



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Carneiro Junior, Nivaldo; Barbosa do Nascimento, Vânia; Cabral Costa, Ieda Maria
Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações
preliminares

Saúde e Sociedade, vol. 20, núm. 4, outubro-diciembre, 2011, pp. 971-979

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263680014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares

Public-Private Relationship in Primary Care: preliminary considerations

Nivaldo Carneiro Junior

Médico sanitarista. Doutor em Medicina Preventiva. Professor da Faculdade de Medicina do ABC e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Endereço: Av. Príncipe de Gales, n 821, Vila Príncipe de Gales, CEP 09060-870, Santo André, SP, Brasil.

E-mail: nicarneirojr@uol.com.br

Vânia Barbosa do Nascimento

Médica sanitarista. Doutora em Medicina Preventiva. Professora da Faculdade de Medicina do ABC.

Endereço: Av. Príncipe de Gales, n 821, Vila Príncipe de Gales, CEP 09060-870, Santo André, SP, Brasil.

E-mail: vaniabn@uol.com.br

Ieda Maria Cabral Costa

Médica sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Professora da Faculdade de Medicina do ABC.

Endereço: Av. Príncipe de Gales, n 821, Vila Príncipe de Gales, CEP 09060-870, Santo André, SP, Brasil.

E-mail: iedacbr@uol.com.br

Resumo

Esse artigo tem como objetivo apresentar alguns apontamentos sobre a relação público e privado na organização e prestação de serviços primários em saúde no contexto das políticas atuais do Sistema Único de Saúde. O debate público e privado na saúde tomou fôlego no contexto do movimento de reforma do Estado a partir de 1980, apresentando concepções que questionam o papel do Estado na execução direta de bens sociais, em que foi criticada sua eficiência para operar os serviços públicos. Nessa perspectiva, as instituições sem fins lucrativos colocaram-se como agentes sociais privilegiados para assumir essa função em parceria com o Poder público. Nos sistemas nacionais de saúde a atenção primária tem sido historicamente responsabilidade direta do Estado. Contudo, no contexto das reformas aparecem proposições para a flexibilização a centralidade estatal, passando para o setor privado a função de viabilizar os serviços primários. No Brasil, essa questão surgiu fortemente a partir de 1990 com a estratégia saúde da família, na contratação de profissionais, através de parcerias entre o Poder público e entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, possibilitando sua implantação e ampliação, particularmente nos grandes centros urbanos. O estado de São Paulo tem acumulado vasta experiência na articulação público e privado em saúde, particularmente, na atenção básica, através das organizações sociais. Faz-se necessário qualificar o debate da relação público-privado, em especial, na política da atenção básica em saúde, reconhecendo possibilidades e limites da atuação do setor não estatal.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Parceria público-privada; Programa de Saúde da Família; Modernização do setor público.

Abstract

This paper aims to present some notes on the public-private relationship in the organization and provision of primary care services in the context of the current policies of *Sistema Único de Saúde* (SUS – Brazil's National Health System). The debate on the public-private relationship in health care emerged as a major issue in the context of the State reform movement from 1980 onwards, presenting views that challenge the government's role in providing social goods, and criticizing its efficiency in running public services. Thus, the nonprofit (non-governmental – NGO) organizations arise as the social agents that are suitable to play this role in partnership with public power/government. Traditionally, primary health care has been a direct responsibility of the government, but in the context of the reforms, proposals have been made to change this central governance, moving the task of running primary care services and facilities towards the private sector. In Brazil, this question emerged more forcefully at the beginning of the 1990s with the recruitment of professionals through partnerships between the public sector, charities and nonprofit organizations, enabling the implementation and expansion of the Family Health Strategy, particularly in large urban centers. The state of São Paulo has accumulated extensive experience in the articulation between public and private in health care, particularly in primary care, through social organizations. It is necessary to enhance the debate about the public-private relationship, especially in primary care, in order to recognize the possibilities and limits of actions by the non-governmental sector.

Keywords: Primary Health Care, Public-Private Partnership, Family Health Program, Public Sector Modernization.

