UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MAGALI LOPEZ ROMERO DO ARAGÃO

A EXPLICAÇÃO DE TRABALHADORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SÃO PAULO PARA O AUMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA:
RESPONSABILIZAÇÃO AOS ÂMBITOS INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

São Paulo
2017

MAGALI LOPEZ ROMERO DO ARAGÃO

A EXPLICAÇÃO DE TRABALHADORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SÃO PAULO PARA O AUMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA:
RESPONSABILIZAÇÃO AOS ÂMBITOS INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do Título de
Mestre em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem em saúde coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Celia Maria Sivalli Campos

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da
Universidade de São Paulo.

São Paulo
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Aragão, Magali Lopez Romero do

A explicação de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para o aumento da sífilis congênita: responsabilização aos âmbitos institucional e individual / Magali Lopez Romero do Aragón. São Paulo, 2017.

104 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Organização social. 2. Indicadores de qualidade em assistência á saúde. 3. Políticas públicas. 4. Sífilis congênita. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Enfermagem. 7. Organização social. 8. Saúde coletiva. I. Título.

NOME: MAGALI LOPEZ ROMERO DO ARAGÃO

TÍTULO: A explicação de trabalhadores da secretaria municipal de
saúde de São Paulo para o aumento da sífilis congênita:
responsabilização aos âmbitos institucional e individual

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre em
Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À minha família.

AGRADECIMENTOS

Ao Renato, por sair de perto, por entender.

À Nira, sempre.

À professora Celia, pela porta aberta, pela luz acesa.

Aos meus filhos, noras e amigos por respeitarem minha ausência.

Ao Leopoldo, pela ajuda, mesmo fraturado.

Aos olhos da Mônica, sem eles tudo seria mais difícil.

Ao Laurício e à Eliete (meus pais), pela torcida e apoio.

À Marilu porque ela existe.

Ao grupo de pesquisa “Fortalecimento e Desgaste no trabalho e na vida”, por todas as contribuições e por acreditarem.

Ao Gutty, pelo cuidado.

Ao Jr e à Nanda, pelo apoio e pelo mimo.

À Alva e à Luciana por tanta coisa e ainda pela delícia dos seus olhares e sorrisos.

Aos trabalhadores do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem – USP

Aos trabalhadores da saúde que de alguma forma estão todos aqui nesse estudo.

*Eu não sei canta as glória
também não canto as vitória
dos herói com seu braço
nem o mar com suas água
eu só sei cantar as minhas mágoa
e as mágoa do meu irmão.*

(Patativa do Assaré)

Aragão MLR. A explicação de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para o aumento da sífilis congênita: responsabilização aos âmbitos institucional e individual [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Essa pesquisa tomou por **objeto** a explicação de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para o aumento da sífilis congênita na região em que trabalham - instâncias administrativas da Coordenadoria de Saúde Norte e da Supervisão Técnica de Saúde Santana-Tucuruvi-Jaçanã-Tremembé. No Brasil, a sífilis congênita, indicador de qualidade da assistência ao pré-natal, tem apresentado nos últimos anos um acentuado crescimento. Em São Paulo, na região Tremembé e Jaçanã, o crescimento se acentuou a partir de 2008, concomitante à adoção pela SMS do modelo de gestão por Organizações Sociais para a maioria das unidades da Atenção Básica.

Utilizou-se como **marco teórico** o Estado, compreendido como instituição inseparável do modo de produção capitalista, que mede a relação de reprodução do capital e as políticas estatais, como instrumentos dessa mediação. **O objetivo** do estudo foi identificar a explicação de trabalhadores da Secretaria Municipal para o aumento da sífilis congênita a partir da adoção do modelo de gestão por Organizações Sociais, uma vez que a justificativa para a adoção desse modelo foi a promessa de melhor eficiência e eficácia dos serviços. **Metodologia.** Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo-analítico, que utilizou a técnica de entrevista para obtenção dos dados e o método da análise de conteúdo para a análise dos depoimentos. **Os resultados** mostraram que os trabalhadores da Administração Direta reconhecem a piora da qualidade na assistência à saúde da região e a associam ao crescimento dos casos de sífilis congênita. Atribuem à piora, tanto da qualidade da atenção quanto do quadro epidemiológico, explicações identificadas com o âmbito institucional e com o âmbito individual. No âmbito institucional, destaca-se a priorização das metas quantitativas e o encerramento contratual das Organizações Sociais gerando insegurança e insatisfação do trabalhador, além de relatos sobre a qualidade da assistência antes da adoção desse modelo de gestão. Já no âmbito individual, aponta-se a

