA J. *O Idsus não é coisa séria*. *Blog do CEBES*. Debate. Publicado em 03 de março de 2012. Disponível em: www.viomundo.com.br/denuncias/jose-noronha-o-idsus-nao-e-coisa-seria.html [acesso em 07.02.2014]

NORONHA J. *O Idsus ilude a população*. Centro Brasileiro de Estudos em saúde (CEBES). Debate. Publicado em 06 de abril de 2012. Disponível em: www.viomundo.com.br/voce-escreve/jose-noronha-as-notas-do-idsus-mais-iludem-a-populacao-do-que-ajudam.html [acesso em 07.02.2014]

NOVAES H.M.D. *Debate sobre o artigo de Zulmira M. A. Hartz*. *Cad. Saúde Pública*, 15(2): 250-251, 1999.

OBSERVARH (IMS/UERJ). *Desenvolvimento de componente de avaliação de desempenho para sistemas de informação em recursos humanos do SUS*. Relatório de Pesquisa. Metodologia e componente de avaliação de desempenho para sistemas de informação e gestão de recursos humanos em saúde, 2010.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). Relatório de Primavera 2012: *Crise & Saúde. Um país em sofrimento*. [versão provisória]. Portugal, 242p, 2012.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). *Evolução do Sistema de saúde Português (resumo)*. Rede de investigadores do OPSS. 4p., 2003. Disponível em: <www.observaport.org> [acesso em: 01/02/2013].

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). Relatório de Primavera 2001. *Conhecer os caminhos da saúde*. Portugal, Lisboa, 2001.

ODIORNE, GS. *Administração por objetivos: um sistema de liderança administrativa para os nossos dias*. Rio de Janeiro, Editora Record, 1979.

OLIVEIRA, M.R.M.C. *A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. 2009. 255f. Dissertação. (Mestrado em Gestão Pública). Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal, 2009.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health at a Glance 2007: OECD Indicators*, OECD Publishing. 198p, 2007.

Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2007_health_glance-2007-en> [acesso em 16.01.2014]

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Disponível em: <www.cgu.gov.br/ocde/sobre/informacoes/index.asp> [Acesso em 02/12/2013].

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Informações sobre a organização OECD. <www.cgu.gov.br/ocde/sobre/informacoes/index.asp> [acesso em 01.10.13].

_____. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. 210p, 2013. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312> [acesso em 16.01.14].

_____. *Paying for performance: policies for government employees*. Paris: OECD Publishing, 217p, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *The World Health Report: Primary Health Care Now More Than Ever*, 156p. 2008.

_____. *Trabalhando juntos pela saúde*. [Relatório de 2006]. Brasília. Ministério da Saúde. Série B. textos básicos de saúde. 1ª Ed., 210p, 2007.

_____. *Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)*. Suíça, Genebra. OMS. 132p. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília (NAVEGADORSUS, 2): 113 p., 2011.

_____. *Renovação da atenção primária nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington. PAHO/WHO; 2005. Disponível em: <www.opas.org.br/servico/arquivos/sala5575.pdf> [acesso em 01.03.2013].

_____. *Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas*. Brasília, 176 p, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Liderança em saúde pan – americana – OPS*, Brasília, 1997.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 2012. Disponível em: <www.who.int> [acesso em 15.01.2014]

OSBORNE, D; GAEBLER, T. *Reinventando o governo*. Brasília: MH Comunicação, 1994.

PACHECO, R.S. Contratualização de Resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. *IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Madrid, Espanha, p.205, Nov, 2004.

PAIM, J. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 29 (10):1927-1953, out, 2013.

PAIM, J. Equidade e reforma em sistemas e serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, 15(2), p. 34-46, mai - ago, 2006.

PAIM, J.; TRAVASSOS, P.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L., MACINCKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. [on line] Séries saúde no Brasil 1. Maio, 2011. Disponível em: <www.thelancet.com> [Acesso em 03.11.13]

PAGLIOSA & DA ROS. O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 32 (4):492-499, 2008.

PAULA, A.P.P. *Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea*. Rio de Janeiro. Editora FGV, 1ª Ed., 204p, 2005.

PEDOTTI, M.A; MOYSES, S.J. A história dos 20 anos de atenção primária à saúde em Curitiba e outras estórias. *Revista Saúde debate*, 19, p.6-13, 2000.

PIERANTONI, C et al. Avaliação de Desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 45 (Esp.), p.1627-31, 2011.

PIERANTONI et al. *Gestão do Trabalho e da educação em saúde*. Rio de Janeiro. CEPESC:IMS/UERJ: ObservaRH, 1ª Ed. , 156 p., 2012.

PIERANTONI et al. Gestão do Trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), p. 685-704, 2008.

PIERANTONI CR et al. *O programa de Reorientação da Formação profissional em Saúde: Pró-saúde*. In: Educação e Saúde. São Paulo. Ed. Hucitec, 1ª Ed., cap. 1, p.25-36, 2010.

PIERANTONI, C. *Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática*. In: BARROS, AFR (org.). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, p. 51-70, 2004.

PIERANTONI, C. *Reformas da Saúde e Recursos Humanos*. [Tese de Doutorado] Brasil. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Instituto de Medicina Social, 2000.

PINHEIRO, R *et al.* *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 360p. 2008.

PINTO, H. *et al.* O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. BRASIL. *Revista Eletrônica de Comunicação Informação Inovação em Saúde (RECIIS)*, v.6(2), Supl. Ago, 2012. Disponível em: <www.reciis.iciict.fiocruz.br> [acesso em 08/10/2013].

PIRES, J.C.S; MACÊDO, K.B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Revista de Administração Pública* Rio de Janeiro v 40 (1), p.81-105, Jan/Fev., 2006.

PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2841-2852, 2011.

PISCO, L. A reforma dos cuidados de Saúde Primário. Portugal. *Cadernos de Economia*, 80(1), 60-66, 2007.

PLATAFORMA GOOGLE DOCS. *Informações de como utilizar a plataforma "google docs"*. < <http://www.infoescola.com/informatica/google-docs/> > [Acesso em 11/10/2012].

POLI NETO, P. *O papel da remuneração Variável na Atenção primária em Curitiba*. Apresentação realizada durante o Seminário internacional Inovações na Atenção primária: lições apreendidas Brasil e Portugal. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2013.

POLLITT, C. Convergence: the useful myth? *Public Administration*, v.79 (4): 933-947, 2001.

PORTELA, M.C. Pagamento por desempenho na atenção primária no Reino Unido. Rio de Janeiro. *Cad.Saúde Pública*, 30(1), p. 5-7, jan, 2014.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Cuidados Primários em Saúde. *Dados Estatísticos da candidatura de USF em atividade*. Disponível em: <www.mcsp.min-saude.pt/> [acesso em 01/04/2012].

PORTUGAL, Direção Geral de Administração Pública. *Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP)*, 2012. Disponível em: <<http://www.dgap.gov.pt/index.cfm?OBJID=83ddd323-6047-46db-b137-6a732c8c2202>> [acesso em 24/10/2012].

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado de Saúde. *Plano nacional de Saúde 2011-2016*. Levantamento de Determinações e recomendações da

Organização Mundial de Saúde, 2010. Disponível em: <www.acs.min-saude.pt> [acesso em 25/11/2012].

PORTUGAL. Governo da República Portuguesa. *Revisão histórica do Serviço Nacional de Saúde de Portugal*. 2012. Disponível em: <<http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>> [acesso em 16/11/2012].

PORTUGAL. Ministério da Saúde. *Minuta de Contrato-Programa ARS-ACES*. Disponível em: <<http://www.ars.min-saude.pt/>> [acesso em 01/04/2012].

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. *Mapas Interativos*. 2012. Disponível em: <<http://www.websiq.acs.min-saude.pt>> [acesso em 03.10.12].

