



Secretaria de Estado
da Saúde



Novos atores na institucionalização das parcerias do setor público de saúde: a participação de organizações do setor público não-governamental na atenção básica do município de São Paulo, no período de 2001 a 2005.

Coordenador do Projeto:

Cássio Silveira

Pesquisadores:

Elaine Fracasso Tambelli

Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo

**NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PARCERIAS
COM O SETOR PÚBLICO DE SAÚDE**

**Novos atores na institucionalização das parcerias do setor público de
saúde: a participação de organizações do setor público não-
governamental na atenção básica do município de São Paulo, no período
de 2001 a 2005.**

Coordenador: Cássio Silveira

Pesquisadores:

Elaine Fracasso Tambelli

São Paulo

Outubro 2006

INTRODUÇÃO

A atenção básica em saúde na cidade de São Paulo sofreu transformações profundas nos últimos anos. Nesse processo, podem ser indicados como eventos fundamentais, primeiramente, no ano de 2001, a descentralização político-administrativa que promoveu o repasse das unidades básicas de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para os municípios, sob orientação dos princípios de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente a descentralização e municipalização dos serviços de saúde; segundo, a articulação promovida pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) junto às organizações públicas não governamentais na reorientação da organização da atenção básica através do Programa de Saúde da Família (PSF) em algumas áreas do município.

A articulação entre poder público e organizações públicas não governamentais não representa novidade na história recente dos serviços de saúde no país. São várias as modalidades encontradas que, do ponto de vista administrativo, têm sido justificadas pela suposta racionalidade no uso dos meios financeiros e materiais disponibilizados pelo poder público na oferta de serviços de saúde. Há, por outro lado, a justificativa de que a construção do SUS deve estar baseada no princípio de articulação com os serviços oferecidos pelo conjunto de organizações prestadoras de serviços de saúde do setor privado, entendido aqui como todo serviço não estatal.

Dentro desse conjunto de organizações não estatais encontram-se aquelas que têm por finalidade a prestação de serviços públicos. Tendo por característica principal não auferir lucros em suas atividades, ganhos financeiros ou outros quaisquer, foram durante muito tempo denominadas filantrópicas. Constituem atualmente um vasto conjunto de serviços, cujas histórias variam de acordo com suas tradições e interesses. Como exemplos, podem ser citadas organizações com alguns séculos de existência, como a Santa Casa de São Paulo; organizações que representam etnias, grupos de imigrantes, tais como o Hospital Israelita

Albert Einstein e Beneficência Portuguesa; há, também, as mais recentes que representam segmentos com necessidades específicas na sociedade, tais como associações de portadores de patologias ou outras necessidades em saúde ou sociais de maneira geral.

No caso da organização da atenção básica em saúde no município de São Paulo, a articulação estabelecida entre o setor público municipal de saúde e as organizações públicas não estatais conduziu-nos à formulação de algumas perguntas, que remetem à possibilidade de refletir sobre possíveis relações que passaram a ser desenvolvidas com a finalidade de se construir um campo de problemas.

As perguntas são as seguintes:

1. Quais interesses da SMS-SP na articulação com o setor público não-estatal?
2. As parcerias contribuíram com o desenvolvimento dos princípios de orientação do SUS?
3. Por outro lado, quais as motivações das organizações públicas não-estatais em promover articulações com o poder público municipal?
4. Qual a experiência acumulada destas organizações em prestação de serviços de atenção básica que justificassem sua participação?
5. Quais interesses das organizações parceiras em operar a atenção básica voltada aos grupos sociais caracterizados pela situação de vulnerabilidade?

Tais indagações permitiram dar início à construção deste projeto de pesquisa que tem por finalidade principal descrever e compreender o processo de articulação entre poder público municipal (representado pela SMS-SP) e as organizações públicas não estatais (denominadas organizações parceiras) na estruturação da atenção básica em saúde através do PSF.

Para tanto, são necessárias algumas considerações teórico-conceituais que permitam abrir caminhos ao pensamento por meio da construção de um quadro conceitual que dê sustentação metodológica ao processo de pesquisa.

1 - MARCO TEÓRICO

1.1 - Poder público e serviços de saúde

O debate sobre as relações entre poder público e organizações da sociedade civil requer a apresentação de algumas definições conceituais importantes ao amplo entendimento desse fenômeno. Neste sentido, a noção de Estado abre o debate sobre as possibilidades de formas do estabelecimento das relações entre organizações regidas pelo direito público e organizações regidas pelo direito privado, observando-se uma variação histórica e regional das experiências nas formas de controle e regulação das ações desenvolvidas. Neste sentido, caberia ao Estado o papel de instituição reguladora e de controle da produção de ações que visem a proteção da coletividade.

O Estado moderno, entendido aqui como uma forma de ordenamento político surgida na Europa a partir do século XIII até fins do século XVIII, colocou um fim ao sistema policêntrico dos senhores feudais e marcou o início da formação do Estado unitário através da racionalização da gestão do poder. Sua principal característica consistiu na progressiva centralização do poder segundo uma instância sempre mais ampla, que termina por compreender o âmbito completo das relações políticas. Constitui-se, também, como um processo fundado no princípio da territorialidade da obrigação política e progressiva impessoalidade do comando político, apesar de que do ponto de vista histórico, a prática tem demonstrado uma série de variações quando aos seus arranjos.

O importante são seus traços característicos distintivos de um Estado que se destaca enquanto forma de organização política. Dentre estas características, destaca-se a da centralização. Max Weber definiu o caráter de centralização como associado à presença de um “aparato administrativo com a função de prover à prestação de serviços públicos e o

monopólio legítimo da força” (Bobbio, 2003: 69). Associadas a essas características estão as definições de unidade de comando, território específico e, também, um corpo qualificado de “técnicos” inseridos num tipo de organização cujas finalidades principais são a manutenção ou estabelecimento da ordem e o bem-estar da população.

Essa concentração do poder político, sistematizada na forma de organização burocrática, passa a definir parâmetros e formas de intervenção na sociedade como um todo, fato que não implicou necessariamente o estabelecimento de ações políticas de cunho universal. Pelo contrário, os exemplos históricos conduzem a pensar que a variação das ações do Estado no tocante à resolução de problemas essenciais à manutenção das condições de vida, constituem a expressão dos arranjos políticos de cada sociedade.

O poder do Estado é, segundo Derani (2002), o poder social institucionalizado que se legitima enquanto exterioriza suas finalidades. Ou seja, os interesses variados que circulam no Estado tornam suas ações mais complexas, trazendo à tona o problema das concepções que regem suas políticas e da tomada de decisão da execução das mesmas. O Estado, portanto, não é uma personificação da função racional daqueles que o idealizam, mas uma “institucionalização do social, com sua racionalidade e mistificação” (Derani, 2002: 39).

Tais interesses passam, também, pelas concepções místicas desenvolvidas na sociedade sobre o Estado. Não se trata, pois de conceber o Estado somente como expressão das necessidades concretas, mas de cumprir o papel de satisfazer a mística criada sobre o mesmo. Sob o foco da análise da satisfação simbólica com valor místico, a autora apresenta as seguintes considerações: “o poder estatal, ao mesmo tempo em que funda ações destinadas ao preenchimento de determinados fins objetivos, fundamenta ações simbólicas de coesão e identificação social, sem necessariamente cumprir uma determinação normativa explícita” (Derani, 2002: 39).

