



Avaliação do desempenho de um contrato de gestão entre uma organização social de saúde (OSS) e prefeitura de uma cidade do interior paulista

Julia Baesso Messiano , Vitória Ambrósio Fernandes , Karina Mirandola de Lazari , João Marcelo Porcionato 

RESUMO

Introdução: A Organização Social de Saúde é uma entidade sem fins lucrativos que se encontra em estágio de expansão e há uma nítida divergência de opiniões quanto a sua efetividade e cumprimento das metas designadas pelo contrato de gestão proposto pelas instituições públicas. **Objetivo:** Analisar se há o cumprimento de metas estabelecidas pelo contrato de gestão entre a Prefeitura Municipal de Catanduva/SP e o Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi (OSS). **Métodos:** É um estudo descritivo e transversal. A coleta de dados foi realizada a partir do Relatório do Observatório de Saúde de Catanduva de 2019, estabelecendo uma relação comparativa com as metas propostas no Contrato de Gestão vigente. Foram analisadas as seguintes variáveis: número de consultas médicas, número de consultas de enfermagem e taxa de encaminhamento médico nas Unidades de Saúde da Família. **Resultados:** Em relação à taxa de encaminhamentos realizados durante o ano de 2019 em todas as USF, a média foi inferior ao valor de referência estabelecido no contrato, sugerindo alta taxa de resolubilidade desses serviços. Além disso, produção médica e de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família do município de Catanduva encontra-se, em sua maioria, acima do previsto no contrato de gestão, representando o cumprimento dos valores estabelecidos pela contratante. **Conclusão:** As metas atribuídas à OSS no contrato foram cumpridas pelas unidades de saúde conforme os valores pactuados pela Prefeitura Municipal.

Descritores: Gestão em Saúde, Administração de serviços de saúde, Contratos.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é definida pelo Ministério da Saúde (MS)¹ como ações de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Ela é designada como a porta de entrada para a resolubilidade do sistema básico de saúde uma vez que constitui o primeiro nível de atenção dentro do SUS. Sua finalidade majoritária está em atender as necessidades com maior prevalência na sociedade. Starfield² aponta que a acessibilidade, a localização geográfica do serviço, os horários e dias de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços por parte da população são elementos essenciais para que a atenção primária seja considerada o estágio inicial de entrada do sistema de saúde.

Este atendimento primário tem como enfoque ofertar serviços de prevenção de morbidades e suporte médico generalista para a comunidade a que está inserido. Este primeiro contato atribui ao médico a função de *gatekeeper*, o qual exerce atendimento inicial do paciente e realiza a filtragem dos mesmos para níveis de atenção à saúde complexos ou especializados³. Esse sistema primário efetivado de maneira estruturada permite o desenvolvimento da integração dos centros promotores de saúde, bem como uma ampla oferta de ações que impactam positivamente nos indicadores populacionais. A atenção básica de saúde representa, portanto, um grande avanço social no sentido da garantia do direito à saúde, sendo este defendido e postulado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, uma vez que corrobora para que a população carente e pouco privilegiada possa ter acesso aos serviços de saúde necessários e vitais, seja no quesito da prevenção ou na promoção do tratamento de doenças⁴.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o estado e colaboram, de forma complementar, para a consolidação do SUS conforme previsto em sua lei orgânica n.º 8.080/1990^{5,6}. A Lei federal 9.637/1998⁷ foi o marco legal para a estruturação das OSS autônomas, definidas como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”.

Essas organizações foram concebidas no contexto do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do estado em 1995. A ideia central era definir os objetivos e as diretrizes da administração pública no Brasil, migrando de um modelo burocrático, centrado no controle dos processos, para um modelo gerencial, que prioriza a obtenção de resultados. Nesse modelo, o estado reduz o seu papel como executor e prestador direto de serviços, preservando e ampliando sua função de planejador, regulador e cobrador de resultados⁸. No modelo de gestão em parceria com OSS os resultados alcançados são supervisionados e avaliados por uma comissão específica, que verifica o cumprimento das metas estipuladas no contrato de gestão. A instituição pública planeja o serviço a ser executado, define as metas de produção e de qualidade, garante os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e cobra os resultados previamente definidos em contrato.

Em 1998, o Governo do Estado de São Paulo sancionou uma lei específica para a qualificação de Organizações Sociais (846/98) com atividades dirigidas à saúde e à cultura, baseada na lei federal 9.637. A lei estadual especifica que apenas as organizações sem fins lucrativos podem ser qualificadas como OS e que um serviço de saúde administrado por uma OSS deve prestar serviços exclusivamente para o SUS⁸.