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde de Lisboa. *Elementos Estatísticos*. Informação Geral Saúde 2008. 154p., Dez, 2010.

PORTUGAL. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril. Regula os critérios e condições para atribuição de incentivos institucionais e financeiros às Unidades de Saúde Familiar e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, efectividade e qualidade dos cuidados prestados. *Diário da República* 1ª Série- nº77-18 de Abril de 2008.

PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros 157/2005. *Diário da República*. Vol.157, 2005. Disponível em: <www.mcsp.min-saude.pt/> [acesso em 01/04/2012].

PORTUGAL. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Decreto – Lei nº 28/ 2008 de 28 de fevereiro. *Diário da República*, 28 fev, 2008.

PORTUGAL. Presidente da República. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lei nº 66-B/ 2007 de 28 de Dezembro. Estabelece o Sistema Integrado de Gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública, *Diário da República*, 08 de Novembro de 2007.

PORTUGAL. Presidente da República. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Decreto-Lei nº 177/2009 de 04 de Agosto. Estabelece o regime da carreira especial médica, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional. Disponível em: <http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/2009_dl_177_04_08_anexo_i.pdf> [Acesso em: 16.03.2014]

PORTUGAL. Presidente da República. Ministério das Finanças e da Administração Pública. http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/2008_l_12_a_27_02.pdf [Acesso em: 16.03.2014]

PORTUGAL. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Portaria nº 394-B/2012 de 29 de Novembro. Tem por objeto a reorganização dos

Agrupamentos de Centros de Saúde Integrados na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. *Diário da República*, 1ª Série- nº 231- 29 de novembro de 2012.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários 2007*. Disponível em: <www.mcsp.min-saude.pt/> [acesso em 01/04/2012].

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento de Contratualização Administrações Regionais de Saúde (DCARS). *Cuidados de saúde primários. Metodologia de Contratualização*, 2012. Disponível em: www.acss.min-saude.pt [acesso em 16/11/2013].

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central dos Sistemas de Saúde. Cuidados de Saúde Primários. *Relatório de Actividades dos ACES*. Disponível em: www.acss.min-saude.pt [acesso em 16/11/2013].

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento de Contratualização Administrações Regionais de Saúde (DCARS). *Cuidados de Saúde primários. Metodologia de Contratualização*. 38p., Dez., 2010. Disponível em: < www.acss.min-saude.pt > [acesso em: 05/06/2011].

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central dos Sistemas de Saúde. *Regime carreira especial médica*. Disponível em: <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/circular%20informativa%20n.%C2%BA16.pdf> [acesso em:16.03.2014]

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano Estratégico 2010-2011. *Proposta da Missão para os Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, 27p, fev, 2010.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Cuidados de Saúde Primários. *Guião de apoio à preparação de candidaturas a Unidades de Saúde Familiar (USF)- Modelo A.*, 19 p., 2010.

POUVOURVILLE G. *Evaluation: the French chefs are still searching for "la nouvelle cuisine"*. *Cad. Saúde Pública*, 15(2):248-50, 1999.

PROCHNIK, L. *O futebol na telinha: a relação entre o esporte mais popular do Brasil e a Mídia*. INTERCOM- Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Apresentado no XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste- Vitória, ES- 13 a 15 de maio de 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Informações estatísticas*. <www.hdr.undp.org/en/nhdr>

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório de Desenvolvimento Humano, Sustentabilidade e Equidade: um futuro*

melhor para todos. 182p, 2011. Disponível em: <www.hdr.undp.org/en/nhdr> [acesso em 05.11.12].

QUEIROZ, R.G.M; CKACNAZARROFF, I.B. Inovação no setor público: uma análise do choque de gestão (2003-2010) sob a ótica dos servidores e dos preceitos teóricos relacionados à inovação no setor público. Rio de Janeiro. *RAP* 44(3), p. 674-705, mai/jun, 2010.

RESENDE JR. P.C. *Orientação para inovação em organizações públicas de serviços de alto desempenho: uma análise comparativa entre Brasil e Portugal*. [Tese de Doutorado] Brasil. Universidade de Brasília (UnB). Portugal. Universidade Técnica de Lisboa, 269p., 2012.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. *Reforma da Atenção Primária. O caso do Rio de Janeiro*. Apresentação realizada pelo Dr. Daniel Soranz durante o Seminário Internacional Inovações na Atenção Primária Lições aprendidas Brasil e Portugal, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Lei nº 2.285 de 04 de 1995. Institui a Gratificação por desempenho e Produtividade no Sistema Municipal de Saúde, cria o fundo de sobras de produtividade e o fundo de reserva anual de produtividade e dá outras providências. Publicado no *Diário Oficial do Rio de Janeiro* em 06/01/1995 pág.1/2., 1995.

ROCHA, P.M, SÁ, A.B. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. Rio de Janeiro. *Ciência & saúde Coletiva*, 16(6), p.2853-2863, 2011.

RODRIGUES, P.H.A *et al*. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da família. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [4]:1147-1166, 2013.

RODRIGUES, P.H; SANTOS, I.S. *Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. São Paulo. Editora Ateneu, 165p, 2009.

RODRIGUES, P.H.A; KORNIS, G.E. *Universalidade e focalização, reflexões sobre o pós- neoliberalismo nas políticas sociais*. Apresentação no VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2013.

ROLAND, M.; ROSEN, R. *English NHS Embarks on Controversial and risk market-style reforms in health care*. *The New England Journal of Medicine*. 364 (14), April, p. 1360- 1366, 2011.

ROLLO, A.A. *É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado?* In: SANTOS FILHO SB, BARROS, MEB. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, p.19-59, 2007.

- SACARDO, D.P., FORTES, P.A.C, TANAKA, O.Y. Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 2011; 19(1), p. 170-179.
- SALTMAN, R.B, RICO, A., BOERMA, W.G.W. *Atenção primária conduzindo as redes de Atenção à Saúde*. OMS. Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas, 344p., 2006.
- SARTI, T. *et al.* Validade de conteúdo da Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 865-878, 2011.
- SAVASSI, L.C.M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. Florianópolis. *Rev. Bras. Med Fam. Comunidade*, 7(23), Abr- Jun, 2012.
- SCALCO, S.V, *et al.* Modelo de avaliação de gestão de recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro. *Caderno de saúde Pública*, 26(3), p. 603-614, mar, 2010.
- SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Disponível em:
<<http://www.msc.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>>. [Acesso em: 26 set. 2011].
- SMOLDERS, N. *An optimal remuneration for General Practitioners*. Dutch Healthcare Authority, 2006.
- SOARES, C.B. *et al.* Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.34, n.3, p. 317-22, set., 2000.
- SORANZ, D. Reforma da Atenção primária. Remuneração por desempenho- cidade do Rio de Janeiro. Apresentação realizada durante o VI Seminário Internacional de Atenção Básica – Universalização com qualidade na cidade do Rio de Janeiro de 29 de julho a 01 de agosto de 2012. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/6seminario/temas_simultaneos/31/sala9/5_daniel.pdf> [acesso em 10.02.14]
- SOUSA, P.A. F. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm*, 22(Especial - 70 Anos): 884-894, 2009.
- SOUZA, *et al.* Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev. Panam Salud Publica* 33(3):190-195, 2013.
- SOUZA, H.M., SAMPAIO, L.F.R. *Atenção Básica. Política, diretrizes e modelos contemporâneos no Brasil*. In: NEGRI, B, FARIA R e VIANA, A L A. Recursos humanos em saúde, política, desenvolvimento e mercado de trabalho (org.). São Paulo: Unicamp, p. 9 -32, 2002.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia*. Brasília. UNESCO/ Ministério da Saúde, 726p, 2002.

STARFIELD, B., SHI, L., MACINCKO, J. *Contribution of primary care to health systems and health*. The Milbank Quarterly, Vol. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.