mulher no centro do crescimento da sífilis congênita e o homem e o jovem no centro do crescimento da sífilis congênita. Explicação para o crescimento da sífilis congênita recaiu também nas características da própria doença e na redução do Estado. **Discute-se** que essas explicações para o aumento da sífilis congênita, tanto no âmbito institucional, sem o questionamento do modelo de gestão por Organizações Sociais adotado para o município, como na perspectiva dos indivíduos, particularmente nas suas precárias condições de vida, parecem identificadas com o posicionamento desses trabalhadores que indica que a realidade epidemiológica da doença na região é um fenômeno inevitável e imutável. **Considera-se** por fim que as explicações dos sujeitos estão coerentes com os argumentos do Plano Diretor de Reforma Administrativa do Estado mostrando que as estratégias de convencimento social utilizadas para implantação do modelo privatizante da gestão alcançou os espaços que foram objeto de politização durante a reforma sanitária.

Palavras-Chave: Indicador de qualidade em assistência à saúde. Organização social. Políticas públicas. Saúde coletiva. Sífilis congênita. Sistema Único de Saúde.

Aragão MLR. The explanation of workers of Health Department of São Paulo for the congenital syphilis increase: individual and institutional accountability. [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2017.

ABSTRACT

The **object** of this research is the explanation of the workers of the Health Department of São Paulo city for the congenital syphilis increase in the area they work – administrative instance of the Northern Health Coordination and of the Santana-Tucuruvi-Jaçanã-Tremembé Health Technical Supervision. In Brasil the congenital syphilis is an indicator of prenatal care assistance quality that has been sharply increasing in the last years. In the area of Tremembé and Jaçanã in São Paulo, the sharp increase has been occurring since 2008 concomitant with the adoption of the Health Social Organization administrative model by the Health Department for the majority of the Primary Health Care units. Considering our **theoretical framework** we advocate that the State is an inseparable institution from the capitalist mode of production that mediates the relation between the capital reproduction and the state policies, which are instruments of this mediation. **The objective** of the study was to identify the explanation of the Health Department workers for the congenital syphilis increase activated by the Health Social Organization administrative model adoption. The justification of the adoption of this model was the promise of efficiency and efficacy enhancement of the health care services. **Methodology:** This is a descriptive-analytical qualitative research that used interviews to collect data. The content analysis method was used for the testimonials analysis. **The results** show that the workers recognized the decrease of the health assistance quality in the area and associated that to the growth of the congenital syphilis cases. Considering the assistance quality and the epidemiology scenario, the subjects attributed explanations identified as belonging to the institutional sphere and to the individual sphere. In the institutional sphere, there is prioritization of quantitative goals, end of Health Social Organization contract generating workers' insecurity and dissatisfaction, and reports about the quality of the assistance before the Health Social Organization administrative model. In the individual sphere, women in the center of the congenital syphilis growth, and men and youth in the center of the congenital

syphilis growth are highlighted. The characteristics of the congenital syphilis and the State reduction are also taken as explanations for the disease growth. **We discuss** that these explanations for the increase of congenital syphilis seem to be consistent with the workers' positioning, which regards to the inevitability and immutability of the epidemiological scenario, both in the institutional sphere and the individual perspective. They do not question the Health Social Organization administrative model adopted by the city nor the precarious life condition of the individuals. **We consider** that the subjects' explanations are coherent with the State Administrative Reform Plan argument, showing that the social convincing strategies to implant the private administration model have reached the spaces that were object of politicization during the sanitary reform.

