

### Reflexões de médicos sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família sob a gestão das Organizações Sociais

Reflections of physicians on work in the Family Health Strategy under the management of Social Organizations (abstract: p. 14)

Reflexiones de médicos sobre el trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia bajo la gestión de las Organizaciones Sociales (resumen: p. 14)

**Bruna Ballarotti<sup>(a)</sup>**

<bballarotti@gmail.com> 

**Felipe Gonçalves Corneau<sup>(b)</sup>**

<fcorneau@gmail.com> 

**Virginia Junqueira<sup>(c)</sup>**

<virginia.junqueira@unifesp.br> 

**Áquilas Mendes<sup>(d)</sup>**

<aquilasmendes@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Médica de Família e Comunidade, Mestra em Ciências pelo Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>(b)</sup> Médico de Família e Comunidade, Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

<sup>(c)</sup> Departamento Saúde, Educação e Sociedade; Campus Baixada Santista; Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>(d)</sup> Departamento de Política, Gestão e Saúde; Faculdade de Saúde Pública; Universidade de São Paulo (FSP-USP). São Paulo, São Paulo, Brasil.

Este artigo apresenta e analisa os depoimentos de médicos que trabalharam na Estratégia de Saúde da Família acerca do trabalho que desenvolveram sob gestão de diferentes Organizações Sociais (OS) no município de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil. Os resultados são discutidos a partir das distorções que podem emergir da aplicação de indicadores de desempenho (metas) aos serviços de saúde. Concluiu-se que a simples comparação do desempenho dos serviços no alcance de metas não é suficiente para determinar qual serviço cumpre melhor seu papel na rede de saúde, segundo as diretrizes do Sistema Único Saúde (SUS) e da Constituição Federal. Ainda que o estudo não permita acessar em que proporção as distorções relatadas afetam o trabalho realizado sob gestão das OS, traz elementos que apontam para a importância de mais investigações sobre o tema.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde. Privatização.

## Introdução

Ao tecerem-se análises sobre a atual situação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessário buscar entender o contexto econômico no qual está inserido o próprio sistema de saúde e sua relação com o Estado brasileiro.

O quarto de século que se seguiu ao fim da Segunda Guerra Mundial foi marcado por políticas que estabeleceram: regulação internacional do movimento de capitais, maciço investimento e intervenção estatal na economia, e a construção de sistemas de proteção social (sobretudo na área de saúde e aposentadoria)<sup>1,2</sup>.

Tais políticas foram implementadas na vigência de quase trinta anos de crescimento econômico mundial, baixíssimo desemprego e inflação reduzida<sup>1</sup>. No entanto, a partir da década de 1970, o modelo se veria confrontado com: taxas de lucro declinantes, aumento da inflação e baixo crescimento econômico. Isso explica a grande pressão pela liberalização dos mercados financeiros e pela desregulamentação dos mercados de capitais que se seguiria<sup>1</sup>, assim como o fortalecimento do pensamento e das políticas liberais<sup>2</sup>.

A partir desse período, o discurso de controlar gastos públicos (diminuindo redes de proteção social) para alcançar o equilíbrio fiscal e controlar inflação; de privatizar empresas estatais; de eliminar as regras que instituíam controle do Estado sobre o mercado passou a se tornar cada vez mais hegemônico.

A relação entre a dinâmica econômica internacional e a estruturação dos sistemas públicos de saúde no Brasil e em outros países da América Latina se materializou por meio das recomendações dos órgãos internacionais. O Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional estiveram envolvidos com a negociação da dívida externa e estabelecimento de metas, que, via de regra, restringiam o investimento público em gastos sociais<sup>3,4</sup>. Ainda propuseram políticas assistencialistas que especificavam, de forma bastante assertiva aos governos, quais programas implementar e quem deveria ser incluído a fim de evitar que fossem criados “direitos”<sup>5</sup>.

O governo Collor, eleito em 1989, seria bastante influenciado pelo avanço do pensamento neoliberal<sup>6</sup>. Submetida a vetos, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90), complementada pela Lei 8142/90, foi um avanço na regulamentação do SUS. Mas o saldo ao fim do governo Collor era preocupante; ao mesmo tempo em que um terço da população brasileira era incorporada ao novo sistema, os recursos destinados à saúde eram diminuídos pela metade. Além disso, havia a crescente desmobilização dos setores que lutaram pela Reforma Sanitária Brasileira<sup>7</sup>.

Em continuidade às políticas neoliberais, o governo de FHC, no período 1995-2002, tinha como uma de suas principais prioridades o ajuste macroeconômico e a Reforma do Estado, em consonância com as recomendações do Banco Mundial e outros organismos internacionais vinculados às políticas neoliberais. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) demonstra o tipo de mudança pretendida pelo governo FHC:

[...] limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada; [...] aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor<sup>8</sup>. (p. 45-7)

O governo FHC alterou a legislação, possibilitando a expansão do setor privado na gestão dos serviços de saúde<sup>9</sup>, inicialmente a partir das OS, que foram criadas pela Lei 9.637/1998<sup>10</sup>. A gestão dos serviços de saúde, entendidos então como “não exclusivos”, foi, a partir do final da década de 1990, progressivamente transferida para entes “não estatais”.

