

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

**JULIANA VIEIRA FERNANDES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA GERENCIAR A ATENÇÃO BÁSICA  
NA REGIONAL DE SAÚDE 3 DO CABO DE SANTO AGOSTINHO.**

**RECIFE**

**2012**

**JULIANA VIEIRA FERNANDES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO  
SOCIAL PARA GERENCIAR A ATENÇÃO BÁSICA NA REGIONAL DE SAÚDE 3  
DO CABO DE SANTO AGOSTINHO**

Plano de Intervenção apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. MSc. Vildeane da Rocha Borba

**RECIFE**

**2012**

**CATALOGAÇÃO NA FONTE: BIBLIOTECA DO CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**

F363p Fernandes, Juliana Vieira.

Projeto de Intervenção da para Contratação de Organização Social Gerenciar a Atenção Básica na Regional de Saúde 3 do Cabo de Santo Agostinho. / Juliana Vieira Fernandes. — Recife: J. V. Fernandes, 2012.

50 p.

Plano de Intervenção (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Vildeane da Rocha Borba.

1. Projeto de Intervenção. 2. Organização Social. 3. Atenção Básica, 4. Gestão. I. Borba, Vildeane da Rocha. II. Título.

CDU 614.39

---

**JULIANA VIEIRA FERNANDES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO  
SOCIAL GERENCIAR A ATENÇÃO BÁSICA NA REGIONAL DE SAÚDE 3 DO  
CABO DE SANTO AGOSTINHO**

Plano de Intervenção apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. MSc Vildeane Da Rocha Borba  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior  
CPqAM/FIOCRUZ/PE

Dedico este trabalho ao meu pai, Heráclio, por ter ficado tão orgulhoso no momento do meu ingresso neste curso, mas que partiu antes de me ver concluí-lo. E a minha mãe, Regina, para que tenha certeza da minha gratidão por me possibilitar, junto com ele, a chegar onde cheguei.

## **AGRADECIMENTOS**

À Orientadora, Prof. MSc. Vildeane pela confiança e viabilização deste trabalho.

Ao meu filho, João Gustavo, por ter sido minha fonte de forças e esperança para conclusão deste trabalho .

À minha querida mãe, Regina, que me incentivou e colaborou para a realização dessa Especialização.

À Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho e a Gerente de Atenção Básica, Elizabeth Santana, pela liberação e apoio através da Secretaria de Saúde.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães através dos Coordenadores, Professores e seu técnico Semente que participaram de todo processo.

FERNANDES, Juliana Vieira. **Projeto de Intervenção para Contratação de Organização Social para Gerenciar a Atenção Básica na Regional de Saúde 3 do Cabo de Santo Agostinho**. Projeto de Intervenção (Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## RESUMO

A reorganização das práticas em saúde, iniciada em 1990 pelo Ministério da Saúde, vem propondo um modelo alternativo de assistência, expresso na Lei Orgânica do SUS, e cuja execução representa um grande avanço político, social e jurídico. Contraoendo-se ao modelo até então hegemônico, orientado para a cura das enfermidades e a hospitalização, propõe-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Porém esse tipo de modelo ainda necessita de suportes técnicos para sua funcionalidade, o que de certo modo urge a criação de medidas que possam tornar o sistema de saúde eficiente e de qualidade. Dessa forma, o presente projeto de intervenção pretende implantar a contratação de Organização Social/Organização da Sociedade Civil de Interesse Público para gerenciar a atenção básica na Regional de Saúde 3 do Cabo de Santo Agostinho, com o intuito de facilitar os atendimentos básicos à população tornando-os satisfatórios, dinâmicos e eficazes, e também, facilitando o trabalho da equipe de saúde. Pretende-se, com esta iniciativa, proporcionar melhores condições na ESF do município, minimizando os riscos de doença e reafirmando que a saúde é um direito humano universal.

**Palavras-Chaves:** Projeto de Intervenção, Organização Social, Atenção Básica, Gestão.

FERNANDES, Juliana Vieira. **Projeto de Intervenção para Contratação de Organização Social para Gerenciar a Atenção Básica na Regional de Saúde 3 do Cabo de Santo Agostinho.** Projeto de Intervenção (Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## **ABSTRACT**

The reorganization of the medical practice, begun in 1990 by the Ministry of Health is proposing an alternative model of care, expressed in the Organic Law of the SUS, and whose execution represents a major advance political, social and legal. Opposed to the hitherto hegemonic model, oriented towards healing of sickness and hospitalization, it is proposed that the Family Health Strategy. But this kind of model still needs technical support for its functionality, which somehow urge the creation of measures that can make the system efficient and quality healthcare. Thus this intervention project intends to implement hiring Social Organization/ Civil Society Organization of Public Interest to manage primary care in Regional Health I do Cabo de Santo Agostinho. This organization aims to facilitate basic emergency care to the people making them satisfactory, dynamic and effective and facilitating the work of the healthcare team. We intend, through this initiative to improve conditions in the city FHS, minimizing the risk of disease and reaffirming that health is a universal human right.

**Key Words:** Intervention Project, Social Organization, Attention Basic the Regional Health



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
3.1	Sistema Único de Saúde (SUS) .....	16
3.1.1	<i>Estruturação do SUS.....</i>	<i>21</i>
3.1.2	<i>Aspectos do SUS .....</i>	<i>24</i>
<b>4</b>	<b>ORGANIZAÇÕES SOCIAIS .....</b>	<b>29</b>
4.1	Organizações da sociedade civil de interesse público .....	31
<b>5</b>	<b>ANÁLISE SITUACIONAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO .....</b>	<b>35</b>
5.1	Situação epidemiológica da Regional 3 .....	36
<b>6</b>	<b>DIRETRIZES .....</b>	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>META .....</b>	<b>39</b>
<b>8</b>	<b>ESTRATÉGIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>9</b>	<b>PLANO OPERATIVO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADES .....</b>	<b>41</b>
<b>10</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>11</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como proposta o incentivo à formação de equipes resolutivas, capazes de reverter a atenção hospitalar e especializada para um modelo baseado na comunidade, com resolutividade e a um custo compatível. A partir da implantação em várias comunidades, essa estratégia tem adotado como eixo condutor de suas ações a vigilância à saúde, radicalizando no processo de descentralização ao eleger o espaço do domicílio/comunidade como alvo de sua atuação (SANTOS et al, 2004)

O município do Cabo de Santo Agostinho se situa ao Sul de Pernambuco, cerca de 30 quilômetros de Recife e pertence ao grupo de municípios que compõem a Região Metropolitana. Sua população é estimada em aproximadamente 185.025 habitantes e sua economia é baseada na indústria e serviços, e em menor parte, na agricultura da cana de açúcar (IBGE, 2010)

O município está integrado ao Território Estratégico de Suape e de acordo com a Agência Condepe/ Fidem (2008) in Cabo de Santo Agostinho (2010) devido ao aporte de investimentos que estão sendo realizados na área do Complexo de Suape e da imigração de cidadãos oriundos de outros estados, a população do município sofrerá um aumento de aproximadamente 4,5% em 2015 e de 8% em 2020.

Conforme registro no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) , o Programa de Saúde da Família foi implantado em 2006, atinge uma cobertura de 73% da população e é constituída por 38 Unidades de Saúde da Família, 26 equipes de saúde bucal e 02 Núcleo de Saúde da Família (NASF).

Além da baixa cobertura os agentes comunitários de saúde são funcionários públicos municipais enquadrados no regime estatutário. Porém, todas as demais categorias profissionais que atuam nas equipes de saúde da família e saúde bucal são contratados em regime temporário por um período de dois anos podendo ser renovado pelo mesmo período, o que dificulta a vinculação do profissional com a comunidade e acarreta prejuízo para o processo de prevenção de doenças.

Em virtude disto, pretende-se implantar um Projeto de intervenção para contratação de Organização Social a fim de gerenciar a Atenção Básica no distrito de Ponte dos Carvalhos do Cabo de Santo Agostinho.

Tais entidades possuem como modo principal de controle a prestação de contas dos recursos públicos às mesmas destinadas através da atividade administrativa de fomento, conforme se extrai das Leis 9637/98 e 9790/99, ambas de âmbito Federal com o propósito de regulamentar essas instituições.

Em virtude do caráter não governamental das organizações sociais, estas possuem maior autonomia e flexibilidade para gerir os recursos financeiros e humanos dentro da atenção primária. Isto traz maior agilidade e resolutividade os processos de gestão garantindo melhor resultado para a Estratégia de Saúde da Família.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Aperfeiçoar o serviço de saúde com referenciais de excelência para a comunidade de Pontes dos Carvalhos no Município do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco através da contratação de uma Organização Social para gerenciar a Atenção Básica da referida regional.

