

Gestão pública da saúde por entes privados: estudo de caso do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município do Rio de Janeiro¹.

Public health management by private entities: a case study of the Residency Program in Family and Community Medicine in the city of Rio de Janeiro.

Gestión pública de la salud por entes privados: estudio de caso del Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad en el municipio de Río de Janeiro.

Aluísio Gomes da Silva Junior - agsilvaj@gmail.com

Mayara Secco Torres da Silva - secco.mayara@gmail.com

UFF

Niterói, Rio de Janeiro - Brasil

Nínive dos Santos - santos.ninive@gmail.com

Claudia March - cmarch38@gmail.com

UFF

Niterói, Rio de Janeiro - Brasil

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar a gestão do Programa de Residência em Medicina e Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, operada por entes privados, à luz do debate da Reforma do Estado. Para tanto, vale-se de uma revisão integrativa, conjugando diversas fontes de informação, como contratos de gestão, publicações científicas em bases de dados, chamadas públicas e relatórios de gestão disponibilizados. A partir disso, pode-se observar avanços introduzidos pela gestão indireta no que tange agilidade de contratação de pessoal, serviços e compra de materiais e equipamentos. Também foi possível implementar um plano de carreira municipal, com inovações no que tange a remuneração e ferramentas assistenciais e pedagógicas. Entretanto, a contratação de recursos humanos enfrenta problemas em relação à transparência e natureza de vínculos empregatícios. É notável também uma progressiva sobrecarga de trabalho aos profissionais que atuam no Programa, assim como a necessidade de estabelecer mecanismos de transparência mais concretos. Apesar de diversos componentes da gestão do Programa se alinharem com os princípios da Nova Administração Pública, as informações disponíveis publicamente não permitem análises mais aprofundadas dos processos de gestão, de modo que outras pesquisas devem ser estimuladas.

Palavras-chave: administração pública; reforma do estado; residência médica.

ABSTRACT

This article aims to analyze the management of the Residency Program in Family and Community Medicine of the Municipal Health Department of Rio de Janeiro, operated by private entities, in the light of the State Reform debate. For that, it uses an integrative review, combining several sources of information, such as management contracts, scientific publications in databases, public calls and management reports made available. From this, it can be observed the advances introduced by the indirect management in what concerns the agility of hiring of personnel, services and purchase of materials and equipment. It was also possible to implement a municipal career plan, with innovations regarding pay and assistance and pedagogical tools. However, the hiring of human resources faces problems regarding the transparency and nature of employment links. It is also noticeable a progressive overload of work to the professionals who work in the Program, as well as the need to establish more concrete transparency mechanisms. Although various components of Program management align with New Public Service principles, publicly available information does not allow for further analysis of management processes, so other research should be encouraged.

Keywords: public administration; state reform; medicine residency program.

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo analizar la gestión del Programa de Residencia en Medicina y Familia y Comunidad de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro, operada por entes privados, a la luz del debate de la Reforma del Estado. Para ello, se vale de una revisión integrativa, conjugando diversas fuentes de información, como contratos de gestión, publicaciones científicas en bases de datos, llamadas públicas e informes de gestión disponibles. A partir de eso, se pueden observar avances introducidos por la gestión indirecta en lo que se refiere a la agilidad de contratación de personal, servicios y compra de materiales y equipamientos. También fue posible implementar un plan de carrera municipal, con innovaciones en lo que se refiere a la remuneración y herramientas asistenciales y pedagógicas. Sin embargo, la contratación de recursos humanos enfrenta problemas con la transparencia y la naturaleza de vínculos de trabajo. Es notable también una progresiva sobrecarga de trabajo a los profesionales que actúan en el Programa, así como la necesidad de establecer mecanismos de transparencia más concretos. A pesar de que diversos componentes de la gestión del Programa se alinean con los principios de la Nueva Administración Pública, la información disponible públicamente no permite análisis más profundos de los procesos de gestión, de modo que otras investigaciones deben ser estimuladas.

Palabras clave: administración pública; reforma del estado; residencia medica.

INTRODUÇÃO

Um dos principais desafios para a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido o déficit de médicos capacitados para atuar na área. Isso se explica pelo aquecimento do mercado de trabalho médico nos últimos 25 anos, em decorrência da implantação do SUS e da expansão da saúde suplementar.

Ao mesmo tempo, a formação também foi insuficiente ao longo desse período. Silva Junior e Andrade (2016) dizem que “O apropriado provimento e a devida qualificação profissional, em especial de médicos, para as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um dos desafios para a estruturação da APS no Brasil.”. Para enfrentar essa situação, a Presidência da República editou a Medida Provisória 621/2013, posteriormente convertida pelo Congresso Nacional na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. A Lei institui o “Programa Mais Médicos para o Brasil” (PMM) com três ações:

I. Reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; II. Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e III. Promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino - serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (Art. 2º da Lei 12.871/2013).

Destaca-se o investimento na ampliação de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade como estratégica para formação de médicos para a Atenção Primária em Saúde. Entretanto, ao se mobilizar esforços para combater a carência de médicos em atenção primária no Brasil, evidenciou-se um desafio: há um déficit também de educadores médicos com foco na Atenção Primária. Esses profissionais serão importantes para apoiar a expansão dos cursos de medicina, dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, assim como para a própria tutoria e supervisão do PMM.

Desde 2009, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro vem investindo na ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família -ESF no município, atingindo hoje cerca de 50% da população, como relatado no artigo de Soranz et al (2016). Para fortalecer sua Política, foi criado em 2011 o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade - PRMFC do município do Rio de Janeiro, inicialmente com 60 vagas que oferece, hoje, 150 vagas anuais. A expansão do PRMFC no âmbito do município procura ter um caráter estruturante para realizar de forma sustentável as transformações requeridas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O PRMFC da SMS Rio distribui os

1 Essa pesquisa foi financiada pelo CNPq, e foi apresentada como Relatório Final do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

residentes em 25 unidades das diversas Áreas Programáticas do município. Além disso, dispõe hoje de 81 preceptores médicos para auxiliar na formação desses residentes.

Para operacionalizar a expansão da ESF, a SMS Rio utilizou um modelo diferenciado de gestão, delegando, por meio de editais, a gestão das “Clínicas da Família” – denominação das unidades da ESF no município – às Organizações Sociais (OSs), uma modalidade privada de gestão de serviços públicos. Além disso, para apoiar e operacionalizar o PRMFC foi feito um edital para estabelecimento de convênio com uma fundação de direito privado. Atualmente, fazem parte da gestão do PRMFC-RJ duas OS: a Fundação para Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), ligada à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), vinculado ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ).

Esse modelo de gestão adotado é estimulado pelo movimento internacional de Reforma do Estado, cujas experiências na área da administração pública proliferaram no país. As características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007). No Brasil, tal iniciativa se encaixa no contexto da Reforma do Estado, de modo que esse modelo vem sendo utilizado amplamente, desde o final da década de 1990, na gestão de hospitais públicos. Ao longo desse tempo, inúmeras foram as críticas relacionadas ao caráter privatista e desarticulador da administração pública tradicional sem trazer maiores vantagens no que tange a qualidade de serviços oferecidos (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Entretanto, trata-se de uma iniciativa nova a gestão de programas de residência por meio de OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) ou OSS. Nesse sentido, o foco do presente artigo é analisar criticamente esta experiência, considerando seus potenciais efeitos sobre a formação de recursos humanos e a assistência à saúde, sob a ótica do debate da Reforma do Estado brasileiro. Para tanto, começaremos o artigo traçando alguns marcos teóricos fundamentais no debate sobre Neoliberalismo, Reforma do Estado no Brasil e a terceirização da gestão em saúde. Posteriormente, apresentaremos o percurso metodológico adotado na condução dessa pesquisa, que se trata de uma revisão integrativa, e seguiremos com a exposição e discussão dos resultados obtidos.