Keywords: Quality indicators of health assistance. Social health organization. Public policies. Collective health. Congenital syphilis. Brazilian Health Care System.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NO SETOR SAÚDE BRASILEIRO	16
1.1.1. No âmbito municipal-São Paulo	24
2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	30
3. OBJETIVOS	33
4. METODOLOGIA	35
4.1. TIPO DE PESQUISA	35
4.2. LOCAL DE PESQUISA	35
4.3. SUJEITOS DA PESQUISA.....	37
4.4. COLETA DE DADOS	37
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	38
5. RESULTADOS E ANÁLISE	40
5.1 GARANTIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO INSTITUCIONAL: O QUE TEM FEITO A AD?	41
5.2 GARANTIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO INSTITUCIONAL: O QUE TEM FEITO AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS?	42
A priorização de metas quantitativas.....	46
A finalização do contrato com a OS: insegurança e insatisfação do trabalhador	47
Garantia da qualidade da assistência no âmbito institucional: como era antes da OS?.....	48
5.3. RESPONSABILIZAÇÃO PARA O CRESCIMENTO DA SC NO ÂMBITO INDIVIDUAL....	52
A mulher no centro do crescimento da SC	52
Homens e jovens no centro do crescimento da SC	54
Sífilis- doença silenciosa	56
Redução do Estado	57
6. DISCUSSÃO	61
O âmbito institucional	61
O Âmbito Individual.....	75
As características do Estado.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
8 REFERÊNCIAS.....	82
9 ANEXOS	94

APRESENTAÇÃO

Conclui a graduação em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 2003. Minha história e experiência de vida direcionaram meus interesses para uma aproximação maior com a saúde coletiva.

Meu início como enfermeira foi em uma cidade do interior de Minas Gerais compondo uma equipe de Saúde da Família, na qual dentre tantas atividades do programa, tive a oportunidade de participar de algumas discussões junto a algumas prefeituras para auxiliar na composição da rede de cuidados da região. A tradução das políticas públicas na formação da rede de referência e contrarreferência, na forma de contratação de serviços e na manipulação dos conselheiros gestores, representavam um face do Sistema Único de Saúde (SUS) distinto do idealizado durante a graduação e eu não entendia completamente os porquês das decisões dos gestores. Posteriormente trabalhei por quatro anos em um hospital público de São Paulo, administrado por Organização Social com contrato com o estado, essa experiência me mostrou como as negociações em torno das metas navegavam na contramão das expectativas da coletividade atendida na região. Nos oito anos seguintes gerenciei unidades de Assistência Médica Ambulatorial com vínculo com o município de São Paulo, nesse período foi possível perceber a mudança de comportamento da população que, na busca de atendimento deixou de utilizar as consultas agendas, direcionada para prevenção e promoção à saúde, passando a valorizar o pronto atendimento. Esse modelo de gestão, que prevê encerramento de contrato, acrescentou, nos últimos dois anos, um fator de desgaste nos trabalhadores, pela troca em massa da equipe, reforçando minha estranheza.

Após adquirir experiência profissional em várias áreas e níveis da atenção à saúde, aumentou a necessidade de entender a natureza da minha insatisfação que colocou em questão a minha opção profissional.

Decidi ingressar na área acadêmica, procurei a Professora Celia Maria Sivalli Campos que, além de me receber de forma deliciosa na Escola de Enfermagem, também me aproximou de um grupo de estudos, no qual, a cada encontro, me sinto fortalecida e esclarecida nas minhas indignações e nas suas raízes.

INTRODUÇÃO 1

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tomou por objeto a explicação dada por trabalhadores de saúde para o crescimento da sífilis congênita (SC) na área de abrangência de uma Supervisão Técnica de Saúde (STS) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS), no contexto do modelo de gestão adotado pela SMS de transferência da administração das Unidades de Saúde para Organizações Sociais (OS), com a justificativa de que o setor privado, em detrimento à administração direta (AD), apresenta mais eficiência e eficácia administrativa.

