

## **ESTUDO DA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO**

### **RESUMO**

Este artigo tem como objetivo analisar a organização e a gestão de serviços públicos de saúde no escopo do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município brasileiro de grande porte, com mais de 1 milhão de habitantes. Trata-se de um estudo exploratório qualitativo, realizado através de análise documental e entrevistas semiestruturadas com gestores de 5 unidades de atendimento do ESF. Para suportar o debate, a revisão bibliográfica passou pelos conceitos de estruturas em rede no setor público e sobre a Estratégia Saúde da Família no contexto brasileiro e no município estudado. Em seguida, a foi realizada uma análise do objeto de pesquisa através do mapeamento da rede em questão, por meio da descrição de sua estrutura e dos papéis e responsabilidades dos atores envolvidos. A análise da organização e gestão de serviços públicos de saúde em ESF foi decomposta em quatro elementos: i) decisão de integração vertical e projeto da rede, ii) o projeto dos serviços, iii) o desempenho de operações e a efetividade do serviço prestado, além da iv) autonomia do gestor local.

**Palavras-chave:** Organização e Administração; Administração de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

## **ORGANIZATIONAL AND MANAGEMENT STUDY ABOUT FAMILY HEALTH PUBLIC SERVICES IN A BRAZILIAN MUNICIPALITY**

### **ABSTRACT**

This paper aims to analyze the operational model of primary healthcare network in a Brazilian large size municipality, with more than 1 million inhabitants. It is a qualitative and exploratory study conducted through document analysis and semi structured interviews, in five primary healthcare clinic managers. In order to support the research, the article presents the main literature understandings for network in public sector and Family Health Strategy (FHS). To analyze the object, the authors mapped the local healthcare network, taking into consideration healthcare operation's structure, roles, responsibilities, contracts, and agreements. Research results are grouped into four main aspects: i) sourcing decision and network design, ii) service design and service standardization, iii) operational performance and effectiveness of the public health service delivery, iv) local manager autonomy.

**Keywords:** Organization and Administration; Health Services Administration ; Primary Care; Family Health Strategy

**Maria Clara Lippi<sup>1</sup>  
Raquel Flexa<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro (Brasil). Professora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro (Brasil). E-mail: [mariaclara.lippi@gmail.com](mailto:mariaclara.lippi@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutoranda em Engenharia de Produção e Sistemas pelo Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca – CEFET, Rio de Janeiro (Brasil). Professora pela Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca – CEFET, Rio de Janeiro (Brasil). E-mail: [raquelflexa@yahoo.com](mailto:raquelflexa@yahoo.com)

## INTRODUÇÃO

A tangibilização da ação pública e a entrega do desempenho desta à sociedade podem ser enxergadas pelo desdobramento das políticas públicas em serviços públicos (D'Ascenzi & Lima, 2013; Silva, 2013; Silva, Lippi, & Caulliraux, 2014; Villanueva, 1993). O conceito de política pública adotado é aquele com vistas a dar significado às saídas dos processos de planejamento formais. Serviços, por sua vez, são processos formados por atividades ou uma série de atividades, produzidos e consumidos simultaneamente, onde o cliente (cidadão) participa do processo da produção (Grönroos, 2009). Sob o ponto de vista do Direito, serviço público é toda atividade atribuída legalmente ao Estado, cujo objetivo consista em satisfazer concretamente às necessidades coletivas (Carvalho Filho, 2015; Pietro, 2014).

Atualmente, observa-se a tendência de o Estado reduzir capacidade própria de prestação de serviços públicos, direcionando esforços a gestão e estímulo da execução desses serviços por atores externos (Alford & O'Flynn, 2012; Fortini, 2009). Isto faz com que o setor público esteja se organizando em formatos institucionais de redes, possibilitando que o governo foque em papéis nos quais sua atuação seja única e indispensável (Goldsmith & Eggers, 2004; Loevinsohn, 2008). Para tal, é necessária a existência de estruturas que tornem esta prestação exequível (Cooper, 2003; Enquist, Camén, & Johnson, 2011; Goldsmith & Eggers, 2004; Herranz, 2010; Silva, 2013).

Cada nó da rede é uma organização que tem seu modo próprio de operar, suas operações produtivas próprias. O desempenho destas operações gera determinado impacto. Em um contexto de rede, tanto as operações quanto o desempenho de um nó não devem ser considerados isoladamente, uma vez que os integrantes são inter-relacionados. A decisão de integração vertical, bem como a escolha e adoção do modelo de contratação, reflete diretamente na forma pela qual o serviço contratado se relaciona com as operações da organização e, por conseguinte, ao projeto e gestão das mesmas (Cohen & Young, 2005; Gaither & Frazier, 2002; Hayes, Pisano, Upton, & Wheelwright, 2008; Lacity & Willcocks, 2014; Salles, 2012; Slack, Chambers, & Johnston, 2010; Vivas, Lippi, & Muniz, 2013).

No contexto brasileiro, a saúde é um direito fundamental e dever do estado (Brasil, 1988). Portanto, há claro interesse social no que diz respeito à prestação de serviços públicos de saúde, visto que o desempenho e impacto destes serviços, bem como a forma de operar das organizações responsáveis pela prestação, afeta diretamente a população. Este aspecto torna-se mais relevante quando se trata da atenção primária à saúde, pois é considerada o eixo

coordenador da Rede de Atenção à Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015; Mendes, 2010; Ministério da Saúde, 2012; Neto & Malik, 2012; Starfield, 2002).