TORRES, M.D.F. *Estado, democracia e administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. FGV, 1ª Ed., 224 p., 2004.

TROSA, S. *Gestão pública por resultados. Quando o Estado se compromete*. Rio de Janeiro. Ed. Revan Brasília, ENAP, 1ª ed. 320 p. 2001.

THE WORLD BANK. *Work development report. The state in a changing world*. Washington D.C, 1997.

WIKIPÉDIA- PORTUGAL. Informações e gráficos do país.
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Subdivis%C3%B5es_de_Portugal> [Acesso em 17/0/2013].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Informações sobre a Organização Mundial de Saúde- Relatório técnicos de pesquisas realizadas*.
<http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf> [acesso em 12.12.2012].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Regional Office for Europe Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011. Disponível em
<http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf> [acesso em 12.12.2012].

_____. *Highlights on health in Portugal*, 2004. Disponível em:
<http://www.euro.who.int/document/chh/por_highlights.pdf> [acesso em 01.02.13].

UGÁ, M.A. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde- A experiência Internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12): 3437-3445, 2012.

UGÁ, M.A.; PORTO, S. *Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil*. In: GIOVANELLA, L, ESCOREL, S, LOBATO, LVC *et al* (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 1ªed. 1112 p., 2008.

UK. DEPARTMENT OF HEALTH- *Clinical commissioning: our vision for practice-based comissioning*. London: Department of Health, 2009 a. Disponível em:
<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_095692?IdcService=GET_FILE&dID=186994&Rendition=Web> [Acesso em 17.12.2013]

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. NHS. *The new NHS: modern:dependable*. London: The Stacionery Office, 1997. Disponível em:
<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_095692?IdcService=GET_FILE&dID=186994&Rendition=Web>

[dGuidance/DH_4010326?IdcService=GET_FILE&dID=20676&Rendition=Web](#)> [acesso em 18.12.2013]

UK. DEPARTMENT OF HEALTH. NHS. *The new Struture. London: The Stacionery Office*, 1997. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx> [acesso em 17.12.2013]

VAITSMAN J. Cultura de organizações públicas de saúde- notas sobre a construção de um objeto. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 16 (3): 847-850, jul/set, 2000.

VIACAVA F (Coord.) *et al. PROADESS- avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde brasileiro: indicadores para monitoramento* (Relatório Final). Rio de janeiro. Ed. ICIT- Fiocruz, 258p, jul., 2011. Disponível em: <www.proadess.cict.fiocruz.br/relatoriofinal>[acesso em 05.02.2014].

VIACAVA, F *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):711-724, 2004.

VIANA, A.L, DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, 8(2), p. 11-48, 1998.

VIANA, A.L; MACHADO, C.V. *Capitalismo e estado social: qual o sentido do SUS? A doença holandesa da política social brasileira*. Jornal do Brasil 2013, 14 mai. Disponível em: <www.jb.com.br/plataforma-politica-social/noticias/2013/05/14/capitalismo-e-estado-social-qual-o-sentido-do-sus/> [acesso em 05.02.2014].

VIANA, A.L; LIMA, L.D; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto- lições do caso brasileiro. Rio de janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3), p 493-507, 2002.

VICTORA *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet [on line]*. Séries no Brasil 6. Maio, 2011. Disponível em< www.thelancet.com> [Acesso em 05.02.2013]

VITAL, E.; TEIXEIRA, J. Cuidados de saúde primários: as regras do jogo. *Saúde & Tecnologia*, 7, p. 9-17, mai, 2012.

APÊNDICE A - Caracterização dos ACES visitados

A primeira unidade visitada no estudo foi o **ACES Oeste Norte**, que abrange uma área territorial de 1052 Km², e presta cuidados de saúde primários às populações dos conselhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche, para cerca de 200.000 pacientes. O agrupamento foi implementado em 2010 através da Deliberação n.º 1847/2010 de 23/09/2010 e conta com 7 USF, 8 unidades de cuidados personalizados, 5 unidades de cuidados continuados, uma unidade de recursos assistenciais partilhados e 6 unidades de saúde pública. Este agrupamento foi utilizado na pesquisa para validação dos instrumentos de coleta de dados. Foi entrevistado o diretor executivo da unidade, o representante da unidade de apoio gestão (UAG) atualmente responsável pelo SIADAP e o responsável pelo processo de contratualização com as USF na localidade. Neste ACES os instrumentos foram validados para iniciar a pesquisa de campo.

O trabalho de campo para realização das entrevistas teve início no **ACES Ribatejo** em Santarém. Foi regulamentado em 2010 através da Deliberação nº2445/2010 de 04/11/2010. Responsável pela prestação de cuidados de saúde primários à população dos conselhos de Azambuja, Cartaxo, Golegã, Rio Maior e Santarém, numa área territorial de 1.328,70 km² com 40 locais de atendimento, para aproximadamente 148.625 pacientes inscritos, dos quais 45% estão inscritos nas unidades do CS Santarém, 19% nas unidades do CS Cartaxo, 16% na unidade do CS Azambuja, 16% nas unidades do CS Rio Maior e 4% na unidade do CS Golegã. Abrangem 8 USF, 3 unidades de cuidados personalizados, 5 unidades de cuidados continuados, 1 unidade de recursos assistenciais partilhados, 1 unidade de saúde pública, com 3 hospitais de referências (H. V. F. Xira, H. D. Santarém C. H. Médio Tejo)

A distribuição da população inscrita por grupos etários revela que 55% da população se encontram entre os 25 e os 64 anos, 21% tem mais de 65 anos, 14% tem até 14 anos de idade e 10% tem entre os 15 e os 24 anos. Os índices de dependência e de envelhecimento mais elevados registram-se na Golegã e em

Santarém, onde por cada 100 ativos, a Golegã tem 61,4 dependentes (jovens e idosos), e por cada 100 jovens tem 180,2 idosos, e Santarém tem 56,3 e 155,2, respectivamente. O índice de envelhecimento da população local é de 147,7 e o índice de dependência total é de 54,6, o que significa que por cada 100 ativos, o ACES tem 54,6 dependentes (total) e por cada 100 jovens tem 147,7 idosos (ACES RIBATEJO, Plano de Actividades, 2011).

Estes números são bastante superiores aos registrados na região de Lisboa e Vale do Tejo e no Continente: o índice de envelhecimento na ARSLVT é de 116,6 e o índice de dependência total é de 51,39, enquanto o total nacional é de 120,3 e 49,7, respectivamente (Perfil de Saúde ARSLVT, 2009).

O ACES Ribatejo tem apresentado ótimos resultados nos últimos anos, sendo considerado pela ARS LVT o melhor da região em 2012, pelo cumprimento de 78% dos objetivos assumidos no âmbito do Contrato- Programa (CP) assinado com o Ministério da Saúde, motivo pelo qual também foi selecionado para a amostra do estudo.

O **ACES Amadora** tem uma área de abrangência de 175 136 habitantes, distribuídos em 23,8Km², perfazendo uma densidade populacional de 7363 habitantes. É o concelho do país com maior densidade populacional, dividido em 6 freguesias. O ACES inclui 6 USF, 3 UCSP, 1 centro de Diagnóstico Pulmonar, 1 UCC, 1 URAP, e 1 USP. Possui 171000 pacientes frequentares e 201 000 inscritos, sendo que 30000 estão sem médico de família. Em 2011, 18,7% da população tinha 65 ou mais anos. O índice de envelhecimento era de 127 e o índice de dependência total de 50. A população residente tem uma percentagem elevada de estrangeiros, oriundos essencialmente da África (6,29%).