Outras formas de transferência da gestão de serviços públicos para entes do direito privado foram propostas subsequentemente nos governos Lula e Dilma Rousseff. Apesar de suas diferenças, todas essas “novas modalidades” de gestão são consonantes com a estratégia de contrarreforma do Estado, notadamente a flexibilização dos controles da gestão pública e das relações de trabalho<sup>11</sup>.

Apesar da justificativa de que tal mudança se fazia para aumento da eficiência e da qualidade dos serviços, alguns estudos e relatórios colocam em dúvida que tais objetivos possam assim ser alcançados. O tema se mantém controverso no âmbito acadêmico, com pesquisas apontando vantagens, enquanto outros criticam o modelo<sup>12-19</sup>.

No intuito de trazer mais elementos ao debate e para melhor entender o impacto desses modelos de gestão nos serviços de saúde, este artigo apresenta e analisa os depoimentos de médicos que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de São Paulo, nos quais os entrevistados relatam sua experiência acerca do trabalho que desenvolvem na Estratégia de Saúde da Família, sob gestão de diferentes OS.

## Método

No estudo que deu origem ao presente artigo, foi desenvolvida abordagem a partir da perspectiva qualitativa de investigação<sup>20</sup>, em função de seu objeto ser a percepção de médicos em relação às formas de gestão e o cotidiano do seu trabalho.

Dada a insuficiência de estudos que evidenciassem a percepção de médicos terceirizados do SUS sobre o tema, optou-se por, além de pesquisa bibliográfica, acessar diretamente os atores envolvidos, por meio da produção de relatos orais em entrevistas semiestruturadas.

Os critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa foram médicos que trabalham, ou trabalharam em algum momento, na Estratégia de Saúde da Família, contratados por Organizações Sociais, no município de São Paulo. O acesso aos sujeitos envolvidos se desenvolveu por meio da técnica *snowball sampling*, ou “amostragem em Bola de Neve”, ou “cadeia de informantes”<sup>21-23</sup>. Nessa técnica, a partir de um grupo inicial de sujeitos que preenchem os pré-requisitos da pesquisa, os entrevistados indicam novos sujeitos com as mesmas características que possam contribuir para a pesquisa. O processo deve ser repetido sucessivamente até que se tenha alcançado o objetivo proposto. A “*snowball sampling*” foi adotada por se considerar que trabalhadores terceirizados do SUS constituem segmento de difícil acesso para realização de pesquisas, apesar do caráter público do sistema. Nesse aspecto, é relevante mencionar o comentário de uma das entrevistadas, antes de iniciar a gravação: ao receber os agradecimentos por ter aceitado participar, diz: “Imagina, agora que eu já estou aposentada não tenho mais nada a perder, agora posso falar tudo”.

Foram entrevistados, em 2015, cinco médicos, três homens e duas mulheres, que passaram por experiências profissionais em três regiões, sete distritos da cidade

de São Paulo e cinco diferentes OSs. Dos cinco, quatro fizeram especialização em Saúde da Família ou em Medicina de Família e Comunidade. Todos apresentavam histórico de múltiplos vínculos, a maior parte incluindo vínculos públicos e privados concomitantes. Apenas dois trabalharam como funcionários públicos. Apesar da heterogeneidade de vínculos e inserções, todos tiveram maior parte do período de trabalho inserido na APS. Para preservar o sigilo, os entrevistados receberam nomes fictícios, bem como suas OSs empregadoras.

Para a análise das transcrições das entrevistas utilizou-se o referencial de análise de conteúdo proposto por Bardin<sup>24</sup> e por Gomes e Minayo<sup>25</sup>.

O conteúdo das entrevistas foi interpretado com base na identificação de unidades de sentido, unidades de sentido condensadas, categorias e dimensões, elaborado segundo proposta adaptada de Graneheim e Lundman<sup>26</sup>.

Neste artigo o foco recai sobre os relatos dos entrevistados acerca da organização do trabalho na ESF e o que opinam a respeito das formas de avaliação das ações que desenvolvem. Na discussão, o conteúdo das entrevistas foi também relacionado às categorias descritas por Goddard et al.<sup>27</sup> e Mannion e Braithwaite<sup>28</sup> em pesquisas que descreveram distorções que podem emergir da aplicação de indicadores de desempenho (metas) aos serviços de saúde.

A pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, por meio do Parecer Consubstanciado número 698.095 em 25/06/2014.