Assim, mesmo sendo uma instituição social a serviço dos indivíduos, com foco no interesse coletivo, suas forças idealmente são empregadas no sentido de atingir a integração

social. Fala-se, portanto, no fundamento do poder público que tem seus projetos e suas ações legitimados na idéia de proteção. As ações estatais, denominadas de políticas públicas porque pertencente a todos, são públicas porque devem ser controladas pelos cidadãos. Expressa, portanto, a conversão das decisões privadas em decisões e ações públicas que afetam a todos. São as respostas que o Estado dá às demandas que emergem da sociedade (DERANI, 2002).

1.2 - O público e o privado: relações tensas na esfera do Estado

A noção de público tem origem na palavra grega *polis*, cujo significado expressa a idéia de espaço comum aos cidadãos livres. Por outro lado, a palavra *oikos*, também de origem grega, significa a vida particular de cada indivíduo.

De origem latina é a palavra *publicus*, que significa vindo do povo. A contribuição dos romanos ao direito e à política redundou principalmente nas noções de direito público e direito privado. Direito público, portanto, diz respeito ao Estado e à ordenação política da sociedade. Por direito privado entende-se a regulação dos direitos da família, da propriedade privada, dos contratos e testamentos.

Segundo SADER, a relação entre os dois pólos, o do direito público e o privado, constitui um movimento dialético, de dependência e antagonismo. Ou seja, o autor refere-se a duas polaridades cujas identidades são contrastantes. Essa dicotomia foi criada no período das civilizações grega e romana, tendo deixado no passado, ou pelo menos como estrutura essencial de sociedades tribais isoladas, a dicotomia entre o público e o privado. A questão do direito, portanto, instaura o Estado enquanto instância superior a outras formas de organização política, e acaba por expressar o conjunto de conflitos e contrastes de sociedades fundadas na divisão entre classes sociais (SADER, 2005).

No Brasil, a formação do Estado, com aberturas perceptíveis à criação de espaços para as questões públicas passa por três períodos históricos, apresentados a partir dos seguintes modelos estatais, conforme Sader (2005):

Anteriormente, nos anos trinta, no Brasil, predominavam os interesses privados, circunscritos, principalmente, na esfera do privado. Como exemplo dessa característica, pode-se destacar a liberdade existente nas relações entre trabalhadores e empresários sem a mediação estatal. O período Vargas deixou marcas profundas do surgimento da esfera pública no Brasil. Denominou-se esse modelo de estatista-nacional, cujas principais características foram:

- O estabelecimento de concursos para contratação dos funcionários públicos;
- A criação de carreiras para os servidores públicos;
- A criação da instituição da Previdência Social;
- A instituição dos ministérios sociais (saúde, educação, etc.); e,
- As políticas sociais que passaram a reconhecer direitos sociais dos trabalhadores (FLEURY, 1986; SADER, 2005).

Os avanços do ponto de vista da construção de uma sociedade capitalista com bases democráticas, só não foi adiante porque os obstáculos existentes indicavam os sentidos da configuração do Estado. O principal deles, pode-se afirmar, foi a função simbólica do Estado como instrumento de acumulação do capital, o que possibilitou pensar que o Estado serviu aos interesses privados, apesar da legitimidade atribuída aos trabalhadores (urbanos e de áreas fundamentais à economia) que passaram a ter alguns direitos reconhecidos, sem, contudo, obter espaço político de participação ampla e irrestrita na determinação de seus próprios rumos. Ou seja, a esfera pública ganhou espaços importantes apesar dos interesses privados permearem a constituição de um conjunto de políticas de Estado voltadas aos interesses das classes sociais dominantes.

Na busca de compreender os modelos de Estado instituídos no Brasil, SADER indica que na seqüência histórica, surge o modelo estatal-militar no Brasil. Suas principais características foram o fortalecimento de um Estado militar com forte presença no controle das classes de trabalhadores. Ações explícitas de controle das relações trabalho-capital, tais como, o arrocho salarial e intervenção na estrutura social, por um lado, e, por outro lado, a abertura da economia nacional ao capital estrangeiro e ações que caracterizaram-no enquanto um Estado mercantil (financiamento à acumulação privada do grande capital nacional e internacional), são características que marcaram a passagem dos militares pelo poder do Estado. Neste caso, o público foi enfraquecido, tendo predominado os interesses privados nas ações e determinações do Estado militar (SADER, 2005).

O terceiro modelo foi gestado nas bases do projeto econômico neoliberal, nos anos oitenta. Marcado que foi, anteriormente, pelo regime militar, ao Estado foi possível definir o caminho da democracia associada ao privado. Estava posta a questão da liberdade política e a identificação com a hegemonia liberal ganhou força, assumindo o Estado uma oposição ao privado e, por conseguinte, às relações de mercado. Neste sentido, operou-se uma transformação na forma de conceber o Estado, polarizando-o contra o privado. O contexto da crise fiscal do Estado foi propícia à avassaladora onda de medidas que confluíam para a desestatização, quase sempre confundidas com a liberdade política necessária à superação do regime militar.

A desconstrução do Estado pôde ser percebida em ações que propiciaram a deterioração de parte dos serviços públicos, a privatização dos serviços públicos (principalmente no caso da assistência à saúde e da educação privadas), a constituição de um enorme conjunto de homens e organizações de segurança privada e, principalmente, a veiculação de uma ideologia de anulação do Estado. O público, portanto, sofreu um movimento retroativo, tanto no que diz respeito ao aparato estatal, e suas características intrínsecas de ações concebidas e praticadas segundo as orientações e finalidades públicas, quanto no plano ideológico que constituiu importante instrumento de disseminação de idéias

favoráveis à formação de um Estado liberal de direito. Seu principal objetivo: a desconcentração do poder econômico do Estado e sua concentração no mercado.

Os anos noventa vêm surgir novas e grandes conquistas do espaço público no Estado. A Carta Constituinte, de 1988, instituiu novas formas de participação. Alguns exemplos: formulação e implantação de políticas de orçamento participativo; formação dos conselhos municipais, estaduais e nacionais para o acompanhamento público da gestão dos sistemas de educação e saúde; assentamentos de trabalhadores rurais, entre outros. São alguns exemplos importantes da ampliação dos espaços públicos criados no Estado.

Permaneciam ainda as forças que mantinham a determinação de retirar do Estado as funções sociais e públicas, colocando-as a cargo do setor privado. Porém, as respostas concretas oferecidas pelas forças progressistas, constituíram novos espaços de participação e, principalmente, asseguraram ao Estado o papel de garantir a formulação e implantação das políticas públicas.

1.3 - Os serviços públicos

Constituem-se como características essenciais da produção de serviços públicos e estatais, por um lado, os critérios de alocação de serviços que são instituídos e regulados segundo as demandas e necessidades, e, por outro lado, os métodos de decisão e alocação dos serviços que não têm origem na racionalidade do mercado, mas na política discricionária (OFFE, 1991; PIRES, 1998).