Introdução

A participação do Estado na economia e na produção de bens sociais e o tamanho de sua estrutura burocrática e de serviços ocupam boa parte das preocupações, discussões e proposições de reforma por parte de agentes públicos e sociais. Esse debate aponta uma rearticulação da relação entre o Estado e a Sociedade ou a relação entre o público e o privado (Fiori, 1995).

As três últimas décadas do Século XX foram dominadas centralmente por esse debate, formulações e implantação de políticas reorientadoras do papel do Estado, o que foi chamado de “movimento de reforma do Estado”, polarizando-se a relação público-privado (Draibe, 1997; Evans, 1992).

Nesse movimento de reforma da concepção do Estado e de sua burocracia, predomina uma lógica reducionista, com acento de um viés administrativo, isto é, considera-se questão gerencial a função do aparelho estatal na produção de bens sociais (Carneiro Junior, 2002).

Caracterizadas, fundamentalmente, por uma defesa intransigente nas necessárias mudanças das instituições estatais ao preconizarem a contenção de custos e controle de gastos, as reformas resultaram em extinção e fusão de órgãos próprios e repasse de suas funções para setores do mercado – setor privado ou terceiro setor. Nessa direção, foram alteradas as formulações das políticas sociais, que passaram a priorizar a execução de programas assistenciais considerados básicos, dirigidos para segmentos populacionais em situação de pobreza (Gerschman, 1999; Vergara, 2000).

No caso brasileiro, Cohn (2001) identifica essas questões como parte de uma tendência que emergiu após a Constituição de 1988, quando se esvaziou a discussão política sobre as novas articulações implementadas nas relações de Estado e Sociedade e privilegiaram-se as temáticas mais tecnocráticas, como gerenciamento, normatização, avaliação de serviços, entre outras.

Há que se reconhecer nesse contexto as transformações contemporâneas na relação Estado e Sociedade, que exigem mudanças nas instituições, visando a incorporar, na formulação e no planeja-

mento das ações, agentes sociais relacionados ao Estado, ao mercado e à comunidade, imbricados numa relação política (Offe, 1999).

Nessa perspectiva, as instituições de caráter privado sem fins lucrativos, situadas entre o mercado e o Estado, empresas administradas com a lógica do setor privado, porém, com finalidades de interesse público, credenciam-se como um dos principais agentes da sociedade civil nesse processo de reforma do Estado (Franco, 1999).

Também denominadas de terceiro setor, essas instituições têm origem, definições e vocações que não são unívocas. Nos países centrais são, muitas vezes, denominadas economia social, setor voluntariado ou organizações não lucrativas. Nos países periféricos são conhecidas como organizações não governamentais, ONGs (Fernandes, 1994; Santos, 1999).

O fortalecimento do terceiro setor nessa relação com o Estado na execução de bens sociais, além de provocar mudanças de orientação da relação público-privado, faz ampliar o conceito de público como não exclusivamente sinônimo de estatal, emergindo outro, isto é, o público não estatal.

No Brasil, nessas últimas décadas, particularmente na área da saúde, a assistência médico-hospitalar tem sido o foco de implementações de políticas e dispositivos legais que visam à delegação de bens e serviços públicos para entes privados não lucrativos, o que vem resultando em estratégias de reorganização dessa prestação de serviço à população (Carneiro Junior e Elias, 2006).

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) historicamente não foram vistos como alvos de repasses para o setor não estatal, ficando necessariamente sob responsabilidade direta do Estado a execução de suas ações (Gerschman, 1999; Vergara, 2000).

Essa característica inserção da APS como de responsabilidade da esfera estatal e orientada para o reordenamento do sistema de saúde, tem, paradoxalmente, demonstrado sua grande fragilidade, isto é, pouca influência no mercado de produção de bens e de serviços, pois fica a margem das decisões das esferas políticas e econômicas, em vários países, particularmente no Brasil (Göttems e Pires, 2009).