NEOLIBERALISMO E REFORMA DO ESTADO NO BRASIL

O atual estágio de globalização é marcado por uma hegemonia neoliberal, com uma forte dinâmica financeira e cultural, caracterizada pela internacionalização do capital, do trabalho e do conhecimento (NAVARRO, 1998; THERBORN, 2000). O neoliberalismo é um conjunto de ideias que remontam ao contexto pós-guerra, quando surgiu enquanto alternativa ao Keynesianismo e ao Estado do Bem-Estar Social (SADER, 1995; SAAD-FILHO, 2015). Entretanto, é somente na década de 1970, em um momento de crise econômica mundial, que essa ideologia ganha terreno prático, especialmente com as eleições de Ronald Reagan, nos Estados Unidos da América, e de Margareth Thatcher, no Reino Unido (SADER, 1995).

Na filosofia, o neoliberalismo se sustenta a partir da figura de um homem essencialmente individualista, competitivo e calculista, que se utiliza da sociedade enquanto agregado aleatório de fatos para alcançar seus objetivos individuais (NETTO, 2012). A partir desses pressupostos, essa fundamentação se traduz no campo econômico na crença de que o setor privado é necessariamente mais eficiente que o Estado em termos de alocação de recursos, levando à defesa de intervenção mínima do Estado na dinâmica da economia (NETTO, 2012; SAAD-FILHO, 2015). Entretanto, é importante salientar que o Estado Neoliberal não é algo invisível ou inexistente – pelo contrário, este tem a função de utilizar dispositivos militares, legais e de segurança, a fim de preservar uma institucionalidade que garanta as condições de reprodução do capital (HARVEY, 2007; NETTO, 2012; SAAD-FILHO, 2015).

A hegemonia neoliberal é perceptível especialmente em suas dimensões políticas e ideológicas; a noção de que não há alternativas possíveis para os princípios estabelecidos supracitados é hoje parte do senso comum (SAAD-FILHO, 2015). Nesse sentido, a deterioração de relações de trabalho, o estabelecimento de tetos salariais para o serviço público, os cortes em gastos sociais e a privatização de funções que outrora eram de responsabilidade exclusiva do Estado hoje são vistas como algo natural e inevitável (SADER, 1995). Tais medidas vêm sendo aplicadas em larga escala por governos, com apoio e incentivo (ou coerção) de organizações globais e instituições financeiras (SAAD-FILHO, 2015). Esse discurso tem sua voz social ampliada, sobretudo em um momento de crise econômica do capitalismo, no qual medidas de austeridade para a classe trabalhadora são impostas como a única solução possível.

Inserido nesse contexto global, as discussões acerca da contrarreforma gerencial do Estado ganharam concretude no Brasil, sobretudo a partir da década de 1990, com o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e a Reforma de Bresser-Pereira. Nesse contexto, é importante compreender o conceito de Nova Administração Pública (NAP), que nasce como uma crítica aos modelos

tradicionais do “serviço público burocrático”, como chamado por seus opositores (BRESSER-PEREIRA, 1996). Ao partir do pressuposto que essa administração pública estaria saturada de patrimonialismo, clientelismo, coronelismo e burocratismo, os defensores da NAP defendem a necessidade de um novo serviço público: moderno, profissional, eficiente, e voltado para o atendimento das necessidades dos cidadãos (BRESSER-PEREIRA, 1996). Os pontos-chaves da NAP incluem: descentralização político-administrativa, organização com poucos níveis hierárquicos, organizações flexíveis, desenvolvimento de indicadores de desempenho e controle por resultados, além de uma administração voltada para o cidadão (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Nesse contexto, o próprio Bresser-Pereira (1996) identifica que alguns setores do estado devem ser mantidos sob propriedade estatal: o núcleo estratégico, incluindo Legislativo, Judiciário, Presidência e a cúpula dos Ministérios, e algumas atividades exclusivas, como a Polícia e setores de fiscalização e regulamentação. Entretanto, outros serviços poderiam ser considerados como não-exclusivos, como o caso de hospitais, universidades, centros de pesquisas e museus. Esses poderiam ser “publicizados”, isto é, passar de uma administração estatal para uma gestão pública não-estatal. Já atividades ligadas à produção, como é o caso de empresas estatais, deveriam ser privatizadas. De acordo com essa lógica, o governo FHC implementa a Reforma Gerencial de 1995, também conhecida como a Reforma de Bresser-Pereira, iniciada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), que existiu entre 1995 e 1998.

Em seu discurso de posse como ministro do MARE, Bresser-Pereira fortalece o ideário da NAP e reafirma a necessidade de três reformas do Estado: uma reforma fiscal, com um ajuste profundo; uma reforma relacionada à estratégia de desenvolvimento, imputando ao mercado o protagonismo no desenvolvimento econômico e relegando ao Estado e à sociedade civil a responsabilidade por impulsionar o desenvolvimento social; e uma profunda reforma no aparelho do Estado e em sua burocracia (BRESSER-PEREIRA, 1995). Em relação ao último ponto, o então ministro determina quatro princípios norteadores: (a) a aproximação entre os mercados de trabalho público e privado, buscando aumentar a produtividade no setor público, flexibilizando a estabilidade dos servidores e inserindo uma lógica de recompensa por resultados; (b) a profissionalização da gestão pública; (c) a descentralização administrativa; e (d) o desenvolvimento de organizações públicas não-estatais, sobretudo para áreas como saúde, educação e cultura (BRESSER-PEREIRA, 1995). Veja o que o mesmo defende:

No Brasil é comum pensarmos que as organizações ou são estatais ou são privadas. Na verdade, podem também ser públicas, mas não-estatais. Estas são especialmente necessárias nas áreas de educação, da saúde, da cultura, das obras sociais e da proteção ao meio ambiente. Não é possível limitar as atividades dessas áreas ao mercado, mas também não faz sentido separá-la totalmente do mercado e colocá-la dentro do Estado. Nos países desenvolvidos um número crescente de escolas, de hospitais, de museus são organizações públicas não-estatais. São

fundações privadas, que recebem recursos do Estado, mas são autônomas em relação a ele. Que buscam recursos na sociedade, a qual servem. Que se inserem no mercado sem perder seu caráter público. (BRESSER-PEREIRA, 1995)

Baseado nos princípios expostos acima, e em consonância com as diretrizes da época determinadas por organismos internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, o governo FHC conseguiu implementar algumas medidas práticas no campo da política real. São exemplos: a Lei da Responsabilidade Fiscal, o Programa de Demissão Voluntária, a Lei do Emprego Público, a ampliação da terceirização e a Reforma da Previdência, que só foi ser completada posteriormente pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) (MARCH, 2011). Na área da saúde, tais políticas são traduzidas em uma redução no contingente de servidores públicos federais, enquanto há uma ampliação em contratação pelas prefeituras, com o uso indiscriminado de vínculos precários, com bolsas de trabalho e contratos temporários (MARCH, 2011; NOGUEIRA, 1999). Também é notória a terceirização de serviços finais, a partir de diversas cooperativas e empresas privadas, além do fortalecimento das Organizações Sociais (OS) (MARCH, 2011; NOGUEIRA, 1999);

Em 2002, após oito anos de governo FHC, o então candidato Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) é eleito para a presidência do Brasil, pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Posteriormente, Lula elege sua sucessora – Dilma Rousseff, alvo de um processo de impeachment, caracterizado também como um “golpe institucional”, que culmina em sua deposição em 2016. Em relação às políticas públicas operadas pelo campo do PT, tanto em nível federal quanto em diversas localidades onde tinham base aliada, governos municipais e estaduais, há uma forte polêmica no que tange seu caráter neoliberal. O programa político-econômico do PT é caracterizado como “neodesenvolvimentismo”, que pode ser considerado uma adaptação local do Consenso de Washington, e que não rompe com o neoliberalismo, e sim incorpora o que seria uma versão mais humanizada do capitalismo (PINTO, 2016). Na prática, buscou-se aumentar o poder de compra individual a partir de transferências de crédito, aumento do salário mínimo e da injeção de crédito, ao mesmo tempo que se fortalecem corporações nacionais e grupos financeiros, com fortalecimento da burguesia nacional (ANDERSON, 2016; PINTO, 2016).