A contratualização das Organizações Sociais de Saúde (OSS) tem como objetivo especificar o programa de trabalho que deve ser implantado pela gestão da organização, estipulando prazos e metas de execução, sejam elas quantitativas

ou qualitativas⁹. Além disso, o contrato de gestão apresenta critérios de avaliação de desempenho, sendo este abordado por indicadores de qualidade e produtividade. Os principais itens de um contrato de gestão são: Programa de Trabalho e Metas; Sistema de Pagamento; Sistema de Despesas com Pessoal; Inventário e Avaliação dos Bens Móveis; e Termo de Permissão de Uso¹⁰. Este contrato é realizado com o consenso entre ambas as partes, almejando a execução das atividades propostas com a eficácia e eficiência requeridas. Dessa forma, a execução das metas propostas é feita pela OSS e a supervisão dos serviços pelo governo, por controle de resultado.

O contrato é composto pelo seu desenho e pela especificação do mesmo. O desenho faz referência ao objetivo geral, os deveres e direitos da OSS, enquanto a especificação do contrato diz respeito à descrição das metas e do planejamento que deverão ser executados pela organização, o volume contratado mensal, indicadores de qualidade e agenda de repasse dos recursos financeiros. Nesse sistema de operação, a OSS recebe incentivos associados ao repasse de recursos financeiros e há o monitoramento do desempenho na execução dos serviços que foram destinados pelo contrato. O desempenho da OSS refere-se à capacidade da prestadora de serviços de realizar as atividades de acordo com as especificações do contrato, isto é, o desempenho do contratado é avaliado de acordo com a execução do contrato¹¹.

Em suma, no contrato de gestão são estabelecidos mecanismos de incentivo e definidas as metas e planos que devem ser concretizados de acordo com a efetividade requerida. O monitoramento e a avaliação da OSS têm como objetivo determinar se o terceiro setor está cumprindo os deveres propostos pela contratualização, ou seja, se o serviço ofertado está em alinhamento com as especificações do contrato. Possíveis variações no desempenho das OSS podem refletir diretamente na aplicação dos incentivos. É necessária transparência dos recursos a fim de que a sociedade possa acompanhar a gestão dos serviços públicos¹².

Assim, a Nova Gestão Pública instaurada na saúde tem como objetivo a flexibilização da gestão devido à transferência da responsabilidade de

execução à instituição assinante do contrato, estabelecendo, assim, uma administração indireta em que a função estatal se baseia somente na cobrança da realização das metas e fiscalização da produção realizada. Este contexto faz com que a OSS seja entendida como autarquia, uma vez que corresponde a um serviço independente, estabelecido por lei, com carácter jurídico, patrimônio e receita exclusiva para executar ações características de Administração Pública^{13,14}.

O uso do contrato de gestão como instrumento tem o propósito de gerar mudanças culturais que façam com que o Estado e as entidades de interesse social dependentes ou vinculadas a ele edifiquem e mantenham altos níveis de 1. efetividade: alcançando os efeitos sociais desejados pela população, além de disponibilizar serviços de importância comunitária que vão ao encontro de suas carências em dimensão, qualidade e custo; 2. eficácia: pactuar-se política e institucionalmente com um eficaz planejamento e com a efetivação consciente da sua realização; 3. eficiência: utilizando com economia, cuidado e atenção as posses e os recursos comunitários¹³.

Ainda, segundo as prescrições do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE)¹⁵, as OSS são portadoras da condição de direito privado e possuem uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível diante de uma administração direta do Estado. Essas condições, além de indicarem uma flexibilização, também explicam a enorme adesão ao modelo de OSS pelos gestores estaduais e municipais de saúde em todo o país¹⁶. Além disso, o uso de incentivos profissionais tem sido adotado como o componente da estratégia gerencial constituído pelo conjunto de estímulos, financeiros ou não, que visam a ajustar e otimizar os componentes do processo produtivo nos serviços de saúde, que é extremamente complexo e deve ter como objetivo principal os interesses e necessidades dos usuários¹⁷.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os resultados obtidos a partir de contratualização de uma OSS com município de Catanduva, mais especificamente na gestão de Unidades de Saúde, a fim de descobrirmos se há adequada efetividade e cumprimento dos planos designados à atenção básica. As metas

verificadas no contrato e no documento municipal que demonstra a produção foram: número de atendimentos médico e de enfermagem, além da taxa de encaminhamentos realizados por médicos.

MÉTODOS

É um estudo do tipo descritivo e transversal. Foi analisado se houve o cumprimento das metas propostas pelo contrato de gestão entre a Prefeitura Municipal de Catanduva e o Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Ghandi (OSS) no ano de 2019. Este ano foi o escolhido por se tratar do período mais atual dos dados em estudo.

A coleta de dados foi realizada a partir do Relatório do Observatório de Saúde de Catanduva de 2019, documento que contém as informações acerca dos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, sendo estas administradas pela OSS analisada, o Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Ghandi, no período descrito. A partir desses dados, foram analisadas as variáveis: número de consultas médicas, número de consultas de enfermagem e taxa de encaminhamento médico nas USF.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Microsoft Office Excel*. Os resultados foram expressos em número, porcentagem e média.

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da UNIFIPA e aprovado sob o parecer n.º 4.333.977.