A Relação entre Público e Privado na Política de Implantação da Atenção Primária à Saúde

O documento “A Atenção Primária em Saúde, agora mais do que nunca” divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2008 propõe sistemas universais de saúde orientados à Atenção Primária à Saúde, significando a APS como estratégia de organização pautada na saúde como direito universal, equitativo e solidário (Göttems e Pires, 2009).

Os sistemas de saúde baseados na atenção primária possuem elementos estruturais e funcionais que asseguram cobertura e acesso universal a ações e serviços como: a) marco legal e organizacional sólidos; b) recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis; c) organização e gestão ótimas; d) atenção integral e continuada; e) ênfase na promoção e prevenção; f) atenção adequada; g) orientação familiar e comunitária; h) mecanismos de participação ativa; i) políticas e programas equitativos; j) primeiro contato; k) respostas às necessidades de saúde da população e, l) ações intersetoriais (OPAS, 2007).

Aparentemente é consenso a noção de que os sistemas de saúde orientados à atenção primária quando comparados aos que se estruturam na lógica da atenção especializada apresentem melhores resultados de saúde para a população, mais equidade, melhor acesso, maior satisfação dos usuários e custos globais menores, de acordo com evidências internacionais (OPAS, 2007). Apesar disso, esses atributos não devem ser de pronto generalizados dado que evidências da eficácia e da efetividade da atenção primária são observadas em ambientes e países muito diversos, com entendimento não uniforme da atenção primária à saúde, diferentes arquiteturas e dinâmicas de sistemas de saúde, bem como formas de organização, financiamento e modelos de prestação de serviços bastante diversificados (Atun, 2004).

Os países com modelo de Sistema Nacional de Saúde, com financiamento fiscal, tendem a ter atenção primária mais estruturada e com melhores resultados do que aqueles com o modelo de seguro social de saúde. Nos primeiros, os cuidados primários são

financiados e predominantemente prestados por instituições governamentais. Contudo, a partir das reformas da saúde que se desenvolveram na década de 1990 essa situação foi mudando progressivamente e a experiência adquirida pelos vários países na estruturação e operação da APS levou a proposição de “sistemas de saúde pluralísticos num contexto globalizado” (OMS, 2008).

No mundo inteiro, várias iniciativas têm sido desenvolvidas no sentido de experimentar novas modalidades de gestão e de prestação de serviços de atenção primária com mais autonomia de gestão, buscando mais eficiência e melhores resultados de saúde para a população. Na Europa Ocidental, duas estratégias têm sido principalmente utilizadas (Sheaff e col., 2006):

- a instituição da **competição** entre prestadores públicos através do chamado “mercado público”, concedendo incentivos financeiros aos prestadores de serviços de atenção primária que diminuíssem os custos ou aumentassem a quantidade de procedimentos dentro de um teto financeiro estabelecido. Além disso, vários países transformaram os prestadores públicos em “empresas públicas” com autonomia de gestão, mas reguladas pelo Governo.
- a **privatização** da atenção primária com medidas como a substituição progressiva do financiamento público pelo privado através da instituição de regimes de copagamentos para utilização dos serviços e a privatização de vários prestadores de serviços de atenção primária.

Apesar de ter sido introduzida no Brasil no início do século passado, a atenção primária, aqui rebatizada como atenção básica, consolidou-se no início dos anos 1990, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do seu precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Mendes, 2009).

A implantação da estratégia de saúde da família desde o início foi marcada pela introdução de estratégias de flexibilização das relações de trabalho para a inserção dos profissionais em suas equipes, recorrendo a formas alternativas de contratação de recursos humanos justificadas, em parte pela singularidade do trabalho do agente comunitário de saúde.

Em 1991, em um seminário realizado no estado da Paraíba, com o objetivo de divulgar e ampliar o

debate sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), discutiu-se a vinculação institucional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Desde então já se procurava estabelecer “a diferença entre a vinculação institucional dos ACS e a sua forma de contratação”. No referido evento chegou-se a conclusão de que “os ACS são vinculados às suas famílias/comunidades”, sendo responsáveis pela interlocução com os serviços de saúde, “em uma ‘inovadora’ parceria sociedade-governo, logo, são ‘funcionários’ públicos não estatais”, devendo ser contratados por entidades não governamentais em função da “natureza do seu trabalho” (Sousa, 2001).