Quanto aos indicadores de saúde verifica-se que o ACES Amadora apresenta características diferentes do nível regional e nacional. Apresenta uma taxa de natalidade alta, com a maior proporção de nascimentos de mulheres com idade inferior a 20 anos, a maior taxa de mortalidade infantil, e maior proporção de recém-nascidos com baixo peso. Este quadro reflete, sobretudo, as condições socioeconômicas encontradas nessa região. Destaca-se também a criminalidade superior ao valor nacional (ACES AMADORA, Plano de Desempenho, 2011).

O **ACES Almada-Seixal** desde o início do ano de 2012 integra o ACES Almada com o ACES Seixal-Sesimbra. O ACES de Almada integra os centros de saúde de Almada, da Costa da Caparica e da Cova da Piedade. Situando-se no concelho de Almada, tem por população alvo da sua ação a população residente, permanente ou provisoriamente, no referido concelho, as pessoas inscritas nos referidos centros de saúde e os utilizadores esporádicos que o procurem. O concelho de Almada, é um dos nove concelhos da Península de Setúbal, abrange uma população residente estimada de 165.991 pessoas (INE, 2011), distribuídas por 11 freguesias – Almada, Cacilhas, Pragal, Cova da Piedade, Laranjeiro, Feijó, Costa da Caparica, Caparica, Trafaria, Charneca da Caparica e Sobreda. Com uma área de aproximadamente 70 Km², apresenta uma densidade populacional de 2.364,5 habitantes por km². No total da população, 48,3% são homens (n=80.134) e 51,7% mulheres (n=85.857).

Após um período de crescimento de cerca de 9.000 pessoas (5,6%) entre 1991 e 2001, o concelho de Almada continua a revelar um crescimento populacional discreto. Entre 2001 e 2008 foi estimado um acréscimo populacional de 5.278 residentes (3,3%), embora tenha decrescido ligeiramente de 2008 para 2009 (menos 112 habitantes).

No ano 2009, o saldo natural foi de 57 pessoas (taxa de crescimento natural de 0,03%). O saldo migratório, dando continuamente ao já observado no ano anterior, foi, contudo, ligeiramente negativo (taxa de crescimento migratório de -0,10%), pelo que a taxa de crescimento efetivo foi negativa (-0,07%). Em 2009, a taxa bruta de natalidade em Almada foi de 10,8‰ (número de nados vivos: 1.794), inferior, portanto, ao verificado em 2008 (11,4‰).

No que diz respeito à análise do envelhecimento da população, em 2001, por cada 100 jovens residentes no concelho de Almada, existiam cerca de 119 idosos, valor de sentido inverso ao verificado em 1991, em que o peso dos jovens superava claramente o dos idosos.

Em 2009, o índice de envelhecimento foi de 119,3 idosos por 100 jovens (superior ao valor médio nacional: 115,4 por 100, e ao verificado no concelho em 2008: 117,8 idosos por 100 jovens). A variação dos índices de dependência dos

jovens e dos idosos (em 2009, de 24,1 por 100 e 31,0 por 100, respectivamente) seguiu, naturalmente, tendência semelhante.

Salienta-se, ainda, que Almada se destaca como um dos concelhos da Região de Lisboa e Vale do Tejo com maior proporção de famílias unipessoais (cerca de 20%, em 2001. A média nacional era de 17,3%), sendo o envelhecimento a grande causa desse fato, em Almada. De acordo com o 15º recenseamento geral da população, Almada será um dos concelhos em que a maior proporção de famílias unipessoais são constituídas por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Em resumo, embora discreto, mantém-se o crescimento populacional no concelho de Almada, não só à custa das idades mais velhas, mas também das mais jovens, embora a natalidade possa estar a iniciar uma tendência decrescente. Permanece, contudo, como um dos concelhos mais envelhecidos de Portugal, em que grande parte dos idosos vive só.

De salientar, ainda, que as características naturais do concelho de Almada tornam a zona costeira local de veraneio, o que implica acréscimo importante de efetivos populacionais aos residentes habituais, com as características próprias das populações flutuantes por motivo de férias, especialmente nos meses de verão.

O ACES Seixal-Sesimbra integra as seguintes unidades funcionais: USF Amora Saudável; USF Rosinha; USF CSI Seixal; USF Cuidar Saúde; USF Torre; USF Pinhal de Frades; USF FF mais; USF Servir Saúde; USF Castelo; UCSP Amora; UCSP Corroios; UCSP Seixal; UCSP Sesimbra; UCSP da Quinta do Conde; USP; UCC do Seixal; UCC de Sesimbra; CDP; SAP de Sesimbra; Consulta Aberta da Amora; URAP e a UAG. No ano de 2010 foram ainda criados dois Serviços: O gabinete do cidadão que depende diretamente do diretor executivo com a dupla função de gerir a informação no ACES e promoção do marketing interno e externo, e o serviço de gestão de risco onde estão integradas a comissão de controle de infecção e a gestão de resíduos hospitalares. O ACES foi regulamentado em 2010 através da Deliberação n.º 2444/2010 em 04/11/2010.

Situa-se nos concelhos do Seixal e Sesimbra, cuja superfície é de 291,4 km². A população inscrita nas várias unidades funcionais é de 220.108 usuários, o que significa um aumento de 4.405 usuários (1,71%) relativamente a 2010, sendo que

54.395 não têm médico em lista atribuído (24,71%) (SINUS, 2010). Refere-se ainda na região, a existência de um forte componente de população imigrante no concelho do Seixal e, de uma população flutuante estimada em cerca de 35.000 pessoas, nos meses de veraneio no concelho de Sesimbra (CMS 2009).

Os concelhos do Seixal e de Sesimbra, dois dos nove concelhos da Península de Setúbal, abrangem uma população residente estimada de 232.857 pessoas (2009 ACSS), distribuídas por 9 localidades – Aldeia de Paio Pires; Amora; Arrentela; Corroios; Fernão Ferro; Seixal; Quinta do Conde; Castelo e Santiago. A densidade populacional nos dois concelhos é de 801 habitantes por Km².

Em 2008, registraram-se 10,80 nascimentos vivos por 1.000 pessoas residentes, valor que tem vindo a decrescer desde 2001, posicionando-se o ACES SS com um valor abaixo da média da ARSLVT (11,1), mas acima da média nacional, que regista um valor de 9,80 nascimentos vivos por 1000 residentes.

No que diz respeito à análise do envelhecimento da população, em 2001, por cada 100 jovens residentes nos concelhos do Seixal e Sesimbra, existiam cerca de 66 idosos. Em 2007, o Índice agravou-se significativamente, dado consistente com o aumento do peso proporcional do grupo dos mais idosos. Assim, em 2007, por cada 100 jovens passaram a existir cerca de 80 idosos. Todavia, o índice mantém-se abaixo do valor médio nacional em 2007 (que foi de 114 por 100) (ACES SEIXAL-SESIMBRA, Plano de Desempenho, 2011).

O **ACES de Matosinhos** é constituído pelas unidades funcionais dos centros de saúde de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora, e São Mamede Infesta, além da unidade de saúde pública, o centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o serviço de atendimento de situações urgentes (SASU). Abrange uma área territorial de cerca de 62,2 km². O concelho de Matosinhos compreende as localidades de Custóias, Guifões, Lavra, Leça do Balio, Leça da Palmeira, Matosinhos, Perafita, Santa Cruz do Bispo, São Mamede de Infesta e da Senhora da Hora. Está localizado na região Norte de Portugal, um dos menores da área metropolitana do Porto, mas o quarto mais populoso, com 174.931 habitantes, com densidade populacional de 2.719 habitantes/ Km². A população vulnerável acompanhada pelas unidades funcionais dos ACES compreende: mulheres em

idade fértil, crianças e jovens, responsáveis por 45% da população, idosos representam 15,4% da população. O índice de envelhecimento é de 102,5.