Uma definição da noção de serviço público deve necessariamente vir acompanhada da compreensão mais abrangente do papel do Estado no desenvolvimento de ações de proteção à população. Entre as características mais marcantes do Estado contemporâneo, pode-se destacar a constituição de um conjunto de indivíduos que, juntamente com a disponibilização de recursos materiais, atua em benefício da população, sob as ordens de um governo. A essa expressão do Estado, via ações concretizadas através de um poder que

comanda e controla ações voltadas ao público, denomina-se serviço público (DERANI, 2002). A autora considera, ainda, que o Estado não configura um quadro formal e fechado. Os princípios gerais que cercam suas ações estão estabelecidos na Constituição que, mesmo assim, sofrem variações na implantação de ações.

Particularmente, no que tange à resolução dos problemas de saúde da população, os serviços públicos respondem ao conjunto de normas e formas organizadas de prestação das ações em saúde. Porém, as necessidades em saúde, sentidas e transformadas em ações concretas no cotidiano dos serviços, sofrem os reveses da própria realidade que responde de maneiras diferenciadas a essas ações. Nesse sentido, pode-se pensar em demandas espontâneas, ou relativamente organizadas, por parte dos usuários, que lançam sobre os serviços forças de resistência. Não se trata somente de negar as técnicas e tecnologias empregadas na resolução dos problemas de saúde ofertados pelo Estado, mas de explicitar o caráter conflitivo das relações entre Estado e sociedade civil.

O serviço público constitui a possibilidade de promover ações que beneficiem a população. É, portanto, consequência de uma concepção denominada proteção social. Segundo VIANNA & LEVCOVITZ, a proteção social “consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionados com múltiplas situações de dependência” (VIANNA & LEVCOVITZ, 2005). São, portanto, ações públicas que têm por finalidade garantir à sociedade proteção aos efeitos dos “riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão” (VIANNA & LEVCOVITZ, 2005).

Ainda segundo os autores, as modalidades de intervenção do Estado, através das políticas de proteção social, podem ser agrupadas em três modalidades: (1) a assistência social que focaliza ações de proteção conforme as necessidades dos segmentos populacionais, distribuindo bens e recursos de forma específica; (2) o seguro social que atinge somente segmentos de trabalhadores, subdivididos por categorias ocupacionais; e, (3) a

seguridade social que tem na universalidade o princípio de distribuição de bens, ações e serviços a toda população (VIANNA & LEVCOVITZ, 2005).

Historicamente, a noção de seguridade social é recente e tem suas bases assentadas no fundamento de que a proteção social deve ser oferecida pelo Estado, sendo este o responsável pelas garantias da proteção mínima à manutenção da vida (renda, habitação, saúde e educação). Constituiu-se, portanto, como direito extensivo a todo cidadão, afastando-se do modelo baseado nas relações de caridade que predominaram na idade média na Europa e findou com o nascimento das relações modernas nas sociedades de economia capitalista. O século XX vê surgir o modelo denominado *Welfare State*, na Europa, como expressão maior ao atingir os problemas que a modernidade industrial construía ao largo da história: a mobilidade populacional do campo para a cidade e a constituição de espaços urbanos com grupos populacionais não inseridos no mercado de trabalho e fadados e permanecerem em patamares inferiores de pobreza ou mesmo na miséria absoluta (VIANNA & LEVCOVITZ, 2005).

Abre-se um outro flanco da discussão sobre o papel do Estado, particularmente no tocante à formulação e implementação das políticas de proteção social. Enquanto instituição que intervém, é pleno de conflitos e contradições inerentes ao conjunto das relações dinâmicas com a sociedade civil.

1.4 - A sociedade civil e o terceiro setor

Entende-se por “sociedade civil” a esfera das relações sociais não reguladas pelo Estado; este, por sua vez, entendido restritivamente como o conjunto dos aparatos que num sistema social organizado exercem o poder coativo (BOBBIO, 2003).

Ainda nos anos noventa, no Brasil, com o advento, por um lado, dos avanços alcançados pelo espaço público e, por outro lado, a tendência de diminuir as ações públicas e, particularmente, as sociais, abriu-se a discussão sobre a participação política da sociedade

civil. Colocada sob o enfoque do debate sobre a democracia, a questão da participação assume importância tanto para aqueles que defendiam a ampliação das ações estatais, quanto para aqueles que defendiam a diminuição do Estado.

Assim, sob as leis estabelecidas na Constituição de 1988 que possibilitaram a criação dos conselhos municipais, estaduais e federais e, também, da instituição do orçamento participativo, criou-se a possibilidade de estabelecer formas de participação institucionalizada, ainda que essas práticas não fizessem parte da vida social brasileira. Sob este enfoque, foram criadas as condições de se verificar as necessidades de iniciar os segmentos populacionais nas várias modalidades de participação, seja em relação aos aspectos organizacionais e ideológicos, seja na necessidade de construir uma participação plural que garantisse a representação de vários segmentos (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1999).

Por outro lado, as várias experiências de organizações de assistência e apoio às necessidades da população, principalmente dos segmentos sociais que ocupavam os níveis mais baixos do espectro da desigualdade social no país, já existiam e ganharam força por dois motivos: primeiro, a Carta Constitucional de 1988 preconizou a participação de segmentos sociais, representados ou não, por organizações com finalidade pública e não estatais, criadas e desenvolvidas na e pela sociedade civil; por outro lado, e sob a batuta da orientação das tendências que privilegiavam o processo de diminuição do Estado, desenvolveu-se o discurso de que se formava no país o que passou a ser denominado de terceiro setor (MONTAÑO, 2002; SADER, 2005).

Segundo MONTAÑO, estas organizações passaram por um processo de mistificação que as transformou num conjunto homogêneo e "sem contradições de classe". A finalidade principal, a busca do bem-comum, ocorreria como uma tendência própria do grupo, já que suas raízes constituiriam a expressão maior da participação popular. O Estado¹, nesta

¹ Montañó define os setores da seguinte forma: primeiro setor: o Estado; segundo setor: o mercado; e, terceiro setor, a sociedade civil. (Montañó, 2002: 15)

perspectiva, sofreria uma oposição pelas suas características burocráticas e limitadoras da expansão destas organizações (MONTAÑO, 2003: 15).

O terceiro setor tem sua expressão, principalmente nas chamadas Organizações Não Governamentais (ONGs), cujas características principais seriam a não existência de vínculo, ou ao menos autonomia com o setor público estatal, e não lucrativas (SADER, 2005). No conjunto destas organizações estão presentes desde organizações populares até organizações filantrópicas confessionais, passando por grupos empresariais que formam associações, fundações, etc., com vistas a cumprir a filantropia empresarial. É, como se percebe, um conjunto gigantesco de segmentos sociais, interesses e ações que, muitas vezes, não possuem os mesmos objetivos e, principalmente, compõem uma gama variada de concepções sobre os problemas sociais e as necessidades observadas na população, particularmente nos segmentos que sofrem as conseqüências das desigualdades sociais, da pobreza e dos processos de exclusão social.