Nesse contexto, algumas políticas do governo do PT acabam por contribuir com o aprofundamento da contrarreforma do Estado brasileiro. Aqui se encaixam políticas como o estabelecimento de novos modelos de gestão para a saúde e outras áreas de investimento social, como a expansão das OSS e das OSCIP, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado (apesar de ser uma política operada a nível local, e não federal) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). March (2011) chama a atenção para o fato de que tais modelos de gestão guardam íntimas semelhanças com a lógica da NAP, sobretudo ao enxergarem tais setores como atividades não-exclusivas do Estado. Além disso, consistem em transferências de fundo público para o setor privado, e contribuem para a

flexibilização de direitos trabalhistas – com a perda da estabilidade, a existência de diferentes contratos para uma mesma função e a existência de múltiplas carreiras (MARCH, 2011; MARCH, 2012).

Atualmente, na gestão de Michel Temer, em um governo do chamado centro político, as medidas de “modernização” da máquina estatal seguem sendo implementadas e aprofundando a estrutura neoliberal do Estado brasileiro. Aqui, encontramos como exemplos mais marcantes a Reforma da Previdência, que está em discussão, e a “PL da Terceirização”, que permite a terceirização de atividades-fim das empresas, aumento do tempo máximo de trabalho temporário, a autorização da “quarteirização” e mudanças na contribuição previdenciária patronal (BRASIL, 2017).

A partir do levantamento bibliográfico realizado, podemos compreender que, em maior ou menor grau, a ideologia neoliberal influencia intensamente a configuração do Estado brasileiro desde o período de redemocratização do país. Com isso, temos um desmonte progressivo dos marcos que caracterizavam até então a administração pública tradicional, que dão lugar a um novo modelo gerencial. Com isso, ratifica-se cada vez mais a hegemonia do Estado Neoliberal, compreendendo-o não como um ente ausente, mas sim como um guardião das condições mínimas para reprodutibilidade do capital e garantia dos interesses da burguesia nacional e estrangeira. Na área da saúde, essa mudança se dá com a substituição da administração pública direta por novos modelos de gestão.

“NOVOS” MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE: O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

Sobretudo a partir dos anos 1990, o sistema de saúde brasileiro se torna peça central no processo de reforma gerencial do Estado. Internacionalmente, há uma grande pressão nos países da periferia do capitalismo para que fossem implementadas reformas visando a focalização das políticas de saúde, com fomentação do mercado privado, descentralização e até a implementação de co-pagamentos em sistemas públicos de saúde (ANDREAZZI, 2014). Nesse contexto, um marco importante é o Relatório do Banco Mundial publicado em 1993, cujas estratégias passavam por promover uma cisão entre o financiamento dos sistemas de saúde e a provisão dos serviços – com isso, incentiva-se a criação de um mercado interno, aumentando a competição, cujos marcos deveriam ser regulados pelo Estado. Tais medidas foram introduzidas rapidamente no Chile e na Colômbia, e impactaram fortemente o sistema de saúde brasileiro (ALMEIDA, 2002; ANDREAZZI, 1997; ANDREAZZI, 2014; MENDES, 1991; RIZZOTTO, 2000).

Desde então, outros modelos vêm sendo propostos para gestão em saúde no Brasil, em conjunto com mudanças legislativas que possibilitaram sua legalidade, sob o argumento de que tais formas de

gerir trariam redução nos gastos públicos e aumento da eficiência dos serviços. Nesse sentido, o primeiro marco relevante para compreender esse processo no país é a Contrarreforma Administrativa de Bresser Pereira, que culminou na criação da Lei 9.637, em maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais (OS), e seu papel na “publicização” de atividades executadas outrora por entidades estatais, que passam a ser absorvidas por entidades privadas qualificadas como OS a partir da celebração de um contrato de gestão (BRASIL, 1998; SALGADO, 2016). Conceitualmente, as OS são entendidas como um título concedido pelo Poder Público a um ente privado, a fim de estabelecer uma parceria e fomento público na realização de determinada atividade ou serviço de interesse público (BRASIL, 1998).

A operacionalização da transferência de atividades estatais “publicizadas” para o Terceiro Setor deveria funcionar segundo algumas diretrizes, tais como: a) as OS não devem possuir fins lucrativos e sua orientação deve ser diretamente ao atendimento de interesses públicos; b) o governo deve exercer um forte papel regulador sobre as atividades exercidas pelas OS, utilizando o contrato de gestão como instrumento de cobrança, prevendo o estabelecimento de controle por resultados; c) os conselhos de administração das OS devem prever a participação do controle social e representantes do Poder Público e da sociedade; d) a OS pode receber recursos financeiros e administrar bens do Estado mediante contrato de gestão, assim como receber doações de outrem (SALGADO, 2016). A partir da promulgação da lei federal supracitada, o modelo das OS foi sendo difundido para os níveis estadual e municipal, a partir da criação de leis próprias, que se aproximam e se afastam das premissas teoricamente preconizadas pelo modelo federal, constituindo, na verdade, um rol de modelos de parcerias público-privadas, que podem diferir substancialmente entre si (SALGADO, 2016). Na sociedade civil, há bastante polêmica em torno da criação das OS, com críticas que versam, por exemplo, sobre a lisura do processo de seleção dos profissionais, a contratação por um regime de trabalho com menos estabilidade, e a incidência das normas de licitação nos processos de aquisição das OS (ANDREAZZI, 2014; SALGADO, 2016).

Durante os anos 2000, podemos perceber uma ampliação de políticas privatistas no Sistema Único de Saúde (SUS), com a expansão da gestão em saúde por OS, de parcerias público-privadas para investimentos no setor, e avanço das Fundações Estatais de Direito Privado, que, apesar de possuírem uma configuração jurídica diferente das OS, também se encaixam como um modelo privatizante de gestão (GRANEMANN, 2007; ANDREAZZI, 2014). Para além do questionamento acerca da eficiência da administração pública direta, já extensamente abordada acima, a defesa das OS no setor da saúde ganha espaço também devido à Lei de Responsabilidade Fiscal. Uma das pedras angulares da política financeira neoliberal, esse instrumento legal impõe um teto de 56% da receita corrente líquida com despesas de pessoal, criando uma grande pressão no setor da saúde, cujos

gastos são extremamente relacionados ao pagamento de recursos humanos, e sendo usada como justificativa para a expansão das OS (ANDREAZZI, 2014; FLEURY, 2010). Assim, correntes do próprio movimento da Reforma Sanitária passaram a ser defensoras desses modelos de gestão, inclusive usando-se do argumento que tais formas combateriam um suposto patrimonialismo na administração pública (ANDREAZZI, 2014; PAIM, 2007).

Ao criticar o discurso hegemônico de que as OS seriam uma forma de aumentar a eficiência e desburocratizar a administração direta, mantendo como princípio a preservação dos interesses públicos na gestão, Iamamoto (2006) defende que tais entes não estão destituídos dos conflitos e tensões de classe pelos quais também passam serviços administrados pelo Estado e que, mesmo com o estabelecimento de contratos de gestão, as OS são guiadas preponderantemente pelo interesse privado de certos grupos, segundo critérios de seus mantenedores. Além disso, é importante pontuar que, apesar de ser vista como uma forma de redução de gastos, não se consideram os custos envolvidos na regulação e operacionalização dos contratos de gestão com as OS. Desde sua criação, as OS são fortemente questionadas pela sociedade civil, como, por exemplo, em relação às más práticas de gestão, à dupla porta de entrada em serviços de saúde (com oferta de serviços diferenciados para usuários do SUS e de planos de saúde) e ao assédio moral contra trabalhadores, já tendo sido movidas diversas ações de inconstitucionalidade a nível municipal, estadual e federal (ANDREAZZI, 2014).