Fonte: PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central dos Sistemas de Saúde. Cuidados de Saúde Primários. .Relatório de Actividades dos ACES: ACES RIBATEJO, Plano de Actividades, 2011; ACES AMADORA, Plano de Desempenho, 2011, ACES MATOSINHO, plano de actividades 2011 ACES ALMADA-SEIXAL, Plano de Desempenho 2011. Disponível em: www.acss.min-saude.pt [acesso em 16/11/2013].

APÊNDICE B

Quadro 11 - Histórico com os principais dispositivos legais do Serviço Nacional de Saúde de Portugal.

Período	Dispositivos Legais	Marco Importante
1899 até 1945	Decreto de 28 de Dezembro de 1899 e Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1945.	A prestação de cuidados de saúde era privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.
1945	Decreto de Lei nº35108 de 7 de Novembro	Reforma Sanitária de Trigo de Negreiros- criados institutos dedicados a problemas de saúde públicos específicos, como a tuberculose e a saúde materna.
1946	Lei n 2011 de 2 de Abril	Organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde, baseado na rede hospitalar, construção de hospitais que são entregues às misericórdias.
1958	Decreto Lei nº 41825 de 13 de Agosto	Criação do Ministério da Saúde (MS) e da Assistência
1963	Lei nº 2120 de 19 de julho	Promulgadas as bases da política de saúde e assistências. Cabendo o Estado a organização e manutenção dos serviços, também fomentar a criação de instituições particulares que se integrem ao sistema, exercendo ação meramente supletiva.
1968	Decreto – Lei nº 48357 e nº 48358 de 27 de Abril	Uniformização dos hospitais e carreiras da saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia). Estatuto hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais
1971	Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro Decreto – Lei nº414/71 de 27 de Setembro	“Reforma de Gonçalves Ferreira” surge o primeiro esboço do Serviço Nacional de Saúde (SNS)- reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde, a integração de todas as atividades de saúde e assistência e ainda a noção de planeamento central e descentralização da execução, dinamizando-se os serviços locais. Surgiram os “centros de saúde de primeira geração”, como uma unidade funcional de saúde, próximo à população, voltados para a promoção e prevenção da doença, terapêutica e reabilitação. Neste mesmo ano, ocorre a estruturação das carreiras públicas, que prestam serviço para o MS e Assistência.
1973	Decreto – Lei nº 584/73 de 6 de Novembro	Garantia de Autonomia do Ministério da Saúde face à Assistência
1974	Decreto – Lei nº 203/74 de 15 de Maio	O MS é transformado em Secretaria de Estado (da Saúde) e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais, surgem às condições políticas e sociais que vão permitir a criação do Serviço Nacional de Saúde.
1975	Decreto-lei nº488/75	Criação das administrações distritais dos serviços de saúde
1976	Constituição da República Decreto- Lei nº580/76 de 21 de Julho	Normatização do Serviço Nacional de Saúde – universal, geral e gratuito. Artigo nº 64 estabelece que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Incumbe ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independente da condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país. O Decreto – lei nº 580/76 estabelece ainda a obrigatoriedade de prestação de um ano de serviço na periferia para os recém-licenciados em medicina que quisessem ingressar na carreira médica.
1978	Despacho Ministerial, 2ª serie de 29 de Julho – “Despacho Arnaut”	Garantia de acesso aos serviços Médico-sociais a todos os cidadãos, independente da capacidade contributiva. Universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a com participação medicamentosa.
1979	Lei nº56/79 de 15 de Setembro	Criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito do Ministério dos assuntos sociais, enquanto instrumento do Estado. Define que o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, de acesso gratuito, mas contempla a possibilidade de criação das taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações. Estabelece que o SNS goza de autonomia

		administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada- órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de cuidados diferenciados(hospitais gerais, especializados)
1981	Decreto – Lei nº 305/81 de 12 de Novembro	Aprovação da carreira de enfermagem
1982	Decreto-Lei nº 254 de 29 de julho Decreto – Lei nº 357/82 de 06 de setembro Decreto-Lei nº 310/82 de 3 de agosto	Criação das Administrações Regionais de cuidados de Saúde (ARS). Também neste ano o serviço nacional de saúde passa a ser dotado de autonomia administrativa e financeira. Surge também a carreira médica de Clínica Geral, para prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e populações definidas, em termo de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação sócio-médica.
1983	Decreto-Lei 344 A/83 de 25 de Julho Despacho Normativo nº97/83 de 22 de Abril	Aprovação da Lei orgânica do IX Governo Constitucional, criação do Ministério da Saúde (MS), aprovação dos regulamentos dos centros de saúde – “Centros de saúde de segunda geração”- unidades integradas de saúde, tendo em conta os princípios de regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde.
1984	Decreto-lei nº74 C/84 de 2 de Março	Criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde primários, fim dos serviços médico-sociais da previdência e início de expansão do SNS. O clínico geral adquire o estatuto de médico de família
1986	Decreto-Lei 57/86 de 20 de Março	Regulamentação sobre as condições de exercício do direito de acesso ao SNS. Prevê ainda a criação de taxas moderadoras a procura de cuidados de saúde, evitando a utilização para além do razoável.
1988	Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de Janeiro	Aprovação da lei de gestão hospitalar- introdução de princípios de natureza empresarial no quadro de atividade hospitalar na economia do país. . Criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais e criação de centros de responsabilidade como níveis intermediários da administração.
1989	Segunda Revisão da Constituição da República	Alteração do artigo 64, (alínea a) nº2, estabelece que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde “universal e geral e tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuitos. Princípios de justiça social e de racionalização dos recursos são enfatizados.
1990-	Lei nº 48/90 de 24 de agosto Decreto Lei nº 73/90 de 6 de Março	Aprovação da “Lei das Bases da Saúde”, garantindo a responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através de atividades do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações de sociedade civil estar associadas. Pode o Estado celebrar acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados, desde que apoie e fiscalize a atividade privada na saúde. Prevê ainda a cobrança de taxas moderadoras, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde. As taxas constituem receitas do SNS e estão isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores ricos e desfavorecidos financeiramente. Aprovação do regime das carreiras médicas, estabelecendo que os médicos passem a constituir um corpo especial de funcionários, podendo alargar o regime de trabalho, admitindo-se e motivando a prática do regime de dedicação exclusiva. A formação médica pós-licenciatura e Pré-carreira deixa de integrar o diploma das carreiras.
1991	Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro	Aprovação do regime legal da carreira de enfermagem, clarificando conceitos, caracterizando os cuidados de enfermagem, especifica as competências, define as responsabilidades, os direitos e deveres dos mesmos.
1992	Decreto – Lei nº54/92 de 11 de Abril	Estabelece o regime das taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutico em regime de ambulatório, bem como as suas isenções. O diploma sublinha os princípios de justiça social que impõem que pessoas com maiores rendimentos e que não são doentes crónicos ou de risco paguem parte da prestação dos cuidados de saúde de que sejam beneficiários, para que outros, mais desprotegidos e carentes, nada tenham de pagar.
1993	Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro Decreto- Lei nº 198/93	Publicação do novo estatuto do SNS e criação e aprovação do regulamento das regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas, e adoção de mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, como o incentivo a métodos e práticas concorrenciais. Criação do cartão de identificação do Utente.