Segundo SADER (2005), o terceiro setor é uma nova categoria que surge nos anos noventa no Brasil. No conjunto de conflitos entre os adeptos de concepções de renúncia às funções públicas do Estado e, por outro lado, o esforço centrado nas concepções e ações da contra-hegemonia neoliberal, cujo traço marcante foi o incremento da participação da sociedade nas decisões, o terceiro setor emerge como possibilidade de articulação entre as organizações não governamentais, não lucrativas e de interesse público, incluindo desde associações populares até a filantropia empresarial. As parcerias passam a reger estas articulações entre governos, organizações internacionais de financiamentos de projetos e programas e empresas privadas.

Neste sentido, a tradição existente das organizações não governamentais de assessoria dos movimentos sociais sofre, então, um deslocamento de papel, deixando de atuar como protagonistas dos movimentos sociais e passando a cumprir o papel de parceiros, fragmentando os interesses conforme o caminho assumido pelas articulações (SADER, 2005).

2 - A ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

2.1 - O conceito de atenção básica

Compor a definição da atenção básica requer, inicialmente, uma abordagem que inclua a noção de atenção primária. Inaugurada no século XX, nos países industrializados, a noção e a prática de que os serviços de saúde seriam classificados em diferentes níveis de atenção, de acordo com a complexidade tecnológica e as ações atribuídas a cada nível de atenção, constituem o eixo central da atenção primária. Segundo STARFIELD, o sistema de saúde passou a ser organizado em três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (STARFIELD, 2002).

Na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, a noção de atenção primária ganhou força e, a partir dela, foram especificados os componentes fundamentais de sua organização, expostos a seguir:

- Educação em saúde;
- Saneamento ambiental (em especial, águas e alimentos);
- Programas de saúde materno-infantil (imunizações e planejamento familiar);
- Prevenção de doenças endêmicas locais;
- Tratamento adequado de doenças e lesões comuns;
- Fornecimento de medicamentos essenciais;
- Promoção de boa nutrição;
- Medicina tradicional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Posteriormente, no ano de 1996, a atenção primária tem sua divulgação e prática ampliada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Foi reafirmado o conjunto de princípios que constituiu a base da atenção primária nos serviços de saúde. Esses princípios, divulgados na Carta de Lubliana, em 1996, definiram que os sistemas de atenção à saúde deveriam ser:

- Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a promoção e proteção da saúde;
- Centrado nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem nos serviços e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- Direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 2002).

Particularmente no caso de países e regiões que apresentam grande desigualdade na distribuição de riquezas, a oferta de serviços de saúde pode ter uma influência razoável na melhoria da situação de saúde e de vida da população, especialmente em casos onde existe uma rede de atenção primária bem desenvolvida. Isso se deve ao fato da atenção primária não focar apenas a enfermidade do indivíduo, mas concentrar-se também nas condições de vida, trabalho e ambiente da população de uma determinada região (STARFIELD, 2002; MARSIGLIA, 2005).

A atenção básica, por sua vez, constitui um conjunto complexo de ações em saúde. Caracteriza-se, principalmente, por um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>).

Essas ações são desenvolvidas “por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>).

Com relação às tecnologias utilizadas em atenção básica, tanto as tecnologias de elevada complexidade e aquelas de baixa densidade são aplicadas, no sentido de solucionar os problemas de saúde mais freqüentes e relevantes em seu território.

Por estar mais próxima dos usuários, principalmente pela rede de unidades básicas de saúde existentes nas localidades e, também, nas áreas rurais, acaba por tornar-se o contato preferencial, ou pelo menos mais imediato, dos mesmos com o sistema de saúde.

Os princípios que fundamentam e regem sua organização são a “universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social” (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>).

2.2 - Novas estratégias em Atenção Básica no município de São Paulo: 2001-2004

No início do ano de 2001, primeiro ano de mandato da prefeita Marta Suplicy no município de São Paulo, a SMS-SP contava com um conjunto de 83 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Naquele momento, a organização da saúde municipal ainda mantinha a estrutura criada pelas duas gestões anteriores: o Plano de Assistência à Saúde (PAS), cuja lógica de organização pautou-se pela formação de módulos de assistência à saúde coordenada, com elevado grau de autonomia e repasse de dinheiro público, por cooperativas de trabalhadores municipais da saúde.

Com o fim do PAS a SMS-SP reassumiu 56 unidades pertencentes aos módulos, somando, portanto, 139 UBS. Em seguida, por meio de articulações com o governo estadual, foram repassadas mais 189 UBS e incorporadas à rede no processo de municipalização e na re-incorporação do sistema municipal de saúde ao SUS. Posteriormente, no ano de 2005, foram implantadas mais 66 novas unidades com recursos próprios da SMS-SP. Ao final da gestão Marta Suplicy, no ano de 2004, a SMS-SP contava com um conjunto de 386 UBS.

Dentro das atividades desenvolvidas na atenção básica pela SMS-SP, o Programa de Saúde da Família (PSF) assumiu papel de destaque na reorganização dos serviços no ano de 2001.

Nos anos noventa, enquanto a SMS-SP ainda estava mantida fora do SUS. Tal orientação, política e administrativa, permitiu que a SES-SP, juntamente com o Ministério da Saúde (MS) formulasse um plano de implantação do PSF na cidade de São Paulo. As características de uma metrópole do porte da cidade de São Paulo, exigiu dos administradores à época um grande esforço em pensar e executar um plano que viabilizasse a estratégia saúde da família em áreas sem cobertura, ou com cobertura comprometida, de serviços de atenção básica em saúde.

A partir de 1995, duas organizações sociais sem fins lucrativos, a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, foram convidadas a participar da formação do PSF local, denominado de Qualidade Integral em Saúde (QUALIS). A sua expansão deu-se até o ano de 2001, tendo sido implantados em outras UBS, a chegando ao total de 226 equipes distribuídas nas Zonas Leste, Norte e Sudeste do Município. Posteriormente, foram estabelecidas novas parcerias com a Associação Congregação Santa Catarina e, também, com a Organização Santamarense de Educação e Cultura - UNISA (MARSIGLIA, 2005).

Na seqüência do Qualis, a prefeitura, a partir de 2001, incrementou a rede de atenção básica e o PSF, primeiro, incorporando as unidades estaduais, e, segundo, criando mais 579 unidades de saúde da família, em seus três primeiros anos de atuação. A lógica de implantação e expansão obedeceu ao critério de inserir equipes de saúde da família em áreas mais carentes da cidade², chegando à cobertura de 3 milhões de pessoas por meio da

² “A escolha dos Distritos de Saúde para implantação do PSF recaiu sobre áreas definidas como prioritárias com base no Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo (SPOSATI, 2000 *apud* MARSIGLIA, 2005). Foi priorizadas a população mais carente em cada um deles, com renda familiar de até cinco salários mínimos. O número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de ACS foi dimensionado para o atendimento

contratação de 7.420 profissionais de saúde, distribuídos em médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários.