### 2.2 Objetivos Específicos

- a. Subsidiar a Comissão Interdisciplinar de licitação no que diz respeito as diretrizes para elaboração do edital que dará início ao processo licitatório para contratação de Organização Social;
- b. Realizar mapeamento do território trabalhado, definindo-o por microárea, tomando como referencial a legislação pertinente em relação a quantidade de unidades de saúde e profissionais necessários para atuação no território;
- c. Determinar pré-requisitos para contratação, pela Organização Social, de médicos, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e dentista especialistas na Estratégia de Saúde da Família.
- d. Estabelecer ações prioritárias a ser executadas pela Organização Social baseada nos objetivos e metas priorizadas pelo Pacto pela Saúde/MS.
- e. Definir os programas de prevenção e promoção da saúde a serem executados pela Organização Social, de acordo com as diretrizes e desenhos dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para inclusão no edital pela Comissão Interdisciplinar de Licitação.
- f. Contratar uma Organização Social para gerenciar e atuar na rede de atenção básica do distrito de Pontes dos Carvalhos.

### **3 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.**

A promoção da saúde surgiu como marco norteador da Saúde Pública a partir dos anos 70. Desde então, veio evoluindo e consolidando-se como um modelo das ações de saúde no país (MACHADO, 2007, p. 336).

Segundo Soares e Motta (1997), somente em meados da década de 70, sob forte pressão social, começou a haver algum tipo de abertura política. A partir de então inicia-se a reorganização do movimento social. Esta época, corresponde ao resgate da função política dos movimentos sociais e comunitários, os quais serviram de canal para a mobilização da população nas eleições de 1974 e das lutas pela redemocratização do país. A articulação estabelecida entre os diversos movimentos populares e o Movimento de Estudantes de Medicina e Médicos Residentes, consolidou uma aliança com o objetivo de denunciar a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, com isso, reivindicaram as autoridades governamentais da época, soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde existente.

O Movimento de Saúde no Brasil é o mais bem-sucedido movimento reivindicativo de ação direta, no que se refere à institucionalização de canais legais de controle e participação em políticas públicas, entrando, assim, em uma nova fase: a fase propositiva e por aí tende a avançar, influenciando nas políticas públicas e desenvolvendo uma reflexão mais ampla rumo ao salto de qualidade (DOIMO, 1995).

Paralelo a esta aliança, o Movimento Popular de Saúde, conseguiu ampliar-se de forma significativa, passando de simples reivindicações econômicas para um processo de questionamento da qualidade dos serviços de saúde vigentes; reivindicando não apenas a aquisição de equipamentos, como a gestão e organização da própria política de saúde como direito do cidadão. Entre o final da década de 70 e início da de 80, sindicatos e partidos políticos também promoveram discussões e mobilizações voltadas para a questão da saúde que culminaram com o surgimento do movimento em defesa da Reforma Sanitária (PAIM, 1992).

De acordo com Paim (1992), o projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais. Pode-se perceber que a população passa a lutar por seus direitos de cidadãos e pela melhoria da qualidade de vida. Isso também se torna evidente pela ampliação do conceito de saúde, explicitado na VIII CNS, na qual, Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde .

Ao longo do tempo, vários foram os conceitos constituídos sobre o termo saúde; cada um deles desenvolvidos a partir do contexto histórico vivido em cada época. Os mais recentes, trabalham sob a perspectiva da saúde como a “Ausência de Doença”; e a outra a partir de uma concepção, que vem difundindo a saúde com um conceito mais amplo que está voltado para a “Qualidade de Vida”, visão que se tenta construir com a implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família – PSF, o que implica em direito a alimentação, moradia, trabalho, lazer, relações sociais, entre outros; o Estado de bem-estar social. Como é bem colocado por Paim (1986) e pela Constituição Federal de 1988 – CF/88 em seu Art. 6º: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Assim, como já havia sido colocado por Hélio Dias, Assessor do Ministro da Saúde, nos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), essa qualidade de vida, reflete-se num estado de bem-estar pessoal. Ou seja, não apenas a disponibilização de serviços sanitários seria suficiente para obtê-la; mas, um estado de saúde que permita ao indivíduo levar uma vida social e economicamente produtiva. Logo, o conceito de saúde, deve estar vinculado aos mínimos sociais, pois a falta deles não promove o bem-estar pessoal, ao contrário, fazem emergir questões como desnutrição, falta de moradia ou a inadequação das mesmas, desemprego, entre outros males que se instalam em nossa sociedade; arremetendo-nos a um conceito negativo de qualidade de vida, implicando assim, num processo de adoecimento do indivíduo.

Pautado em pesquisas e diversos estudos realizados, o Movimento de Reforma Sanitária promoveu denúncias quanto aos efeitos da vinculação da saúde ao processo econômico; o que estimulou um processo político de conquistas sociais em busca da saúde da população e a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Tendo como uma de suas primeiras ações, a criação de Departamentos de Medicina Preventiva nas Faculdades de Medicina, a partir dos quais o olhar pela saúde começou a ser reformulado (PAIM, 1992).

No bojo dos acontecimentos da época, à medida que o movimento fortalecia-se, várias reivindicações foram elaboradas e apresentadas, no espaço político constituído a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS em 1986, onde, a saúde foi proposta como um direito do cidadão e um dever do Estado. Devendo,

portanto, seu acesso ser universal a todos, assim como os bens e serviços que a promovam e recuperem.

É a partir desta visão, que resultaram dois dos mais importantes princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: “a Igualdade e a Universalidade”, como abordou o autor do artigo A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde no Brasil, Almeida Jr. (2002).

A Conferência reafirma enfaticamente que: a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (BRASIL,1987)

O Movimento de Reforma Sanitária constituiu marco norteador para instituição do SUS, apresentando-se como uma construção da sociedade, tendo suas reivindicações apresentadas e estimuladas a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, como citada acima (BRASIL,1987).

São, justamente, essas resoluções que forneceram elementos, que mais tarde vieram a integrar a Carta Constituinte de 1988, garantindo a saúde como direito de cada cidadão, com a integração do SUS, a criação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que juntas compõem a Lei Orgânica de Saúde – LOS e constituindo mais a frente o tripé da Seguridade Social formado pela Saúde, Previdência e Assistência Social.

Diante desse contexto, ao final da década de 80, consolidou-se o novo modelo constitucional, que determinou ser a saúde, um direito do cidadão e um dever do Estado, devendo este, garanti-la a toda a população, independente de classe, raça ou credo, mediante políticas que promovam o bem estar de todos. Sendo assim, é de competência do Estado garantir tais direitos, para assim, promover a saúde tal qual aborda o Art. 196 da CF/88:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com base nas propostas levadas à 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a CF/88 estabeleceu pela primeira vez, de forma relevante, uma seção sobre a saúde, contendo 23% das propostas discutidas, detendo-se a três aspectos, considerados indispensáveis:

O primeiro refere-se à construção de um conceito mais amplo, onde a saúde é determinada por fatores físicos, sócio-econômicos e culturais, biológicos e de oportunidade. Implicando numa maior integração de políticas públicas/governamentais, que tenham por objetivo maior, estabelecer a saúde de maneira uniforme e equânime;

- Físicos:
  - condições geográficas;
  - água;
  - alimentação;
  - habitação, entre outros.
- Sócio-econômicos e culturais:
  - ocupação;
  - renda;
  - educação, e outros.
- Biológicos:
  - Idade;
  - sexo;
  - herança genética.
- Oportunidade de acesso a serviços que visem:
  - promoção;
  - proteção;
  - recuperação da saúde.

– o segundo e talvez o mais contundente dos três aspectos, é a legitimação do direito de todos os cidadãos, sem qualquer distinção (seja o cidadão rico ou pobre, negro ou branco), às ações de saúde em todos os níveis. Assim como é de dever do Estado, isto é, do poder público, prover o pleno gozo desse direito. Então, com a promulgação da nova CF/88, a única condição para se ter direito de acesso as ações de saúde é precisar delas;

– o terceiro e último, a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde – SUS, que se propõe a ser um sistema de caráter público, edificado sob uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada; com direção única em cada esfera de governo, em permanente processo de construção, devendo ter a participação popular em seu controle, tendo a rede privada conveniada como rede de apoio, através da oferta de serviços de atendimento a saúde de forma complementar, sendo dirigida de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).