1998	Decreto lei nº97/98 de 18 de Abril Decreto lei nº117/98 de 5 de Maio Resolução do Conselho de Ministros nº140/98 de 4 de Dezembro	Estabelecimento de regimes de celebração das convenções. Criação do Regime Remuneratório Experimental (REE) dos médicos da carreira de clínica geral, com objetivo de organizar a prestação dos cuidados, através de adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis do desempenho dos profissionais. Remuneração baseada em um componente fixo e outro de acordo com variáveis, como: realização de cuidados domiciliários, alargamento do período assistencial e realização de vigilância a grupos vulneráveis (gravidez, puerpério, crianças no primeiro ano e planeamento familiar). Reestruturação curricular dos cursos de licenciatura em Medicina, reorganização da rede de escolas de enfermagem e tecnologia da saúde através da passagem para tutela do Ministério da Educação. E reorganização da formação de enfermeiros para nível de licenciatura. Reforço a aprendizagem tutorial na comunidade.
1999	Decreto-Lei nº 286/99 de 27 de julho Decreto – Lei nº 374/99 de 18 de setembro Despacho Normativo nº 61/99 Decreto- Lei 156/99 de 10 de Maio Decreto- Lei 157/99 de 10 de Maio	Organização dos serviços de saúde pública a nível regional e local. Criação dos centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do SNS. Criação das Agências de Contratualização dos serviços de saúde, vincando a distinção entre prestação e financiamento dos serviços de saúde. Estabelecimento do Regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), como um conjunto de recursos articulados e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, facilitando a participação social e racionalização e utilização dos recursos. Criação do novo regime de organização e funcionamento dos centros de saúde – centros de saúde de terceira geração- pessoas coletivas de direito público, integradas no SNS e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e patrimônio próprio sob superintendência e tutela do MS.
2002	Lei 27/2002 de 8 de Novembro Decreto Lei 39/2002 de 26 de Fevereiro	Aprovação do novo regime hospitalar, com modificações na Lei de Bases da Saúde- novo modelo de gestão hospitalar empresarial, alteração da composição dos conselhos técnicos, e flexibilização da contratação de bens e serviços pelos hospitais.
2003	Decreto – Lei 60/2003 de 1 de Abril Decreto Lei 173/2003 de 1 de Agosto Decreto- Lei nº309/2003 de 6 de Junho	Criação da Rede de Cuidados de saúde primários. Surgem as taxas moderadoras. Criação da Entidade reguladora da Saúde, com a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.
2005	Decreto	Criação da estrutura de Missão dos cuidados de Saúde primários (MCSP)
2006	Decreto- Lei nº101/2006 de 6 de Junho	Criação da rede nacional de cuidados continuados Integrados
2007	Decreto- Lei nº298/2007 de 22 de agosto Lei nº 66- B/ 2007 de 28 de Dezembro Portaria 1633/2007 de 31 de Dezembro	Surgem as primeiras Unidades de Saúde Familiar, estabelece o regime jurídico para organização e funcionamento e o regime de incentivos atribuído aos seus elementos. Estabelece o Sistema Integrado de gestão e avaliação de desempenho na Administração Pública, designado por SIADAP, prevê que a avaliação de desempenho seja feita com base em parâmetros de resultados e de competências. Aprova os modelos de fichas de auto-avaliação e avaliação de desempenho referentes a Dirigentes intermédios (SIADAP 2), Trabalhadores (SIADAP 3) e Regime transitório previsto no art. 80 da Lei nº 66- B/ 2007 de 28 de Dezembro.
2008	Decreto- lei nº28 de 22 de Fevereiro de 2008 Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril	Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde do SNS, com objetivo de organização e gestão rigorosa e equilibrada dos cuidados de saúde primários. Regula os critérios e condições para atribuição de incentivos institucionais e financeiros às Unidades de Saúde Familiar e aos profissionais que as integram.
2009	Decreto- Lei 81/2009 de 2 de Abril Decreto Lei 102/2009 de 11 de maio Decreto Lei 248/2009 de 22 de Setembro Decreto – Lei 253/2009 de 27 de Novembro	Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das ARS e ACES. Delimitação geográfica dos ACES
2012	Portaria nº 394- B/2012	Reorganização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), criação, fusão e redenominação dos ACES.

Fonte: Elaboração própria baseada em Portugal. Governo da República Portuguesa, 2012.

APENDICE C – Questionário de investigação

A) PERFIL DOS ENTREVISTADOS

1. Idade: Entre os 25 e 35 anos Entre 36 e 49 anos 50 ou mais anos
2. Sexo: Masculino Feminino
- 3- Qual a sua profissão?
Médico Outro profissional de saúde Gestor Outra Especifique _____.
4. Há quanto tempo se formou?
Há menos de 5 anos De 5 a 15 anos Há mais de 15 anos
5. Há quanto tempo trabalha na saúde?
Há menos de 5 anos Entre 5 e 15 anos Há mais de 15 anos
6. Há quanto tempo trabalha na função pública?
Há menos de 5 anos Entre 5 e 15 anos Há mais de 15 anos
7. Possui alguma especialização na área de Gestão? Sim Não

B) O SISTEMA INTEGRADO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - SIADAP

8. O SIADAP vem sendo utilizado na sua organização de saúde? Sim Não
9. Você frequentou alguma formação específica para apoiar a implantação do SIADAP na sua unidade de saúde?
Sim Não
10. Atualmente como considera a utilização do SIADAP para a organização e gerenciamento das equipas na sua organização?
Satisfatório Pouco satisfatório Razoável Insatisfatório Não se utiliza
11. Qual a sua opinião sobre os indicadores (lista de competências) utilizados para avaliação de desempenho dos trabalhadores(SIADAP)?
Demasiado Suficiente Razoável Insuficiente Não sabe
12. Por que? Proporia alguma alteração? _____

13. Cite três (3) aspectos positivos/favoráveis que gostaria de destacar após a implantação do SIADAP nas unidades de saúde:
1. _____
2. _____
3. _____
14. Cite três aspectos negativos/ desfavoráveis após a implantação do SIADAP nas unidades de saúde:
1. _____
2. _____
3. _____
15. Na sua organização é utilizado o Sistema de Informação (GEADAP) para alimentação da base de dados e monitoramento do SIADAP dos trabalhadores? Sim Não
16. Caso responda não; por que? _____

C) A APLICAÇÃO DO SIADAP 2 PARA OS DIRIGENTES:

17. O seu desempenho já foi alguma vez avaliado?

Sim Não Não sabe

18- O processo de avaliação de desempenho foi bem desenvolvido?

Sim Não Não sabe

19- Durante a última avaliação do SIADAP houve dirigentes avaliados com a nota de "excelente"?

Sim Não Não sabe

20- Os trabalhos que fundamentaram essa avaliação foram publicitados?

Sim Não Não sabe

21- Na sua organização é realizado O QUAR (Quadro de Avaliação e Responsabilização)?

Sim Não Não sabe

22- Caso responda sim, o QUAR do último ano está disponível na internet?

Sim Não Não sabe

23. Participou da definição dos seus objetivos e competências?

Sim Não

24- Quem definiu os seus objetivos e suas competências?

- Superior hierárquico
- Avaliador nomeado para efeito
- Você
- Outro _____
- Não sabe

25. Os objetivos foram acordados previamente?

Sim Não

26. Houve retorno (Feedback) sobre os objetivos acordados?

Sim Não

27- Foram realizadas reuniões para abordagem e definição do processo de avaliação?

Sim Não

D) OPINIÃO SOBRE O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO COM AS USF:

28. Como avalia o contributo da **Contratualização** nos seguintes fatores/dimensões para os Cuidados de Saúde Primários (CSP): (questões do questionário adaptado por Felix et. al.).

- | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| a) Utilização da Gestão por objetivos | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| b) Trabalho em equipa | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| c) Responsabilização das pessoas | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| d) Autonomia dos serviços | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| e) Autonomia das pessoas/ inovação | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| f) Valorização do mérito | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| g) Atribuição de prémios/ incentivos | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| h) Na redução da despesa pública | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| i) Conhecimento dos objetivos do serviço pelos funcionários | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| j) Conhecimento dos objetivos do serviço pelos utentes | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| k) Interação entre as pessoas | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| l) Interação entre os serviços | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |
| m) Implementação da governação clínica | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Sem impacto |

29..Qual a sua opinião sobre o número de indicadores contratualizados (nacional, regional, local)?