São características essenciais da organização do trabalho no PSF:

- Diagnóstico da realidade, planejamento, monitoramento, avaliação e re-planejamento como funções assumidas conjuntamente por toda a equipe;
- Toda a equipe deve saber lidar com as informações obtidas, no sentido de retro-alimentar o sistema e embasar o processo de decisão coletiva;
- Necessidade de mudanças nas relações no interior da equipe, diminuindo a força tradicional de algumas profissionais e, conseqüentemente, da hierarquia interna, com decisões compartilhadas entre a equipe e famílias atendidas;
- Estabelecimento de relações que permitam também a criação de vínculos e responsabilização pelo acolhimento, cuidado e resolução dos problemas apresentados, inclusive na busca de encaminhamentos para níveis mais complexos de atendimento, pautando a postura da equipe pela ética do compromisso com os usuários
- A equipe, além da atenção aos problemas prevalentes de saúde dos indivíduos, deve desenvolver conhecimentos e habilidades para a abordagem de dinâmicas familiares, de grupos, de trabalhos comunitários e experiências de participação e controle social (MARSIGLIA, 2005).

A experiência anterior do Qualis permitiu, também, que a participação das chamadas organizações sociais pudesse ter continuidade, incluindo ainda outras organizações que poderiam contribuir à expansão do PSF no município. Através de convênios estabelecidos entre as organizações e a SMS-SP, foram concretizadas 12 parcerias, apresentadas a seguir:

dessa parcela da população. O Plano de Saúde em cada Distrito deveria definir as áreas de maiores riscos socioeconômicos e geográficos” (MARSIGLIA, 2005).

1. Associação Comunitária Monte Azul

A Associação Comunitária Monte Azul é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, que tem uma tradição de trabalhos sócio-comunitários na região Sul, particularmente no Distrito Administrativo Jardim Ângela, área de extrema pobreza e exclusão social. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua na região Sul, emprega 672 (9%) trabalhadores no Saúde da Família – 476 ACS, 87 AE, 65 Enfermeiros e 44 Médicos.

2. Associação Congregação Santa Catarina

A Associação Congregação Santa Catarina é uma Instituição de caráter religiosa e filantrópica, embora tenha um Hospital ligado ao Sistema Supletivo de Assistência Médica, a Associação é sem fins lucrativos e é caracterizada como Organização Social em Saúde, gerenciando um hospital público em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na região Sul. Também, com a SES implantou antes do 2001 o PSF na região Sul – QUALIS. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua na região Sul, empregando 638 (8%) trabalhadores no Saúde da Família – 349 ACS, 144 AE, 73 Enfermeiros e 72 Médicos.

3. Associação Saúde da Família

A Associação Saúde da Família é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos que mantém parceria com a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF. Tem a Associação inserção em duas Coordenadorias Regionais de Saúde – Norte e Sudeste. Com 870 (12%) trabalhadores inseridos no PSF, ocupa a segunda posição no conjunto das demais parceiras em número de profissionais contratados – 531 ACS, 184 AE, 92 Enfermeiros e 63 Médicos.

4. Casa de Saúde Santa Marcelina

A Casa de Saúde Santa Marcelina é uma instituição de caráter religiosa e filantrópica com longa tradição na prestação de serviços de saúde em convênio com o Poder público. Atua na região Leste do município de São Paulo há quarenta anos, gerenciando uma rede de serviços de saúde nos três níveis da atenção, isto é, primário, secundário e terciário. Também é parceira da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) na qualidade de Organização Social em Saúde, gerenciando Hospitais. Foi uma das pioneiras na implantação do PSF em conjunto com a SES – QUALIS. Desenvolve programas de formação de recursos humanos em saúde na modalidade de residência médica e atualmente com a experiência do programa multiprofissional para o PSF, em convênio com o Ministério da Saúde. A parceria com o Poder público municipal, através da Secretaria Municipal da Saúde, começa a partir de 2001 para a ampliação e implantação do PSF. No momento da pesquisa, a Casa de Saúde Santa Marcelina tinha um total de 1.810 (24%) profissionais trabalhando no Saúde da Família, o maior contingente de membros do Programa municipal – 1.030 ACS, 399 AE, 204 Enfermeiros e 177 Médicos. Essa Instituição só está presente na região da Coordenadoria Regional de Saúde Leste.

5. Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim – CEJAM

O CEJAM é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, atuando na prestação de serviços educacionais. Parceiro da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua na região Sul, emprega 561 (7%) trabalhadores no Saúde da Família – 341 ACS, 114 AE, 60 Enfermeiros e 46 Médicos.

6. Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo é uma instituição sem fins lucrativos, atuando na prestação de serviços educacionais e de saúde – Hospital das Clínicas.

Recentemente foi qualificada como Organização Social em Saúde pela SES, passando a gerir um hospital na região Sudeste. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua só na região Centro-Oeste, empregando 307 (4%) trabalhadores no Saúde da Família – 194 ACS, 54 AE, 31 Enfermeiros e 28 Médicos.

7. Fundação Zerbini

A Fundação Zerbini é uma instituição sem fins lucrativos, atuando na prestação de serviços de saúde. Tem o Instituto do Coração (Incor) como exemplar hospital que ajuda a gerenciar junto com a SES e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É pioneira, junto com a Casa de Saúde Santa Marcelina, na implantação do PSF nas regiões Sudeste (Sapopemba) e Norte (Freguesia do Ó/Brasilândia), em parceria com a SES – QUALIS. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua nas regiões Norte e Sudeste, empregando 510 (7%) trabalhadores no Saúde da Família – 290 ACS, 110 AE, 55 Enfermeiros e 55 Médicos.

8. Hospital Israelita Albert Einstein

O Hospital Albert Einstein é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, atuando na prestação de serviços de saúde, com importante inserção no Sistema Supletivo de Assistência Médica, mas desenvolve ações comunitárias na região na qual está inserido – Sul. Tem programa de educação, na área de Enfermagem. Parceiro da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua só na região Sul, empregando 480 (6%) trabalhadores no Saúde da Família – 365 ACS, 54 AE, 34 Enfermeiros e 27 Médicos.

9. Instituto Adventista de Ensino

O Instituto Adventista de Ensino instituição sem fins lucrativos, atuando na prestação de serviços educacionais e comunitários na região Sul há longo tempo. Parceiro da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua na região Sul, emprega 510 (7%) trabalhadores no Saúde da Família – 359 ACS, 66 AE, 49 Enfermeiros e 36 Médicos.

10. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

A Irmandade da Santa Casa de São Paulo é uma Instituição filantrópica, secular, com longa tradição na prestação de serviços de saúde e educacionais na área médica, em particular. Tem parcerias com o Poder público nos vários níveis de governo. É qualificada com Organização Social em Saúde pela SES, gerenciando um hospital na região de Guarulhos. O Hospital da Santa Casa de São Paulo é de alta complexidade e os serviços que prestados são referência universitária e tem uma inserção importante nas regiões Centro e Norte de São Paulo. Nesta, a Santa Casa também possui dois serviços hospitalares – Hospital São Luiz Gonzaga e o Hospital Geriátrico D. Pedro. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua só nas regiões Norte e Centro-Oeste, empregando 147 (2%) trabalhadores no Saúde da Família – 91 ACS, 29 AE, 15 Enfermeiros e 12 Médicos.