## Resultados e discussão

É importante destacar que o município de São Paulo, desde antes da criação do SUS, contava com uma extensa rede de serviços. A habilitação do município como gestão plena se deu de forma conflituosa, com menos repasses financeiros da instância estadual do que se esperava<sup>29,30</sup> e perpetuando um modelo fragmentado de cuidado na cidade. A consolidação e expansão da rede, em todas gestões desde 2001, se deu, em grande parte, por intermédio da parceria com entidades privadas, sobretudo por meio das Organizações Sociais<sup>30</sup>.

Dados da prestação de contas da prefeitura de São Paulo mostram que, em 2006, o total de orçamento repassado às OSs, apenas no item de APS, foi de aproximadamente 338 milhões de reais<sup>31</sup>; em 2010, de 470 milhões<sup>32</sup>; em 2014, somados itens de APS e atenção especializada, foram repassados aproximadamente um bilhão e trezentos milhões de reais às onze OSs contratadas<sup>33</sup>, responsáveis pela gestão de 279 unidades de saúde<sup>34</sup>. Em 2016, de acordo com dados fornecidos pela própria SMS-SP, sob gestão das OSs havia 43 mil trabalhadores, enquanto que, somando os servidores sob administração direta com os da administração indireta – autarquia hospitalar municipal –, o total não ultrapassava 33 mil. Obviamente, esses dados isoladamente não explicam muito sobre o financiamento e a dinâmica da gestão do SUS via OS no município, mas traduzem, mesmo que de forma superficial, a dimensão desse modelo de gestão. Esses são alguns aspectos do cenário no qual aproximadamente oitenta mil trabalhadores<sup>34</sup> atuam na saúde municipal de São Paulo, e no qual essa pesquisa se insere.

Alguns estudos<sup>35,36</sup> analisaram, no âmbito estadual, os serviços submetidos à gestão das OSs e apontaram um ganho de eficiência desses serviços quando comparados a serviços de Administração Direta (AD). Esses dois estudos, financiados pelo Banco Mundial, apontaram vantagens no que se refere: à taxa média de ocupação, à taxa média de permanência por leito, apresentando custos menores, e, também, menor taxa de mortalidade geral. Tais estudos podem parecer, à primeira vista, evidência incontornável do melhor desempenho das OSs, mas é necessário, aqui, realizar uma análise mais criteriosa desses processos.

Estudos como os de Goddard et al.<sup>27</sup> e o de Mannion e Braithwaite<sup>28</sup> descrevem, a partir da experiência do *National Health Service* (NHS) inglês, algumas distorções que podem emergir da aplicação de indicadores de desempenho (metas) aos serviços de saúde:

O impacto de um sistema de medição de desempenho vai depender das recompensas, punições e incentivos implícitos na sua concepção. Em um extremo, se nenhum incentivo adequado é posto em prática, os dados produzidos podem ser largamente ignorados e não produzir qualquer ação significativa. No outro extremo, a subsistência dos gestores e profissionais de saúde pode depender crucialmente de medidas relatadas, levando ao potencial de atenção excessiva ao desempenho relatado (em oposição ao resultado do paciente) e falsas declarações<sup>27</sup>. (tradução nossa, p. 158)

Para Mannion e Braithwaite<sup>28</sup>, os “efeitos colaterais” resultantes da aplicação de incentivos financeiros ou punições podem ser agrupados em quatro grupos: medição ruim (*poor measurement*); incentivos e sanções mal aplicadas (*misplaced incentives and sanctions*); quebra de confiança (*breach of trust*); e politização dos sistemas de performance – desempenho – (*politicisation of performance systems*).

De forma resumida, descreveremos somente algumas das distorções relacionadas à “medição ruim” e à “quebra de confiança”, mais relevantes para a nossa discussão em tela. Iniciaremos por destacar algumas daquelas relacionadas à medição dos indicadores:

- *measurement fixation*: que ocorre quando a ênfase é colocada em alcançar a meta em si, e não naquilo que a motivou;
- *tunnel vision*: na qual os incentivos para que o serviço realize melhor algumas tarefas podem acarretar o negligenciamento de outros aspectos não medidos, mas igualmente importantes;
- *myopia*: na qual a busca por alcançar metas de curto prazo pode acabar tendo uma repercussão negativa a longo prazo;
- *ossification*: na qual a busca por indicadores de *performance* (desempenho) pode engessar o serviço;
- *quantification privileging*:

[...] diz respeito à preocupação com a redução de fenômenos sociais complexos a números, e a conseqüente perda da valorização dos aspectos qualitativos ou “mais leves” do cuidado em saúde, que podem ser perdidas ou minimizadas nas avaliações. Muitos fatores importantes que afetam o desempenho são

qualitativos, tais como a cultura, o moral dos trabalhadores e as experiências dos pacientes. Estes não são facilmente quantificáveis [...]”<sup>28</sup> (tradução nossa, p. 571)

Além das distorções relacionadas à medição dos indicadores, destacaremos, a seguir, também algumas das situações relacionadas à “quebra de confiança”, descritas por Mannion e Braithwaite<sup>28</sup>:

- *misrepresentation*: é a manipulação deliberada dos dados, pelos trabalhadores ou pela gerência, em situações que podem variar da “contabilidade criativa” até a mera fraude;

- *reduced staff morale*: é quando os trabalhadores se sentem injustiçados nas avaliações realizadas, acabando por perderem o moral e, também, a confiança na organização, afetando negativamente o desempenho futuro;

- *bullying*: é quando a pressão, no sentido do alcance das metas, acaba provocando situações de assédio e de intimidação.