No caso do Rio de Janeiro, apesar de, desde o início da década de 1990 já existir uma inclinação à privatização da gestão da saúde, com a entrada de cooperativas no setor, esse processo ganha mais espaço a partir de 2009, com criação de lei estadual que permitiu a transferência de unidades estaduais de saúde para OS, sob a gestão do governador Sérgio Cabral, e a consolidação de legislação municipal sobre o tema a partir de 2011, no governo do prefeito Eduardo Paes (ANDREAZZI, 2014; OLIVEIRA, 2015). Em seu plano municipal de governo, Paes identifica a saúde como uma das prioridades de gestão, defendendo a necessidade imperiosa de modernizar a administração (OLIVEIRA, 2015; RIO DE JANEIRO, 2009). De acordo com a análise da organização do sistema de saúde à época, foram identificados alguns problemas, tais como: inadequação da gestão de recursos humanos, precária infraestrutura da rede de serviços, desequilíbrio geográfico na oferta de recursos, baixa capacidade de investimento, excesso de gastos com pessoal, entre outros (RIO DE JANEIRO, 2009). Como forma de enfrentar esses problemas, a administração municipal propõe um pacote de ajuste fiscal, tendo como um de seus pontos centrais a organização de um novo modelo de gestão de recursos humanos, utilizando as OS como instrumento para esse fim (OLIVEIRA, 2015; RIO DE JANEIRO, 2009). Apesar de o Terceiro Setor na área da saúde já vir de longa data no Brasil, nota-se que, no Rio de Janeiro, cresce um perfil diferente de OS, muitas das vezes com íntima vinculação a

organizações do próprio Estado, cujos vínculos com demais segmentos do complexo médico-industrial-financeiro da saúde ainda não são amplamente compreendidos (ANDREAZZI, 2015).

PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma Revisão Bibliográfica Integrativa, que, segundo Souza (2010), “emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática”. Nessa seção, serão apresentados os detalhes relacionados à seleção de cada fonte documental utilizada, assim como o processo de extração de dados relevantes para a pesquisa.

CONTRATOS DE GESTÃO RELACIONADOS AO PRMFC-RJ, CELEBRADOS ENTRE A SMS-RJ E ENTES PRIVADOS

Os contratos de gestão relacionados ao PRMFC-RJ foram buscados no Portal de Transparência da Controladoria Geral do Município, que pode ser acessado em <<http://riotransparente.rio>>. A última atualização da busca foi em 01/09/2018. O mecanismo de busca se deu na área de Contratos > Por favorecidos. Assim, possibilitou-se a localização de todos os contratos celebrados entre a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC e o CEPESC – Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva, principais organizações sociais que atuam na gestão do PRMFC-RJ. Foi aplicado um único critério para seleção de contratos a serem analisados:

- O contrato deve ser relacionado ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, sendo excluídos contratos para outras áreas de gestão.

Em relação ao CEPESC, não foram encontrados documentos disponibilizados no Portal de Transparência do município. Já em relação à FIOTEC, a busca retornou 28 documentos. Após aplicação do critério supracitado, foi selecionado apenas 1 contrato para posterior análise, contendo 212 páginas, cujas especificações seguem abaixo:

QUADRO 1. Contratos celebrados entre SMS-RJ e FIOTEC selecionados para análise

Situação	Órgão	Objeto	Vigência	Valor estimado
Vigente	Coordenadoria Geral de Saúde da AP 3.1	Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde no Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) Manguinhos no Âmbito da CAP 3-1	Dezembro 2014 a Novembro 2018	R\$144.520.265,42

Relatórios de gestão disponibilizados para os pesquisadores por funcionários ligados à gestão do PRMFC-RJ ou ainda encontrados em mecanismos de busca eletrônica

Os seguintes documentos foram disponibilizados e puderam ser incorporados à análise:

QUADRO 2. Relatórios disponibilizados pela gestão do PRMFC-RJ para análise

Ano	Título
Agosto 2015 a Outubro 2015	Relatório de Prestação de Contas para a CTA FIOTEC referente ao Subprojeto Atenção Primária VPAAPS-002-FEX-13
Novembro 2015 a Janeiro 2016	Relatório de Prestação de Contas para a CTA FIOTEC referente ao Subprojeto Atenção Primária VPAAPS-002-FEX-13
Agosto 2016 a Outubro 2016	Relatório de Prestação de Contas para a CTA FIOTEC referente ao Subprojeto Atenção Primária VPAAPS-010-PPE-14

Publicações científicas relacionadas ao tema disponibilizadas nas bases de dados Medline e Lilacs

Para ambas as bases de dados, foram operados os mesmos mecanismos de busca e seleção, que são descritos a seguir. Na tabela 3, podemos verificar os critérios de busca para seleção dos artigos científicos relacionados ao PRMFC-RJ.

QUADRO 3. Critérios de Busca de Artigos Científicos relacionados ao PRMFC-RJ

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Descritores usados (de acordo com indexação no DeCS-BVS): <i>“Residência Médica” AND (“Medicina de Família” OR “Atenção Primária à Saúde”) / “Medical Residency” AND (“Family Medicine” OR “Primary Health Care”).</i>	Relevância: O artigo versa sobre outros aspectos que não o processo de implementação/gestão do PRMFC-RJ.
Artigos publicados entre 2008 e 2018 seguindo os descritores supramencionados.	Temporal: O artigo foi publicado antes de 2008.

Após aplicação dos critérios, chegamos à seleção final dos seguintes artigos:

a) Base Lilacs

Do total de 103 documentos disponibilizados a partir da busca de descritores, 25 foram excluídos por critério temporal e 71 foram excluídos por critério de relevância. Logo, foram selecionados 7 artigos para análise, cujos detalhes seguem abaixo:

QUADRO 4. Artigos científicos selecionados para análise (Lilacs)

Autores	Periódico	Título	Ano
Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP & Jantsch AG	Ciência & Saúde Coletiva	Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção	2017
Castells MA, Aguilera CE & Romano VF	Revista Brasileira de Educação Médica	Residência em medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria	2016
Justino ALA, Oliver LL & Melo TP	Ciência & Saúde Coletiva	Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil	2016
Mendes CLA	Dissertação de Mestrado Profissional apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca	Perfil do Profissional Médico na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: um modelo em transição	2015
Soranz DR	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro	2014
Castells MA	Dissertação de Mestrado Profissional apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca	Estudo dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro: a questão da preceptoria	2014
Sampaio, PGPRP	Dissertação de Mestrado Profissional apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca	Residência de Medicina de Família e Comunidade: dois programas brasileiros	2014

b) Base Medline

Do total de 38 documentos disponibilizados a partir da busca de descritores, 14 foram excluídos por critério temporal e 23 foram excluídos por critério de relevância. Logo, foi selecionado um artigo para análise, o qual já havia sido selecionado pela base de dados Lilacs e cujos detalhes seguem abaixo:

QUADRO 5. Artigos científicos selecionados para análise (Medline)

Autores	Periódico	Título	Ano
Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP & Jantsch AG	Ciência & Saúde Coletiva	Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção	2017

Blog oficial do PRMFC-RJ e sítio eletrônico da SMS-RJ;

Foram utilizadas algumas informações disponíveis no blog oficial do PRMFC-RJ, que pode ser acessado no link <<http://rmfcio.org>>. O sítio foi acessado ao longo do primeiro semestre de 2018, e informações relevantes foram incluídas nas análises produzidas pelo artigo, sendo devidamente referenciadas ao longo do texto.

Chamadas públicas divulgadas por entes privados

Para fins de pesquisa em relação à contratação de recursos humanos, foi realizada uma busca nos sítios eletrônicos das OSS envolvidas na gestão do PRMFC-RJ, a saber: Fiotec (<http://www.fiotec.fiocruz.org.br>) e CEPESC (<http://cepesc.org.br>).