11. Organização Santamarense de Educação e Cultura – UNISA

A UNISA (Universidade Santo Amaro) tem como mantenedora a Organização Santamarense de Educação e Cultura, que é sem fins lucrativos, atuando na prestação de serviços educacionais e de saúde. É qualificada como Organização Social em Saúde pela SES, gerenciando um hospital público estadual na região Sul. Parceira da Secretaria

Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua só na região Sul, empregando 309 (4%) trabalhadores no Saúde da Família – 171 ACS, 70 AE, 35 Enfermeiros e 33 Médicos.

12. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

A UNIFESP é uma organização que se caracteriza com universitária, pública, que presta serviços de saúde de alta complexidade e desenvolve programas de ensino na área da saúde – graduação e pós-graduação. Tem programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua em três regiões – Norte, Centro-Oeste e Sudeste -, empregando 782 (10%) trabalhadores no Saúde da Família – 491 ACS, 137 AE, 79 Enfermeiros e 75 Médicos.

3 - PRESSUPOSTOS DE PESQUISA

No quadro apresentado anteriormente podem ser observadas algumas das características organizacionais das organizações parceiras da SMS-SP na implantação do PSF local. O conjunto de informações permite uma análise, ainda que superficial, que indica um conjunto heterogêneo na composição das organizações. Por exemplo, as dimensões organizacionais (porte, número de funcionários, estrutura etc.) são diferenciadas; as origens históricas são muito distintas, com experiências de atuação em saúde distintas, também; há organizações de orientação confessionais, universitárias e de pesquisa, algumas criadas mais recentemente.

Esse conjunto heterogêneo da composição das organizações parceiras, de alguma maneira possibilitou um acúmulo de experiências na relação entre a sociedade civil e o poder público. A qualidade desta composição é que deve ser verificada ao passo que, sua

composição heterogênea é variável segundo os interesses próprios de cada organização na relação com os interesses do poder público.

Segue a apresentação dos seguintes pressupostos de pesquisa:

1. A articulação entre SMS-SP e as organizações ao mesmo tempo em que abriu caminho para a constituição de uma política de atenção básica em saúde, promoveu a aproximação de interesses variados da sociedade civil, nem sempre orientados de forma coesa à composição de uma saúde pública universal e equânime.
2. A parceria (poder público municipal e organizações parceiras) pôde instituir uma nova forma de compartilhar a responsabilidade na organização dos serviços de atenção básica em saúde, desde que os interesses variados das organizações parceiras, expressão da diversidade própria existente na sociedade civil, tenham sido direcionados aos objetivos maiores da atenção básica e da saúde pública de maneira geral, e não somente como intervenção técnica em assistência à saúde.

4 - JUSTIFICATIVA

A realização deste projeto de pesquisa permitirá o desenvolvimento de algumas contribuições expostas a seguir.

Primeiramente, acreditamos que a contribuição à análise das premissas que orientaram a formulação do projeto municipal de expansão da rede de atenção básica e a diminuição das desigualdades em saúde no município de São Paulo pode vir a acrescentar novos conhecimentos sobre estas novas modalidades de gestão, ao compor, por um lado, uma visão crítica do processo e, por outro lado, o levantamento de um conjunto de informações que permitam ao poder público inspecionar as ações em atenção básica sob a ótica da administração.

Por fim, um outro aspecto que diz respeito à contribuição ao desenvolvimento de estudos sobre a relação público-privado na saúde. No contexto do SUS observam-se novas estratégias de organização e, neste caso, as articulações possíveis e previstas em seus princípios organizativos têm permitido a sua expansão por todo o território nacional. Sob este aspecto, é importante salientar as diferentes formas de articulação no campo de produção de serviços de saúde, o qual enseja uma variabilidade de interesses no campo de produção de serviços em saúde. A realização de pesquisas, portanto, permite mapear interesses e compreender os sentidos do SUS pelo poder público e pelas organizações oriundas da sociedade civil.

5 - OBJETIVOS

5.1 – Geral

Compreender as razões que orientaram o estabelecimento de uma política de saúde municipal por meio das parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde e as organizações públicas não-governamentais na reestruturação da atenção básica municipal no período de 2001 a 2004, do ponto de vista da SMS-SP e das organizações parceiras.

5.2 - Objetivos específicos

5.2.1 - Caracterizar os consensos e os conflitos gerados dentro do poder público municipal, quando da implementação das parcerias na atenção básica, com especial atenção nos seguintes aspectos: as estratégias de aproximação utilizadas no processo, a definição dos critérios de escolha das organizações parceiras e no modelo de convênio adotado pela SMS-SP.

5.2.2 - Caracterizar os interesses das organizações parceiras com relação ao estabelecimento das parcerias com a SMS-SP e compor uma caracterização de seu perfil organizacional.

5.2.3 - Levantar informações sobre a política de contratação de recursos humanos em atenção básica no município de São Paulo, sob a responsabilidade das organizações parceiras.

6 – MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A definição dos aspectos metodológicos, no caso desta pesquisa, assume um grau de complexidade tanto nas estratégias de pesquisa a serem definidas, assim como nas técnicas mais adequadas a serem delimitadas no contexto do projeto. A dinâmica das relações entre o poder público municipal e as organizações da sociedade civil suscitam, ainda que hipoteticamente, a percepção de que existam muitas contradições num contexto aparentemente estruturado em bases consensuais.

Neste sentido, a amplitude do uso de determinados métodos e técnicas deve necessariamente ser corroborado por uma metodologia que permita identificar tal realidade em sua totalidade, ou ao menos em boa parte dela. Por outro lado, deve permitir, também, a construção de uma tipologia das organizações parceiras, buscando, com isso, identificá-las e compreendê-las em suas particularidades para poder analisá-las no contexto das relações estabelecidas com o poder público.

6.1 - O universo de pesquisa

6.1.1 - Gestores municipais no setor saúde representadas pelos seguintes sujeitos de pesquisa: secretários municipais de saúde no período; secretário municipal de saúde adjunto no período; coordenadores de atenção básica da SMS-SP. Sujeitos entrevistados: 5, aproximadamente.

6.1.2 - Organizações parceiras representadas pelos seguintes sujeitos de pesquisa: diretores e/ou coordenadores de setor e coordenadores de atenção básica (PSF). Sujeitos entrevistados: 20, aproximadamente.

Total de sujeitos entrevistados: 25, aproximadamente.

6.2 - Técnicas de coleta de dados

6.2.1 - Levantamento direto de informações junto a pessoas vivas com uso de técnica de gravação em fita magnética ou gravação em aparelho digital:

- Composição de roteiro de entrevista semi-estruturado (**anexo I**) a ser aplicado junto aos gestores e coordenadores municipais da SMS-SP³ (MARCONI & LAKATOS, 1990).
- Composição de formulário para entrevista (**anexo II**) junto aos diretores ou coordenadores das organizações parceiras (MARCONI & LAKATOS, 1990).

6.2.2 - Levantamento e análise de documentos com vistas a captar informações específicas sobre:

SMS-SP:

- Legislação sobre saúde publicadas no Diário Oficial do Município – DOM, período: 2001-2004.
- Normas internas na SMS-SP sobre atenção básica-PSF, no período 2001-2004.
- Demais documentos públicos pertinentes ao estabelecimento dos convênios: modelo de documento do convênio e outros.