Torna-se então, necessário e indispensável, às instâncias de competência, à compreensão do funcionamento do SUS. Como este deve ser planejado e executado, para que assim, se possa cumprir com o compromisso de assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva.

### 3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS é fruto de um longo processo de construção política e institucional o qual denominamos anteriormente de Reforma Sanitária, movimento que objetivou a transformação das condições e da atenção à saúde da população brasileira, desde o período da ditadura militar, enquanto regime de governo que vigorava na época (BRASIL, 2000)

De acordo com o Preâmbulo da Carta de Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS (1946), todo indivíduo, independente de cor, raça, situação sócio-econômica, religião e credo político, deve ter sua saúde preservada. Isso deixa claro o esforço social necessário com vistas à mobilização de recursos necessários para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Foi pautado nesta visão que o SUS, através de uma nova formulação política e organizacional estabelecida pela CF/88, constituiu seus serviços e ações de saúde no país, com fins a reordená-las e viabilizá-las a toda população, reiterando o que diz o Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar; inclusive, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948).

O papel de responsabilidade do Estado fica ainda mais claro com a ratificação pela Constituição Federal de 1988, a partir da integração de um título sobre a saúde como direito do cidadão.

Ainda de acordo com o ABC do SUS da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS (BRASIL, 1990), o SUS não teve o objetivo de suceder o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS ou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Objetivou na realidade, ser um novo sistema de saúde que promovesse o direito e o acesso aos serviços de saúde à

população brasileira, de maneira uniforme, uma vez que segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: a Federal, a Estadual e a Municipal, sempre numa perspectiva da Saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Fazendo do SUS, não um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum, sendo esses elementos responsáveis pelas atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

O Sistema Único é formado por várias instituições nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), e complementarmente pelo setor privado de saúde, tendo por princípios ideológicos e edificadores (BRASIL, 1990)

- a. a **Universalidade** que se refere à atenção a todos os indivíduos, sem distinções, restrições ou custo, garantindo à saúde, através do SUS a todo e qualquer cidadão. Através da universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso não apenas a todos os serviços públicos de saúde, como aos serviços contratados pelo poder público;
- b. a **Integralidade** corresponde à visão e tratamento de cada cidadão como um todo indivisível e integrante de uma coletividade onde as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, também formam um todo indivisível, não podendo ser compartimentalizadas. Devendo assim, as unidades prestadoras dos serviços de saúde, configurar um sistema capaz de prestar assistência integral a sociedade;
- c. a **Equidade** que disponibiliza recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso, “more o cidadão onde morar”, sem privilégios e sem barreiras. O SUS atua de forma igualitária, oferecendo a todo cidadão atendimento conforme suas necessidades, dentro dos limites que o sistema pode oferecer para todos.

No Brasil, a reforma do sistema de saúde foi encabeçada pelo chamado Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento foi articulado por sanitaristas e outros setores da sociedade no sentido de se fazer uma reforma do antigo sistema. Poderíamos dizer que a criação do SUS foi o resultado dessa luta, que incorpora na

constituição de 1988 vários princípios e diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde (RONZANI; STRALEN, 2003)

- a. Universalidade, assegurando a todos os indivíduos o direito à saúde através de serviços de saúde e políticas econômicas e sociais.
- b. Descentralização dos serviços de saúde, segundo os níveis de administração pública, com ênfase na esfera local<sup>3</sup>.
- c. Hierarquização, organizando os serviços de saúde de acordo com sua complexidade.
- d. Integralidade, integrando a assistência curativa com a prevenção e a promoção.
- e. Regionalização, organizando ações e serviços tendo em vista sua especificidade e demandas locais.
- f. Participação Popular, através da gestão participativa das políticas de saúde.

De acordo com Brasil (1990) e com Ronzani e Stralen (2003), como princípios organizacionais, ou seja, diretrizes básicas, abordadas pela cartilha (), o Sistema Único é composto pela Descentralização, Hierarquização, Regionalização, Resolubilidade e Participação Popular, não se encontrando esta última, em plena realização.

O processo de **Descentralização** é percebido como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, ou seja, baseia-se no princípio de que quanto mais perto do problema maior será a possibilidade de acerto, acerca da decisão a ser tomada. Desta forma, o que é de abrangência de um Município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que for de abrangência do Estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade estadual; assim como o que for de abrangência nacional caberá a esfera Federal responsabilizar-se (BRASIL,1990)

Diante do processo contextualizado, deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde. É o chamado fenômeno de municipalização da saúde. Embora, isto, venha tornando-se um processo burocrático, que ocasiona limitações à atuação do SUS, de forma íntegra. É de competência das instâncias públicas resolverem questões de fiscalização acerca do investimento dos recursos recebidos

por cada município para a garantia e acesso de qualidade aos serviços de saúde (BRASIL, 1990)

No entanto, o que se encontra no âmbito da saúde hoje, é um processo que vem restringindo a garantia e o acesso aos serviços públicos de saúde, destinados aos cidadãos; devido à burocratização gerada pelos municípios, por compreenderem o processo de descentralização de forma equivocada. Pois, se o Sistema é Único e se propõe em um de seus princípios que não deve haver restrição ao atendimento de nenhum cidadão; este mesmo princípio torna-se contraditório quando, frente a ele é colocada a diretriz de municipalização, que implica no atendimento e responsabilização do cidadão pelo seu município de origem, uma vez que o município recebe verba para investimentos na saúde, de acordo com o número de habitantes existente em cada um deles. O que permite e determina que “Município A” não se responsabilize com pacientes do “Município B”, assim como “Município B” não se responsabilizará por pacientes do “Município A” (BRASIL, 1990)

Desta forma, levantam-se os seguintes questionamentos: o que realmente significa o princípio de UNIVERSALIDADE, proposto pelo Sistema Único de Saúde? De quem é a responsabilidade de fato pela prestação dos serviços de saúde à população: dos gestores, que podem não estar desempenhando bem o seu papel enquanto responsáveis pelo gerenciamento e aplicação dos recursos destinados a saúde? Ou da própria população? Como vem sendo o discurso de muitos funcionários da rede de saúde, ao passo que, na concepção desses funcionários o próprio cidadão deve cobrar de seu município, de seus gestores e não dos municípios vizinhos condições e investimentos de saúde adequados, ainda que o Sistema de Saúde seja ÚNICO e trate de IGUALDADE, EQÜIDADE e UNIVERSALIDADE no atendimento do cidadão. Reiterando assim, a não restrição de atendimento a qualquer indivíduo em qualquer instância pública. Incorrendo na possibilidade de violação de direitos e omissão de socorro (BRASIL, 2000)

A CF/88 é clara em seu Art. 196: “... a saúde é direito do cidadão e dever do Estado...”, devendo, portanto, ser de responsabilidade do Governo, levantar estatística acerca de possíveis demandas que venham apresentando-se ao cenário da saúde pública, repassando estes resultados á órgãos de competência, com o objetivo de corrigir diferenças quanto ao objetivo do SUS. Os gestores que tem como principal papel, prestar atendimento de qualidade a população; implicando o adjetivo “qualidade” em: bom atendimento, desde a recepção ao médico; a

realização de exames com qualidade não apenas tecnológica mas com atendimento adequado, respeitoso e humanizado, prestado pelos profissionais que atuam no seguimento da saúde; qualidade também, com relação ao comprometimento dos mesmos na emissão de laudos coerentes, claros e, suficientemente, detalhados.

A **Regionalização** e a **Hierarquização** constituem a organização dos serviços em níveis crescente de complexidade tecnológica, abrangendo uma área delimitada pelo perfil epidemiológico da região e com uma população definida para as ações a serem promovidas. Isto implica na capacidade dos serviços a serem oferecidos a determinado público, com determinadas necessidades, incluindo todas as modalidades de assistência, e o acesso a todo tipo de tecnologia disponível em mercado. Assim, possibilita um índice positivo de resolubilidade dos problemas no âmbito da saúde pública brasileira (BRASIL, 1990)

O acesso da população à rede de saúde deve acontecer através dos serviços de nível primário, ou seja, da atenção básica, representada pelas Unidades de Saúde da Família – USF, onde é desenvolvido o Programa Saúde da Família – PSF. Estas por sua vez, devem estar qualificadas para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. As demandas que não puderem ser acompanhadas pela rede básica, deverão ser referenciadas os demais níveis de complexidade: secundária (média) e terciária (alta) (BRASIL, 1990).