Em relação às chamadas públicas disponibilizadas no sítio eletrônico da Fiotec, há uma limitação metodológica, pois existem chamadas para diversos cargos na Estratégia de Saúde da Família, não sendo especificado adequadamente se é vinculado ao PRMFC-RJ, já que a Fiotec também atua em diversos outros projetos na APS do município. Há diversas vagas que, decerto, contribuem para a estruturação das Clínicas da Família, tanto na parte técnica quanto logística. Entretanto, seguindo os objetivos do presente artigo, optou-se por analisar apenas chamadas que versassem explicitamente sobre o PRMFC-RJ. Nesse sentido, foram encontrados apenas editais publicados no ano de 2018, sendo retomadas 4 chamadas públicas vinculadas ao contrato que versa sobre o PRMFC-RJ. Já no sítio eletrônico do CEPESC, foram retomados 18 editais, divulgados entre 2015 e 2016. Não foram encontrados documentos para os anos de 2017 nem 2018.

Análise de Documentos

A fim de padronizar a extração e a análise dos dados obtidos a partir das fontes supracitadas, foi desenvolvido um formulário para extração de dados, baseado nos eixos de análise contidos na tabela 6.

QUADRO 6. Eixos de Extração de Dados para Análise

Aspectos Gerais do Contrato	
Recursos Humanos	Contratação
	Estratégias de Atração de Profissionais
	Qualificação Profissional
	Estratégias de Fixação dos Profissionais
	Efeitos sobre alocação de médicos da ESF
Decisão e Avaliação	Processos de Decisão (e.g. existência de instâncias colegiadas, decisão compartilhada com profissionais, etc)
	Relação com controle social
	Mecanismos de Avaliação
	Prestação de contas

Apesar de nem todos os documentos contemplarem todos os eixos mencionados acima, o objetivo de tal padronização foi reunir o máximo de informações disponíveis sobre o processo de gestão do PRMFC-RJ, possibilitando sua análise posterior à luz do debate da Reforma do Estado Brasileiro. Logo, os eixos de análise foram planejados para avaliar se existe uma correlação ou não entre essa forma de gestão operada no PRMFC-RJ e os novos princípios da Nova Administração Pública.

Reforma da APS no Rio de Janeiro e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

Apesar de a Estratégia de Saúde da Família (ESF) já ser uma política nacional há aproximadamente 20 anos, em 2008, a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade do Rio de Janeiro era de 3,5%. A partir de 2009, redirecionamentos na gestão levam à priorização da ESF enquanto política pública de saúde no município, de modo que se chega ao final de 2012 com uma cobertura de 40%, por exemplo (HARZHEIM, 2013). Nesse período, houve uma mudança não apenas em termos quantitativos, mas sobretudo na lógica qualitativa da estruturação das ESF na cidade. Passou-se a investir mais na infra-estrutura das unidades e em um aporte tecnológico para as mesmas (HARZHEIM, 2013; JUSTINO, 2016). Uma das dificuldades nesse período, entretanto, estava bastante relacionada à disponibilização de recursos humanos para trabalharem na APS. Nesse sentido, a gestão municipal buscou formas de atrair profissionais de saúde para participarem da construção da ESF no município, criando um plano de carreira municipal para a APS, oferecendo salários competitivos e instituindo a modalidade de pagamento por desempenho, por exemplo (JUSTINO, 2016; SORANZ, 2014).

É nesse contexto que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) enxergou na criação de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC-RJ) uma estratégia central para formação de recursos humanos e fixação de profissionais. Assim, o PRMFC-RJ

foi criado em 2011, iniciando em 2012 com a abertura de 60 vagas, que aumentaram progressivamente até chegar às 150 vagas anuais oferecidas em 2018, distribuídas atualmente em 25 unidades de atenção primária localizadas em 8 das 9 áreas programáticas do município (SMS-RJ, 2018). Com isso, o PRMFC-RJ é hoje um dos maiores programas de residência de todo o país. O ingresso no programa se dá por processo seletivo público, organizado pelo Instituto Fundação João Goulart, vinculado à Prefeitura do Rio de Janeiro, assim como as demais seleções para programas de residência médica em unidades de saúde geridas pela administração municipal (SMS-RJ, 2018).

O PRMFC-RJ tem a duração de dois anos, com um direcionamento fundamentalmente clínico, objetivando a formação em serviço, com foco na garantia de acesso às demandas do usuário (JUSTINO, 2014). Espera-se que o médico de família egresso do programa seja capaz de manejar aproximadamente 90% das demandas de saúde da população com a qual trabalha (PRMFC-RJ, 2015). Enquanto no primeiro ano, os residentes cumprem sua carga horária na Clínica da Família e em atividades teóricas, no segundo ano também dividem seu trabalho com um estágio secundário, a ser desenvolvido na maternidade e na emergência (de adulto e pediátrica) (PRMFC-RJ, 2015). Quando estão na Clínica da Família, os residentes participam de diferentes atividades, como consultas clínicas, matriciamento com especialistas focais, treinamentos em pequenos procedimentos e discussões de caso (PRMFC-RJ, 2015). Além disso, há a oportunidade de realização de um estágio optativo, tanto no Brasil quanto no exterior, incluindo a possibilidade de trabalhar com populações em situações especiais, como é o caso da Saúde Indígena e da Equipe de População de Rua, por exemplo (PRMFC-RJ, 2015). Ao ingressar no programa, o residente ganha ainda uma série de equipamentos para sua prática clínica, os quais deverão ser devolvidos ao final dos dois anos (PRMFC-RJ, 2015).

É importante situar que a estruturação do PRMFC-RJ vem no contexto de fixar profissionais de saúde na rede de serviços, dado o cenário de expansão da APS no município (JUSTINO, 2016; SORANZ, 2014). Para tanto, lançou-se mão de diversas medidas para atrair egressos do curso de Medicina para o programa, como a suplementação da bolsa dos residentes, instituição do pagamento por desempenho, investimento em estratégias de qualificação da preceptoria, parcerias com universidades e cidades nacionais e internacionais, além da escolha das melhores unidades do município para realização do programa, em termos de facilidade do acesso e infra-estrutura (JUSTINO, 2016; SORANZ, 2014). Um exemplo desse esforço é a estruturação dos Observatórios de Tecnologias de Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (Rede OTICS), que hoje dispõe de 17 estações espalhadas pela cidade. Trata-se de um projeto de extensão comunitária financiado pela SMS-RJ, e que consiste em espaços físicos com bibliotecas, salas de aulas e auditórios, onde são organizadas diversas atividades científicas e educativas, a fim de promover a qualificação da

residência médica e da rede de APS da cidade (OTICS-RIO, 2018; SORANZ, 2014). Além disso, o ex-secretário municipal de saúde da cidade, em entrevista para revista científica, também cita a importância do PRMFC-Rio para fixação de profissionais na APS, afirmando que os egressos do programa têm prioridade para conseguir melhores postos de trabalho (SORANZ, 2014). Além disso, o estabelecimento de um plano de carreira para o médico de família na APS do Rio de Janeiro também contribui como atrativo, já que bonifica aqueles que possuem especialização na área (residência médica, mestrado e doutorado), além de conceder incentivos financeiros para cumprimento de metas e para profissionais que trabalhem em localidades mais distantes do centro da cidade (SORANZ, 2014).

Em relação aos efeitos da implementação do PRMFC na alocação de médicos na rede de APS do município, ainda há poucos dados que nos permitam elucidar essa questão. Entretanto, um artigo que avaliou a implementação do programa após um ano mostrou que, dentre os egressos da primeira turma de residentes, aproximadamente 60% continuaram trabalhando no município do Rio de Janeiro, seja como médico de família ou como preceptor (JUSTINO, 2016). Além disso, o mesmo estudo sugere que a implementação do programa foi capaz de induzir mudanças qualitativas nas unidades de saúde que tinham residentes em sua equipe – tanto por um processo maior de reflexão sobre o trabalho em saúde quanto por maiores investimentos em infra-estrutura (JUSTINO, 2016). Os autores citam ainda a necessidade de ampliar a oferta de vagas do PRMFC-RJ em áreas programáticas localizadas nas Zona Norte e Zona Oeste da cidade, com o objetivo de fixar profissionais em locais de difícil captação (JUSTINO, 2016).