RESULTADOS

Taxa de Encaminhamento Médico

O contrato de gestão em vigor para o ano de 2019, celebrado entre a Prefeitura Municipal de Catanduva /SP e o Hospital Psiquiátrico Mahatma Ghandi (OSS), determina valores de resolubilidade para a atenção básica de saúde. É determinada a resolução de 80% das consultas médicas realizadas, e caso haja necessidade de outros níveis de atendimento, deve haver o encaminhamento para o devido nível de atenção. Sendo assim,

apenas 20% do total de atendimentos realizados pela atenção básica devem ser encaminhados para outros setores. As Tabelas 1 e 2, extraídas

do Relatório do Observatório em Saúde, retratam o percentual de encaminhamentos realizados por USF do município de Catanduva.

Tabela 1

Taxa de encaminhamento médico por unidades de saúde, no período de janeiro a junho de 2019.

Unidades de Saúde	Meta - Mês	JAN TAXA	FEV TAXA	MAR TAXA	ABR TAXA	MAI TAXA	JUN TAXA
USF Napoleão Pellicano (Alpino)		16	10	24	7	6	8
USF Milton Maguollo (Bom Pastor)		15	18	36	16	10	12
USF Sergio da Costa Peres (Del Rey)		13	9	9	6	9	6
USF Jose Rocha (Gavioli equipe I)		11	10	14	8	10	11
USF Jose Rocha (Gavioli equipe II)		12	19	22	14	10	7
USF Jose Ramiro Madeira (Euclides)		17	22	17	10	11	17
USF Alcione Nasorri (Solo equipe I)		12	12	21	20	17	14
USF Alcione Nasorri (Solo equipe II)		18	17	13	15	19	15
USF Alcione Nasorri (Solo equipe III)		22	12	22	19	19	13
USF Armindo Mastrocola (Santa Rosa)		14	17	21	9	10	14
USF Athos Procópio de Oliveira (Imperial)		8	10	13	11	7	7
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)		6	7	14	15	18	6
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	5 a 20%	19	18	18	5	8	6
USF Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)		18	21	26	14	6	12
USF Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)		8	6	12	8	23	12
USF Joao Miguel Calil (Santo Antonio)		10	11	23	13	11	15
USF Jose Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)		11	10	19	9	7	9
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I)		11	6	12	7	9	15
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe II)		17	15	20	14	9	14
USF Olavo Barros (Monte Líbano)		9	14	16	9	9	14
USF Sergio Banhos (Pachá)		13	17	19	12	18	13
USF Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)		17	10	12	7	9	10
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)		15	11	13	8	11	11
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)		9	12	20	7	7	9

Fonte: Relatório Anual do Observatório em Saúde de Catanduva (2019) – Secretaria de Saúde de Catanduva.

Tabela 2

Taxa de encaminhamento médico, por unidades de saúde, no período de julho a dezembro de 2019.

Unidades de Saúde	Meta - Mês	JUL TAXA	AGO TAXA	SET TAXA	OUT TAXA	NOV TAXA	DEZ TAXA
USF Napoleão Pellicano (Alpino)		10	10	10	8	6	5
USF Milton Maguollo (Bom Pastor)		19	19	12	18	16	14
USF Sergio da Costa Peres (Del Rey)		6	11	9	6	9	5
USF Jose Rocha (Gavioli equipe I)		10	9	8	9	8	6
USF Jose Rocha (Gavioli equipe II)		21	16	10	10	1	7
USF Jose Ramiro Madeira (Euclides)		12	12	15	15	11	11
USF Alcione Nasorri (Solo equipe I)		11	16	10	11	14	11
USF Alcione Nasorri (Solo equipe II)		10	17	8	8	11	8
USF Alcione Nasorri (Solo equipe III)		14	17	15	25	13	6
USF Armindo Mastrocola (Santa Rosa)		7	10	12	9	8	5
USF Athos Procópio de Oliveira (Imperial)		7	15	10	10	11	8
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)		6	6	10	8	8	6
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	5 a 20%	6	5	8	9	9	11
USF Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)		10	9	13	11	12	8
USF Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)		11	16	18	11	9	11
USF Joao Miguel Calil (Santo Antonio)		13	12	13	9	9	9
USF Jose Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)		9	9	9	9	10	10
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I)		17	23	8	13	10	9
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe II)		17	12	9	13	7	7
USF Olavo Barros (Monte Líbano)		10	11	11	9	11	9
USF Sergio Banhos (Pachá)		16	15	18	9	9	9
USF Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)		8	8	8	5	11	4
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)		9	10	12	10	7	12
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)		10	14	13	11	7	7

Fonte: Relatório Anual do Observatório em Saúde de Catanduva (2019) – Secretaria de Saúde de Catanduva.