Demasiado Suficiente Razoável Insuficiente Não sabe

30. Na sua opinião, você considera o número de indicadores contratualizados representativos do desempenho da USF?

Sim Não

31. Considera proporção de indicadores nacionais, regionais e locais correcta? Sim Não

32. Que outros indicadores proporia? _____

33. Com a sua experiência considera importante mais algum aspecto que deve ser abordado no estudo referente a questão da utilização da **contratualização** nos procedimentos dos cuidados de saúde primários?

34. Na sua opinião, existe alguma relação entre a utilização do **SIADAP** e o processo de **Contratualização** utilizado com as equipas de saúde na sua organização?

E) AVALIAÇÃO DO PROCESSO OPERACIONAL (CONTRATUALIZAÇÃO/SIADAP)(7 questões)

35. Classifique por relevância, de 1 a 10, os principais entraves para o cumprimento de **OBJECTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO** acordados com as respectivas ARS e sua organização de saúde, **sendo 1 o mais relevante e 10 o menos relevante**:

Falta de Recursos Humanos Qualificados	
Falta de Recursos materiais	
Instalações físicas insatisfatórias	
Deficiências no Sistema de Informação	
Demora no processo de coleta na alimentação da base de dados	
Alta Rotatividade de profissionais	
Excesso de compromissos (falta de tempo para monitorização)	
Recursos Financeiros insuficientes	
Falta de resposta das ARS aos pedidos das USF	
Dificuldade de negociação com a ARS	

36. Classifique por relevância, de 1 a 9, os principais entraves para a aplicação do **SIADAP** para os trabalhadores, **sendo 1 o mais relevante e 9 o menos relevante**:

Elevada Rotatividade Profissional	
Resistência dos profissionais à aplicação de avaliação de desempenho	
Múltiplas categorias profissionais numa unidade para ser avaliado	
Grande diversidade de Funções nas unidades	
Excessiva carga de trabalho para realização de monitorização	
Ausência de ferramentas de gestão e sistema de informação	
Ausência de protocolos para avaliação	
Extensa Carga horária dos profissionais impossibilitando avaliação	
Variação dos objetivos/actividades ao longo do ano	

37. Como classificaria a sua organização ACES em termos de **qualidade organizacional**, em relação à do restante do sistema de saúde de que faz parte?

Muito pior Pior Igual Melhor Muito melhor Não sabe

38. Enumere, de 1 a 9, os principais **desafios** encontrados **hoje** no sistema de saúde, sobretudo na sua organização (**sendo 1 o maior desafio e 9 o menor**):

Alcançar resultados positivos na saúde da população acompanhada (Efetividade)	
Reduzir os custos com menores desperdícios e gastos desnecessários para o alcance de resultados positivos no cumprimento das atividades (Eficiência)	
Reduzir desigualdades inaceitáveis no acesso à saúde (Equidade)	
Implementar efectiva governação clínica (Qualidade)	
Manter a equipa motivada e satisfeita com o trabalho (Qualidade)	
Capacitar e obter mais autonomia dos utentes sobre os cuidados de saúde	
Obter a Satisfação dos utentes	
Comunicar e divulgar os resultados alcançados entre as equipas e utentes	
Ter agilidade na resolução dos problemas (feedback com a ARS)	

39. No último ano (2011), percebeu alguma mudança nos processos de gestão na sua organização?

APENDICE D- Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), no projecto de investigação intitulado “**Sistemas de Avaliação Profissional no âmbito da Contratualização da Gestão na Atenção Primária à Saúde**”.

Esta investigação vem sendo desenvolvida no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Brasil em parceria com o Programa de Doutorado em Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa/Portugal e conduzida pela Doutoranda Márcia Silveira Ney (MD) e seus orientadores Professores Doutores Célia Regina Pierantoni (UERJ) e Luís Velez Lapão (UNL).

Este estudo tem por objetivo analisar os sistemas de contratualização da gestão para profissionais no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, especificamente o processo de contratualização e de avaliação de desempenho utilizado em Portugal desde a implantação do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

Você foi selecionado (a) por integrar um grupo de dirigentes que participa do funcionamento do sistema na região de Lisboa e Vale do Tejo. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento.

O presente inquérito é anónimo e a sua participação não acarretará nenhum tipo de risco pessoal ou profissional. Todos os dados obtidos por meio desta investigação são confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo da sua participação.

Sua participação consistirá na realização de uma entrevista e resposta a um questionário semi-estruturado sobre o processo de contratualização e avaliação de desempenho que vem sendo utilizado para os profissionais de saúde que integram os cuidados de saúde primários na região. As entrevistas serão realizadas no seu local de trabalho e estima-se que a entrevista decorra em aproximadamente 40 minutos.

Os investigadores responsáveis comprometem-se a tornar públicos nos meios académicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do investigador responsável.

Seguem os telefones e o endereço institucional do investigador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde poderá tirar dúvidas do projecto sobre a sua participação, agora ou a qualquer momento.

Contatos do Investigador Responsável: Márcia Silveira Ney, Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, Brasil, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: marcia.ney.unesa@gmail.com;

Contatos do co-orientador (Portugal) Professor Doutor Luis Velez Lapão, Instituto de Higiene e Medicina Tropical/UNL, Rua da Junqueira 100 Lisboa, v1349-008, Portugal.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, Brasil, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Comitê de Ética em Pesquisa para a Saúde da ARSLVT: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Av. Estados Unidos da América, 75-77, v 1749-096 Lisboa, Portugal Telefone:+351 218425203- Ext.: 5343 - Fax: +351 8499723. Email: etica@arslvt.min-saude.pt.

Declaro que compreendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na investigação, e que concordo em participar.

Assinatura do (a) participante _____

Assinatura do investigador _____.

Muito obrigada,

Lisboa, _____ de _____ de 2013.

APENDICE E - Roteiro de entrevistas

Guião da Entrevista

De acordo com o planeamento e opções metodológicas escolhidas para o desenvolvimento da pesquisa, optamos também por escolher um ator externo, interveniente no processo de mudança organizacional, para abordar o SIADAP em Portugal.

Pretende-se realizar a entrevista para que seja possível corresponder aos seguintes objetivos da investigação:

- Analisar o contexto geral (motivação, lógica, estratégia, etc) e as condicionalidades de implantação do sistema de avaliação profissional (SIADAP) no âmbito da atenção primária à saúde;
- Identificar os fatores facilitadores e limitantes na implantação do processo de gestão na atenção primária;
- Identificar as ferramentas utilizadas para o monitoramento dos profissionais
- Identificar a percepção dos dirigentes e trabalhadores de saúde nos Agrupamentos de Centros de Saúde(ACES) sobre a metodologia utilizada;

Assim, segue-se um roteiro para direcionar a entrevista.

Roteiro de Entrevista

Bloco temático 1 - Aspectos gerais do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP)

- 1) Qual a lógica e a motivação para o SIADAP?
- 2) Quais os aspectos considerados essenciais para a implantação do SIADAP nos serviços de saúde?
- 3) Quais as características necessárias para implementação de um Sistema de gestão por objetivos?
- 4) Quais os mecanismos que poderíamos utilizar como facilitador na implantação do Sistema, e a introdução das mudanças necessárias para os dirigentes e funcionários envolvidos?
- 5) Na sua opinião, qual a melhor maneira de se realizar o monitoramento do SIADAP nas organizações, para avaliar os resultados obtidos?
- 6) Com relação aos treinamentos realizados das equipes para implementação do SIADAP quais foram as principais dificuldades relatadas? Definir e diferenciar conceitos? (tais como, objetivos, indicadores, metas, iniciativas, ações, atividades, projetos); Definir o que

são processos, entender a sua lógica e aprender como realizar a sua gestão; Definir, identificar e gerir as componentes da cadeia de valor dos serviços públicos: “inputs”, processos, atividades, “outputs” e “outcomes”, Diferenciar conceitos, tais como: eficácia, custo/eficácia, produtividade, eficiência, qualidade.