Apesar de não ser uma informação facilmente encontrada em domínio público, alguns elementos da gestão do PRMFC-RJ são operacionalizados por meio da celebração de contratos entre a SMS-RJ e entes privados. Nesse contexto, temos duas OS como ponta de lança desse processo: a Fundação para Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), ambos vinculados a instituições de ensino e pesquisa. Não obstante a gestão de serviços de saúde já ser amplamente operacionalizada por OS em todo o país, incluindo o Rio de Janeiro, trata-se de um fato novo que isso se dê na esfera da gestão de um programa de residência médica.

A FIOTEC E A GESTÃO DO PRMFC-RJ

A Fundação para Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) foi criada originalmente em 1998, cumprindo inicialmente o objetivo de ser uma fundação de apoio para a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), unidade da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (FUNDAÇÃO DE APOIO À FIOCRUZ, S.D.). A partir de 2002, entretanto, seu arcabouço foi expandido

para as demais unidades da Fiocruz, instituição federal vinculada ao Ministério da Saúde que visa promoção de saúde e desenvolvimento social, sendo uma base nacional de produção de conhecimento científico e tecnológico (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, S.D.).

Em relação a seu regime legal, a Fiotec trata-se de “uma fundação de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa, financeira e patrimônio próprio” (FUNDAÇÃO DE APOIO À FIOCRUZ, S.D.). Além de estar credenciada junto aos Ministérios da Educação e da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, essa fundação é passível de fiscalização pelo Ministério Público.

No âmbito do município do Rio de Janeiro, a Fiotec é qualificada como Organização Social (OS), o que lhe possibilita a celebração de contratos de gestão na área da saúde na cidade, sendo também reconhecida pelo estado do Rio de Janeiro como “uma instituição sem fins lucrativos e prestadora de serviços à sociedade” (FUNDAÇÃO DE APOIO À FIOCRUZ, S.D.). No Portal de Transparência do município do Rio de Janeiro, foi encontrado um contrato de gestão entre a Fiotec e a SMS-RJ que versava sobre a estruturação do PRMFC-RJ, com vigência de dezembro/2014 a novembro/2016, sendo prorrogável por igual período no caso de alcance de ao menos 80% das metas estabelecidas, de modo que o mesmo foi estendido até 2018.

Tal contrato transfere à Fiotec diversas responsabilidades relacionadas à gestão da Atenção Primária à Saúde em unidades localizadas na Área Programática 3.1, à necessidade de organizar processos seletivos que levem em consideração o mérito acadêmico e intelectual, a estruturação de Sistemas de Informação, entre outros. O contrato determina que a Fiotec deverá permitir a utilização de unidades de Atenção Primária como campo de estágio à Residência em Medicina de Família e Comunidade, sempre com a anuência da SMS-RJ. Além disso, o contrato prevê metas de desempenho a serem alcançadas pela Fiotec, definidas a partir de boas práticas clínicas pautadas em referências de sociedades científicas, no processo de trabalho consensuado entre os profissionais de saúde e as diretrizes clínicas divulgadas pela SMS-RJ.

Especificamente no que tange o PRMFC-RJ, o contrato tem como um de seus objetivos apoiar a operacionalização dos PRMFC vinculados à SMS-RJ. Nesse sentido, algumas ações previstas são:

- Estruturação da coordenação técnica (composta por 5 médicos) para apoiar os PRMFC, disponibilizando 100 vagas pela SMS-RJ, além de outras 76 vagas sob responsabilidade das universidades;
- Contratação de 4 apoiadores para os PRMFC, a fim de realizar o acompanhamento pedagógico do programa;

- Formar equipe de transporte composta por 5 motoristas;
- Organização da preceptoria para o PRMFC-RJ (estima-se 88 preceptores para 352 médicos residentes);
- Supervisão médica nas áreas de Dermatologia, Infectologia e Saúde Mental;
- Organização do canal teórico do PRMFC;
- Secretaria acadêmica (2 profissionais voltados para atividades administrativas);
- Aquisição de materiais de consumo;
- Apoio logístico.

Nesse sentido, o contrato estabelece como metas apoiar a formação de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade, além de prestar preceptoria integralmente para esses profissionais em formação. Como produto, almeja-se avaliar o número de residentes que completam o PRMFC-RJ, e produzir um relatório das ações de apoio realizadas. Isso pode ser monitorado através da análise dos relatórios produzidos pelas Comissões Técnicas de Avaliação, que, conforme informado acima, tivemos acesso a três deles. Apesar de ser um número limitado, é possível perceber que existe uma consistência no cronograma de aulas teóricas organizado pela Fiotec para o PRMFC-RJ, além da estruturação de estações práticas para teste de habilidades (OSCE – Objective Structured Clinical Examination), da organização dos estágios em nível secundário e optativos dos residentes de segundo ano, e da participação em eventos científicos. Também se nota uma preocupação com a qualificação da preceptoria do programa, com a realização de oficinas de preceptores e a organização de cursos junto à Academia Europeia para formação de professores e preceptores na área de Medicina de Família e Comunidade.

Em relação às chamadas públicas disponibilizadas pelo Fiotec, no que pese as limitações metodológicas anteriormente citadas, foram encontradas as seguintes informações:

QUADRO 7. Chamadas Públicas em Parceria entre Fiotec e SMS-RJ

Título	Vagas	Descrição
Médico / Preceptor em Saúde da Família	03	Atuar na assistência à saúde e na preceptoría de residentes. Vigência: entre 3 e 6 meses (prorrogável). Contrato por CLT. Remuneração de R\$12.660,31 mais benefícios. Carga de trabalho: 40h semanais. Seleção por análise curricular e entrevista técnica, a partir de critérios previamente definidos.
Médico / Preceptor em Saúde da Família	01	Atuar na assistência à saúde e na preceptoría de residentes. Vigência: 3 meses (prorrogável). Contrato por CLT. Remuneração de R\$6.242,15 mais benefícios. Carga de trabalho: 20h semanais. Seleção por análise curricular e entrevista técnica, a partir de critérios previamente definidos.
Assessor Técnico para Teleconsultoria e Telerregulação em Saúde	01	Vigência: 3 meses (prorrogável). Remuneração de R\$12.484,31 mais benefícios. Carga de trabalho: 40h semanais. Seleção por análise curricular e entrevista técnica, a partir de critérios previamente definidos.

O CEPESC E SEU PAPEL NA GESTÃO DO PRMFC-RJ

O CEPESC é uma entidade civil sem fins lucrativos, criada em 1986 e, desde então, é vinculado ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), visando promover o conhecimento e a cooperação científica na área (CEPESC, 2011). Além disso, um de seus objetivos é participar de forma complementar do SUS, mediante celebração de contratos ou convênios, pelo qual é qualificado como OS no âmbito da Prefeitura do Rio de Janeiro (CEPESC, 2011; RIO DE JANEIRO, 2018). Sua receita é proveniente de convênios e acordos com entes públicos e privados, recebimento de auxílios a pesquisas, venda de livros e revistas, doações, prestação de serviços como consultorias e assessorias, contribuição de associados e desenvolvimento de novas tecnologias relacionadas à Saúde Coletiva (CEPESC, 2011).