Surge, nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto um programa de Estado dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado a maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais (Bodenheimer & Grumbach, 2006; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015; Mendes, 2010, 2012; Ministério da Saúde, 2012; Neto & Malik, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2008; Starfield, 2002). A ESF visa promover saúde e prevenir doenças e, por conseguinte, contribuir para reduzir e organizar a demanda por hospitais e outros serviços especializados de saúde. Há estudos que apontam a relevância do atendimento médico continuado da atenção primária para a melhoria do desempenho da rede de atenção à saúde (Bodstein, 2009; Campos, 2006; Gil, 2006; Mendes, 2012; Neto & Malik, 2012; Starfield, 2002; Stein, 1998).

A atenção primária à saúde, e especificamente a ESF, desempenham relevante papel social enquanto política pública, visto que promovem melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos cidadãos (dos sujeitos e coletivos) e vislumbram melhor custo-efetividade enquanto solução para saúde pública (Bodenheimer & Grumbach, 2006; Bodstein, 2009; Harzheim et al., 2006; Mendes, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2008; Santana & Carmagnani, 2001; Starfield, 2002; van Stralen et al., 2008; Viana & Poz, 2005).

Dessa forma, esse artigo tem como objetivo analisar a organização e gestão de serviços públicos de saúde em Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município brasileiro, por meio de um estudo exploratório qualitativo. A análise é decomposta em quatro elementos, a saber: i) decisão de integração vertical e projeto da rede de prestação de serviços, ii) projeto dos serviços e decisão de padronização, iii) desempenho de operações e efetividade do serviço público de saúde prestado e iv) autonomia do gestor local.

## MÉTODO

Este artigo realiza um estudo exploratório qualitativo sobre a rede de prestação de serviços públicos de saúde, especificamente relacionados à ESF, em um município brasileiro de grande porte, com população superior a 1 milhão de habitantes. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de natureza aplicada. Este estudo contemplou análise documental e realização de entrevistas semiestruturadas com gestores de 5 unidades de análise (Unidades de Saúde da Família - USF), conforme método de trabalho disposto na Figura 1.

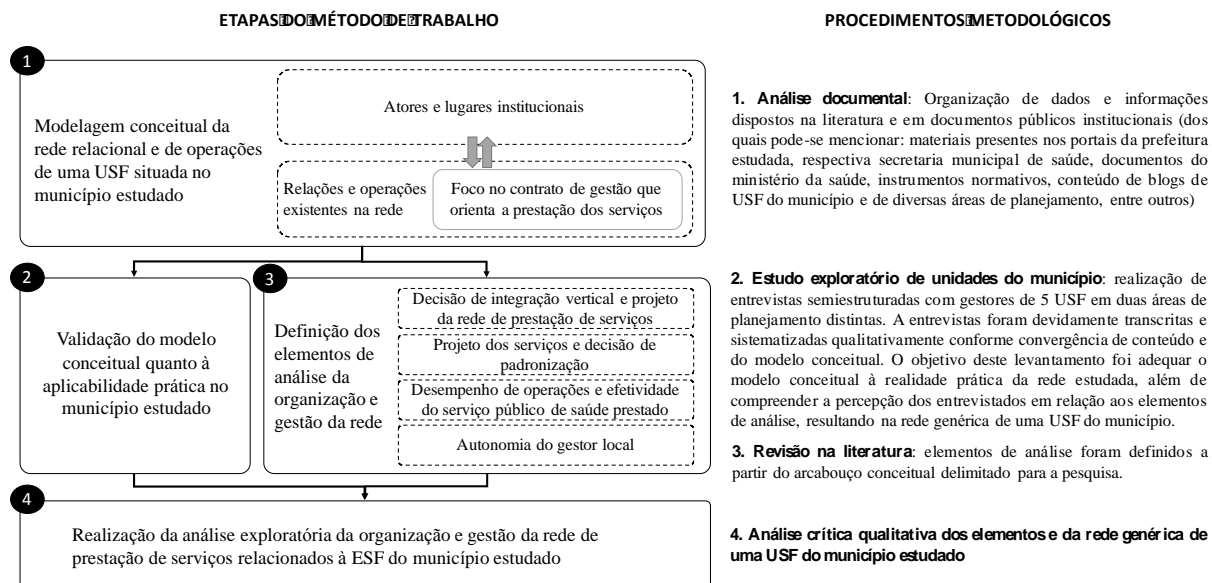


Figura 1: Método de trabalho.

No intuito de caracterizar a rede e coletar informações para validar do modelo conceitual, 5 gestores de USF foram entrevistados, a partir de roteiros semiestruturados. Tais USF eram localizadas em 2 áreas de planejamento distintas e eram gerenciadas pela mesma instituição (uma Organização Social de Saúde - OSS). O principal critério para seleção das USF foi o acesso ao gestor e sua disponibilidade. As entrevistas ocorreram entre março e maio de 2015. A análise dos dados e das informações coletados consistiu na compatibilização e sistematização dos conteúdos transcritos das entrevistas semiestruturadas, e na triangulação destas informações com o modelo conceitual.

Durante a condução da pesquisa não pesquisou-se indivíduos, não houve contato ou interação com profissionais de saúde ou pacientes, bem como não houve acesso a dados, informações ou materiais destes (identificáveis ou não). Por isso, a presente pesquisa não é enquadrada como pesquisas envolvendo seres humanos (conforme definições dispostas nos itens II-10 e II-14 da Resolução 466/2012), afastando a aplicabilidade da Resolução 466/2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico tem como objetivo apresentar os resultados do mapeamento da rede relacional e de operações de USF no município estudado, com destaque para seus atores, relações entre estes, papéis e responsabilidades, conforme previsto nas etapas do método de trabalho (Figura 1). Os resultados são qualitativos, condizentes com a natureza da pesquisa, sem que haja uma abordagem quantitativa. Para isso, o tópico encontra-se organizado em 4 partes: i) modelagem da rede; ii) análise da rede de relações e operações; iii) análise dos contratos de gestão

celebrados entre o município e OSS; iv) análise da organização e gestão de serviços.