Foi possível identificar, nas entrevistas, elementos que dialogam com essa categorização das distorções possíveis de um modelo de avaliação centrado em metas quantitativas. Vejamos:

**Quadro 1.** Análise de conteúdo de opiniões dos médicos sobre o processo de trabalho

Unidade de Sentido	Unidade de sentido condensada	Categoria	Dimensão
“Se a gente for ver as metas todo mês (...) Ali não tem nenhum indicador de qualidade de assistência, tem números que não falam muita coisa. Aquele número, por exemplo, não mostra o trabalho que é feito dentro da equipe o que eu faço, o que a enfermeira faz, o que os ACS fazem, o que unidade inteira faz. Não mostra. Eu nunca vi nenhuma discussão de mudar esse olhar.”	Metas não têm nenhum indicador de qualidade de assistência Número não mostra o trabalho que é feito pela equipe	Ênfase nas metas quantitativas	Processo de trabalho
“Mas era, sempre foi baseado em números. Nunca foi pensando em qualidade. [...] concordo que você tem que ter número de atendimentos, mas você também tem que ter profissional pra isso”.	Baseado em números. Nunca em qualidade Tem que ter número Tem que ter profissional pra isso	Ênfase nas metas quantitativas	Processo de trabalho
“Então a gente tem que cumprir por [exemplo a] questão do número de consultas, do tempo por hora, não tem como. Com esses cursos [reuniões clínicas] acho que vai ficar cada vez mais limitado. [...] porque eles falam que os médicos não querem vir, mas eu tenho certeza que eles querem vir. Tenho certeza que é por causa dessa bendita produção que eles não querem mandar os médicos [para reuniões clínicas]”	Tem que cumprir o número de consultas  Falam que os médicos não querem vir pras reuniões clínicas Tenho certeza que é por causa da produção que não querem mandar os médicos	Ênfase nas metas quantitativas	Processo de trabalho

Fonte: elaboração própria, adaptado de Graneheim e Lundman<sup>26</sup>.

Nesses excertos do Quadro 1, é possível identificar algumas das distorções listadas anteriormente, como *measure fixation* e *quantification privileging*. Os trechos “Mas era, sempre foi baseado em números. Nunca foi pensando em qualidade” e “Tenho certeza que é por causa dessa bendita produção que eles não querem mandar os médicos [para reuniões clínicas]” são um indício de uma atenção exacerbada em

alcançar metas quantitativas, evidenciando que outros aspectos, como educação permanente dos profissionais, podem ficar em segundo plano. O trecho “Aquele número, por exemplo, não mostra o trabalho que é feito dentro da equipe” também chama atenção para o fato de que parte considerável do trabalho na Atenção Primária é mais complexo do que o que pode ser mensurado quantitativamente. Ambos os trechos chamam atenção para o risco de se negligenciar essa complexidade (*tunnel vision*) e de se secundarizar a importância da educação permanente dos profissionais que atuam na APS, mirando apenas o curto prazo (*myopia*).

**Quadro 2.** Análise de conteúdo de opiniões dos médicos sobre o processo de trabalho

Unidade de Sentido	Unidade de sentido condensada	Categoria	Dimensão
“Pra fazer gestão de clínica na unidade, a gente usa as nossas metas, nossos parâmetros: as listas de controle, de falta, de tempo entre a demanda de saúde e a consulta, ou entre a demanda de saúde e a resposta de saúde, essas são coisas que a gente quantifica porque a gente localmente quis. Isso impacta muito mais na saúde da população do que se eu fiz 400 consultas e 40 VDs.”	Pra fazer gestão de clínica na unidade a gente usa as nossas metas A gente quantifica esses dados porque a gente quis O controle desses dados impacta muito mais na saúde da população do que a quantidade de consultas e VDs	Ênfase nas metas quantitativas	Processo de trabalho

Fonte: elaboração própria, adaptado de Graneheim e Lundman<sup>26</sup>

No trecho acima (Quadro 2), o médico relata a elaboração interna de critérios para avaliação do seu próprio trabalho e de sua Equipe de Saúde da Família, já que considera as metas quantitativas, estabelecidas pelo contrato de gestão da Prefeitura com a OS, insuficientes para avaliar seu trabalho, bem como o impacto na saúde da população que atende, e, também, para guiar ações internas de gestão da clínica e coordenação do cuidado. Seria uma espécie de resistência ao *measurement fixation*.