Em 2002, o Ministério da Saúde confirmou essa tendência ao divulgar o documento “Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite”, em que ofereceu às Prefeituras o Termo de Parceria com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) como “alternativa concreta” para resolver a questão do vínculo dos ACS (Brasil, 2002). Entretanto, cabe esclarecer que atualmente a contratação dos ACS ocorre através de processo seletivo público em conformidade com a Emenda Constitucional nº 51, regulamentada pela Lei Federal nº. 11.350/06 (Brasil, 2006a).

Também no início da década de 1990, o município de Niterói (RJ), através da Fundação Municipal de Saúde, estabeleceu um contrato de cogestão com as Associações de Moradores das comunidades cobertas pelo Programa Médico de Família, delegando a elas a responsabilidade pela contratação dos profissionais e a fiscalização da prestação de serviços (Nascimento, 2006).

A reconfiguração da relação entre público e privado na atenção primária decorrente da flexibilização das relações de trabalho viabilizou a efetivação de parcerias entre os municípios e uma variedade de novas e velhas instituições – Organizações Não Governamentais, Cooperativas, Associações de Moradores, Fundações de Apoio, Associações Religiosas, Oscip, Organizações Sociais e Fundações Estatais entre outras entidades similares – para contratação dos profissionais das equipes de saúde da família e, mais recentemente, para gerenciamento e prestação direta dos serviços (Brasil, 2005).

Para Viana e DalPoz (2005) o PSF, ao procurar fugir dos limites impostos pela gerência pública

para contratação e remuneração dos recursos humanos, estabeleceu novos tipos de parceria com a sociedade, tornando-se uma espécie de “laboratório de experiências para reformas mais profundas nas formas de operação das políticas sociais”.

A Relação entre Público e Privado para Viabilizar a Implantação da ESF nas Grandes Cidades

A transferência do poder de decisão e de execução de determinadas tarefas públicas para as unidades locais de governo é considerada ainda uma estratégia complexa e de difícil operacionalização, quando se trata de encarar as capacidades administrativas e institucionais para operar no âmbito subnacional programas sociais (Nascimento, 2001).

No Brasil, existe um grande número de municípios sem capacidade fiscal e administrativa. Para tanto, o governo federal tem adotado o recurso às estratégias de indução para compensar os obstáculos à descentralização, diante da implantação de suas prioridades políticas (Arrette, 1998).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou a incorporar a agenda do governo federal como uma das prioridades na reorientação do modelo de organização da atenção à saúde no país, no interior de uma nova proposta de oferta de serviços e de financiamento da atenção básica à saúde. A partir de então, o Ministério da Saúde tem adotado estratégias articuladas, procurando criar mecanismos indutores para que os municípios passem a assumi-la com prioridade no conjunto de suas responsabilidades para com a saúde (Brasil, 2006b).

O grande desafio para o Ministério da Saúde tem sido expandir a ESF para os grandes centros urbanos. Para induzir a conversão do modelo assistencial nas médias e grandes cidades, em 2002, o Ministério da Saúde instituiu, com financiamento do Banco Mundial, o Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf) com a expectativa de modificar o modelo assistencial vigente através do fomento a sua substituição pela estratégia de saúde da família na atenção básica em municípios com mais de 100 mil habitantes (Brasil, 2005).

Não obstante, as características dos aglomerados urbanos, por si só, já justificam as dificuldades relativas à implantação dos desenhos propostos para a organização do sistema de atenção à saúde nessas localidades. Destacam-se aqui algumas delas (Nascimento e Costa, 2009):