Essa forma de hierarquização e regionalização dos serviços públicos de saúde permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, o que deveria favorecer as ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

A **Resolubilidade** é compreendida como a exigência de adequação na busca pela disponibilização dos serviços de saúde, quando da procura por parte do indivíduo, ou quando do surgimento de um problema de impacto coletivo, assim, o município tenha um serviço correspondente e capacitado para enfrentar e resolver tais exigências até o nível de sua competência. Do contrario, é de responsabilidade do mesmo, quando necessário, a formalização de novos convênios, seja com a própria rede pública de outros municípios ou com a rede complementar de atendimento a saúde, a rede privada; objetivando a resolução da demanda surgida, para que o munícipe tenha garantido o seu direito a saúde (BRASIL, 2000)

A **Participação Popular** é a garantia constitucional que a população, através de suas entidades representativas, terá assegurada a sua participação no processo

de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Apresenta-se, portanto, como entendimento do papel do Estado capitalista diante das condições de saúde da população e na produção e distribuição de bens e serviços de saúde que permitirão considerar o direito a saúde como noção básica para a formulação de novas políticas (BRASIL, 1990)

### 3.1.1 *ESTRUTURAÇÃO DO SUS*

Conforme mencionado anteriormente, o Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde nacional e de caráter universal. O SUS se estabelece pela concepção da saúde como direito de cidadania, apoiando-se na concepção de unicidade e ao mesmo tempo sob as diretrizes organizativas da descentralização, com comando único em cada esfera de governo; da integralidade do atendimento; e da participação da comunidade.

O SUS propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas, democrático e com participação popular (RODRIGUEZ NETO, 1994).

Segundo Soares e Motta (1997), essa participação comunitária deve ser concretizada por meio das Conferências de Saúde promovidas pelos Conselhos de Saúde. Conferências realizadas com determinada periodicidade, com representantes dos vários segmentos sociais, objetivando avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde a que se buscam. Estas são realizadas através de um processo iniciado a partir das Conferências Municipais de Saúde, que levam a uma Conferência Estadual, realizada em cada Estado, culminando com uma última conferência, que é a Conferência Nacional de Saúde. Conferência esta, onde são apresentadas as propostas construídas ao longo de todas as conferências e que a partir desta última, passarão a integrar os novos modelos públicos de saúde no país.

Os Conselhos de Saúde possuem papel importante no gerenciamento do SUS, como é tratado no texto o ABC do SUS (BRASIL, 1990). São órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da área de saúde e usuários do

SUS, sendo eles detentores de 50% das vagas. São órgãos que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera municipal ou no espaço onde o Conselho esteja representado. No âmbito Municipal temos um Conselho por município, na instância Estadual um Conselho para cada estado e um Conselho Nacional, composto por representantes dos conselhos de cada instância já citada.

Esse papel além de estar, prioritariamente, voltado para o processo de descentralização e definição das ações de cada esfera de governo, também está condicionado a trabalhar, vinculado ao enfrentamento de pelo menos, três questões gerais disseminadas na sociedade brasileira: as acentuadas desigualdades existentes no país; as especificidades dos problemas de acordo com cada região assim como desafios na área da saúde; e as características do federalismo brasileiro; ou seja, questões advindas da diversidade da nação (BRASIL, 1990). Segundo Paim (1986) e Kujawa, Both e Brutscher (2003) de acordo com a natureza do Estado; seu principal papel é assegurar condições que propiciem o desenvolvimento econômico. Para tanto, quando este se vê obrigado a optar entre a saúde da economia e a saúde da população; opta sempre pela saúde econômica, uma vez que, por ser um país de cunho capitalista, como ficou constatado ao longo da história constituída acerca da saúde, esta, sempre esteve intrinsecamente vinculada à economia Estatal, ou seja, a lógica econômica prevalece não se fazendo diferente agora, enquanto direito do cidadão.

Retomando a questão da divisão de tarefas, coube aos municípios a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos, que é a de identificar as necessidades de cada localidade sob sua jurisdição e trabalhar o recurso disponibilizado pelas esferas Federais e Estaduais, como os próprios recursos adquiridos pelos mesmos, viabilizando as necessidades de seus munícipes (BRASIL, 1990)

A transparência, o comprometimento e o bom gerenciamento dos recursos têm por finalidade, cumprir com o que se propõe o princípio da Universalidade: “a não restrição ao atendimento do cidadão seja em qualquer esfera de saúde pública”, impedindo que este seja burlado pela falta de gerenciamento dos profissionais responsáveis pela aplicação de tais recursos (BRASIL, 1990)

Para efeito de entendimento das funções no Sistema Único de Saúde conceituamos:

Gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS.

Gestão como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2003).

Os gestores devem atuar de duas formas: a política e a técnica. Ou seja, na instância política seu principal compromisso com o SUS está voltado para a população. Este deve, através da busca pela concretização da saúde como direito de cidadania de acordo com os princípios norteadores do SUS e da gestão pública, desenvolver ações de promoção à saúde com vistas a atender os interesses públicos e não interesses particularistas ou privados (BARRETO JUNIOR; SILVA, 2004)

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo implica em identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito à atuação de cada uma delas. Assim, como consta do ABC do SUS – Doutrinas e Princípios, a Constituição também legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, assim como explica que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público (BRASIL, 1990)

De forma coerente a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, partindo dos princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, voltados para cada campo da atenção a saúde: promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros (BRASIL, 1990)

Segundo Barreto Junior e Silva (2004), a legislação do SUS e as diversas normas e portarias complementares editadas nos anos 90, empreenderam esforços não apenas no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores do SUS, nas três esferas, de acordo com a assistência que seria prestada a cada espaço de atuação, como a consolidação do próprio Sistema Único de Saúde.



### 3.1.2 ASPECTOS DO SUS

Promover a saúde, como abordou Paim (1986), implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho da sociedade para que seja possível intervir socialmente na sua modificação, no que concerne respeitar o direito do povo como sendo objeto de inequívoca responsabilidade social.

As condições econômicas e sociais são fatores de efeito sobre o estado de saúde ou de doença dos indivíduos. Devendo ser observadas e avaliadas as relações necessárias a construção e execução de políticas públicas voltadas para o bem-estar da população (PAIM, 1986).

Cada mudança positiva, operada no âmbito do SUS, é um passo para sair da inação e da ineficiência estabelecida pela falta de compromisso de gestores públicos e profissionais da área pública de saúde e pela má aplicação e gerenciamento de recursos para promoção da saúde. O espaço público de saúde hoje, conforme o ABC do SUS (BRASIL, 1990), é caracterizado por aspectos como:

- um quadro de doenças de todos os tipos, condicionados ao desenvolvimento social e econômico do país, assim como a diversidade de cada região. Quadro ao qual o sistema de saúde não consegue enfrentar com decisão, sem o desperdício de recursos, sem baixa cobertura assistencial da população, chegando à exclusão do atendimento de certos segmentos populacionais, especialmente os mais pobres e os localizados as regiões mais carentes;
- falta de clareza quanto à definição das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema. O que acarreta a fragmentação do processo decisório e o descompromisso com as ações de sua responsabilidade e promove o descumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, em especial, o princípio de Universalidade, no que concerne a não restrição do atendimento ao usuário seja qual for à instância de saúde;
- desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretando conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdícios de recursos e mau atendimento à população;

- insatisfação dos profissionais da área de saúde que sofrem as consequências da ausência de uma política de recursos humanos, justa e coerente, bem como funcionários sem perfil ou capacitação para desempenhar as várias funções exercidas no espaço público regulado pelo Sistema Único de Saúde, do recepcionista ao médico;
- baixa qualidade dos serviços oferecidos, de equipamentos a serviços profissionais e número de atendimentos, ou seja, demanda maior que a oferta;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços promovidos pela saúde;
- imensa insatisfação da população com o atendimento à sua saúde;
- ausência de critérios e transparência dos gastos públicos, bem como da participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde. Ou seja, a população, enquanto cidadãos de direitos e deveres, não é conhecedora de seu papel na sociedade e menos ainda de como exercer este papel. O que exige tanto dos governantes quanto de profissionais do âmbito da saúde, um processo de desconstrução cultural da alienação e da comodidade, as quais o usuário/cidadão foi habitualmente condicionado, e a inserção de um processo de reeducação da população quanto à importância da cidadania em nossa contemporaneidade. Portanto, a ação coletiva é uma estratégia que tem o desafio de fazer emergir um sujeito coletivo e atuante na história, capaz de se projetar na sociedade ao lado de outros indivíduos;
- por fim, o grande problema que acomete todo o segmento público de saúde, desde seu colaborador da limpeza, da recepção, ao profissional médico e direção da instituição: a falta de “Humanização” como principal elemento de funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Portanto, o direito à saúde implica em mudanças na organização econômica, responsáveis por determinar as condições de vida e trabalho de cada indivíduo, perpetuando essas condições através das desigualdades na distribuição de bens e serviços. Mas a luta não deve ser pela tomada do poder, identificado com o poder do Estado, mas uma luta politicamente organizada pelo direito de participar de decisões, e assim romper com a verticalidade hierárquica do poder autoritário.