O Relatório do Observatório em Saúde, o qual retrata a execução do Contrato de Gestão, informa que durante os meses de janeiro a junho de 2019 a taxa de encaminhamentos da atenção básica de saúde apresentou valores acima da meta proposta em nove Unidades de Saúde da Família, correspondendo a 50% do total de USF do município de Catanduva. Partindo-se do valor referencial de encaminhamentos (5 a 20%), as seguintes USF possuíam valores não concordantes com a meta de encaminhamentos em pelo menos um mês do semestre: USF Napoleão Pellicano, USF Milton Maguollo (Bom Pastor), USF Jose Rocha (Gavioli equipe II), USF Jose Ramiro Madeira (Euclides), USF Alcione Nasorri (Solo equipe I), USF Alcione Nasorri (Solo equipe III), USF Armindo Mastrocola (Santa Rosa), USF Carlos Eduardo Bauab (Theodoro), USF Michel Curi (Nosso Teto equipe II), USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II). Destas,

aproximadamente 77,8% (n=7) apresentaram valores de encaminhamentos acima de 20% em apenas um mês do semestre.

Em relação ao segundo semestre de 2019, a taxa de encaminhamentos da atenção básica de saúde apresentou valores acima da meta proposta em três Unidades de Saúde da Família, representando 16,6% da totalidade de USF do município de Catanduva. As seguintes USF são referidas: USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I), USF Alcione Nasorri (Solo equipe III) e USF Jose Rocha (Gavioli equipe II). No total, todas apresentaram valores de encaminhamento acima da meta proposta em apenas um mês do semestre final.

Partindo-se da média da taxa de encaminhamentos realizados durante o ano de 2019, todas as USF apresentaram valores abaixo de 20%: USF Napoleão Pellicano (10%), USF Milton Maguollo (17%), USF Sergio da Costa Peres (8%), USF Jose Rocha (Gavioli equipe I)

(10%), USF Jose Rocha (Gavioli equipe II) (12%), USF Jose Ramiro Madeira (14%), USF Alcione Nasorri (Solo equipe I) (14%), USF Alcione Nasorri (Solo equipe II) (13%), USF Alcione Nasorri (Solo equipe III) (16%), USF Armindo Mastrocola (11%), USF Athos Procópio de Oliveira (10%), USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I) (9%), USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II) (10%), USF Carlos Eduardo Bauab (13%), USF Geraldo Mendonça Uchoa (12%), USF Joao Miguel Calil (12%), USF Jose Pio Nogueira de Sá (10%), USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I) (12%), USF Michel Curi (Nosso Teto equipe II) (13%), USF Olavo Barros (11%), USF Sergio Banhos (14%), USF Gesabel Clemente Marques de la Haba (9%), USF Isabel Ettruri (Flamingo equi-

pe I) (11%) e USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II) (10%).

Produção Médica

É previsto no contrato de gestão de 2019, para cada equipe médica das Unidades de Saúde de Família, uma produção mensal de consultas médicas de 400 atendimentos. Desta totalidade, determina-se como meta 85% da produção esperada. A Tabela 3 exhibe a porcentagem de atendimentos realizada por cada equipe da USF em comparativo com a quantidade prevista durante o período de janeiro a junho de 2019, enquanto a Tabela 4 mostra esse mesmo perfil, porém durante o período de julho a dezembro do mesmo ano.

Tabela 3

Produção médica prevista e a taxa de produção realizada em relação à meta nas USF no período de janeiro a junho de 2019

Unidades de Saúde	Produção prevista	Meta - Mês	JAN %	FEV %	MAR %	ABR %	MAI %	JUN %
USF Napoleão Pellicano (Alpino)			149	124	122	163	175	162
USF Milton Maguollo (Bom Pastor)			122	127	11	141	115	118
USF Sergio da Costa Peres (Del Rey)			116	110	95	124	117	96
USF Jose Rocha (Gavioli equipe I)			119	111	104	120	122	102
USF Jose Rocha (Gavioli equipe II)			118	103	90	110	114	82
USF Jose Ramiro Madeira (Euclides)			114	92	86	113	109	95
USF Alcione Nasorri (Solo equipe I)			100	102	86	106	113	85
USF Alcione Nasorri (Solo equipe II)			101	106	93	117	115	95
USF Alcione Nasorri (Solo equipe III)			113	98	89	113	113	91
USF Armindo Mastrocola (Santa Rosa)			146	127	114	128	138	113
USF Athos Procópio de Oliveira (Imperial)			125	111	105	119	118	100
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	400 por equipe	85%	120	107	98	116	131	101
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)			119	114	99	111	139	98
USF Carlos Eduardo Bauab (Theodoro Rosa Filho)			106	99	92	108	110	90
USF Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)			113	142	135	155	130	116
USF Joao Miguel Calil (Santo Antonio)			130	130	110	130	129	69
USF Jose Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)			122	105	103	114	133	102
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I)			109	99	91	115	107	91
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe II)			114	106	97	107	106	94
USF Olavo Barros (Monte Líbano)			109	97	93	109	111	99
USF Sergio Banhos (Pachá)			112	96	88	95	95	83
USF Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)			99	93	88	95	93	86
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)			121	118	102	104	122	101
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)			99	89	89	92	92	87

Fonte: Relatório Anual do Observatório em Saúde de Catanduva (2019) – Secretaria de Saúde de Catanduva.