³ Durante o ano de 2005, foi realizada pesquisa de avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF (CONSÓRCIO MEDICINA USP & PROESF, 2006). A pesquisa desenvolveu diferentes estudos avaliativos, dentre os quais um levantamento junto aos gestores municipais de saúde do período focado por esta pesquisa. Parte deste material coletado será utilizado neste estudo.

Organizações parceiras:

- Estatuto da organização.
- Documentos internos referentes ao convênio estabelecido junto ao poder público.
- Material sobre atenção básica em saúde-PSF produzido nas organizações parceiras (CHIZZOTTI, 1995).

6.3 - A construção de uma tipologia das organizações parceiras

A formulação de tipos, ou tipo ideal segundo os estudos desenvolvidos por Max Weber, são normalmente construídos a partir da análise de aspectos considerados essenciais do fenômeno objetivado no processo de pesquisa (FREUND, 1987; LAKATOS, 1992). A formulação de uma tipologia, portanto, tem por característica essencial aquela de não existir de forma completa na realidade, mas servir de modelo de análise para a compreensão de casos concretos, realmente existentes (LAKATOS, 1992).

A classificação e a comparação são ações essenciais no processo de pesquisa. O tipo ideal expressa os aspectos mais significativos da realidade objetivada, os caracteres mais gerais, que se encontram regularmente no fenômeno estudado. “Em suma, consiste em uma representação ideal e conseqüente de uma totalidade histórica singular, obtida por meio da racionalização utópica e de acentuação unilateral dos traços característicos e originais, para dar uma significação coerente e rigorosa ao que aparece como confuso e caótico em nossa experiência puramente existencial” (FREUND, 1987).

Neste sentido, captar a particularidade das organizações parceiras é a ação principal no processo de pesquisa já que interessa menos a freqüência com que qualquer elemento de análise apareça numa dada realidade. O interesse no processo de pesquisa volta-se para as propriedades características e originais que determinam a individualidade e a singularidade de uma unidade de análise (FREUND, 1987).

A formulação de uma tipologia permitirá abrir a possibilidade de produzir conhecimentos sobre as organizações parceiras em suas particularidades. O objetivo é conhecer as diferenças para compreender, num plano maior, as diferentes intenções com relação à atuação na atenção básica e PSF.

Ainda que provisoriamente, as informações obtidas até aqui permitem a apresentação de uma tipologia dessas organizações, apresentada a seguir:

- 1) *Organizações Confessionais*: são organizações tradicionalmente oriundas de instituições religiosas, com atuação em ações de assistência à saúde e em outros setores, também.

Ainda que mantenham como característica essencial a sua orientação confessional, vale ponderar que são organizações que têm desenvolvido ações de formação educacional superior na área da saúde, além das atividades assistenciais.

São exemplos das confessionais: Associação Congregação Santa Catarina, Casa de Saúde Santa Marcelina e Instituto Adventista de Ensino.

- 2) *Organizações universitárias públicas* (estatais e não estatais): são organizações formadas a partir de conhecimentos e experiências acumulados por organizações de ensino superior na área da saúde.

Tais organizações têm acumuladas experiências de gestão de unidades públicas de saúde, em atenção básica, ambulatorial e hospitalar. Carregam a tradição de produzir conhecimentos através de unidades produtoras de pesquisas, programas de pós-graduação e experiência sólida na formação de recursos humanos em saúde.

São exemplos destas organizações: Organização Santamarense de Ensino (Unisa) e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

- 3) *Organizações assistenciais*: organizações com atuação predominantemente voltada à assistência em saúde e outras com atuação em assistência social e educação.

Algumas têm origem em antigas sociedades beneficentes ou associações de grupos étnicos, de imigrantes ou mesmo comunitários, que fundaram hospitais ou outras entidades filantrópicas com a finalidade de oferecer cuidados e suprir algumas necessidades dos membros pertencentes.

São exemplos deste tipo de organização: Associação Comunitária Monte Azul, Hospital Israelita Albert Einstein e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

- 4) *Organizações vinculadas a unidades de educação superior e centros de pesquisa*: são aquelas com origem e vínculos com universidades. Constituem quase que exclusivamente organizações que derivaram de outras cujas experiências em assistência em saúde vêm de longa data.

Essas organizações formam um conjunto com forte presença na elaboração e execução de projetos em saúde, além de uma presença marcante na captação de recursos públicos de fomento à pesquisa e outros projetos para o desenvolvimento de tecnologias em saúde e capacitação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde.

São exemplos: Associação Saúde da Família, Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim (Cejam), Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Fundação Zerbini.

7 - RESULTADOS ESPERADOS

7.1 - Caracterização dos consensos e os conflitos gerados dentro do poder público municipal quando da implementação das parcerias na atenção básica, por meio da análise de discursos e da análise dos instrumentos legais criados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-PMSP).

7.2 - Análise da legislação sobre a organização da Atenção Básica e Programa de Saúde da Família no período de 2001 a 2004.

7.3 - Descrição e análise das estratégias de aproximação e critérios de escolha das organizações parceiras.

7.4 - Descrição e análise do modelo de convênio adotado pela SMS-PMSP para o estabelecimento das parcerias no setor de Atenção Básica em saúde.

7.5 - Caracterização do perfil institucional das organizações parceiras em Atenção Básica no município de São Paulo e histórico de atividades desenvolvidas em saúde.

7.6 - Caracterização e análise das estratégias de recursos humanos adotadas pelas organizações parceiras na contratação de trabalhadores para o Programa de Saúde da Família.

8 - CRONOGRAMA

Atividades	Meses e Fases do Projeto											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Levantamento bibliográfico e documental	■	■	■									
Organização do campo de pesquisa			■	■								
Coleta de dados					■	■	■	■				
Organização do material coletado								■	■			
Análise dos dados e esboço do relatório final									■	■		
Elaboração do relatório final e comunicação											■	■

O cronograma de atividades foi desenvolvido em conformidade com o plano diretor. O primeiro passo foi a constituição de um grupo de três pesquisadores (um pós-graduando e dois acadêmicos) que auxiliaram nas primeiras tarefas, a saber: levantamento de material bibliográfico; organização dos documentos (principalmente material sobre a legislação municipal em saúde); e, elaboração do projeto de pesquisa, incluindo marco teórico de referência e metodologia de pesquisa. O passo seguinte é a organização do campo de pesquisa.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBBIO, N. *Estado, governo e sociedade – Para uma teoria geral da política*. 10ª edição, São Paulo: Editora Paz e Terra, 2003.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 2ª edição, São Paulo, Cortez Editora, 1995.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. São Paulo: Editora Atlas, 1989.

DERANI, C. *Privatização e serviços públicos – as ações do Estado na produção econômica*. São Paulo: Editora Max Limonad, 2002.

FLEURY, S. (org.) *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FREUND, J. *A sociologia de Max Weber*. São Paulo: Editora Forense Universitária, 1987

LAKATOS, EM & MARCONI, MA. *Metodologia Científica*. 2ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 1992.

MARCONI, MA & LAKATOS, EM. *Técnicas de Pesquisa*. 2ª edição, São Paulo, Editora Atlas, 1990.