Apesar de não encontrado no Portal de Transparência do município do Rio de Janeiro, como informado acima, conseguiu-se localizar o contrato que celebra o convênio entre o CEPESC e a SMS-RJ a partir de informações contidas no sítio eletrônico da própria OS. Trata-se do Convênio nº 043/2015; entretanto, o mesmo não foi localizado pelos mecanismos de busca utilizados. Já as chamadas públicas disponibilizadas, visavam selecionar candidatos para atuar em diferentes esferas do projeto “Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro, no âmbito do Sistema Único de Saúde”, fruto de uma parceria entre o CEPESC, a SMS-RJ e a Universidade Federal Fluminense. Segue uma descrição compilada dos postos de trabalho ofertados ao longo desses anos:

QUADRO 8. Chamadas Públicas em Parceria entre CEPESC e SMS-RJ

Título	Vagas	Descrição
Desenvolvedor de Sistema de Tecnologia de Informação	02	Aperfeiçoamento de sistema de formação de preceptores e residentes do PRMFC-RJ. Vigência: entre 2 e 3 meses. Contrato de autônomo. Sem informações sobre remuneração. Seleção por análise de propostas.
Assessor Técnico	01	Qualificação da estrutura de logística e operacional no planejamento e administração de ações desenvolvidas por preceptores do PRMFC-RJ. Vigência não especificada. Contrato por CLT (remuneração de R\$5.500,00 por 40h semanais). Seleção por análise curricular e entrevista.
Motorista	03	Transporte de objetos, documentos e pessoas. Manutenção do veículo. Vigência não especificada. Contrato por CLT. Remuneração de R\$2.500,00 por 40h semanais. Seleção por análise curricular.
Jornalista	01	Elaboração de materiais de divulgação. Contrato de autônomo. Remuneração de R\$10.000,00 (dividido em duas parcelas mensais). Vigência de 2 meses. Seleção por análise de propostas.
Coordenador Médico	03	Aplicação de metodologias pedagógicas e avaliativas por preceptores. Contrato por CLT. Remuneração de R\$12.000,00 por 40h semanais. Vigência variável. Seleção por análise curricular e entrevista.
Matriciador Dermatologista	02	Apoiar manejo de condições dermatológicas na APS. Contrato por bolsa de pesquisa. Remuneração de R\$10.000,00 por 30h semanais. Vigência de 6 meses. Seleção por análise curricular.
Designer Gráfico	01	Estruturação gráfica da comunicação do PRMFC-RJ. Contrato por CLT. Remuneração de R\$3.000,00 por 40h semanais. Sem informações sobre critérios de seleção.
Matriciador Psiquiatra	06	Apoiar manejo de condições psiquiátricas na APS. Contrato por bolsa. Remuneração de R\$2.000,00 por 10h semanais. Seleção por análise curricular e entrevista. Vigência de 3 meses.
Empresa para Realização do curso de <i>Advanced Cardiac Life Support</i>	01	Edital para tomada de preços.
Técnico Acadêmico Administrativo	01	Apoio administrativo à coordenação do projeto. Contrato por CLT. Remuneração de R\$2.500,00 por 40h semanais. Vigência de 20 meses. Sem informações sobre critérios de seleção.

Reflexões sobre a terceirização da gestão do PRMFC-RJ e seus efeitos sobre a gerência de recursos humanos e os processos de decisão e avaliação do programa

Pode-se notar uma gama de estratégias que a gestão do PRMFC-RJ se utiliza para atrair médicos residentes e preceptores, assim como para qualificar e fixar esses profissionais. Trata-se de um eixo

essencial para a estruturação de uma APS qualificada, já que investir na dimensão relacional e estimular o comportamento humano é de extrema importância para motivar os trabalhadores a darem o seu melhor pelo serviço. Nesse contexto, há uma série de incentivos financeiros que foram implementados, como o estabelecimento de um plano de carreira municipal com remunerações competitivas, a suplementação da bolsa da residência e a definição de metas para o pagamento de desempenho. Tais incentivos financeiros são baseados na teoria do agente, que basicamente considera recompensas materiais como um ponto chave no estímulo do comportamento humano (MCPAKE, 2008). Especificamente sobre o pagamento por desempenho, pode ser uma estratégia interessante. Porém, também tem como algumas consequências um grande esforço administrativo para monitorar as metas, além de potencialmente enviesar o comportamento do profissional, que pode optar por ações para ter um retorno financeiro menor e não necessariamente atender às necessidades de saúde da população (ANDREAZZI, 2003; GOSDEN, 1999).

Por outro lado, a gestão do PRMFC-RJ lança mão também de estratégias bastante interessantes para atrair e fixar profissionais, que podem ser considerados incentivos não-financeiros, tais como a organização de oficinas de preceptoria, o investimento na infra-estrutura das unidades de saúde, a oferta de estágios nacionais e internacionais para os residentes, financiamento de cursos como o ACLS e avaliações como o OSCE, incentivo a participação em eventos científicos e fortalecimento de um canal teórico voltado para a realidade prática dos profissionais. Todos esses fatores consistem em excelentes motivações para os médicos residentes e preceptores vinculados ao PRMFC-RJ, e têm o potencial de servir como estímulo para que esses aprimorem o serviço, permaneçam no programa e melhorem o processo de trabalho (SEGALL, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Ainda não está claro na literatura quais os efeitos dessa estratégia sobre a fixação de médicos na ESF e consequente alocação entre as áreas programáticas, tendo em vista os princípios da equidade. Entretanto, os documentos analisados sugerem que o fato de muitos dos residentes do PRMFC-RJ serem egressos de Faculdades de Medicina do Sudeste contribui com a permanência dos mesmos após conclusão do programa. Além disso, dados recentes mostram que mais de 60% dos egressos da primeira turma do PRMFC-RJ permaneceram na SMS-RJ como preceptores ou médicos de equipe. No entanto, é possível identificar também alguns desafios para esse objetivo, como, por exemplo, a sobrecarga da população adscrita (hoje, um médico é responsável por 4.000 pessoas, geralmente em situações de vulnerabilidade bastante intensas) e o fato que o preceptor do PRMFC-RJ tem que cumprir diversas outras funções para além da esfera educacional, o que também pode resultar em uma sobrecarga.

Um fator que pode ser alvo de crítica em relação à gestão de recursos humanos do PRMFC-RJ é o modo de contratação dos profissionais de saúde. Como demonstrado a partir da análise das

chamadas públicas, é notável que os processos de seleção nem sempre são transparentes, já que a avaliação curricular e a entrevista técnica muitas das vezes favorecem um subjetivismo, e não há a realização de provas ou processos seletivos nos moldes dos concursos públicos outrora organizados pela administração pública direta. Um outro fator é que essa contratação se dá por regimes distintos – bolsas de ensino, CLT, entre outros, e muitas das vezes com vigências extremamente curtas. Isso tem um potencial deletério tanto para os profissionais, que se encontram mais vulneráveis a assédio moral e, dependendo do tipo de contrato, não têm direitos trabalhistas, quanto para o serviço, já que isso prejudica o vínculo com a unidade de saúde e o território.

Por fim, há pouca informação disponível em domínio público relacionada ao processo de tomada de decisão e avaliação propriamente ditos. Nos documentos analisados, não há qualquer menção ao papel do controle social no acompanhamento do contrato de gestão e da estruturação do PRMFC-RJ, apesar de ser algo previsto pela Lei das OS. Não há sequer menção a instâncias de decisão colegiada, ou à participação de profissionais contratados e médicos residentes nos processos de construção e avaliação do programa. As únicas informações relacionadas a isso dizem respeito à necessidade de confecção de relatórios trimestrais por uma Comissão Técnica de Avaliação, previstos no contrato da Fiotec com a SMS-RJ. Esses relatórios, entretanto, não são disponibilizados em domínio público, tampouco as metas de desempenho estabelecidas. Sobre a transparência financeira, o contrato da Fiotec com a SMS-RJ previa que uma prestação de contas fosse disponibilizada no sistema online OS-RIO, entretanto não foi possível acessar o site disponibilizado no mesmo.

CONCLUSÃO

De forma geral, é possível perceber diversos pontos positivos na estruturação do PRMFC-RJ, como mencionado acima. Todavia, também é notável diversos elementos constituintes da NAP no formato da gestão. A mudança no regime jurídico ao qual os trabalhadores são submetidos, a frequente “bolsificação” dos profissionais com perda de direitos trabalhistas, o estabelecimento de metas de desempenho e o enfraquecimento do controle social são exemplos disso.