**Quadro 3.** Análise de conteúdo de opiniões dos médicos sobre o processo de trabalho

Unidade de Sentido	Unidade de sentido condensada	Categoria	Dimensão
“A administração lá era da OS. A gerente da unidade era indicada pela OS e todo o modo de funcionar, todo processo de trabalho, a organização da unidade era determinada pela OS. [...] A agenda era determinada pela OS. [...] A forma de organização do acolhimento também era determinada pela OS. [...] Os horários de reunião de equipe eram determinados pela OS, era obrigado a fazer reunião de equipe todo dia, não podia fazer reunião de equipe de mais tempo durante a semana. Tentamos mudar isso, mas a resposta da gerente é que aquilo não podia, porque a OS Amarela escolhia que ia ser assim [...] E ainda assim a maior parte das coisas eram cortadas com esse argumento: ‘Não, a regra é essa, o contrato é esse, o contrato entre a OS e a Prefeitura, entre a OS e vocês. A regra da empresa é essa’”	Todo o modo de funcionar era determinado pela OS. Tentamos mudar algumas coisas mas não foi possível porque a OS escolhia ser de determinada forma. Maior parte das coisas eram cortadas com esse argumento: ‘Não, a regra é essa, o contrato é esse, o contrato entre a OS e a Prefeitura, entre a OS e vocês. A regra da empresa é essa’.	Organização do trabalho	Processo de trabalho

Fonte: elaboração própria, adaptado de Graneheim e Lundman<sup>26</sup>

No excerto do Quadro 3 é possível observar uma rigidez excessiva da organização no que concerne ao processo de trabalho, supostamente legitimado pelo Contrato de Gestão, que dificulta que as equipes busquem melhores soluções para os problemas encontrados no dia a dia (*ossification*). A mesma médica segue descrevendo:

**Quadro 4.** Análise de conteúdo de opiniões dos médicos sobre o processo de trabalho

Unidade de Sentido	Unidade de sentido condensada	Categoria	Dimensão
"O paciente para ter o problema resolvido ele vai 4 ou 5 vezes na unidade porque ele vai entrar na produção das pessoas 4 ou 5 vezes. Assim você bate a meta. Com o mesmo problema, não fazendo coisas e deixando para o dia seguinte. Por exemplo: você vem hoje porque sua receita vai vencer. Hoje eu te ouvi que sua receita vai vencer, eu fico com sua receita e peço pra você voltar dali a alguns dias. Eu coloco na produção que te ouvi. Daí no dia seguinte, na reunião de equipe, faço sua receita e você entra na produção de novo, pois fiz sua receita. Em um terceiro dia, quando você vier buscar sua receita, você entra na produção de novo. As pessoas fazem isso propositalmente e é estimulado pela gerente da unidade."	O paciente para ter seu problema resolvido vai 4 ou 5 vezes na unidade porque ele vai entrar na produção das pessoas 4 ou 5 vezes. É assim que se bate a meta: com o mesmo problema, não resolvendo no dia, deixando para o dia seguinte. As pessoas fazem isso propositalmente e é estimulado pela gerente da unidade.	Ênfase nas metas quantitativas	Processo de trabalho

Fonte: elaboração própria, adaptado de Graneheim e Lundman<sup>26</sup>

Esse trecho, apresentado no Quadro 4, além de exemplificar um processo de engessamento do serviço em busca por indicadores de desempenho (*ossification*), evidencia também a ênfase em “bater meta” – para usar um termo comumente usado no cotidiano dos trabalhadores – em detrimento de garantir atendimento médico (*measurement fixation e quantification privileging*), sendo estimulado pela própria gerência da unidade, que, ao considerar qualquer interação com o usuário como “consulta” na produção, perpetua uma espécie de “contabilidade criativa” (*misrepresentation*).

**Quadro 5.** Análise de conteúdo de opiniões dos médicos sobre o processo de trabalho

Unidade de Sentido	Unidade de sentido condensada	Categoria	Dimensão
"Na OS Azul a meta era bastante cobrada, tanto de VD quanto de consulta.(...) Então, consulta era sempre fácil de bater meta. VD não. O que a gente fazia? Você tem 4 semanas, você fazia na primeira semana, você via suas prioridades, nas suas outras três semanas, se você precisava voltar em alguém você voltava, senão você simulava demanda - entregava exame normal, ia fazer cadastro com ACS - para bater meta de VD."	A meta era bastante cobrada, tanto de VD quanto de consulta. O que a gente fazia para bater meta de VD? Na primeira semana você via suas prioridades. Se você precisava voltar em alguém você voltava, senão você simulava demanda: entregava exame normal, ia fazer cadastro com ACS	Ênfase nas metas quantitativas	Processo de trabalho

Fonte: elaboração própria, adaptado de Graneheim e Lundman<sup>26</sup>

Nesse trecho do Quadro 5, temos mais um exemplo de “contabilidade criativa” (*misrepresentation*), em que, para “bater meta”, um médico da ESF usava seu tempo de visita domiciliar (VD) para entregar exame normal na casa dos pacientes ou fazer cadastro com agente comunitário de saúde (ACS), claramente caracterizando uma distorção do papel do médico que opta por ações que, mesmo desnecessárias do ponto de vista do cuidado (ou mesmo que retardassem a resolução da demanda da sua população adscrita), visam cumprir a meta quantitativa de VDs (*quantification privileging*).