Tabela 4

Produção médica prevista e a produção realizada nas USF no período de julho a dezembro de 2019

Unidades de Saúde	Produção prevista	Meta - Mês	JUL %	AGO %	SET %	OUT %	NOV %	DEZ %
USF Napoleão Pellicano (Alpino)			171	179	179	181	180	157
USF Milton Maguollo (Bom Pastor)			131	117	129	160	110	82
USF Sergio da Costa Peres (Del Rey)			124	117	108	91	104	93
USF Jose Rocha (Gavioli equipe I)			125	122	119	122	110	91
USF Jose Rocha (Gavioli equipe II)			97	115	97	108	110	86
USF Jose Ramiro Madeira (Euclides)			118	107	108	117	104	90
USF Alcione Nasorri (Solo equipe I)			107	110	115	115	105	85
USF Alcione Nasorri (Solo equipe II)			107	104	119	131	114	93
USF Alcione Nasorri (Solo equipe III)			101	108	124	109	113	95
USF Armindo Mastrocola (Santa Rosa)			150	135	136	145	141	104
USF Athos Procópio de Oliveira (Imperial)			113	108	116	123	88	69
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)	400 por equipe	85%	130	129	95	130	121	91
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)			116	143	109	123	120	83
USF Carlos Eduardo Bauab (Theodoro Rosa Filho)			104	107	113	105	87	81
USF Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)			158	140	125	138	134	104
USF Joao Miguel Calil (Santo Antonio)			111	125	116	119	128	109
USF Jose Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)			109	118	113	107	91	67
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I)			100	93	118	92	89	81
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe II)			97	94	110	102	80	88
USF Olavo Barros (Monte Líbano)			112	105	100	113	110	96
USF Sergio Banhos (Pachá)			105	97	103	97	116	74
USF Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)			100	97	110	90	90	87
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)			108	123	126	143	100	99
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)			84	101	80	73	73	88

Fonte: Relatório Anual do Observatório em Saúde de Catanduva (2019) – Secretaria de Saúde de Catanduva.

Esses dados do ano de 2019 revelam que a produção médica mensal nas Unidades de Saúde da Família do município de Catanduva encontra-se, em sua maioria, acima de 85% dos 400 atendimentos previstos no contrato de gestão. Esse padrão não é visualizado, entretanto, nos seguintes meses das unidades: USF João Miguel Calil - Santo Antônio (junho); USF Sergio Banhos - Pachá (junho); USF Milton Maguollo - Bom Pastor (dezembro); USF Athos Procópio de Oliveira - Imperial (dezembro); USF Carlos Roberto Surian - Nova Catanduva equipe II (dezembro); USF Carlos Eduardo Bauab - Theodoro Rosa Filho (dezembro); USF Jose Pio Nogueira de Sá - Gabriel Hernandez (dezembro); USF Michel

Curi - Nosso Teto equipe I (dezembro) ; USF Michel Curi - Nosso Teto equipe II (novembro); USF Sergio Banhos - Pachá (dezembro); USF Isabel Ettruri - Flamingo equipe II (julho, setembro, outubro e novembro).

Produção dos enfermeiros

É previsto no contrato de gestão de 2019 que a produção de consultas realizada pelos enfermeiros das Unidades de Saúde seja pelo menos 85% dos 192 atendimentos previstos pela prefeitura. As Tabelas 5 e 6 mostram a meta de cada unidade seguida desta produção mensal realizada.

Tabela 5

Produção de consultas realizada pelos enfermeiros das unidades básicas de saúde do município de Catanduva, no período de janeiro a junho de 2019.

Unidades de Saúde	Produção Prevista	Meta - mês	JAN %	FEV %	MAR %	ABRI %	MAIO %	JUN %
USF Napoleão Pelicano (Alpino)			100	107	99	159	191	152
USF Milton Maguollo (Bom Pastor)			115	110	107	133	111	119
USF Sergio da Costa Perez (Del Rey)			65	86	86	82	100	71
USF Jose Rocha (Gavioli equipe I)			111	102	85	113	120	95
USF Jose Rocha (Gavioli equipe II)			105	112	91	107	107	89
USF Jose Ramiro Madeira (Euclides)			119	90	107	113	102	101
USF Alcione Nassori (Solo equipe I)			94	100	111	103	121	104
USF Alcione Nassori (Solo equipe II)			110	210	109	114	134	106
USF Alcione Nassori (Solo equipe III)			100	103	114	106	117	104
USF Armino Mastrocola (Santa Rosa)			126	119	111	97	130	110
USF Athos Procópio de Oliveira (Imperial)			103	106	101	117	105	105
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)			110	120	129	162	164	133
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	192	100%	107	108	114	140	143	116
USF Carlos Eduardo Bauab (Theodoro Rosa Filho)			105	92	120	144	107	101
USF Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)			113	85	69	128	128	88
USF Joao Miguel Calil (Santo Antonio)			110	95	97	112	106	60
USF Jose Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandes)			108	106	106	105	131	115
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I)			25	97	71	109	110	91
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe II)			122	90	87	132	103	96
USF Olavo Barros (Monte Líbano)			104	106	96	105	101	100
USF Sergio Banhos (Pachá)			113	93	121	102	117	104
USF Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)			88	85	94	104	110	95
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)			130	97	104	112	139	96
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)			121	51	108	132	143	106

Fonte: Relatório Anual do Observatório em Saúde de Catanduva (2019) – Secretaria de Saúde de Catanduva.