A sífilis congênita (SC), doença transmitida da mãe portadora de sífilis para o filho, foi escolhida neste estudo como indicador de qualidade da assistência.

A taxa de incidência da sífilis congênita é um indicador de qualidade de saúde no âmbito da Atenção Básica (AB), uma vez que a identificação da doença e a interrupção da transmissão vertical devem ser feitas durante a assistência no período do pré-natal (Lafetá et al, 2016), (Cardoso; Mendes; Melendez, 2013), (Souza, 2014), (Nonato, Melo, Guimarães, 2015), (Araújo et al, 2014), (Cooper, 2016) e (Succi et al, 2008).

De acordo com a OMS a sífilis é uma infecção reemergente em vários países de capitalismo central, como a França (Sciences et Avenir, 26 fev, 2016), Reino Unido (Simms, Ward, 2006), Irlanda (Lutomski; Shiely; Molloy, 2014), Estados Unidos da América (Bowen et al, 2015) e (Shockman, Buescher, Stone, 2014) e tem aumentado significativamente em países em que estava erradicada, como a China que, em 2008, chegou a notificar um recém-nascido por hora com sífilis congênita (Zhang X, Zhang T, Pei J, Liu Y, Li X, Medrano-Gracia P, 2016).

No entanto, a sífilis congênita mantém elevada incidência na América Latina, na África (Valderrama; Zacarias; Mazin, 2004), em países da Ásia (Lafetá et al, 2016), (Archana et al, 2014). Segundo Trope et al (2014), para impactar na sífilis congênita é preciso intervir não somente na sífilis na gestação, mas na sífilis para a população em geral (OMS, 2008).

No entanto, esses estudos mostram o período de retração de investimentos em políticas sociais pelos Estados.

Giovanella e Stegmüller (2014) afirmam que a crise econômica aprofundada em 2008 e a forte pressão do setor financeiro determinaram reformas no setor saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Como decorrência, acentuou-se a comercialização do setor, afetando a universalidade tanto nas dimensões da amplitude da cobertura populacional e da abrangência da cesta de serviços como do nível de cobertura por financiamento público.

Ou seja, as políticas de austeridade fiscal na Europa determinaram a redução *per capita* das despesas em saúde, o que tem dificultado o acesso dos usuários aos serviços. Outros aspectos associados a este momento político foram relacionados com o crescimento de suicídios, homicídios, transtornos mentais e abuso de drogas, nos países mais afetados pela crise econômica (Giovanella e Stegmüller, 2014).

Não se trata de uma dinâmica política recente, segundo Maarse (2006), na Europa há 25 anos vêm ocorrendo programas de reformas que associam a introdução de elementos de mercado no financiamento e na prestação de cuidado de saúde com a privatização e com a redução na lista de serviços de saúde com financiamento público. Portanto, pode-se inferir que as pioras em indicadores de saúde têm relação com a crise do capitalismo e com as políticas de austeridade fiscal naquele continente.

1.1. A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NO SETOR SAÚDE BRASILEIRO

A relação de compra de serviços do setor privado pelo Estado, no que tange à saúde, iniciou-se na década de 1920 com os convênios entre as caixas, que posteriormente passaram a ser institutos de aposentadorias e pensões de trabalhadores, com o setor privado (Paim, 2011a).

Esse processo foi radicalizado no período da ditadura militar no Brasil, quando o modelo de saúde que vigorou foi o curativo individual estabelecido pelo setor empresarial da medicina (Ponte, 2010) e, conseqüentemente, a assistência consolidou-se com ênfase na medicalização, um claro incentivo às indústrias do setor (Behring e Boschetti, 2011).