MARSIGLIA, RMG. *Documentos Técnicos, Produto da Consultoria*, Projeto 914BRA1079, UNESCO, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Promoção da saúde*. Pnud-MS, 2001.

MONTAÑO, C. *Terceiro setor e questão social – crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

OFFE, C. *Trabalho & Sociedade – problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1991.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 1ª edição. São Paulo: Editora Annablume, 1998.

SADER, ES. O público, o estatal e o privado. In: HEIMANN; L.S. et alii. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Editora Hucites-OPAS/IDRC, 2005.

STARFIELD, B. *Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco-MS, 2002.

VIANA, AL. *Proteção social – dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec-FMUSP-CEDEC-CEALAG/FCM Santa casa-LEPS/UFRJ, 2005.

11 - BIBLIOGRAFIA

ABRANCHES, S.H. et alli. *Política social e combate à pobreza*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). *A política de saúde no Brasil nos anos 90*. Revista Ciência e Saúde Coletiva: vol. 6, número 2, 2001.

APSP (Associação Paulista de Saúde Pública). *Organizações sociais: público e privado na saúde*. São Paulo, 1999.

ARRETCHE, M & RODRIGUEZ (org.) *Descentralização das políticas sociais no estado de São Paulo*. São Paulo: Fundap-Fapesp-Ipea, 1998.

AUBUQUERQUE, JAG. *Instituição e poder*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1986.

BOBBIO, N e outros. *Dicionário de política*. 5ª edição. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. Volumes I e II.

BRAVO, MIS & PEREIRA, PAP. *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

BRESSER PEREIRA, LC. e outros. *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: Editora Unesp, 2001.

BRESSER PEREIRA, LC. et alli. *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: Ed. Unesp-Enap-Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2001.

CADERNO DE ADMINISTRAÇÃO PUC-SP. *Terceiro setor*. São Paulo: Educ, 2000, n. 3.

CARNOY, M. *Estado e teoria política*. 2ª edição, Campinas: Editora Papirus, 1988.

CARVALHO, A e outros. *Políticas públicas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

COHN, A & ELIAS, PEM. *Equidade e reformas na saúde nos anos 90*. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, 2002.

CONSÓRCIO MEDICINA USP & AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA – PROESF. *Cadernos de Atenção Básica 1 e 2*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, São Paulo, 2006.

DINIZ, E. *Globalização, ajuste e reforma do Estado: um balanço da literatura recente*. Texto apresentado no seminário internacional Reestruturação e Reforma do Estado: o Brasil e a América Latina no Processo de Globalização. www.fea.usp.br/fia/reforma/Textos.htm

FALEIROS, VP. *A política social do Estado capitalista*. 8ª edição, São Paulo: Cortez Editora, 2000.

FIORI, JL. *O vôo da coruja – para reler o desenvolvimento brasileiro*. Rio de Janeiro-São Paulo: Editora Record, 2003.

FREY, K. *Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil*, Planejamento e Políticas Públicas, n° 21, Junho de 2000.

GIL, CRR. *Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro*. Cad. Saúde Pública, v.22, n.6, Rio de Janeiro, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. *A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990*. Cad. Saúde Pública, v.22, n.5, Rio de Janeiro, maio 2006.

GIRON, LS. *Refletindo a cidadania: Estado e sociedade no Brasil*. 7ª edição. Caxias do Sul: Educs, 2000.

GUIMARÃES, JDV. *Ciência política – princípios fundamentais do Estado*. 1ª edição. São Paulo: Edipro, 2000.

HAGUETTE, Teresa M. F. – *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 4ª edição, Petrópolis, Editora Vozes, 1995.

HEIMANN; L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Editora Hucites-OPAS/IDRC, 2005.

JUNQUEIRA, LAP. *Organizações sem fins lucrativos e redes sociais na gestão das políticas sociais*. Caderno de Administração, (3), mar., 2000.

LIMANA, A. *O processo de descentralização política-administrativa no Brasil*. Texto apresentado no seminário internacional Reestruturação e Reforma do Estado: o Brasil e a América Latina no Processo de Globalização. www.fea.usp.br/fia/reforma/Textos.htm

MARCONI, MA & LAKATOS, EM *Técnicas de Pesquisa*. 2ª edição, São Paulo, Editora Atlas, 1990.

MARSIGLIA, RMG. *Integralidade e Atenção Primária em Saúde: Avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da*

Saúde São Paulo. Projeto de pesquisa apresentado ao edital MCT-CNPq / MS-DAB/SAS – Nº 49/2005.

MINAYO, MCS (org.) *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. 3ª edição, Petrópolis, Editora Vozes, 1994.

_____. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 3a. edição, Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

MORAES, R. *Neoliberalismo: de onde vem, para onde vai?* São Paulo: Editora Senac, 2001.

MOTTA, FCP. *O que é burocracia*. 16ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 2001.

NEGRI, B & VIANA, ALA. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime-Cealag, 2002.

NOGUEIRA, MA. *Sobre o Estado e o gestor público de que se necessita*. Texto apresentado no seminário internacional Reestruturação e Reforma do Estado: o Brasil e a América Latina no Processo de Globalização. www.fea.usp.br/fia/reforma/Textos.htm

OFFE, C. *Trabalho & Sociedade – problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1991.

OLIVA AUGUSTO, M.H. *Entre o público e o privado – a saúde no Brasil hoje*. In: Tempo Social, Revista de Sociologia da USP, 11(2):199-217, out.,1999.

OLIVEIRA, J.A. de A. & TEIXEIRA, S.M.F. *(Im) Previdência social no Brasil – 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 1989.

OPAS (Organización Panamericana de la Salud) *Revista Panamericana de Salud Pública*. Número especial sobre reforma del sector de la salud. Vol. 8, números ½, julio-agosto, 2000.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 1ª edição. São Paulo: Editora Annablume, 1998.

QUIVY, R & CAMPENHOUDT, LV. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 1ª edição, Lisboa, Gradiva Publicações Ltda., 1992.

RICO, E.M. (org.) *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

SACHS, I. *O Estado e os parceiros sociais: negociando um pacto de desenvolvimento*. In: PEREIRA, LC. e outros (orgs.), *Sociedade e Estado em transformação*, São Paulo: Editora Unesp-Enap-Imprensa Oficial de SP, 2001, cap. 7.

SANTOS, RS *Políticas sociais e transição democrática – análises comparativas de Brasil, Espanha e Portugal*. São Paulo-Salvador: Edições Mandacaru-Cetead, 2001.

SENNA, MCM. *Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 suplemento, Rio de Janeiro, 2002.

SILVA E SILVA, MO (org.) *Avaliação de políticas e programas sociais – teoria e prática*. São Paulo: Veras Editora, 2001.

SOARES, LTR *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

SOUZA, RG; BODSTEIN, RCA. *Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3):481-492, 2002.

TAVARES, MC & FIORI, JL. *Poder e dinheiro – uma economia política da globalização*. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

VIANA, AL. *Abordagens metodológicas em políticas públicas*. *RAP*, Rio de Janeiro, 30 (2): 5-43, Março-Abril, 1996.

VIEIRA, E. *Democracia e política social*. São Paulo: Cortez Editora, 1992.