## MODELAGEM DA REDE

A prestação de serviços de atenção primária de saúde no município estudado é organizada por áreas de planejamento, que ocorre principalmente a partir das Unidades de Saúde da Família (USF). Trata-se de uma forma de reforçar o foco do cuidado em território e por em prática o princípio/conceito da saúde regionalizada. Tanto no atendimento domiciliar quanto na unidade de saúde, os moradores são idealmente atendidos pela equipe da sua região. Essa delimitação favorece a integração com os moradores e, conseqüentemente, aumenta a confiança e a proximidade entre agente de saúde, médicos, enfermeiros e paciente, sendo um aspecto importante para o sucesso da ESF. Dessa forma, há maior integração do cuidado. (Ministério da Saúde, 2009, 2012; Silva, 2011).

A gestão das USF no município estudado é realizada por Organizações Sociais de Saúde (OSS), que celebram contrato de gestão com o governo local a partir de um processo de concorrência. Tais contratos prescrevem a operação das USF que ficarão sob escopo de um contrato e os seus resultados. Observou-se tendência de padronização destes contratos.

Por outro lado, a exequibilidade do serviço depende não apenas das USF, dado que elas estão inseridas em uma rede de atenção à saúde e, ainda, em uma rede local. Com vistas a descrever o contexto externo das relações da USF, a Figura 2 apresenta uma proposição genérica da rede relacional de uma USF situada no município estudado. Cabe destacar que tal proposição, bem como sua descrição mais detalhada, emergiram a partir da consolidação e triangulação das informações levantadas durante a pesquisa.

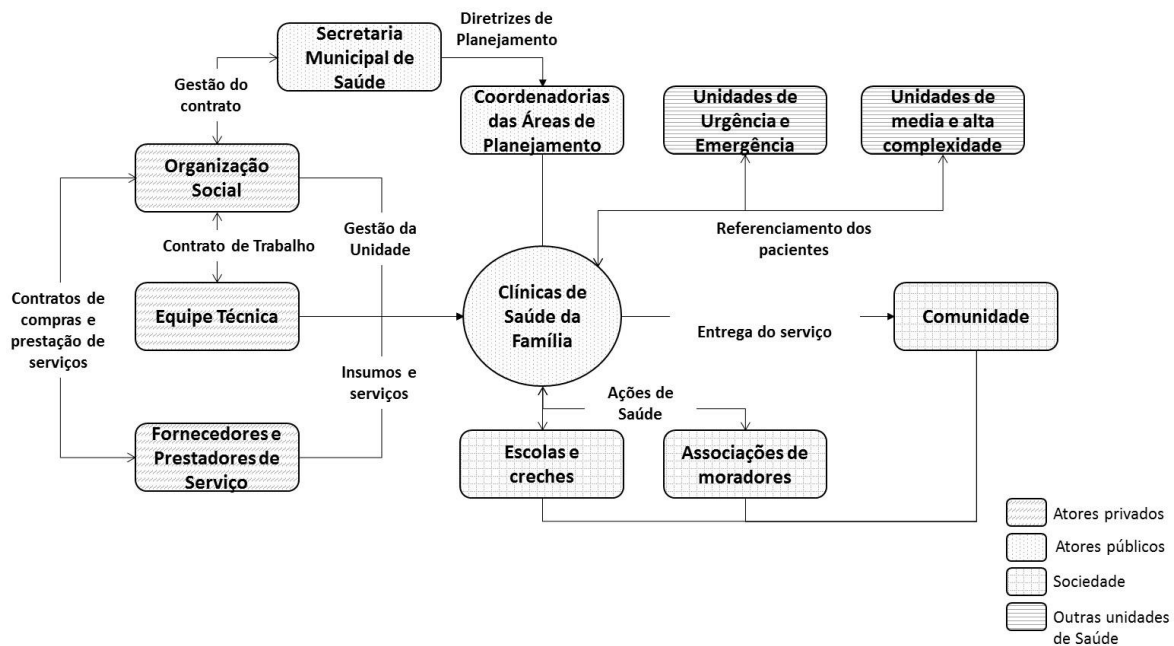


Figura 2: Rede relacional e de operações de uma USF

## ANÁLISE DA REDE DE RELAÇÕES E OPERAÇÕES

A rede modelada (Figura 2) possui quatro grupos que estabelecem relações com a USF: atores públicos, atores privados, a sociedade (comunidade local), e outras unidades de saúde. As relações vislumbradas possuem caráter assistencial e de gestão, associadas ao atendimento do usuário.

O principal agente público a se relacionar com a operação da USF é a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que estabelece relações de diversas naturezas, como o desdobramento da Estratégia de Saúde da Família no âmbito municipal, a contratação e fiscalização das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a gestão do repasse de recursos financeiros. Cabe ressaltar que foco especial foi direcionado às relações que envolvem o governo municipal uma vez que este agente desempenha papel determinante no processo de tomada de decisão, seja ela projetual e/ou gerencial e, por consequência, na organização e gestão dos serviços.