**Quadro 6.** Análise de conteúdo de opiniões dos médicos sobre o processo de trabalho

Unidade de Sentido	Unidade de sentido condensada	Categoria	Dimensão
<p>“Agora é contrato de gestão que eles falam. Mudou o contrato de gestão da OS com a prefeitura. Então sei que agora tudo fica muito baseado em números. [...] Foi dito em tom de ameaça. Para médico ninguém falou nada, até porque estamos sem um médico lá, então também não tem nem como não bater meta. [...] A reunião que estava a supervisora. Um fala que isso vem da prefeitura, a prefeitura diz que vem da OS Amarela. A OS Amarela tem que cumprir o que a prefeitura está exigindo senão ela perde o contrato dela. Como ela tem que cobrar da gerente, ela tem que cobrar de nós para todo mundo ficar empregado, foi meio ameaça. Só que eu estou me ‘lixando’”</p>	<p>Mudou o contrato de gestão da OS com a prefeitura, tudo fica muito baseado em números. Foi dito em tom de ameaça. A OS tem que cumprir o que a prefeitura está exigindo senão ela perde o contrato dela. Como ela tem que cobrar da gerente, ela tem que cobrar de nós para todo mundo ficar empregado, foi meio ameaça. Só que eu estou me “lixando”</p>	Característica da gestão	Processo de trabalho
<p>“Então assim, às vezes quando a gente ouve a supervisora da OS Amarela falando assim ‘então tem que pensar que se não atingirmos a meta... por que uma [pessoa] atinge e a outra não? Por que será? De repente a gente pode trocar esse profissional.’ Então, eu acho que isso pra mim é assédio moral, coação e algo mais. Eu falo para meninas, as ACS da minha equipe, ‘vocês conhecem todas as metas? Vocês trabalham direitinho, não fiquem preocupadas com isso. Vocês sempre cumpriram, vocês não precisam trabalhar nervosas, vocês vão ficar doentes e aí sim vai ser pior’. Mas falar isso, eu acho que é uma coisa ruim. Faltando tanto profissional, faltando tanta gente boa.” (...) “De forma que os profissionais ficam doentes (...) o estresse, agrava tudo.”</p>	<p>Quando a gente ouve a supervisora da OS Amarela falando assim ‘então tem que pensar que se não atingirmos a meta... por que uma [pessoa] atinge e a outra não? Por que será? De repente a gente pode trocar esse profissional.’ eu acho que isso é assédio moral, coação. Eu falo pras ACS da minha equipe, ‘Vocês sempre cumpriram as metas, vocês não precisam trabalhar nervosas, vocês vão ficar doentes e aí sim vai ser pior’. De forma que os profissionais ficam doentes. O estresse, agrava tudo.</p>	Característica da gestão	Processo de trabalho
<p>“O discurso é o seguinte: vamos fazer as metas, se as pessoas começarem a reclamar das metas, de que tem que justificar toda hora, de [que] quantidade não mede qualidade... O gerente dizia ‘se vocês não provarem que precisa, que vocês estão cobrindo as metas, se você falar assim: pra baixo, talvez o governo pense que aqui não precisa... Vamos fechar essa unidade, vamos investir em outro, vamos diminuir as equipes, e tal!’ Tinha muito terrorismo nessa parte.”</p>	<p>O discurso é: vamos fazer as metas, se as pessoas começarem a reclamar das metas, o gerente dizia ‘se vocês não provarem que precisa, talvez o governo pense que aqui não precisa. ‘Vamos fechar essa unidade, diminuir as equipes’. Tinha muito terrorismo.</p>	Característica da gestão	Processo de trabalho

Fonte: elaboração própria, adaptado de Graneheim e Lundman<sup>26</sup>

A partir dos fragmentos do Quadro 6, no primeiro excerto, “ela tem que cobrar de nós para todo mundo ficar empregado, foi meio ameaça”; no segundo excerto, em que

a médica diz: “isso pra mim é assédio moral”; e no terceiro excerto, “talvez o governo pense que aqui não precisa... Vamos fechar essa unidade, vamos investir em outro”, identificam-se indícios de cobranças exacerbadas (*measure fixation*), que acabam por propiciar situações de intimidação e assédio (*bullying*).

Os trechos “só que eu estou me ‘lixando’”, do primeiro excerto, e a última parte do segundo excerto, “os profissionais ficam doentes [...] o estresse agrava tudo”, e “Tinha muito terrorismo nessa parte”, trazem indícios de que as cobranças não são encaradas como justas por esses profissionais, e, somadas à percepção de situações de intimidação e assédio relatadas anteriormente, podem prejudicar a confiança dos trabalhadores na organização, além de adoecê-los, desestimulando um melhor desempenho (*reduced staff morale*).