O alicerce da mercantilização do setor foi iniciado com o Decreto-Lei nº 200, 25 de fevereiro de 1967, que permitiu o reconhecimento da participação do setor privado no âmbito do Estado, legalizando as autarquias, as fundações estatais e as sociedades de economia mista. No mesmo ano o Ministério da Saúde (MS) apresentou o Plano Nacional de Saúde que, de acordo com Paim (2006), tinha o propósito de privatização de toda a assistência à saúde no país sem que essa intenção estivesse explícita.

A separação da saúde preventiva da atenção curativa, defendida pelo Ministério da Saúde e pela Previdência Social, fragmentava ainda mais o setor que contava apenas com 1% do orçamento da União distribuídos pelos vários ministérios onde se achavam alocados os programas da saúde (Ponte, 2010).

Para Ponte (2010) era um contrassenso o investimento de 18% do orçamento nacional nas forças armadas em um país com uma população fragilizada pela degradação das condições de vida imposta pelo processo da industrialização e do crescimento econômico.

Segundo o autor, o setor saúde do país não dispunha de recursos para realizar um planejamento que favorecesse o gasto do dinheiro público com a compra de serviços e mercadorias destinados à atenção curativa, que estava limitada aos trabalhadores do mercado formal (Ponte, 2010).

As políticas estatais do período da ditadura proporcionaram ao mesmo tempo um relativo avanço dos direitos sociais e a restrição dos direitos civis e políticos. O apoio de parte da população foi alcançado com a estratégia de despertar o desejo de consumo por bens com a ampliação do mercado interno. A forte repressão militar garantia a manutenção do regime em um contexto de polarização política e ideológica, no qual se viu envolvida a sociedade brasileira nesse longo período de regime ditatorial (Behring e Boschetti, 2011).

Em 1979 foi instituído o Programa Nacional de Desburocratização, buscando dinamizar e simplificar a máquina pública e com a atribuição de intensificar a execução da Reforma Administrativa, tratada no Decreto-Lei nº 200 de 1967, que buscava impedir o crescimento da máquina administrativa e transferir o controle das empresas públicas para o setor privado (Brasil, 1967 e 1979).

Foi a partir de meados dos anos 1970 que setores da sociedade civil dedicaram-se a denunciar as precárias condições de saúde de grande parcela da população brasileira e os descuidos da saúde pelo setor público, protagonizados especialmente por acadêmicos alocados em faculdades de saúde, nos departamentos ligados à medicina social (Arouca, 1975). Esses acadêmicos lideravam o movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RS), que denunciava a relação entre condições de saúde e as características do Estado e a necessidade de lutas contra o regime militar¹.

Em tal contexto ocorria o aprofundamento da precarização das condições de vida de grande parcela da população brasileira, que ocasionou a piora dos indicadores de saúde (Pontes, 2010) e (WHO, 1973 e 1974) e o aumento das tensões entre interesses nacionais, expressos por setores da sociedade civil, como a luta pela seguridade social e pela recuperação da economia interna. Ao mesmo tempo chegavam aos países de capitalismo periférico os reflexos da crise do capitalismo, como a pressão de países centrais para o fortalecimento da lógica neoliberal. Nesse cenário, foi promulgada a Constituição Federal (CF) em 1988 (Viana, 2003), que inscreveu o Sistema Único de Saúde com direito de todos e dever do Estado.

A efervescência dos movimentos sociais a partir da metade da década de 1970, [...], as experiências locais alternativas de organização de serviços de saúde, a presença de sanitaristas no planejamento de instituições de saúde e, sobretudo, o intenso debate [...] sobre as alternativas à hegemonia dos interesses mercantis na assistência médica previdenciária, tornaram-se os ingredientes essenciais para a elaboração das diretrizes do SUS².

As aspirações não se limitavam à criação do SUS, nem apenas à incorporação do tema saúde como política do Ministério da Saúde, buscavam “discutir a saúde como uma função permanente do Estado”, como afirmou um dos protagonistas do movimento da Reforma Sanitária, Sérgio Arouca³.