Outro ator que estabelece vínculos com as USF, e que também possui caráter público, é a Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP). Seu escopo de atuação está centrado na administração das ações de saúde, principalmente no que se refere à articulação entre unidades de saúde (e outros atores da rede local) e à análise da situação de saúde na sua área de abrangência. Um outro ponto de relacionamento das USF com a CAP está sob o escopo do sistema de qualidade. O contrato de gestão preconiza a instituição de uma Comissão de Prontuários e de auditoria interna da utilização e qualidade dos registros no prontuário clínico. Estas

ações seguem metodologia desenvolvida pela SMS. A referida comissão é diretamente ligada à CAP. Ainda no que se refere a auditorias, é válido mencionar que as USF estão sujeitas a duas auditorias públicas semestrais, realizadas pela SMS e pelo Ministério da Saúde, cujo objeto é a avaliação das atividades e operações realizadas na unidade.

Há que se falar também em eventuais parcerias que podem ocorrer com outras secretarias do município, visto que a USF é um lugar institucional capaz de operacionalizar outras políticas públicas além da ESF, sob escopo institucional de saúde ou não. No escopo formal da saúde, há programas como “Saúde da mulher” e “Rede Cegonha”. Por outro lado, na esfera de relacionamento com outras secretarias, pode-se mencionar parcerias com órgãos relacionados com políticas de envelhecimento saudável e qualidade de vida, por exemplo.

O segundo grupo de atores da rede relacional e de operações de uma USF é o dos agentes privados. O agente privado considerado como essencial para a prestação dos serviços no contexto estudado são as OSS (para maior entendimento do conceito e contexto, ver André, 1999; Campos, 2013; Quinhões, 2008; Salione, 2013). Estas organizações, por meio de um processo de concorrência, celebram contrato de gestão com o governo municipal, cujo objeto consiste no gerenciamento dos serviços das USF. Devido a esta contratação, cabe às OSS prover o serviço, incluindo o fornecimento de materiais e recursos humanos. Desta forma, as relações de prestação de serviço para a população deixam de estar na alçada da administração pública direta, sendo gerenciadas por um agente privado.

O contrato celebrado entre OSS e governo municipal prevê um cronograma de desembolsos. A OSS, por sua vez, fornece os recursos (materiais, humanos e informacionais) necessários a prestação de serviços para cada USF sob seu escopo. O contrato prevê uma parte variável da remuneração com base em um conjunto de indicadores de desempenho, que buscam medir a performance das USF individual e conjuntamente.

O fornecimento de materiais é realizado mediante solicitação da unidade. Isso ocorre quinzenalmente, por opção de cada USF, pois os almoxarifados são pequenos e impossibilitam a estocagem de uma grande quantidade de materiais. Além disso, a OSS é responsável pelo pagamento de salários e encargos referentes a todos os funcionários, o que significa que a relação dos mesmos é diretamente com a OSS, e não com a prefeitura ou com a USF específica.

### ANÁLISE DOS CONTRATOS DE GESTÃO CELEBRADOS ENTRE O MUNICÍPIO E OSS

Para proceder essa etapa, foram analisados os contratos (ou minuta, em alguns casos) e os documentos de convocação dispostos no site da SMS do município estudado, os quais foram acessados em novembro de 2014. Pretende-se descrever as principais implicações dos termos do contrato de gestão celebrado entre OSS e governo municipal no que diz respeito à operação da USF e à forma pela qual esta entrega serviços e impacta a sociedade/comunidade. Válido destacar que, neste momento, busca-se por percepções majoritariamente qualitativas, relativas à dinâmica de entrega dos serviços, seu desempenho e impacto.

O contrato de gestão, celebrado entre a SMS e a OSS, fixa e quantifica as ações de saúde que devem ser executadas pela OSS no âmbito da Área de Planejamento (AP). As ações de saúde são praticadas por profissionais determinados pelo contrato, cujo dimensionamento fica a cargo da OSS, na ocasião da concorrência. Por outro lado, a SMS declara os serviços que podem ser prestados por uma USF e entregues à comunidade.

O objeto do contrato consiste no “gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços dos equipamentos destinados à saúde da família” e é centrado no alcance das metas e indicadores assistenciais e de gestão. Há uma parcela fixa mensal no pagamento às OSS, destinado ao custeio de recursos humanos e manutenção da unidade. A parte variável do pagamento ocorre, trimestralmente, a partir de relatórios contendo dados e informações relativos à produtividade e qualidade dos serviços prestados, caso as metas contratualizadas sejam alcançadas. Este relatório é avaliado pela Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), que é a área técnica responsável da SMS para contratação de

serviços de saúde. A remuneração variável é dividida em 3 grupos de indicadores de desempenho: incentivo institucional à rede de territórios de atenção à saúde; incentivo institucional à unidade de saúde; incentivo à equipe saúde da família.

### ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Este tópico discute como o contrato de gestão firmado entre município e OSS pode influenciar o modelo de operação da rede de prestação de serviço da ESF no município estudado e, conseqüentemente, repercutir nos desempenho e impacto do serviço. Nesse sentido, os seguintes pontos de destaque da gestão de operações (Basu & Wright, 2005; Gaither & Frazier, 2002; Greasley, 2008; Hayes et al., 2008; Heizer & Render, 2011; Kumar & Suresh, 2008; Leseure, 2010; Reid & Sanders, 2011; Rowbotham, Galloway, & Azhashemi, 2007; Slack et al., 2010) devem ser discutidos frente aos resultados percebidos do caso: decisão de integração vertical e sua relação com o projeto da rede de suprimentos; projeto dos serviços e a decisão de padronização; desempenho das operações e efetividade do serviço público de saúde prestado; e autonomia gerencial do gestor local.