Tabela 6

Produção de consultas realizada pelos enfermeiros das unidades de atenção básica de saúde do município de Catanduva, no período de julho a dezembro de 2019.

Unidades de Saúde	Produção prevista	Meta - mês	JULHO %	AGOS %	SET %	OUT %	NOV %	DEZ %
USF Napoleão Pelicano (Alpino)			176	187	177	172	180	166
USF Milton Maguollo (Bom Pastor)			117	125	116	133	173	130
USF Sergio da Costa Perez (Del Rey)			83	80	82	101	97	72
USF Jose Rocha (Gavioli equipe I)			101	81	111	93	85	91
USF Jose Rocha (Gavioli equipe II)			101	103	90	91	84	86
USF Jose Ramiro Madeira (Euclides)			117	101	129	126	143	101
USF Alcione Nassori (Solo equipe I)			106	103	116	118	100	100
USF Alcione Nassori (Solo equipe II)			109	107	105	107	101	100
USF Alcione Nassori (Solo equipe III)			107	105	108	107	91	100
USF Armino Mastrocola (Santa Rosa)			131	113	118	123	121	109
USF Athos Procópio de Oliveira (Imperial)			102	121	100	102	126	100
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I)			139	103	96	97	110	60
USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II)	192	100%	98	79	85	85	79	70
USF Carlos Eduardo Bauab (Theodoro Rosa Filho)			98	104	115	100	71	77
USF Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)			85	101	125	126	103	89
USF Joao Miguel Calil (Santo Antonio)			44	103	87	89	90	89
USF Jose Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)			113	114	127	108	133	87
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I)			96	97	186	135	141	116
USF Michel Curi (Nosso Teto equipe II)			96	88	79	118	67	100
USF Olavo Barros (Monte Líbano)			104	137	95	109	136	116
USF Sergio Banhos (Pachá)			108	104	104	109	112	108
USF Gesabel Clemente Marques de la Haba (Pedro Nechar)			97	117	101	101	91	100
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe I)			111	104	101	121	98	76
USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II)			118	115	96	143	130	80

Fonte: Relatório Anual do Observatório em Saúde de Catanduva (2019) – Secretaria de Saúde de Catanduva.

Esses dados do ano de 2019 revelam que a produção dos enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família do município de Catanduva encontra-se, em sua maioria, acima do previsto no Contrato de Gestão. Entretanto, esse padrão não é visualizado em alguns meses de 7 das 18 unidades, segue adiante: USF Sérgio da Costa Perez (Del Rey) nos meses de janeiro, abril, junho, julho, agosto, setembro e dezembro, USF Jose Rocha (Gavioli equipe II) apenas no mês de novembro, USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe I) apenas no mês de dezembro, USF Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva equipe II) nos meses de agosto, novembro e dezembro, USF Carlos Eduardo Bauab (Theodoro Rosa Filho) nos meses de novembro e dezembro, USF João Miguel Calil (Santo Antonio) apenas no mês de junho,

USF Michel Curi (Nosso Teto equipe I) nos meses de janeiro e março, USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe I) apenas no mês de dezembro e USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II) no mês de fevereiro e dezembro.

DISCUSSÃO

O processo de contratualização, segundo pesquisas anteriores, remete a quatro etapas fundamentais, entre elas: a elaboração de metas, a definição de um plano de gerenciamento, a execução do contrato e o processo de acompanhamento¹⁸. A análise das metas propostas à Organização Social de Saúde se faz válida na verificação dos serviços, uma vez que indica se há adequada

efetividade e cumprimento dos planos designados à atenção básica.

Neste estudo, buscou-se relacionar, entre outras variáveis, o índice de resolubilidade médica da atenção primária de saúde ao modelo de gestão de organização social vigente no momento. Entre os resultados encontrados, a média da taxa de encaminhamentos realizados pela atenção primária durante o ano de 2019 foi inferior a 20%, demonstrando cumprimento da meta contratual.

Torna-se então, fundamental, a discussão sobre a resolubilidade da atenção básica, seus limites e possibilidades, a fim de otimizar e ampliar os serviços ofertados. Segundo o Ministério da Saúde, o poder da resolutividade permite a solução de 85% dos problemas de saúde da comunidade, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população¹⁹. A pactuação de metas necessita ser fundamentada na realidade local, nas necessidades da população, nos recursos existentes e na série histórica de indicadores. Tal realidade apresenta inúmeras dificuldades estruturais e socioeconômicas que perpetuam no sistema público de saúde e constituem empecilhos na resolução dos casos, como: baixa qualificação profissional, suprimentos disponíveis de forma irregular, financiamento insuficiente e falhas na organização da assistência²⁰. Além disso, os fluxos desorganizados de referência e contra-referência geram interferência na coordenação do cuidado, na longitudinalidade e como consequência na resolubilidade, já que dispomos de redes de atenção à saúde fragmentadas e não integradas. O que se observa no atual sistema, principalmente nos municípios de pequeno porte, é a oferta de uma rede assistencial fragmentada, desarticulada e mal distribuída²¹.