Blanch e Stecher<sup>37</sup>, ao analisarem as percepções dos trabalhadores de universidades e hospitais que tiveram suas gestões reorganizadas sob a lógica do paradigma empresarial, investigaram a subjetivação do capitalismo organizacional pelos trabalhadores. Resultados encontrados foram de que tanto os trabalhadores da educação como da saúde valorizavam mais os aspectos das suas organizações relacionados à “cultura de serviços” do que os relacionados à “cultura de negócios”. Ainda assim, mostraram-se moderadamente satisfeitos com sua organização, relativamente adaptados a ela, e consideravelmente distanciados dos valores do gerencialismo. Não obstante, destacou-se a percepção de excesso de trabalho e falta de tempo para desenvolver seu trabalho adequadamente. A experiência desses trabalhadores é vivida como geradora de: “estresse”, “ansiedade”, “preocupação”, “impotência”, “frustração”, “mal-estar”, atribuídos pelos trabalhadores ao “estilo da gestão”, “privatização”, “falta de recursos humanos”, característica da demanda “cada vez mais complexa”. Esse estudo ibero-americano é trazido à discussão pois possibilita um diálogo com os dados produzidos nessa pesquisa, quais sejam, narrativas de médicos lidando com formas de gestão, que, nas suas percepções, avaliam seu desempenho e o desempenho das ESF apenas por meio de metas quantitativas da OSs. Importante destacar a dificuldade de se encontrarem dados na literatura, acerca desse tema, no SUS.

## Conclusão

Segundo Hood, distintos traços-chave do gerencialismo do setor público remontam à visão desenvolvida por Jeremy Bentham sobre a administração pública, no século XVIII e início do século XIX<sup>38</sup>. Na obra de Bentham já estavam presentes muitas ideias supostamente contemporâneas: pagamento por desempenho, a provisão de serviços públicos por entidades privadas, a ênfase na responsabilidade individual, e a noção de que serviços públicos mais efetivos poderiam ser obtidos pela aplicação das ideias próprias à gerência do setor privado.

Aspecto importante da discussão acerca do Estado brasileiro, as reformas gerenciais aqui discutidas tomam particular relevância na análise dos serviços públicos de assistência à saúde. Diferentes modelos foram aplicados ao redor do mundo e, no caso do Brasil, segundo Contreiras<sup>39</sup>, a desestatização e a concessão de serviços públicos comerciais caminharam muito mais rápido na década de 1990, quando comparadas à delegação de serviços públicos sociais, cuja ampliação aconteceu a partir do início do século XXI. Inspiradas no chamado “Consenso de Washington”, e muitas vezes

financiadas pelo próprio Banco Mundial<sup>5</sup>, essas transferências foram marcadas pela celebração de contratos de gestão baseados na aplicação e no cumprimento de metas de desempenho. Particularmente no município de São Paulo, a implantação das OSs prosperou como promessa de “eficiência, transparência e publicização” da política social de saúde<sup>39</sup>. Por meio da análise dos depoimentos de médicos que trabalharam na ESF da cidade de São Paulo, e com o apoio de literatura nacional e internacional sobre o tema, foi possível constatar que esse modelo de gestão tem o potencial de gerar distorções e conduzir esses serviços para direções diferentes daquelas inicialmente planejadas. Ainda que tenha sido possível identificar, nessas entrevistas, distorções previamente descritas em outros estudos sobre o tema<sup>27,28</sup>, reconhecemos que o estudo que originou este artigo não permite determinar em que dimensão as distorções relatadas afetam o trabalho realizado sob gestão das OSs. Não é possível determinar se, em um extremo, são casos isolados, que não representam o trabalho realizado sob a gestão das OSs, ou se, no outro extremo, afetam de forma sistemática toda a rede de serviços. Ainda assim, com base nas situações e relatos destacados, é possível concluir que a simples comparação do desempenho dos serviços no alcance de metas não é suficiente para determinar qual serviço cumpre melhor seu papel na rede de saúde, segundo as diretrizes do Sistema Único Saúde (SUS) e da Constituição Federal.

Nesse sentido, o artigo traz elementos que apontam para a importância de mais investigações sobre o tema, no crescente segmento da Atenção Primária à Saúde no SUS sob gestão privada.

### Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Referências

1. Paulani LM. Brasil delivery: servidão financeira e estado de emergência econômico. São Paulo: Boitempo; 2008.
2. Harvey D. O neoliberalismo: história e implicações. 5a ed. São Paulo: Loyola; 2014.
3. Marques RM, Mendes A. O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. In: Pereira JMM, Pronko M. A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2014. p. 275-93.