A decisão de integração vertical, partindo da ótica dos processos produtivos inerentes ao serviço, pode ser enxergada como uma decisão de descentralização do fornecimento do serviço de saúde aos cidadãos, conforme preconizado nos princípios do SUS. Tal decisão transferiu a competência da prestação dos serviços de atenção primária à saúde aos entes municipais. Esses, por sua vez, passaram a ter autonomia para definir como a atenção à saúde deve ser transformada em serviços e ações, frentes às necessidades de saúde que se pretende atender.

Dessa forma, pode-se observar um segundo momento de decisão de (des)integração vertical, no qual o município estudado decidiu pela contratação de organizações sociais de direito privado para operacionalizar a prestação do serviço. Trata-se de um posicionamento que é determinado e pode determinar o grau de envolvimento do governo na entrega de resultados à população. Os contratos firmados com as OSS, por sua vez, dão autonomia a estas para estabelecer o arranjo de *sourcing* que melhor lhes convêm (Cohen & Young, 2005; Hefley & Loesche, 2009; Salles, 2012; Vivas et al., 2013). Assim, estas organizações celebram contratos com outras organizações e atores, conformando a rede de suprimentos da produção dos serviços de saúde.

Deve-se ressaltar que esta pesquisa desconhece como o referido processo decisório foi conduzido, não sendo possível discernir se tratou-se de uma decisão projetual ou não. Fato é que, independentemente da decisão de (des)integração vertical ter sido projetada, os decorrentes contratos

celebrados formataram a rede de prestação de serviços e seu modelo de operação.

Quanto ao projeto dos serviços, o escopo de ações de saúde da ESF é determinado por política do Governo Federal e suas diretrizes de configuração do sistema de saúde. O escopo de serviços prestados pela USF, por sua vez, é determinado pelo governo municipal, mediante critérios próprios, devendo ser consoantes ao previsto pelas deliberações do Governo Federal.

No caso do município estudado, a execução e a gestão deste escopo são remetidas às OSS, mediante celebração de contratos de gestão, os quais tendem a ser semelhantes por OSS e área de planejamento. Do mesmo modo, a leitura sistemática do regimento das USF também apontou semelhança nos processos internos.

Assim, pode-se concluir que o portfólio de serviços e o modelo de contrato, sendo minimamente padronizados, tendem a influenciar a estrutura operacional da oferta de serviços, repercutindo em um fenômeno de padronização da rede local. Isto pode ocorrer tanto em caráter processual quanto de conduta clínica, decorrente da padronização via protocolos clínicos assistenciais, por exemplo.

Nesse sentido, é válido lembrar que, dados os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Ministério da Saúde, 2012), a participação social é fundamental para garantir a descentralização e municipalização da saúde. Campos & Wendhausen (2007) destacam esta importância principalmente no que diz respeito à identificação das causas dos problemas de saúde, à definição de prioridades e ao acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Este caráter territorial da ESF deve ser considerado no (re)projeto de serviços e contratos, de modo a atender as necessidades locais. A padronização é reconhecidamente uma solução facilitadora da gestão de operações mas, no contexto estudado, o projeto e a prestação de serviços deve(ria) considerar as peculiaridades locais.

Quanto ao desempenho das operações e efetividade dos serviços, percebe-se que os indicadores e as metas firmados nos contratos de gestão podem ser considerados como mecanismo de incentivo. Esses instrumentos são análogos aos Acordos de Nível de Serviço (ANS), os quais são elementos de contrato que estabelecem padrão de desempenho esperado pelo cliente (no caso, a prefeitura) com o qual o provedor de serviços se comprometeu a atender.

Nesse sentido, segundo a definição de sistema de precificação de contratos, pode-se dizer que o modelo de contrato firmado é tipicamente variável, visto que é composto por uma parcela fixa referente ao serviço padrão e uma outra variável, condicionada ao nível de atendimento de ANS (Duening & Click, 2005; Proença, Salles, Lippi, & Vivas, 2011; Salles, 2012; Vivas et al., 2013; Yamashita, 2007). Esses ANS, muitas vezes, incentivam a produtividade,

remetendo a uma lógica de que o rendimento do provedor é proporcional à prestação do serviço específico, se afastando dos conceitos de remuneração por desempenho (Salles, 2012).

De acordo com Cecílio et al (2002), ao se adotar uma política de avaliação de desempenho que resulte em pagamento de gratificação financeira, está sendo proposta uma cadeia de apostas na qual, ao se cumprir tal conduta, espera-se que ocorra um determinado resultado que pode desencadear um novo processo ou produto em saúde.

No entanto, a utilização de sistemas de incentivos não pode ser confundida com a lógica de mercado na produção de serviços de saúde ou, tampouco, assemelhar-se com a remuneração por unidades ou atos praticados. A direcionalidade desses sistemas deve apontar para a satisfação dos usuários e ao atendimento de necessidades de saúde, o que inclui as dimensões de cobertura e impacto dos serviços prestados (Donabedian, 1990; Gill & White, 2009; Ofili, 2014; Savassi, 2012; Starfield, 2002).

Mcivor (2005) considera que devem existir mecanismos contratuais que garantam flexibilidade – possibilidade de renegociação, cláusulas específicas, condições de término – e mecanismos de incentivo e punição, que motivem o melhor desempenho por parte do provedor. Nesse sentido, os sistemas de incentivo devem estar associados a desempenho dos sistemas de produção (Salerno, 1999; Kates & Galbraith, 2007; Salles, 2012; Vivas, Lippi & Muniz, 2013; Hefley & Loesche, 2006).