Para além dessa variável, quanto ao número de atendimentos médicos previstos no contrato e o realizado nas USF no ano de 2019, nota-se, em geral, resultados superiores a 85% dos 400 previstos, sugerindo uma elevada produção por parte das unidades avaliadas. Neste quesito, é importante salientar os diversos benefícios que esta pactuação gera na Atenção Primária à Saúde, pontuando principalmente o fato destas metas serem norteadoras dos serviços na medida em que asseguram a busca por resultados, a alocação de recursos de forma mais eficiente, o aumento

da autonomia gerencial por meio da descentralização e a ampliação da eficácia e efetividade das ações²⁰. Esta visão vai ao encontro de perspectivas que ressaltam a importância da avaliação a qual, de acordo com Araújo (2010), é realizada por meio da comparação entre as metas estabelecidas e as alcançadas, permitindo a identificação de acertos e erros para uma melhor adaptação da realidade²². A partir desse cenário de contratualização, Marty (2009) chega à conclusão de que o contrato de gestão representa um grande avanço gerencial para a Secretaria Municipal de Saúde uma vez que proporciona transformações, tornando os profissionais da saúde mais ativos e direcionados para o alcance dos indicadores e metas pactuados²³.

Por outro lado, é necessário não confundir cumprimento de metas com qualidade. Uma pesquisa realizada no município de Curitiba analisou, entre outras ideias centrais, o cumprimento de metas e o incentivo ao desenvolvimento da qualidade (IDQ). Nestes itens foi observado que os profissionais partilham da ideia de que muitas vezes a busca pelo número de procedimentos pactuados tem levado a não valorização da qualidade dos serviços prestados. Observou-se também que muitas vezes ocorria a realização de procedimentos desnecessários apenas para atingir a meta prevista ou até ultrapassá-la visando o recebimento de incentivos, o que pode vir a explicar o porquê muitas USF apresentam produção muito acima do esperado²⁰. Neste cenário, visualiza-se que ocorre uma valorização da quantidade sobre a qualidade diante da implementação de metas a serem atingidas, pontuando uma falha neste processo de contratualização.

Algumas oscilações consideráveis são visualizadas entre as unidades, tendo a exemplo a USF Isabel Ettruri (Flamingo equipe II) e a USF Napoleão Pellicano (Alpino). Enquanto a primeira não conseguiu atingir as metas previstas na maioria dos meses do 2.º semestre, a segunda extrapolou a meta em mais de 100% neste mesmo período avaliado. Essas variações se devem a múltiplos fatores como o perfil epidemiológico de cada Unidade de Saúde e as características socioeconômicas que interferem na busca maior ou menor pelos serviços de saúde. Outro ponto importante a ser destacado é o fato de que, muitas vezes,

não ocorre participação dos profissionais da saúde no processo de pactuação das metas, acarretando um desconhecimento quanto à realidade local e uma ausência de readequação desse contrato de forma particular. Devido a essas individualidades, Lima (1996) defende que o contrato de gestão envolve o estabelecimento periódico de compromissos pactuados entre o nível local e o nível central com o intuito de ampliar a participação e conceder maior autonomia ao nível local²⁴.

Já no âmbito do trabalho dos enfermeiros das unidades de saúde da família, propõe-se uma produção mínima de 85% da meta proposta pela prefeitura. Analisando a produção de 2019, verificou-se que a maior parte alcançou essa meta, com exceção de quatro unidades. Entretanto, o déficit destes foram pouco relevantes, ou seja, faltou pouca produção para o alcance do indicado.

Houve, segundo Marty (2009), intensificação do trabalho em equipe que estimulou o comprometimento em alcançar as metas, tornando os profissionais mais ativos²³. Esse alto desempenho pode ser observado em outras pesquisas como a realizada em Curitiba, que afirma ser devido à implementação contratos de gestão que estimularam a ampliação do comprometimento, proporcionando melhorias no que se refere à obediência aos protocolos clínicos, ao desempenho dos profissionais, ao processo de trabalho e à gestão²⁰. Assim, esse desenvolvimento das equipes inclui a de enfermagem que produz mais estando sob comando de um contrato de gestão, como mostra a pesquisa "As Organizações Sociais de Saúde como Forma de Gestão Público/Privado", assim como foi demonstrado na pesquisa atual tal vantagem²⁵.