1. Concentração populacional *versus* déficit expressivo na oferta de serviços de saúde, que requerem intervenção audaz em termos de volume de serviços a serem implantados simultaneamente. Por vezes, atender apenas uma parcela dessa população concentrada torna-se praticamente impossível, demandando agilidade técnica e administrativa, comprometida muitas vezes pelo rito burocrático dos governos locais.
2. Fragmentação urbana das grandes cidades é uma realidade, dificultando a implantação das estratégias recomendadas. Os condomínios residenciais, os *shoppings centers*, hipermercados e áreas industriais contribuem para a segregação, desigualdades intraterritoriais e a discriminação social nessas cidades. Os territórios tornam-se descontínuos em que núcleos populacionais de baixa renda ficam encravados em áreas industriais, comerciais e de condomínios de alto padrão.
3. A periferização e o perfil de morbi-mortalidade, com destaque para a violência e a pobreza, têm se tornado um impedimento para a expansão e consolidação da saúde da família em áreas metropolitanas devido a uma série de dificuldades, sendo a principal a fixação de profissionais de saúde, especialmente médicos, para atuar em tais áreas. A alta rotatividade dos médicos nas equipes de saúde da família é outro fator que compromete a estratégia, que aposta no vínculo do profissional com a sua clientela. Apesar de não ser um fenômeno exclusivo das grandes cidades, é evidente que a extensa malha urbana, com dificuldade de deslocamento devido ao trânsito caótico e a longas distâncias, estimulam a rotatividade dos profissionais. Esses profissionais são facilmente atraídos para trabalhar em locais mais centrais e com menos risco. Há que ter estratégias para atrair novos profissionais e agilidade na contratação.
4. Situação territorial e predial das cidades metropolitanas, tais como extensas áreas não regularizadas e imóveis sem título de propriedade. Isso impede

que a administração pública construa ou alugue um imóvel em territórios com essas condições, que remetem à busca de alternativas para superar esse problema.

5. A gestão descentralizada dos serviços de saúde nos grandes aglomerados urbanos afirma-se no interior de um contexto histórico marcado pela forte presença da medicina privada. Todavia, não se torna imune a essa realidade. A concentração da iniciativa privada nos aglomerados urbanos provoca uma grande tensão no modelo de atenção à saúde, diante das distintas racionalidades entre os sistemas públicos e o privado. Convive-se com dois movimentos contraditórios. Se por um lado, denota-se um movimento de certo modo pacífico de vinculação do setor público aos interesses privados e corporativos, de complementaridade de ações em saúde e de segmentação da clientela usuária. De outro, a distinta lógica de organização e utilização dos serviços pressiona o sistema público a adotar mecanismos para satisfazer a necessidade de consumo de procedimentos em saúde pela população, estimulados pela economia de mercado do setor privado.

As singularidades do território das grandes cidades, tais como as já apontadas, têm contribuído para retardar o ritmo do cumprimento das metas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família estabelecidas para o conjunto do país.

Superar as dificuldades encontradas pelo governo local para garantir agilidade na administração dos meios à implantação dos programas de saúde, tal como a ESF, coincide com o fenômeno apontado por Oliveira e Schwanka (2008) sobre o crescente consenso a partir da década de 1990, principalmente na Europa, sobre a necessária articulação entre os distintos níveis de Governo e entre este e as organizações empresariais e da sociedade civil, a fim de garantir eficácia e legitimidade da atuação pública diante das demandas sociais.

Assim, parcerias do governo local com entidades não lucrativas surgem como novas alternativas de gestão para garantir flexibilidade e agilidade diante do cumprimento das exigências colocadas pelo governo federal como condição para o financiamento da ESF. Para atender aos prazos e às metas de cobertura estabelecidas com a agilidade

requerida pelas normas e portarias, parcerias com entidades privadas têm sido realizadas, viabilizando principalmente nos grandes centros urbanos a contratação de agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde; aluguel de imóveis para transformá-los em unidades de atendimento em áreas urbanas irregulares; reformas e adequações de imóveis; aquisição ágil de materiais e equipamentos, realização de capacitações; reposição de profissionais devido à alta rotatividade; incentivo salarial para médicos atuarem nas periferias das cidades; entre outros.