A coletividade na busca de objetivos comuns a todos, exatamente, como bem trabalhou Paulo Freire (1987), em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, o surgimento de lideranças nascidas dentro das próprias coletividades proletárias, na busca de direitos comuns; trabalhando não contra ou a favor do Estado, ou em benefício próprio, mas do conjunto de indivíduos que ali se encontram na busca pela horizontalização do poder.

Como afirma Jin Oh (2006), a saúde é um mercado que apresenta muitas dificuldades a serem superadas. Uma delas é o aumento dos custos com tratamentos médicos, o avanço da tecnologia produz transformações no âmbito da saúde. Se o gestor público partir do princípio da saúde como direito social, este deverá disponibilizar essa tecnologia a toda a sociedade, de forma equânime, qualitativa e acessível.

Os processos de reforma em saúde que têm proposto a descentralização, especialmente a reforma sanitária brasileira, têm oscilado entre avanços e recuos contraditórios que traduzem as ambigüidades e conflitos que têm marcado as mudanças das funções do Estado, no sentido de aumentar o papel regulatório, e as políticas de ajuste centradas na diminuição do gasto público (CORDEIRO, 2001)

No cenário internacional há experiências do uso de regras, além de instrumentos legais, com vistas à redução da discricionariedade das decisões fiscais, e que essas são medidas necessárias para o controle das pressões sobre o resultado fiscal. No Brasil, essas medidas foram introduzidas paulatinamente, refletindo o contexto de discussão internacional e os processos de transformação do contexto socioeconômico pelos quais a sociedade brasileira passou após a redemocratização. Lei de Responsabilidade Fiscal, de 04 de maio de 2000, reflete um conjunto de leis cujo objetivo é a prevenção e responsabilização do endividamento público de estados, municípios e da própria União. A nova legislação fiscal brasileira é concebida numa conjuntura de redefinição de papéis das três esferas quanto às políticas públicas, o impõe atenção dos governantes na despesa de custeio, como a de pessoal. Com a vigência da LRF, foram então delineados claramente limites para efeitos de gastos e despesas com pessoal sendo eles no âmbito dos municípios Brasil: de 54% no âmbito do Poder Executivo e 6% para o Poder Legislativo, totalizando 60 % do limite sobre a Receita Líquida Corrente. (MEDEIROS; TAVARES, 2012)

Algumas políticas públicas, como a de saúde, tem como características um processo de trabalho que exige a inserção de mão de obra humana, pois, mesmo quando incorporam novas tecnologias, elas são acompanhadas de uma adição no número de trabalhadores. Assim, trata-se de uma política em que há boa quantidade de mão de obra humana, comprometendo grande volume dos recursos do setor, ou seja, os gastos com trabalhadores da saúde são parte significativa do conjunto de despesas do setor (MEDEIROS; TAVARES, 2012)

Como reflexo das características do setor saúde e da conjuntura político-fiscal assinalada, tem-se o impasse entre limites para contratação e necessidade de inserção de trabalhadores. É aí que a precarização dos vínculos de trabalho na saúde desponta como uma das prioridades do campo de gestão do trabalho e um dos grandes problemas do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com Nogueira in Santos e Amarante (2010), a falta de autonomia na gestão de recursos humanos e materiais é repetidamente referida como o fator principal que, no âmbito do SUS, dificulta a prestação de serviços hospitalares com agilidade e qualidade. As unidades assistenciais vinculadas à administração pública direta enfrentam inúmeros problemas criados pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, que acabava por comprometer sua efetividade. Um desses problemas é a dificuldade de incorporar profissionais e especialistas de saúde no número e na diversidade que fazem necessários. Os motivos da baixa efetividade podem ser desdobrados da seguinte maneira: reduzida autonomia técnico-administrativa, devido às normas e procedimentos típicos da administração direta; limitações criadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente quanto à admissão e expansão dos recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de equipamentos e insumos de necessidade urgente; dificuldade de incorporação de pessoal mais qualificado e de certas especialidades, inclusive porque alguns profissionais, a exemplo dos anestesistas e oftalmologistas, recusam-se a prestar concurso público ou prestam, mas não assumem as vagas disponíveis.

Esta situação configura-se como um dos problemas que o Município do Cabo de Santo Agostinho pretende enfrentar ao buscar uma nova forma de administrar a atenção básica da Regional 3 de Saúde.

Estimuladas pelo movimento internacional de Reforma do Estado, proliferaram, no país, experiências na área da administração pública, cujas

características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação a compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (IBANEZ, et al, 2001)

De acordo Barreto Junior e Silva (2004), com no Estado de São Paulo, em particular, o gestor estadual praticamente deixou de atuar na atenção básica. A principal atribuição do gestor estadual paulista, no novo desenho do sistema de saúde, é articular os sistemas municipais e organizar as redes assistenciais regionalizadas, estabelecendo como principal objetivo combater as desigualdades regionais e intermunicipais, para que a oferta de serviços seja distribuída de maneira mais equânime entre a população do Estado.

## 4 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

As Organizações Sociais configuram-se como entidades gestoras, de caráter privado, mas sem finalidade de lucro, vinculando-se às secretarias de saúde por meio de contratos de gestão (NOGUEIRA, 2010 apud SANTOS; AMARANTE, 2010).

De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (BRASIL,1995), a organização social é caracterizada como entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos, e surgiria pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado as atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, podendo, ainda, ser criada a partir da substituição de órgão público de qualquer figura jurídica.

Nestas condições, pode-se dizer que as OS se caracterizam por:

(1) finalidade não lucrativa, pois os excedentes financeiros que existirem deverão ser aplicados nas atividades desenvolvidas; (2) fomento do Estado, caracterizado pelo recurso orçamentário a ela destinado, podendo ainda a OS fazer uso de bens públicos, e mais, poderão ser cedidos servidores públicos para fins de realização das metas impostas no contrato de gestão; (3) Serão independentes da Administração, gozando de autonomia administrativa; (4) como decorrência da característica anterior, a OS deve realizar licitações com base em regulamentos próprios de gestão (DELGADO; XAVIER, 2008)

Em relação aos riscos que o instituto oferece para o patrimônio público, Di Pietro (1995) critica a intenção do legislador. Afirma a autora que ao transferir para uma entidade privada a atividade, antes exercida por um ente estatal, mediante repasse de recursos públicos e se utilizando de servidores públicos; “fica muito nítida a intenção do legislador de instituir um mecanismo para fugir ao regime jurídico de direito público a que se submete a Administração Pública”.

Assim, é possível que existam entidades criadas com o único objetivo de se utilizarem de recursos e bens públicos sem a sujeição ao direito público (DI PIETRO,1995). Motivo pelo qual é imprescindível que haja sobre tais entidades algum tipo de controle mais rígido.

O instrumento básico que garantiria a administração gerencial diferenciada seria o contrato de gestão entre o poder público e a organização social, prevendo multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, modelo de estrutura e outros itens (IBANEZ, et al, 2001).

Desde há muito, o tipo de controle direcionado para esse tipo de contratualização tem sido a prestação de contas financeira. No entanto, essa tradicional forma de avaliação está sendo superada, o foco não está voltado apenas para o adequado uso dos recursos, mas também, é avaliado o cumprimento do contrato pela análise do alcance dos resultados pactuados (ALCOFORADO, 2005 )

Portanto, mesmo sendo o pacto firmado com entidades privadas, a autonomia delas fica restrita, haja vista que deverão sujeitar-se às exigências ali contidas. Isto porque, a execução do contrato será alvo de controle, conforme já explicitado. O órgão que exercerá essa supervisão será aquele correspondente a área de atuação da atividade fomentada (DI PIETRO,1995 ).

Importa destacar que no Estado de Pernambuco o Decreto 23.046, de 19.01.2001, o qual regulamenta a Lei 11.743, de 20 de janeiro de 2000, que, por sua vez, criou o Sistema Integrado de Prestação de Serviços Públicos Não Exclusivos; dispõe sobre a qualificação e funcionamento das organizações sociais.

Através desse decreto, o Poder Executivo foi autorizado a qualificar como OS as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à promoção de atividades nas áreas de ensino, educação cultura, saúde, pesquisas, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente.