CONCLUSÃO

O modelo de administração da saúde pública, exercido no presente estudo por uma Organização Social de Saúde, é referência de desempenho na execução dos serviços designados pelo contrato de gestão, apresentando adequada eficácia em sua atividade. Constata-se que as metas de gestão atribuídas à OSS, como a taxa de encaminhamento médico, a produção de enfermagem e a produção médica foram cumpridas pelas unidades de saúde conforme os valores

de referência pactuados pela contratante. Nesse sentido, quando se avalia a questão da produtividade, as metas presentes no contrato de gestão são consideravelmente favoráveis à administração das unidades de saúde. Porém, é preciso que esse acordo seja lapidado a fim de que esta gestão aja de acordo com a realidade de cada região de atuação e prevaleça a valorização da qualidade do atendimento.

Apesar da grande discussão e da popularidade do assunto, há carência de dados científicos relativos aos efeitos das Organizações Sociais de Saúde e suas consequências na saúde pública. É indubitável: a administração realizada pelas OSS se faz gradativamente crescente e impacta diretamente nos serviços ofertados à sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2. Starfield B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília UNESCO, Ministério da Saúde. 2002 ;726p.
3. Portela GZ. Atenção primária á saúde: Um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. 2017;27(2):255-76.
4. Viana ALD, Yazle Rocha JS, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Models of primary health care in large cities in the State of São Paulo: Effectiveness, efficaciousness, sustainability and governableness. *Cienc e Saude Coletiva*. 2006;11(3):577-606.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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. [Internet]. [citado em 24 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html.
6. Brasil. Constituição 1988. DOU de 05/10/1988 (nº 191-A, Seção I, pág. 1). [Internet]. [citado em 24 jun. 2018]. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_82188_CONSTITUICAO_DA_REPUBLICA_FEDERATIVA_DO_BRASIL_DE_1988.aspx.
7. Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio 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. [Internet]. [citado em 24 jun.

- 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.html.
8. Taborda W, Gomes MC, Paschoa NF, Barata LRB. Organizações. Sociais de Saúde no Estado de São Paulo: fundamentos e resultados. In: Modesto P. Terceiro Setor e parcerias na área da Saúde. Belo Horizonte, MG: Editora Fórum; 2011.
 9. Di Pietro MSZ. Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquias, terceirização, parceria público-privada e outras formas. *Direito Adm.* 2016;1096.
 10. Prefeitura Municipal de São Paulo. Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS) [Internet]. [acesso 10 de agosto de 2020]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347.
 11. Martin LL. Performance contracting: Extending performance measurement to another level. *Public Adm Times.* 1999;22(1):1-8.
 12. Domgember S, Hensher D. On the Performance of Competitively Tendered, Public Sector Cleaning Contracts. *Public Adm.* 1993;71(3):441-54.
 13. André AM. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. *Revista de Administração Pública* 1999; 39:42-52.
 14. Conselho Nacional de Secretaria da Saúde. A Gestão administrativa e financeira no SUS. p23-25. Brasília, 2011. (https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_8.pdf)
 15. Secretaria da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado; 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, 2).
 16. Silva VM, Lima SML, Teixeira M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde Debate* 2015; 39:145-54
 17. Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU. Natal: EDUFRN; 1999. p. 387-400
 18. Dagmar J, Lobo B, Souza HF, Cassiano E, Nascimento V. Contratualização na Saúde : proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. *Rev Adm em Saúde.* 2010;12(46):15-22.
 19. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: A implementação da Unidade de Saúde da Família – Caderno 1; 1ªed; Brasília, 2000; 44p.
 20. Zermiani TC. Contratos de gestão e avaliação por resultados no setor público da saúde: a experiência no processo de trabalho na atenção primária no município de Curitiba-Pr. 2017;14(1):155.
 21. GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.3, p. 281-96, 2009.
 22. Araújo, MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington. 2010; 27(3): 230-236.
 23. Marty, IK. Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. In: Giacomini CH. Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2009.
 24. Lima, SML. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 1996. 30(5):101-138.
 25. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2483-2495, 2010.

Participação dos Autores

Julia Baesso Messiano: revisão bibliográfica, coleta de dados, interpretação dos dados, redação do manuscrito (Resumo/Abstract, Introdução, Discussão e Referências). *Vitória Ambrósio Fernandes*: revisão bibliográfica, coleta de dados, interpretação dos dados, redação do manuscrito (Resumo/Abstract, Introdução, Métodos). *Karina Mirandola de Lazari*: revisão bibliográfica, coleta de dados e redação do manuscrito (Conclusão, Métodos e Resultados). *João Marcelo Porcionato*: idealização do estudo, delineamento da análise, análise estatística e revisão final do manuscrito.

Atribuições: Idealização do estudo, delineamento da análise, análise estatística e revisão final do manuscrito.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Os autores se responsabilizam pelo conteúdo deste trabalho.

FINANCIAMENTO

Trabalho realizado através de financiamento próprio dos autores.

APROVAÇÃO ÉTICA

Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Padre Albino. Parecer N.º 4.333.977.

Autor Correspondente:

Julia Baesso Messiano

julia.baesso@hotmail.com

Editor

Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 03/02/2021

Aprovado: 11/04/2022