Há que ressaltar também a permanente tensão devido aos recursos limitados e as dificuldades gerenciais do setor público para atingir metas assistenciais e conferir eficácia e eficiência de ação, exigências encontradas no cotidiano da iniciativa privada. Essa tensão se expressa com muita ênfase no setor saúde, já que envolve a necessária agilidade na aquisição de inovações tecnológicas, incremento constante na oferta de procedimentos médicos, exames e insumos, diversificação e especialização das práticas, instalações modernas e acolhedoras. Isso também tem justificado a aproximação dos governos locais junto às instituições privadas sem fins lucrativos, como meio de otimizar os recursos de acordo com as necessidades.

Sobressai, ainda, o debate de como administrar grandes cidades dentro de um contexto político-institucional, que equilibra o poder político e tributário das três esferas governamentais e que confere uma série de competências e responsabilidades ao governo local para a execução de políticas públicas. Convém lembrar que nessas cidades ainda convive-se com a limitada capacidade institucional para operar uma realidade complexa e marcadas pela histórica desigualdade social e econômica intra e intermunicipal. O que se tem observado é a crescente e variadas formas de parcerias entre governos e setor privado da saúde, com preferência às entidades não governamentais.

Assim, em todo esse contexto, entram no jogo decisório novos atores e instituições, públicas e privadas, com o propósito de dar cabo às possibilidades gerenciais, demandando um necessário processo de governança para dar conta dos interesses públicos.

O Debate Público e Privado e sua Presença na Política de Atenção Básica na Cidade de São Paulo

No contexto desse debate sobre o público e o privado, é merecedor de nota o que aconteceu a partir da metade dos anos 1990, na cidade de São Paulo, com a política de ampliação da Atenção Básica em Saúde, na qual foi delegado a uma entidade privada sem fins lucrativos o gerenciamento e a execução desses serviços pelo Governo estadual (Barradas e col., 2004).

Essa política data de 1996, através de convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e a Casa de Saúde Santa Marcelina, visando à implantação do Programa de Saúde da Família em uma região densamente povoada, economicamente desfavorável e com déficit de unidades básicas de saúde primárias com experiência na assistência à saúde. Essa iniciativa ficou denominada de Qualis (Qualidade Integral à Saúde), tão logo ampliada para outras regiões da cidade (Capistrano, 1999).

A partir de 2001, com a organização da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo, ocorrendo a municipalização dos serviços de saúde, o Poder público municipal adotou o PSF como modelo de Atenção Primária à Saúde, seguindo a orientação do Ministério da Saúde, e elegeu a estratégia da parceria com entidades públicas não estatais para viabilizar a ampliação e a consolidação da política de Atenção Básica no município, firmando nesse momento termo de convênio com 12 instituições, que têm em seus “currículos” importantes trajetórias nas áreas da assistência social e de saúde, algumas delas com prestação de serviços especializados em saúde – secundários e terciários – e formadoras de recursos humanos na área (Tambellini, 2008).

Nos dias atuais a Prefeitura da Cidade de São Paulo encaminhou à Câmara Municipal a Lei 14.132 de 24 de Janeiro de 2006 (São Paulo, 2006), que institui as Organizações Sociais, estabelecendo através de contrato de gestão o repasse de serviços de saúde municipais, e nesse caso não se restringindo à Atenção Básica, em uma determinada região para entidade sem fins lucrativo, orientado por um conjunto de metas assistenciais.

Considerações Finais

Este artigo expôs o debate ainda inicial da relação público e privado na organização e na gestão pública da atenção primária à saúde. Com acúmulo já existente nos países centrais, em nosso meio é incipiente, apesar de várias experiências e arranjos jurídico-institucionais em andamento a partir da implantação da estratégia saúde da família como modelo de atenção primária e ordenador do Sistema Único de Saúde.

Em virtude da tendência crescente de parcerias público-privadas surge o debate da governança, como a ênfase na boa interação entre governo, sociedade civil e setor privado. A dificuldade de estabelecer resultados objetivos na Estratégia de Saúde da Família coloca para o setor público o papel de liderança na definição de mecanismos de contratualização e controle das ações a serem desenvolvidas, bem como a capacidade de mobilização dos distintos atores envolvidos na criação de instrumentos de gestão interorganizacionais e definição de prioridades e processos.