A este propósito, as entidades candidatas à qualificação deverão atender a determinados requisitos previstos no artigo 15 do decreto, entre eles, a natureza social de seus objetivos (Art. 15, I); a finalidade não-lucrativa (Art. 15, II); obrigatoriedade de publicação anual, em jornal de grande circulação, dos relatórios financeiros, de execução do contrato de gestão, e de desempenho, disponibilizados, também, pela *internet* (Art. 15, VI).

Como se percebe, tais requisitos se assemelham aos elencados na lei federal 9.637/98 referente ao tema, a qual deverá ter também suas disposições observadas.

A qualificação será concedida mediante decreto, sendo disponibilizados para a OS qualificada recursos orçamentários, equipamento e instalações públicas necessários à execução de seus objetivos (Art. 18). Para tanto, deverá haver o comprometimento por parte da entidade de adoção de modelos gerenciais flexíveis, autonomia de gestão, controle por resultados e adoção de indicadores adequados de avaliação de desempenho e da qualidade de serviços prestados (...) (Art. 18, a).

Ao serem qualificadas poderão ser destinados as OS, pessoal, serviços, recursos orçamentários e bens públicos através de permissão de uso. Isso como

forma de fomento às atividades sociais e objetivando cumprir o contrato de gestão (art. 39).

De outra parte, cumpre ter em mente que todas as OS operam sob contrato de gestão, podendo essa relação ser desfeita a qualquer momento, tendo por justificativa o fato de que não estão sendo alcançados ou obedecidos os objetivos e os critérios adotados pela direção única do SUS (NOGUEIRA, 2010 apud SANTOS; AMARANTE, 2010).

São poucos os estudos comparativos sobre a eficiência e efetividade de desempenho entre os hospitais geridos por OS e hospitais de administração direta. Em uma pesquisa realizada por Quinhões (2009), que envolveu um estudo de caso de três hospitais em regime de OS no Estado de São Paulo, verificou-se que os hospitais OSs foram mais eficientes do que os da administração direta, que os custos de transação adicionais são muito pequenos e que a introdução do modelo das OSs reduziu os níveis de incerteza comportamental e ambiental, os quais ficaram significativamente mais baixos do que os percebidos pelos hospitais da administração direta.

#### 4.1 ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO

Essas organizações são disciplinadas pela Lei 9.790/99. Significam uma qualificação jurídica concedida a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que satisfizerem os requisitos impostos pela lei, para desempenharem serviços não exclusivos do Estado. O vínculo jurídico entre a pessoa jurídica de direito privado e o ente público é estabelecido através do Termo de Parceria, desde que essas pessoas jurídicas tenham seus objetivos sociais e normas estatutárias em acordo com os requisitos constantes daquela lei (BRASIL, 1999).

Isto posto, é possível afirmar segundo prescreve o artigo 2º da mesma lei, que apenas associações, sociedades civis sem fins lucrativos e fundações, estas, que não podem ser públicas, poderão qualificar-se. Haja vista estarem excluídas expressamente da possibilidade da qualificação, as sociedades comerciais, as cooperativas, sindicatos, instituições religiosas e partidos políticos.

Exige-se, para a concessão da qualificação, que a entidade possua como objetivo social pelo menos uma das seguintes finalidades: promoção da assistência social; da cultura, da educação, saúde, promoção da segurança alimentar e



nutricional; defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico, do meio ambiente; promoção do desenvolvimento sustentável, do voluntariado, do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito; promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar; promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais; e ainda, estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às demais atividades anteriormente mencionadas. (Art. 3º, incisos I ao XII da Lei 9.790/99) (BRASIL, 1999).

Percebe-se que o âmbito de atuação é muito mais amplo do que aquele da OS. O pedido de qualificação deve ser direcionado ao Ministério da Justiça, acompanhado da documentação constante do artigo 5º da lei 9.790/99, dentre eles: estatuto registrado em cartório; balanço patrimonial e demonstração do resultado do exercício. Tais exigências impedem que entidades sem patrimônio, por ventura, busquem se qualificar com o único objetivo de receberem recursos públicos. (BRASIL, 1999).

Doutrinariamente afirma-se que apesar da semelhança existente entre as OS e as Oscips, a principal diferença está na execução de suas finalidades. Ou seja, a primeira estabelece vínculo com o ente Público para gerir um serviço, “enquanto a Oscip exerce atividade de natureza privada, com a ajuda do Estado”, atendendo às finalidades coletivas ( DI PIETRO,1995 ).

De sua parte, as OSCIP constituem nova modalidade institucional que não concorre com a OS para efeito de prestação de ações e serviços de saúde pelo SUS. Constituem típicas ONGs do Terceiro Setor que não podem administrar bens e recursos humanos originários da esfera da administração pública. Atuando especialmente no âmbito comunitário, as OSCIP podem estabelecer parcerias com o SUS , com vistas a realizar atividades de saúde em sentido complementar, fazer avaliações de desempenho das unidades assistenciais e realizar pesquisas variadas sobre questões de saúde (NOGUEIRA, 2010 apud SANTOS; AMARANTE, 2010).

De um modo geral, as OSCIP não participam da gerência das unidades assistenciais do SUS, a não ser a título colaborativo, em função eventual de assessoria. Há indícios de que foram criadas para administrar pessoal da estratégia

de saúde da família, especialmente os agentes comunitários de saúde. Mas na medida em que as equipes de saúde da família estão hierarquicamente subordinadas ao comando das secretarias municipais, fica evidenciado que se trata de terceirização jurídica espúria, mecanismo que não pode ser reconhecido como uma efetiva parceria entre o Terceiro Setor e o Estado (NOGUEIRA, 2010 apud SANTOS; AMARANTE, 2010).

A forma de ajuda, o fomento, destinado pelo Estado à entidade se materializa na forma de bens ou recursos públicos, devendo, portanto, a entidade prestar contas para demonstrar que tais recursos foram empregados nos fins estabelecidos no acordo (DI PIETRO, 1995).

A execução do objeto do termo de parceria será acompanhada e fiscalizada por órgão do Poder Público da área de atuação correspondente à atividade fomentada, e pelos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, em cada nível de governo (BRASIL, 1999)

Diferentemente do que ocorre com as OS, a concessão da qualificação de Oscip para a entidade caracteriza-se por ser ato vinculado ao cumprimento dos requisitos já citados, estabelecidos na lei. Assim, só ocorrerá o indeferimento da qualificação nas hipóteses previstas no artigo 6º, § 3º da lei.

Quanto ao acompanhamento e a fiscalização da execução do termo de parceria, estes ficam a cargo do órgão do Poder Público da área de atuação correspondente à atividade fomentada e dos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes (art. 11, *caput*). Constitui-se como dever da entidade qualificada como Oscip a apresentação de relatório, ao final de cada exercício, contendo o comparativo das metas estabelecidas previamente e os resultados obtidos; devendo também publicar, o extrato do termo de parceria e o demonstrativo de sua execução física e financeira (art. 10, § 2º, V e VI) (BRASIL, 1999).

A este propósito, Nóbrega em 2009, expõe que a realidade prática se revela de modo diverso do pretendido pela letra da lei. Haja vista que o controle destinado a estas entidades esgota-se na prestação de contas, após um período de gestão do termo de parceria, não havendo nenhum tipo de acompanhamento simultâneo do pacto. Assim, estaria a eficiência da prestação dos serviços pela entidade, atrelada aos números apresentados no relatório, não sendo apenas a análise da prestação de contas um modo de controle deveras eficaz. Haja vista que a “análise da prestação de contas pode se perder (...), pois alguns dados podem ser de difícil

justificação documental, ensejando a necessidade de inspeções dos agentes de fiscalização”.

No Estado de Pernambuco já é possível perceber essa prática, pois a Agência Reguladora que atua aqui se propõe diante do Decreto 23.046, de 19.01.2001, que regulamenta a Lei 11.743, de 20 de janeiro de 2000, a criar uma regulação eficiente, tanto que trouxe a esfera da regulação o Sistema Integrado de Prestação de Serviços Públicos Não Exclusivos, o qual estabelece diretrizes para a qualificação e funcionamento das organizações da sociedade civil de interesse público (PERNAMBUCO, 2001).

Essas diretrizes estabelecidas pelo decreto podem ser conferidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujos objetivos sociais tenham como finalidade a execução ou promoção de pelo menos uma das seguintes atividades: educação, cultura, saúde, pesquisas desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente (art. 19 c/c art. 1º, parágrafo único) (PERNAMBUCO, 2001).