Os indicadores e a precificação firmados no contrato de gestão são majoritariamente de produtividade, uma vez que incentivam a execução de procedimentos/ações e o consumo de homem/hora. Nada se pode inferir sobre os impactos dessa produtividade na melhoria das condições de vida e de saúde da comunidade. No entanto, a contratação de produtividade pode implicar em efetividade (ou não) do serviço público. Esta correlação deveria ser monitorada pelos gestores municipais para verificar a aderência dos indicadores contratualizados às intenções de impacto em saúde, para fins de controle e reprojeto.

Há, ainda, que se considerar as limitações de estabelecer relações de causalidade entre desempenho da rede e suas formas e maneiras de coordenação. Por conta disso, há uma consequente dificuldade de contratar “desempenho” ou “efetividade”. No contexto de rede no setor público, o entendimento do conceito de desempenho pode ser múltiplo e diverso. A falta de consenso sobre estes conceitos é entendido como um entrave para determinar o que é efetividade e se a mesma foi ou não percebida na implantação de uma determinada ação (Herranz, 2007, 2010; Lippi & Silva, 2016; Provan & Milward, 2001; Sanderson, 1996; Silva et al., 2014). Além disso, é complexo compreender como atividades e processos de uma rede se relacionam com seus impactos intermediários e finalísticos.

A implicação do cumprimento das metas contratualizadas na efetividade do serviço entregue ainda permanece como um questionamento da pesquisa. Acredita-se que, para inicialmente responder a esta pergunta, se faz necessário compreender o padrão de desempenho que se deseja contratar e o que significa efetividade da entrega dos serviços prestados pela instituição e pela rede. Somente assim será possível relacionar e comparar tais parâmetros de desempenho, bem como analisá-los e avaliar a possibilidade de aprimoramento. Estas questões apontam para a complexidade e a limitação de se medir efetividade em serviços públicos, principalmente aqueles articulados em rede.

Quanto ao nível de autonomia gerencial dos gestores locais, percebe-se que há alto grau de prescrição de funcionamento das USF. Dado que se trata de atores que orientam a prestação de um serviço com diretrizes de territorialização, aumenta a relevância de permitir que as soluções sejam desenvolvidas também por esses gestores. Entretanto, essa é uma questão que pendula entre o objetivo de ter produção de resultados transformadores para uma dada população e, ao mesmo tempo, o objetivo de atendimento a requisitos preestabelecidos por diretrizes nacionais. Conforme foi observado, muitas vezes se faz necessário adaptar e negociar estas condições, que eventualmente são pouco plásticas.

As prescrições, eventualmente, podem reduzir a liberdade do gestor e suas margens de manobra, sendo essa uma questão reconhecida pela literatura em gestão pública. Desta rotina de “fazer a máquina funcionar”, surgem práticas e soluções que decorrem muitas vezes da experiência do gestor e de sua equipe. Esta criação de conhecimento, advindo da prática e cuja relevância é disseminada na literatura de saúde, tende a ser ignorada para reformulação das políticas e serviços, no sentido de não haver ações sistemáticas com tal propósito. Barbieri & Hortale (2005) acreditam que isto se deve à fragmentação da gestão no âmbito local, que direciona o trabalho e o interesse das equipes para resultados administrativos, deixando de priorizar conhecimento e responsabilidade técnica para solução de problemas e melhoria sistêmica da operação de serviços.

Este quadro de prescrição e redução de autonomia do gestor local é acentuado no caso estudado por conta dos contratos de gestão. Além das prescrições dos programas públicos, o gestor precisa focar seus esforços para o atingimento das metas e a prestação dos serviços contratualizados que, como visto, nem sempre estão articuladas à melhoria das condições de vida e saúde da população.

O problema não é a prescrição em si, mas a forma como os gestores locais adequam esta prescrição às operações dos serviços. Silva, Casotti, Cristina, & Chaves (2013, p.228) afirmam que “a ESF ainda tem refletido o caráter prescritivo do programa, as diferenças nos contextos político, social, econômico e cultural têm resultado muito pouco em

estratégias singulares para o enfrentamento dos problemas”. O retorno destas práticas locais para a reformulação das diretrizes municipais e nacionais da ESF também aparenta ser pouco representativo.

## CONCLUSÃO

No esforço dos governos para a melhoria na prestação dos serviços públicos, verifica-se um vasto investimento no desenvolvimento de instrumentos gerenciais que possibilitem uma gestão mais eficiente. Tal comportamento se destaca no setor da saúde, como mostrado nesse estudo. Embora a busca pela eficiência nas operações seja uma preocupação consistente com a necessidade de racionalização do uso de recursos públicos, percebe-se que a literatura não avança de forma profunda no debate sobre a “produção em si” dos serviços e os impactos esperados para a sociedade.

No caso específico da ESF, entender como a estratégia é operacionalizada em territórios e governos locais, através da compreensão quanto às soluções de projeto desenvolvidas e praticadas em diferentes USF, permite que haja o enriquecimento do ciclo de aprendizado da PNAB e para as (re)formulações das diretrizes no âmbito da ESF. Esse trabalho teve como propósito analisar a organização e gestão de serviços públicos de saúde em Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município específico. Dessa forma, consolida conhecimentos a respeito do projeto de operações de serviços públicos em rede (municipal), de modo que sejam úteis aos gestores em saúde que enfrentam problemas práticos semelhantes aos enunciados nesta pesquisa.

A proposição do modelo de rede relacional e de operações de uma USF no município, assim como sua análise, possibilitou a identificação de relações chave para a gestão e o desempenho das unidades. Em se tratando de um município que optou por estruturar a sua rede de atenção primária através da contratação de OSS, esse estudo se torna relevante para os gestores que estão em fase de avaliação dessa solução ou mesmo em novos ciclos de contratualização com OSS já estabelecidas em seus territórios.