Nessa perspectiva, experiências em andamento, particularmente na cidade de São Paulo, são promissoras e merecedoras de investigações com metodologias e referenciais teóricos necessariamente reformulados para essa nova realidade social da organização dos serviços e das políticas públicas.

Essas são algumas questões que se apresentam neste texto, as quais visam incentivar e promover discussões necessárias, articuladas com outros aspectos constituintes da atenção primária à saúde, qualificando, assim, o seu papel ordenador do sistema de saúde e coordenador do cuidado integral.

Referências

ARRETCHE, M. T. S. *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes*. 1998. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

ATUN, R. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2011.

BARRADAS, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, n. 13, v. 1, p. 15-24, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf> Acesso em: 27 mar. 2011.

BRASIL. Lei n. 11.350, de 05 de Outubro de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo. Brasília, 06 out. 2006a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Saúde da Família. *Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos*: síntese dos principais resultados. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2005.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 89-100, 1999.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P. E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 40, v. 5, p. 914-20, 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N. *O setor público não estatal*: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. 2002. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

COHN, A. Saúde e democracia: o resgate da política. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 7. Santos. *Anais...* São Paulo: APSP, 2001. p. 12-19.

DRAIBE, S. M. A política social na América Latina: o que ensinam as experiências recentes de reformas. In: DINIZ, E.; AZEVEDO, S. (Ed.). *Reforma de Estado e democracia no Brasil*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997. p. 213-58.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. *Lua Nova*, São Paulo, n. 28/29, p. 107-156, 1992.

FERNANDES, R. C. *Privado porém público*: o terceiro setor na América Latina. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FIORI, J. L. *O vôo da coruja*: uma leitura não liberal da crise do Estado desenvolvimentista. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1995.

FRANCO, A. A reforma do Estado e o terceiro setor. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Ed.). *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, 1999. p. 273-89.

GERSCHMAN, S. Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 293-302, 1999.

GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. 18, v. 2, p. 189-98, 2009.

MENDES, E. V. *Agora mais que nunca*: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=10&Itemid=41&limitstart=5> Acesso em: 3 abr. 2011.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização dos serviços de saúde no Brasil. In: COHN, A. (org.). *Saúde da Família e SUS: convergência e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue Editorial; São Paulo: CEDEC, 2009. p. 67-92.

NASCIMENTO, V. B. Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde. *Lua Nova*, São Paulo, n. 52, p. 29-67, 2001.

NASCIMENTO, S. *Gestão Participativa?* Atuação das lideranças das associações de moradores, co-gestoras do Programa Médico de Família. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

OFFE, C. A atual transição da história e algumas opções básicas para as instituições da sociedade. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (ed.). *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, 1999. p. 119-45.

Oliveira, G. J.; SCHWANKA, C. *A administração consensual como a nova face da administração pública no séc. XXI: fundamentos dogmáticos, formas de expressão e instrumentos de ação*. 2008. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manuel/arquivos/anais/salvador/gustavo_henrique_justino_de_oliveira.pdf> Acesso em: 4 abr. 2011.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS, 2007. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2011.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008. *Cuidados de saúde primários agora mais que nunca*. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2011.

SANTOS, B. S. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (ed.). *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, 1999. p. 243-71.

SÃO PAULO (Município). Lei n. 14.132, de 24 de Janeiro de 2006. *Diário Oficial do Município*. São Paulo, 24 de Janeiro de 2006.

SHEAFF, R. et al. The evolving public-private mix. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (ed.). *Primary care is in the driver's seat?* Organizational Reform in European Primary Care. Berkshire: McGraw-Hill, 2006. Chapter 7. p. 129-146. (European Observatory on Health Systems and Policies Series). Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2011.

SOUSA, M. F. *Agentes comunitários de saúde: choque de povo!* São Paulo, Editora HUCITEC, 2001.

TAMBELLINI, E. F. *A participação das organizações parceiras na atenção básica em saúde no município de São Paulo*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2008.

VERGARA, C. El contexto de las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 8, n. 1/2, p. 7-12, 2000.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 15, supl, p. 225-64, 2005.

Recebido em: 12/05/2011

Aprovado em: 15/06/2011