4. Rizzotto MLF. O Banco Mundial e o sistema de saúde no Brasil. In: Pereira JMM, Pronko M. A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2014. p. 255-74.
5. Laurell AC. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez; 1995.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.
8. Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado [Internet]. Brasília; 1995 [citado 10 Out 2013]. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>
9. Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde [Internet]. Brasília; 1998 [citado 10 Out 2013]. Disponível. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/CadernosMare/caderno13.pdf>
10. Correia MVC. O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais [tese]. Recife (PE): UFPE; 2005.
11. Correia MVC, Santos VM. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSs) em questão. In: Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB, Lima JB, Souza RO. A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius; 2015. p. 33-9.
12. Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(2):391-404.
13. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(3):202-9.
14. Ibañez N, Neto GV. Modelos de gestão e o SUS. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12 Suppl:1831-40.
15. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Gabinete do Deputado Estadual Raul Marcelo. Ofício RMS 021/2008. São Paulo: ALESP; 2008.
16. Costa RM. Comparação de hospitais estaduais paulistas: estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde. São Paulo: Tribunal de Contas do Estado de São Paulo; 2010.
17. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2483-95.
18. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
19. Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(2):285-97.



20. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(3):621-6.
21. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 7a ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 51-66.
22. Becker HS. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
23. Atkinson R, Flint J. Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. *Soc Res Update*. 2001; 33(1):1-4.
24. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
25. Gomes R, Minayo MCS. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2):105-12.
27. Goddard M, Mannion R, Smith PC. *The NHS performance framework: taking account of economic behaviour*. York: Centre for Health Economics Discussion Paper; 1998.
28. Mannion R, Braithwaite J. Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service. *Int Med J*. 2012; 42(5):569-74.
29. Gerschman S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
30. Pinto NRS, Tanaka OY, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re) construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(4):927-38.
31. Secretaria de Saúde. *Prestação de Contas SMS 2006* [Internet]. São Paulo; 2007 [citado 14 Out 2015]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2006.pdf>
32. Secretaria de Saúde. *Prestação de Contas SMS 2010* [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 14 Out 2015]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2010\\_4trim.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2010_4trim.pdf)
33. Secretaria de Saúde. *Relatório de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro 2014* [Internet]. São Paulo; 2015 [citado 14 Out 2015]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/RelatoriodeAcompanhamentoOrcamentarioeFinanceiro2014.pdf>
34. Secretaria de Saúde. *SUS mais forte em São Paulo: valorizando a administração direta e regulando com eficácia as OSS* [Internet]. São Paulo; 2014 [citado 14 Out 2015]. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/static/2014/11/c8fD70R8k1oP88Tb2SaS-A.pdf>
35. Medici A, Murray R. Hospital performance and health quality improvements in São Paulo (Brazil) and Maryland (USA). *En Breve*. 2010; 156:1-4.
36. Costa NDR, Ribeiro JM. *Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2004.

37. Blanch JM, Stecher A. La empresarización de universidades y hospitales. In: Wittke T, Melogno P. *Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo*. Montevideo: Psicolibros; 2009. p. 191-209.
38. Hood C. Public management, new. In: Smelser NJ, Baltes PB. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. Amsterdam: Elsevier; 2001. p. 12553-6.
39. Contreiras H. *Organizações Sociais e a gestão privada na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo [dissertação]*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz; 2011.

---

This article presents and analyzes testimonies of physicians who worked in the Family Health Strategy about the work they developed under the management of different Social Organizations (SO) in the city of São Paulo, state of São Paulo, Brazil. The results are discussed in light of the distortions that can emerge from the application of performance indicators (targets) to health services. It was concluded that the simple comparison of services' performance regarding the achievement of targets is not sufficient to determine which service best fulfills its role in the health network, according to the guidelines of the Brazilian National Health System (SUS) and the Federal Constitution. Although the study does not allow to determine the extent to which the reported distortions affect the work carried out under SO management, it points to the importance of further research on the subject.

**Keywords:** Brazilian National Health System. Health management. Privatization.

---

Este artículo presenta y analiza las declaraciones de médicos que trabajaron en la Estrategia de Salud de la Familia sobre el trabajo que desarrollaron bajo la gestión de diferentes Organizaciones Sociales (OS) en el municipio de São Paulo (Estado de São Paulo, Brasil). Los resultados se discuten a partir de las distorsiones que pueden surgir de la aplicación de indicadores de desempeño (metas) a los servicios de salud. Se concluyó que la simple comparación del desempeño de los servicios en el alcance de las metas no es suficiente para determinar cuál servicio cumple mejor su papel en la red de salud, según las directrices del Brazilian Sistema Brasileño de Salud (SUS) y de la Constitución Federal. Aunque el estudio no permite el acceso en la proporción en que las distorsiones relatadas afectan el trabajo realizado bajo la gestión de las OS, presenta elementos que señalan la importancia de mayores investigaciones sobre el tema.

**Palabras clave:** Sistema Brasileño de Salud. Gestión en salud. Privatización.

Submetido em 06/08/18.  
Aprovado em 08/11/18.