Os resultados encontrados pela pesquisa passaram por i) debate sobre as diretrizes de (des)integração vertical dos serviços de saúde, tanto entre as esferas de governo quanto na decisão de prestação do serviço dentro do município; ii) projeto e padronização dos serviços, destacando como esse ponto pode tanto facilitar a operacionalização e gestão das unidades de saúde quanto reduzir a aderência dos serviços às especificidades de cada território; iii) desempenho e efetividade dos serviços, com a discussão sobre o que deve ser considerado efetividade e a dificuldade nessa definição e seu desdobramento para as operações; e iv) autonomia do gestor local, com o questionamento quanto ao nível de prescrição dos serviços, ado que pode impedir o desenvolvimento e proposição de novas soluções e

inovações, além da fragilidade de sua incorporação às diretrizes municipais e federais.

No que tange às limitações da presente pesquisa, a primeira a ser mencionada reside no fato de se tratar de em estudo de caso em um único município, não permitindo a comparabilidade com outros entes subnacionais que adotaram o modelo de OSS. Além disso, pode-se destacar uma segunda limitação, relacionada com uma pesquisa restrita a 5 USF, em 2 territórios, fazendo como que os resultados desse estudo não possam ser generalizados para todo o município, apesar das tendências de padronização observadas. Ademais, outras formas de desdobramentos e operacionalização da ESF a nível local podem representar novos modelos de rede relacional e de prestação de serviços, de modo que as análises realizadas neste estudo podem não ser aderentes a outros arranjos de rede como, por exemplo, em situações da prestação dos serviços exclusivamente por parte da administração direta.

## REFERÊNCIAS

- Alford, J., & O'Flynn, J. (2012). *Rethinking Public Service Delivery: Managing with External Providers* (1st ed.). Palgrave.
- André, M. A. De. (1999). A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. *Revista de Administração de Empresas*, 39(3), 42–52. <http://doi.org/10.1590/S0034-75901999000300005>
- Barbieri, A. R., & Hortale, V. A. (2005). Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1349–1356. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500006>
- Basu, R., & Wright, J. N. (2005). *Total operations solutions*. Elsevier Editora. <http://doi.org/10.1016/B978-0-7506-6465-3.50008-9>
- Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2006). *Improving Primary Care: Strategies and Tools for a Better Practice* (1st ed.). McGraw-Hill Education / Medical. Retrieved from <http://www.amazon.com/Improving-Primary-Care-Strategies-Practice/dp/0071447385>
- Bodstein, R. (2009). Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1336–1338.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília/DF.
- Campos, C. E. A. (2006). A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade*, 2(6), 131–147.
- Campos, E. J. (2013). *O PÚBLICO E O PRIVADO NA GESTÃO EM SAÚDE: um estudo de caso sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no município do Rio de Janeiro*. Fiocruz.
- Campos, L., & Wendhausen, A. (2007). Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(2), 271–279.
- Carvalho Filho, J. dos S. (2015). *Manual De Direito Administrativo*. Editora Saraiva (28. ed. re, Vol. 1). São Paulo: Atlas. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Cohen, L., & Young, A. (2005). *Multisourcing: Moving Beyond Outsourcing to Achieve Growth And Agility*. Harvard Business Review Press.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2015). *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde* (1ª). Brasília/DF: CONASS.
- Cooper, P. (2003). *Governing By Contract: Challenges and Opportunities For Public Managers* (1st ed.). Washington DC: CQ Press.
- D'Ascenzi, L., & Lima, L. (2013). Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia E Política*, 21(48), 101–110. <http://doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006>
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–1118.
- Duening, T. N., & Click, R. L. (2005). *Essentials of Business Process Outsourcing* (1st ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. <http://doi.org/10.1108/14637150810849382>
- Enquist, B., Camén, C., & Johnson, M. (2011). Contractual governance for public service value networks. *Journal of Service Management*, 22(2), 217–240. <http://doi.org/10.1108/09564231111124235>
- Fortini, C. (2009). *Contratos Administrativos: Franquia, permissão, concessão e PPP* (2nd ed.). São Paulo: Atlas.
- Gaither, N., & Frazier, G. (2002). *Administração da produção e operações* (8th ed.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Gil, C. R. R. (2006). Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades



- do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1171–1181. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8–19. <http://doi.org/10.1108/17511870910927994>
- Goldsmith, S., & Eggers, W. D. (2004). *Governing by Network: The New Shape of the Public Sector* (3rd ed.). Brookings Institution Press. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=NXod-qVX9R0C&pgis=1>
- Greasley, A. (2008). *Operations Management*. SAGE Publications. <http://doi.org/10.1007/978-3-658-00183-4>
- Grönroos, C. (2009). *Marketing - Gerenciamento e Serviços* (3rd ed.). Elsevier Editora.
- Harzheim, E., Duncan, B. B., Stein, A. T., Cunha, C. R. H., Goncalves, M. R., Trindade, T. G., ... Pinto, M. E. B. (2006). Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*, 6, 156. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
- Hayes, R., Pisano, G., Upton, D., & Wheelwright, S. (2008). *Produção, Estratégia e Tecnologia: Em Busca da Vantagem Competitiva* (1st ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Hefley, B., & Loesche, E. (2009). *eSourcing Capability Model for Client Organizations (eSCM-CL)* (2nd ed.). ITSqc Series - VanHaren Publishing.
- Heizer, J., & Render, B. (2011). *Operations Management* (10th ed.). Pearson.
- Herranz, J. (2007). The multisectoral trilemma of network management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(1), 1–31. <http://doi.org/10.1093/jopart/mum004>
- Herranz, J. (2010). Multilevel Performance Indicators for Multisectoral Networks and Management. *The American Review of Public Administration*, 40(4), 445–460. <http://doi.org/10.1177/0275074009341662>
- Kumar, S. A., & Suresh, N. (2008). *Production and Operations Management* (2nd ed.). New Age International Publishers.
- Lacity, M., & Willcocks, L. (2014). Business process outsourcing and dynamic innovation. *Strategic Outsourcing: An International Journal*, 7(1), 66–92. <http://doi.org/10.1108/SO-11-2013-0023>
- Leseure, M. (2010). *Key concepts in Operations Management*. SAGE Publications. <http://doi.org/10.15358/9783800644858>
- Lippi, M. C., & Silva, G. V. (2016). GESTÃO PÚBLICA EM MOVIMENTO: reorientação de políticas e serviços públicos de saúde. *Perspectivas Em Políticas Públicas*, 9(18), 79–120. Retrieved from <http://revista.uemg.br/index.php/revistappp/article/view/2046/1030>
- Loevinsohn, B. (2008). *Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- McIvor, R. (2005). *The Outsourcing Process: Strategies for Evaluation and Management*. University of Ulster: Cambridge University Press.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *O HumanizaSUS na Atenção Básica*.
- Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica* (1ª). Brasília/DF: Ministério da Saúde. Retrieved from <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Neto, G. V., & Malik, A. M. (2012). *Gestão em Saúde* (Reimpressã). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ofilí, O. U. (2014). Patient Satisfaction In Healthcare Delivery— A Review Of Current Approaches And Methods. *European Scientific Journal*, 10(25), 25–39.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). The World Health Report 2008. primary health Care - Now more than ever. *The World Health Report*, 26, 148. <http://doi.org/10.12927/hcpol.2013.22778>
- Pietro, M. S. Z. Di. (2014). *Direito Administrativo* (27th ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Proença, A., Salles, G. G., Lippi, M. C., & Vivas, L. (2011). Um estudo prospectivo sobre modelos de contratos de manutenção e suas respectivas implicações para gestão da manutenção. In XXXI Encontro Nacional de Engenharia de Produção.

- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do Networks Really Work? - A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Administration Review*, 61(4), 414–423. <http://doi.org/10.5465/APBPP.1999.27628083>
- Quinhões, T. A. T. (2008). Análise de um novo modelo de governança para hospitais públicos no Brasil segundo a abordagem dos custos de transação: o caso das organizações sociais no estado de São Paulo.
- Reid, R. D., & Sanders, N. R. (2011). *Operations Management: an integrated approach* (4th ed.). John Wiley & Sons, Inc. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Rowbotham, F., Galloway, L., & Azhashemi, M. (2007). *Operations Management in Context* (2nd ed.). Elsevier Editora.
- Salione, B. C. C. (2013). *Administração pública por resultados e os contratos de gestão com as organizações sociais: o uso do balanced scorecard como ferramenta de avaliação de desempenho*. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-09122013-112256/>
- Salles, G. G. (2012). *Compartilhamento de ganhos para transações diádicas de outsourcing: proposta de mecanismo incentivador de relações “ganha-ganha” a partir de uma revisão da literatura*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Sanderson, I. (1996). Evaluation, learning and the effectiveness of public services: Towards a quality of public service model. *International Journal of Public Sector Management*, 9(5/6), 90–108. <http://doi.org/10.1108/09513559610146375>
- Santana, M. L., & Carmagnani, M. I. (2001). Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde E Sociedade*, 10(1), 33–53. <http://doi.org/10.1590/S0104-12902001000100004>
- Savassi, L. C. M. (2012). Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade*, 7(23), 69–74. [http://doi.org/10.5712/rbmfc7\(23\)392](http://doi.org/10.5712/rbmfc7(23)392)
- Silva, G. V. (2013). *Projeto e avaliação de serviços públicos locais orientados à efetividade: estudo de caso sobre uma intervenção em assentamento precário por meio de aceleração do crescimento (PAC)*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Silva, G. V., Lippi, M. C., & Caulliraux, H. M. (2014). Projeto de Serviços Públicos Locais Orientados à Efetividade: uma Exploração Teórica. In *XXXVIII Encontro da ANPAD* (pp. 1–15). Rio de Janeiro: ANPAD.
- Silva, L. A., Casotti, C. A., Cristina, S., & Chaves, L. (2013). A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciencia E Saúde Coletiva*, 18(1), 221–232.
- Silva, S. F. Da. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2753–2762. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>
- Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2010). *Operations Management* (6th ed.). Pearson - Financial Times Prentice Hall.
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília/DF: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Stein, A. T. (1998). *Acesso a Atendimento Médico Continuado: Uma Estratégia para Reduzir a Utilização de Consultas não Urgentes em Serviços de Emergência*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10183/1919>
- van Stralen, C. J., Belisário, S. A., van Stralen, T. B. D. S., Lima, A. M. D. De, Massote, A. W., & Oliveira, C. D. L. (2008). Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. *Cadernos de Saude Publica / Ministerio Da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*, 24 Suppl 1, S148–S158. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
- Viana, A. L. D., & Poz, M. R. D. (2005). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Revista Saúde Coletiva*, 15, 225–264. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300011>
- Villanueva, L. F. A. (1993). *La implementación de las políticas*. San Ángel: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial.
- Vivas, L. M., Lippi, M. C., & Muniz, V. V. (2013). *Projeto da função gestão de sourcing de contratos: um estudo de caso*. Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca – CEFET/RJ.
- Yamashita, E. C. (2007). *A identificação de práticas de gerenciamento de relações de terceirização no Brasil: estudo de caso de terceirização de serviços logísticos*. UFRJ.