Para tanto exige-se que as pessoas jurídicas candidatas a qualificação, sejam regidas por estatutos que disponham entre outros assuntos, sobre: a observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência (art. 20, I); a constituição do conselho fiscal ou órgão equivalente (art. 20, III); normas de prestação de contas a serem observadas pela entidade (art. 20, VII) (PERNAMBUCO, 2001).

Para a execução do termo de parceria, o Poder Público poderá destinar às Oscips, pessoal e recursos orçamentários necessários à execução dos serviços e custeio operacional da entidade (art. 43), caracterizando o fomento destinado a essas entidades (PERNAMBUCO, 2001).

As Oscips foram criadas com a finalidade de consolidar a transparência e a eficiência das entidades do terceiro setor. Deveriam elas concretizar metas no setor dos serviços públicos não exclusivos, que a administração pública não estava sendo capaz de realizar eficazmente (TORRES, 2007).

## 5 ANÁLISE SITUACIONAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO

O município do Cabo de Santo Agostinho situa-se na porção sul da Região Metropolitana do Recife (RMR), distante 30 km da capital. Compõe a microrregião do Complexo de Suape do Estado de Pernambuco e abrange uma área de 448km<sup>2</sup>, correspondente a 16,28% da RMR e 0,45% do território estadual. Limita-se ao Norte com os municípios de Vitória de Santo Antão, Moreno e Jaboatão dos Guararapes, ao Sul com os municípios de Escada e Ipojuca, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com os municípios de Escada e Vitória de Santo Antão. A divisão espaço-territorial está compreendida por quatro regiões político-administrativas (RPAs), nove áreas político-administrativas (APAs) e 18 Microrregiões (CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2010)

A Secretaria Municipal de Saúde é composta pela Gerência de Atenção a Saúde, Gerência de Planejamento e Gerência de Atenção Básica. A Gerência de Atenção a Saúde é responsável por promover as ações de média complexidade sendo responsável pela administração de um hospital geral, uma unidade mista, uma maternidade, um hospital infantil, quatro centros de referência e três centros de apoio psicossocial. A Gerência de Planejamento é responsável pela ouvidoria, auditoria, controle, regulação, convênios, compras e contratos. A Gerência de Atenção Básica é responsável pela gestão da atenção primária no município e está subdividida em quatro gerências regionais de saúde correspondendo a Regional 1 ao Centro; a Regional 2 aos distritos de Pontezinha, Rosário e as praias de Gaibu, de Suape, de Enseada dos Corais, de Itapuama; a Regional 3 ao distrito de Pontes dos Carvalhos; e a Regional 4 que é responsável pela zona rural do município (CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2010)

Inserida neste contexto, está a Regional 3 do município do Cabo de Santo Agostinho que é formada pelo distrito de Pontes dos Carvalhos, área essencialmente urbana que desenvolveu-se as margens da antiga BR 101 Sul. Em Ponte dos Carvalhos, 27,76% da população são mulheres chefes de família sem renda, e 18,11% da população dos homens chefes de família sem renda; 47,48% da população feminina recebem até um salário mínimo; e 23,94% da população masculina recebem até um salário mínimo. Quanto à educação 3,5% das mulheres chefes de família, e 4,8% dos homens chefes de famílias são alfabetizados. A taxa de analfabetismo por faixa etária subdividiu por: adolescentes entre (10 a 14 anos)

12%; jovens (15 a 24 anos) 8,09% e 25 anos ou mais 25,99%. Diante desses dados apresentados 92,18% da população de Ponte dos Carvalhos tem acesso à água encanada e 89,53% a coleta de lixo (CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2010)

### 5.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA REGIONAL 3

Os dados epidemiológicos da área, demonstrados na tabela abaixo, evidenciam a necessidade de um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde da comunidade.

Sexo	Faixa etária (anos)										TOTAL
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	172	580	673	1.052	1.984	1.968	7.314	2.550	1.619	1.684	19.596
Feminino	123	595	595	1.050	1.967	1.867	7.936	3.024	1.947	2.179	21.287
Total	295	1179	1.268	2.102	3.951	3.835	15.250	5.574	3.566	3.863	<b>40.883</b>

Quadro 1 - Número de pessoas cadastrada na Regional de Saúde 3.

Fonte:SIAB 6.4 SIABI6.4/Datasus/2011/GAB/SMS CABO DE SANTO AGOSTINHO

Tipo atendimento grupos prioritários	Media mensal 2011
Número gestantes cadastradas	296
Consulta de pre- Natal	282
Número crianças puericultura (de 0 a 11 meses e 29 dias)	599
Número crianças atendidas 1> e < 2 anos	27
Crianças < de 1 ano que tiveram diarreia	45
Diabeticos cadastrados	1.011
Diabeticos acompanhados	926
Hipertensos cadastrados	3.981
Hipertensos acompanhados	3.328
Pessoas c/tuberculose cadastrados	14
Pessoas c/tuberculose acompanhadas	14
Pessoas c/hanseníase cadastrados	32

Pessoas c/ hanseníase acompanhadas	30
Total de famílias cadastradas	11.602

Quadro 2- Dados de atendimento 2011

Fonte:SIAB 6.4 SIABI6.4/Datasus/2011/GAB/SMS CABO DE SANTO AGOSTINHO

Tipo acompanhamento	Total ocorrência ano 2011
Total geral de consultas realizadas	29.591
Consultas medicas residentes fora das areas de abrangencia	452
Encaminhamentos para atendimento especializado	6.019
Hipertensos cadastrados	125
Hospitalização causa psiquiátrica	2
Hospitalização outras causas	6
Nascido vivos	529
Obitos de menores de 1 ano	11
Atend. grupo educacao em saúde	590

Quadro 3 – Tipo de acompanhamento realizado

Fonte:SIAB 6.4 SIABI6.4/Datasus/2011/GAB/SMS CABO DE SANTO AGOSTINHO

Atualmente, os principais problemas encontrados na Regional de Saúde 3 estão relacionados com a baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família; a dificuldade para contratação de profissionais técnicos e burocráticos frente às limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal, pelos padrões salariais vigentes e pelo calendário eleitoral; o elevado absenteísmo; a dificuldade de manutenção da estrutura física das USF e o alto índice de insatisfação do usuário.

## **6 DIRETRIZES**

Deverá ser realizado um estudo para delimitar o território de atuação da OS baseado na população residente e nas diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde através da Port. 2488/11. Com o resultado deste levantamento, deverá ser construído um edital para realizar licitação pela modalidade de concurso público baseado na Lei de Licitações 8666/93. Em virtude da possibilidade de transferência de bens públicos para a entidade vencedora do certamos e da possibilidade de maior controle e fiscalização através do Contrato de Gestão fica determinado que a referida entidade tenha a natureza de OS. Após habilitação da OS selecionada, deverá ser firmado o contrato de gestão onde deverá ser estabelecido os compromissos e metas para um período de dois anos tendo como base os dados registrados no SIAB/MS, SIA/MS e pesquisa de satisfação do usuário tomado com base o Programa de Humanização do Ministério da Saúde.

## 7 META

- a. Estabelecer um contrato de gestão com uma OS para atuar na Atenção Primária
- b. Atingir os objetivos estabelecidos pelo Pacto pela Saúde em 100% das suas prioridades;
- c. Elevar em 100% os indicadores de saúde da população residente o território adstrito;
- d. Alcançar 100% de área de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família;
- e. Garantir atualização de 100% dos cadastros familiares.



## **8 ESTRATÉGIAS**

O projeto buscará através da contratação de OS implantar, na Regional de Saúde 3 do município do Cabo de Santo Agostinho, mecanismos para desburocratizar e minimizar as deficiências, por baixa contratação de profissionais, absenteísmo, deficiências estruturais das USF e falta de insumos; desempenhando suas atividades de forma transparente , objetivando com isso, resolver o problema apresentado. Esse serviço consolida-se através do papel que vem desenvolvendo, na prevenção de doenças e promoção de saúde.