Nesse sentido, é possível compreender o processo de “publicização” da gestão do PRMFC-RJ como um passo relevante no continuum da contrarreforma do Estado brasileiro, que, no caso do setor da saúde do Rio de Janeiro, se intensificou nos últimos dez anos. Trata-se ainda de uma forma diferente de avançar nesse sentido, já que é a primeira experiência em que temos OS gerindo programas de residência médica, e não somente os serviços de saúde propriamente ditos.

Ainda assim, é importante mencionar que, no caso do Rio de Janeiro, as OS involucradas nesse processo de gestão do PRMFC-RJ são entes vinculados a instituições públicas de ensino e pesquisa, o que pode contribuir para os achados da presente pesquisa. Por fim, tal experiência ainda precisa

avancar em evidências mais sólidas que analisem seu efeito nas condições de trabalho e na assistência à saúde da população. Há também poucos elementos disponíveis que permitam avaliar mais concretamente a influência da NAP no âmbito dos processos de decisão, relação com controle social e mecanismos de avaliação e prestação de contas.

Esse artigo enfrenta duas limitações principais. A primeira é a pouca evidência disponível na literatura científica sobre dados do PRMFC-RJ e seu efeito sobre diversos dos eixos de análise elencados. A segunda é uma limitação inerente à metodologia utilizada: a pesquisa documental não reflete totalmente os nuances da política real, e é fortemente dependente do que é disponibilizado em domínio público. Ainda assim, foi possível alcançar os objetivos inicialmente propostos e, principalmente, estabelecer um ponto de partida para futuras pesquisas, que busquem investigar os detalhes da terceirização da gestão em saúde, agora no âmbito também da formação de profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública** [on-line], Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. S23-S36, 2002. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700004>. Acesso em: 11 out. 2014.

ANDERSON, P. **Crisis in Brazil**. London Review of Books. 2016; 38(8):15-22.

ANDREAZZI, Maria F. S. Recuperação de custos em unidades públicas de saúde: uma contribuição para o debate sobre novas formas de financiamento. **RAP: Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 153-190, 1997.

ANDREAZZI, M. F. S. **Formas de Remuneração de Serviços de Saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2003.

ANDREAZZI, MFS & BRAVO, MIS. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v.12, n.3, p. 499-518, 2014.

ANDREAZZI, MFS; BRAVO, MIS & PACHECO, J. Novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma liberal na saúde: um panorama das Organizações Sociais atuantes no município do Rio de Janeiro. In: BRAVO, MIS; ANDREAZZI, MFS; MENEZES, JSB; et al. (Orgs.). **A Mercantilização da Saúde em Debate: As Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2015.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como

forma de gestão público/privado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2483-2495, Agosto. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>. Acesso em 01/02/2017.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1988**. Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso em 02/05/2018.

BRASIL. **Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017**. Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13429.htm. Acesso em 02/06/2018.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma do Estado**. Discurso de posse no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Janeiro, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1995/95.1.DiscorsoDePosseMare.pdf>. Acesso: 10/07/2018.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1996.

CEPESC. **Estatuto do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva**. 2011. Disponível em: <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Estatuto-CEPESC-alterado-julho-2013.pdf>. Acesso em 10/08/2018.

FLEURY, Sonia et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.

FUNDAÇÃO DE APOIO À FIOCRUZ - FIOTEC. Disponível em: <http://www.fiotec.fiocruz.br/>. Acesso em 16 jul. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>. Acesso em 16 jul. 2018.

GOSDEN, T; PEDERSEN, L., TORGERSON, D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. **Q J Med**. 1999; 92:47-55.

GRANEMANN, Sara. Políticas sociais e financeirização dos direitos do trabalho. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 57-68, 2007.

HARZHEIM, E., LIMA, K. M., HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro – Avaliação dos Três Primeiros Anos de Clínicas da Família**. 1ª ed. Porto Alegre: OPAS, 2013.

HARVEY, David. Neoliberalism as Creative Destruction. **The ANNALS of the American Academy of**

Political and Social Science, v. 610, n. 1, p. 21–44, mar. 2007.

IAMAMOTO, MV. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, Ana E. M. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 1-37.

IBANEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1831-1840, Nov. 2007 .

JUSTINO, A. L. A., OLIVER, L. L., MELO, T. P. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p.1471-1480, 2016.

MARCH, Cláudia. **A contra-reforma do Estado brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos**. Tempus – Actas de Saúde Coletiva – O Trabalho em Saúde. 2011.

MARCH, Cláudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. **Universidade e Sociedade**, n. 49, p. 62-70, 2012.

MENDES, Eugênio V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

NAVARRO, Vicente. Comment: Whose Globalization? **American Journal of Public Health**, v. 88, n. 5, p. 742–743, maio 1998.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: Uma Introdução Crítica**. 8a ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, RP. Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: Santana JP, Castro JL (orgs). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde**. Natal: EDUFRRN; 1999.

OLIVEIRA, CA. Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão. In: BRAVO, MIS; ANDREAZZI, MFS; MENEZES, JSB; et al. (Orgs.). **A Mercantilização da Saúde em Debate: As Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2015.

OTICS-RIO. **Observatórios de Tecnologias de Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde**. 2018. Disponível em: <http://otics-rio.blogspot.com/>. Acesso em 05/08/2018.

PAIM, Jairnilson S.; TEIXEIRA, Carmem F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line], Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1.819-1.829, 2007. Disponível em:

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312008000400003. Acesso em 9/07/2014.

PINTO, EC et al. **A economia política dos governos Dilma: acumulação, bloco no poder e crise** [Academic Discussion Paper on Internet]. Rio de Janeiro (BR): Faculdade de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/images/pesquisa/publicacoes/discussao/2016/TD_IE_004_2016_COSTA_PINTO_et_al.pdf. Acesso em 11/10/2018.

PRMFC-RJ. **Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro**. 2015. Folder. Disponível em: <https://www.slideshare.net/InaiaraBragante/rmnf2222>. Acesso em 10/04/2018.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal do. **Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009-2016**. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6616925/4178940/planejamento_estrategico_site_01.pdf. 2009. Acesso em 20/07/2018.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal do. **Organizações Sociais**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/cvl/exibeconteudo?id=2806005>. 2018. Acesso em 10/08/2018.

RIZZOTTO, Maria L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

SAAD-FILHO, Alfredo. Neoliberalismo: Uma Análise Marxista. **Marx e o Marxismo**, v. 3, p. 58–72, 2015.

SADER, Emir; GENTILI, Pablo; BORÓN, Atilio (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. São Paulo, SP: Paz e Terra, 1995.

SALGADO, VAB. **A Lei Federal de Organizações Sociais e sua regulamentação no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

SANTOS, F.F. **Diferenças entre organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP)** Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/47711/diferencas-entre-organizacoes-sociais-e-organizacoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico-oscip>.

SEGALL, M. District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. **International Journal of Health Planning and Management**. 2003; 18:S5-S26.

SILVA JUNIOR, A.G, ANDRADE, H.S Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n.9, p. 2670-2671, 2016

SMS-RJ. **Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade**. 2018. Website. Disponível em: <http://www.rmfcio.org>. Acesso em 15/07/2018.

SORANZ, DR. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n.30, p. 67-71, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)882](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)882)

SORANZ, D.; PINTO, L.F; PENNA, G.O - Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCA PS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa**: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6

THERBORN, Göran. Globalizations: Dimensions, Historical Waves, Regional Effects, Normative Governance. **International Sociology**, v. 15, n. 2, p. 151–179, jun. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report: Making the most of existing health workers**. Geneva: World Health Organization; 2006.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação do PRMFC da SMS do Rio de Janeiro pela disponibilidade de documentos.

Agradecemos também ao CNPq pelo apoio financeiro