- 7) Os dirigentes aplicam bem os conceitos e avaliam correctamente os seus colaboradores?

Bloco temático 2- Pressupostos e contributos para aplicação do SIADAP

- 1) Desde a criação do SIADAP em 2004, mesmo com a mudança da legislação em 2007, ainda existem setores/ categorias que apresentam resistência e ainda não estão envolvidos com o sistema no serviço. Comente um pouco sobre essas dificuldades apresentadas.
- 2) Quais foram as **principais** mudanças ocorridas (contributos locais) na Reforma da Administração Pública no país que impulsionaram a implantação do SIADAP nos serviços? E os principais **desafios**?

Bloco temático 3-Percepção sobre o SIADAP atual

- 1) Qual a sua percepção sobre os principais desafios encontrados hoje na implantação de sistemas de avaliação de desempenho profissional nos serviços públicos?
- 2) Na sua opinião, quais as principais dificuldades encontradas pelos Gestores/ dirigentes?
- 3) Diante das medidas de contenção orçamentária anunciadas pelo governo por conta da crise no país, com cortes de financiamento, remuneração, fundos, você percebeu alguma alteração nos padrões de avaliação e processos de gestão de desempenho nos serviços?
- 4) É possível fazer avaliação sem incentivos?
- 5) Há ainda espaço para evoluir? Como se pode evoluir para a avaliação dos médicos, professores, etc?

ANEXO A – Principais indicadores de Desempenho pactuados e resultados alcançados no PROESF

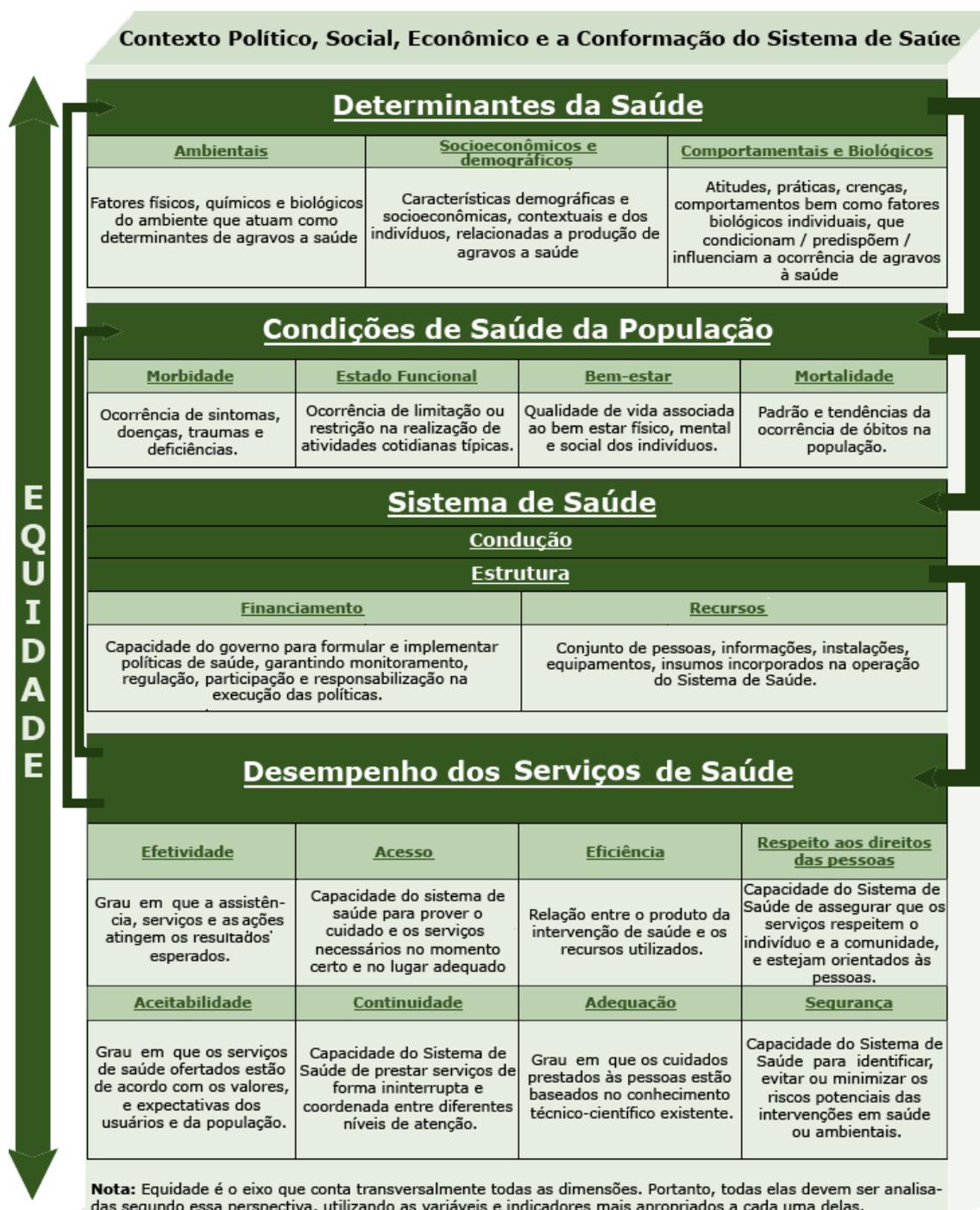
Quadro 12 - Principais indicadores de desempenho pactuados e resultados alcançados na consecução da Fase 1 do PROESF nos municípios participantes, Brasil, 2007.

INDICADORES	LINHA DE BASE	METAS	RESULTADOS ALCANÇADOS (média para o conjunto de municípios)		
1. Cobertura média da população pelas equipes SF	26,6%	35%	34,4%	Dez/05 Abr/07	Meta substancialmente alcançada
2. Cobertura vacinal de menores de 1 em dia em dia na população acompanhada pela SF nos municípios participantes do Componente I, Fase 1 PROESF, inclusive a DPT	94,0%	100%	94% 99% (todas as vacinas nas áreas da SF – fonte SIAB)	Dez/05 Abr/07	Meta substancialmente alcançada
3. Percentual de NV de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.	57%	70%	61%	Dez/05	Meta parcialmente alcançada
4. Percentual de gestantes acompanhadas pelas ESF e vacinadas contra tétano	91,0%	100%	94%95%	Dez/05 Abr/07	Meta parcialmente alcançada
5. Percentual de médicos e enfermeiros da Saúde da Família sobre o total de médicos e enfermeiros da Atenção Básica	28%	5-25%	41%	Dez/05	Meta superada
6. Redução da Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos	35 / 1000	< 35 / 1000	23,4 / 1000	Dez/05	Meta alcançada
7. Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos.	9,0 / 1000	< 9/1000	7 / 1000	Dez/05	Meta alcançada
8. Média mensal de visitas domiciliares por família.	1	> 0,75	1	dez/05	Meta alcançada
9. Percentual de ESF implantadas na Fase I que desenvolveram planos de ação e instrumentos para enfrentamento de questões de saúde em suas áreas	Informação não disponível	50%	74%	Fev/06	Meta superada
10. Percentual de ESF implantadas na Fase I efetivamente supervisionadas por Grupo Supervisor de Referência	Informação não disponível	50%	84%	Fev/06	Meta superada

Fonte:BRASIL.Ministério da Saúde.Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/PROESF/proesf1.php> [último acesso em 13.01.2014].

ANEXO B - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de saúde



Fonte: FIOCRUZ, PROADESS, Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Matriz Conceitual, 2011. Disponível em: WWW.proadess.icict.fiocruz.br/ [acesso em 05.02.14].