## 9 PLANO OPERATIVO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADE	RESPONSÁVEL TÉCNICO	INDICADOR DE RESULTADO
Levantamento demográfico do distrito de Pontes dos Carvalhos.	Gerente de território da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e equipe.	Quantidade de pessoas residentes na área delimitada por rua.
Mapeamento do território e estipulação das unidades de saúde da família necessárias para total execução do contrato de gestão.	Gerente de território da SMS e equipe.	Quantidade de equipes necessárias para atingir 100% de cobertura pela ESF.
Determinação dos indicadores do SIA e SIAB que serão utilizados para elaboração do contrato de gestão.	Gerente de território da SMS e equipe.	
Elaboração de edital e realização de processo licitatório.	Comissão Interdisciplinar Permanente de Licitação da Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho (PMCSA).	Edital publicado e divulgação em diário oficial do resultado da licitação.
Celebração de contrato de gestão entre o Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho e a organização social vencedora do certame.	PMCSA e OS	Contrato assinado.
Início das atividades da organização social.	OS	Cadastro de USF e profissionais no CNES, registro do indicadores de saúde no SIAB.
Monitoramento e avaliação de resultados.	Gerente de território da SMS e equipe.	Formulação de relatórios por cada atividade atingida

Quadro 4 plano operativo com atividades, responsável técnico e indicador de resultado.

Fonte: autora, 2012

ATIVIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	DEZ
Levantamento sócio-demográfico do distrito de Pontes dos Carvalhos.	x	x									
Mapeamento do território e estipulação das unidades de saúde da família necessárias para total execução do contrato de gestão.			x	x	x						
Determinação dos indicadores do SAI e SIAB que serão utilizados para elaboração do contrato de gestão.						x					
Elaboração de edital e realização de processo licitatório.						x	x	x	x		
Celebração de contrato de gestão entre o Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho e a organização social vencedora do certame.										x	
Início das atividades da organização social.											x
Monitoramento e avaliação de resultados.			x			x			x		x

Quadro 5 .Cronograma de Atividades.

Fonte: autora, 2012

## **10 RESULTADOS ESPERADOS**

Pretende-se com esta iniciativa, aperfeiçoar o serviço de saúde com referenciais de excelência para a comunidade de Ponte dos Carvalhos no Município do Cabo de Santo Agostinho de acordo com as diretrizes do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e com os princípios e diretrizes do SUS através da contratação de uma OS.

Projeta-se também expandir a Estratégia do Saúde da Família no território de Ponte dos Carvalhos dando ênfase nas ações de Atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; combate a dengue, tuberculose, hanseníase, malária, influenza, hepatite e AIDS; promoção da saúde e saúde do homem.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da eficiência nos serviços prestados a comunidade, a estratégia principal é criar uma equipe capacitada a lidar com as questões relacionadas a saúde que consista em cumprir de fato aquilo que é direito do cidadão no seu atendimento.

Pretende-se então dessa forma criar uma equipe multidisciplinar para atuar na organização social, baseada no princípio da subsidiariedade enquanto fundamento de uma nova concepção do Estado que serve para delimitar e resguardar a liberdade e autonomia da dignidade humana.

Esse princípio surge como uma alternativa ao Estado do Bem Estar Social ou Providencial que restringe o atuar do setor público, de um lado, ao incentivo e ao fomento da atividade individual e dos pequenos grupos, criando condições propícias à ação social, e de outro, quando a sociedade mostrar-se incapaz de satisfazer seus próprios interesses.

Neste sentido, pretende-se que esta OS atinja aos requisitos necessários e legais para atender a comunidade de Ponte dos Carvalhos no que diz respeito a atenção primária de saúde.

Na atualidade, o Cabo de Santo Agostinho vive uma expansão demográfica acelerada em virtude do grande número de empresas e trabalhadores que ali estão se instalando, tornando imprescindível a estruturação de políticas públicas de saúde para atender e solucionar os problemas de saúde da população.

A inclusão de organizações sociais neste processo vem se apresentando como uma alternativa plausível para a execução destas ações.

## REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, Francisco Carneiro Guedes. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10. Santiago, Chile, **Anais**. Santiago 2005. p 18-21.

ALMEIDA JR., P. A. de. **A reforma sanitária e o sistema único de saúde no Brasil**. Brasil: World Gate Brasil Ltda, 2002. Disponível em: <<http://www.wgate.com.br/fisioweb/sus/artigo1.htm>>. Acesso em: 22 agosto 2012.

BARRETO JUNIOR, IRINEU FRANCISCO E SILVA, ZILDA PEREIRA DA. Reforma do sistema de saúde as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.3, p. 47-56, 2004

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Direito à saúde, cidadania e Estado. In: Conferência Nacional de Saúde. 8, 1986, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p. 01 – 33. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Direito a saude, cidadania e Estado.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Direito_a_saude_cidadania_e_Estado.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2012.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Lei n. 9.790, de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o termo de parceria, e dá outras providências. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Lei n. 9.637, de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 1998..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 27 abril 2012,

BRASIL. Port. n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: Constituição 1988. Brasília: Senado, 1988. **Diário Oficial [da Republica Federativa do Brasil]**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/>>. Acesso em: 11 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <<http://www.espacosaude.ufma.br/>>. Acesso em: 07 setembro 2012.

CABO DE SANTO AGOSTINHO. **Plano Municipal de Saúde.** Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho. [s.n], 2010.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

**DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS.** Nova York: Organização das Nações Unidas (ONU), 1948. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/>>. Acesso em: 15 maio 2012.

DELGADO, Carine; XAVIER, Emanuella. **Contratos de Gestão:** análise crítica. Sergio Antonio Fabris Editor, Porto Alegre, 2008.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Limites da Função Reguladora das Agências diante do Princípio da Legalidade. In: DI PIETRO, MARIA SYLVIA ZANELLA (Org.); **Direito Regulatório**: Temas polêmicos. Belo Horizonte: 2009. [S.n.], 2009.

DIAS, H. P. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8, 1986, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p. 01-52. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Saude como direito de todos e dever do Estado.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Saude%20como%20direito%20de%20todos%20e%20dever%20do%20Estado.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2012.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular**: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

IBAÑEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.603-702, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cabo de Santo Agostinho – PE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=260290>. Acesso em: 31 maio 2012.

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir. **Cartilha Direito à Saúde**. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde (PR, SC e RS) e Centro de Educação e Assessoramento, IFIBE/CEAP, 2003.

MACHADO, C. V; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F. Configuração Institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C., PONTES, A. L. M. (orgs.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MEDEIROS, Katia Rejane de; TAVARES, Ricardo Antonio Wanderley. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco, a Lei da responsabilidade fiscal. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p.56-64, abr. 2012.

NÓBREGA, Theresa Christine de Albuquerque. **Estado e Regulação do Terceiro Setor**: um estudo sobre o modelo brasileiro de OSCIP e o modelo português de IPSS. 2009. TESE (Doutorado em Direito) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2009.



NOGUEIRA, Roberto Passos. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, NELSON RODRIGUES DOS; AMARANTE, PAULO DUARTE DE CARVALHO. **Gestão Pública e relação Público Privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, Cap. 2, p. 24-46, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Genebra: [s.n], ONU, 1946.  
Disponível em: <[http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Oms/texto/texto\\_2.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Oms/texto/texto_2.html)>. Acesso em: 05 setembro 2012,

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde soc**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 29-47. 1992.

PAIM, J. S. **Saúde, crises, reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PERNAMBUCO. **Decreto 23.046 de 19 de janeiro de 2001**. Regulamenta a Lei 11.743/00.

PERNAMBUCO. **Lei Nº 11.743 de 20 de janeiro de 2000**. Sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências.

QUINHÕES, T.A.T. **O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente**. 2009.

Disponível em:

[http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/Premio\\_TN/XIVPremio/qualidade/1qualidadeXIVPTN/Monografia\\_Tema4\\_Trajano\\_Augustus.pdf](http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/Premio_TN/XIVPremio/qualidade/1qualidadeXIVPTN/Monografia_Tema4_Trajano_Augustus.pdf). Acesso em 15 nov. 2012.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelis Johannes Van. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.6, n.2, p.99-107, jul./dez. 2003

RODRIGUEZ NETO, E. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: TEXTOS TÉCNICOS PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE: incentivo à participação popular e controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

SANTOS, M. H. A. V; et al. Diagnóstico em saúde coletiva - ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família do setor Vila Nova. Gurupi (TO). **Revista da UFG**, v. 6, No. Especial, dez, 2004. Disponível em: <[http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/familia/l\\_coletiva.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/l_coletiva.html)>. Acesso em: 08 set. 2012.

SOARES, N. R. F; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **Rev. Edições Anteriores**. Rio de Janeiro, v. 06, n. 010, jul, 1997. Disponível em: <[http://www.ufmt.br/revista/edicoes\\_anteriores](http://www.ufmt.br/revista/edicoes_anteriores).<[http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as\\_politicas\\_de\\_s.html](http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html)>. Acesso em: 08 setembro 2012.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Agências, contratos e Oscips**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.