¹ Extraído do dicionário da educação profissional em saúde- Verbete. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html> - Sistema Único de Saúde (Lygia Bahia)

² extraído da biblioteca virtual Sérgio Arouca, da Fundação Osvaldo Cruz. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acessado 22 mai2016

³Extraído do dicionário da educação profissional em saúde- Verbetes. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html> - Sistema Único de Saúde (Lygia Bahia)

Assim, as propostas da criação do Sistema Único de Saúde sinalizavam a necessidade de transformar a saúde em bem social, de responsabilidade do Estado, inclusive o seu financiamento⁴. No entanto, na tensão de forças entre os interesses em disputa, foi preponderante a impressão da lógica neoliberal globalizante na seguridade social brasileira e na economia interna.

Consequentemente, o SUS não teve bases sólidas para o seu financiamento, como foi defendida pela reforma sanitária (Paim, 2007), uma vez que foi implementado sob a égide da lógica neoliberal que foi incentivada e viabilizada na gestão federal de Fernando Collor de Melo, que desde o seu discurso político eleitoral defendia a necessidade de diminuir o tamanho do Estado, de abrir o mercado, de desregulamentar a economia, de privatizar empresas estatais e de enxugar os gastos públicos. A continuidade dessa lógica se deu nas gestões federais seguintes, resultando na contrarreforma do Estado que efetivou a sua desresponsabilização com a proteção social (Ballarotti, 2015) (Bravo e Correia, 2012).

Segundo Behring (2009), o convencimento ideológico da sociedade, subsidiando a contrarreforma neoliberal, foi sendo construído nos anos 1990, com a interpretação de que a CF de 1988 era perdulária e atrasada e que a iniciativa privada deveria ser acionada.

[...] principalmente a partir dos acontecimentos entre 1989 e 1991 são desencadeados portentosos mecanismos de convencimento e legitimação do mercado como lócus da sociabilidade e da perda de direitos como uma necessidade de governabilidade e governança (Behring, 2009, p. 47)

A mídia foi acionada para promover influência e o convencimento social da falta de alternativas para a inoperância dos serviços públicos, como referiram Behring e Boschetti (2011, p.152)

[...] criando uma subjetividade antipública – o que não era tarefa difícil, haja vista como se deu a expansão do Estado no período ditatorial, e a parca vontade política na recente democracia, no sentido da construção da esfera pública, já sob a orientação neoliberal.

⁴ Extraído do dicionário da educação profissional em saúde- Verbete. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html> Neoliberalismo e saúde (Maria Lúcia Frizon Rizzotto)

Assim, ainda que sob os ventos da democracia e da inscrição da saúde como direito de todos na CF, a operacionalização do SUS foi fortemente influenciada pela lógica liberal (Bravo, 2006). Sutilmente, a mesma lei que criou o SUS legalizou a contratação de serviços privados:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Art. 197. CF)

Uma vez que apenas a dimensão ideológica não é suficiente para a efetivação da lógica neoliberal, para a diminuição efetiva do Estado em políticas estatais de cunho social, são necessárias medidas concretas, a começar pela legitimação da relação público-privada garantida por leis.

Foi assim que em 1995 foi aprovado no âmbito federal o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), com a justificativa da necessidade de aumento da eficiência e efetividade do Estado, a partir da sua capacidade administrativa, recomendando a introdução da administração pela iniciativa privada.

Luís Carlos Bresser-Pereira, em 1995, então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), foi o responsável pela redação do Plano de Reforma Administrativa do Estado, justificando-o como instrumento para enfrentar a ineficiência dos serviços públicos acarretada pela burocracia.

“[...] as reformas operadas pelo Decreto-Lei 200/67 não desencadearam mudanças no âmbito da administração burocrática central, permitindo a coexistência de núcleos de eficiência e competência na administração indireta e formas arcaicas e ineficientes no plano da administração direta ou central (Brasil, 1995, p20).”

“Como resultado do retrocesso burocrático de 1988 houve um encarecimento significativo do custeio da máquina administrativa, tanto no que se refere a gastos com pessoal como bens e serviços, e um enorme aumento da ineficiência dos serviços públicos ((Brasil, 1995, p22)).”

A proposta do PDRAE de redefinir as atribuições e o tamanho do Estado brasileiro foi efetivada com a implantação gradual de legislação pertinente a este fim, como o Projeto de Emenda Constitucional em 1995 que intensificou a relação entre os setores públicos e privados (Viana, 2006).

As funções do Estado como executor de serviços de saúde passaram para a iniciativa privada de forma gradual, mas desde 2007 o processo foi acelerado a partir das instâncias municipais (Contreiras, 2011).

Bresser-Pereira (1996), o autor do PDRAE, afirmou que a reforma do Estado deveria ir em direção a reduzir a máquina estatal e introduzir conceitos de mercado nos serviços públicos, em particular no setor saúde, enquanto a reforma administrativa deveria efetivar o ajuste fiscal, a privatização e a abertura comercial, como definem excertos do texto do Projeto:

As distorções e ineficiências que daí resultaram deixaram claro, entretanto, que reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado (Brasil, 1995, p.12).

“Já no campo das atividades exclusivas de Estado, dos serviços não-exclusivos e da produção de bens e serviços o critério eficiência torna-se fundamental. O que importa é atender milhões de cidadãos com boa qualidade a um custo baixo” (Brasil, 1995, p.42).

“O modelo gerencial tornou-se realidade no mundo desenvolvido quando, através da definição clara de objetivos para cada unidade da administração, da descentralização, da mudança de estruturas organizacionais e da adoção de valores e de comportamentos modernos no interior do Estado, se revelou mais capaz de promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços sociais oferecidos pelo setor público. A reforma do aparelho do Estado no Brasil significará, fundamentalmente, a introdução na administração pública da cultura e das técnicas gerenciais modernas” (Brasil, 1995, p.18).

Consequentemente, o objetivo do PDRAE também se efetivou na organização do SUS, intensificando-se a participação do setor privado sob o pretexto de que os serviços prestados pelo Estado eram de baixa qualidade e ineficientes (Schmidt, 2007). A reforma do Estado promoveu, em consonância à sua lógica, a estruturação do Sistema de Saúde (Bravo, 2006).

As diretrizes do PDRAE foram instituídas na Lei 9.637/1998, que viabilizou a transformação de serviços sociais executados pelo Estado em Organizações Sociais (OS) - entidade pública de direito privado com contrato de gestão com o Estado e financiada parcial ou totalmente pelo orçamento público (Brasil, 1998).

O processo de intensificação da relação público-privada foi fortalecido com a entrega do patrimônio público à administração da iniciativa privada e ao capital estrangeiro por intermédio das Organizações Sociais (Behring, 2011), instrumentos de gestão privada, com recursos públicos, estabelecidos legalmente por orientação do PDRAE.

Ficou assim legitimada a terceirização de serviços, sem muitos rigores, conforme afirmou Andreazzi (2014), sem o inconveniente do risco inerente às atividades econômicas, uma vez que as administrações públicas terceirizam a gestão dos serviços para as OS, empresas contratadas para a gestão, sem investimento por parte desta, os investimentos financeiros são exclusivos do Estado.

Foi assim que leis e emendas constitucionais instrumentalizaram a aceleração desse processo, que garantiu às OS a administração de recursos públicos na execução de atividades ligadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

O PDRAE estava afinado com recomendações inscritas do Banco Mundial (BM), que sugeriu aos governos dos países em desenvolvimento, reformas relacionadas à focalização dos gastos públicos, de baixo custo à população de baixa renda e ao incentivo à concorrência na prestação de serviços por meio da descentralização de serviços do governo, práticas de compras competitivas e maior envolvimento das organizações privadas não-governamentais (World Bank, 1993).

Portanto, no Brasil, além da legalização do setor privado para a realização de serviços públicos, também foi introduzido mecanismo de forte incentivo ao estabelecimento dessa relação no âmbito estadual e municipal, por meio da Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000⁵, ou seja, da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

A LRF impôs aos entes públicos gastos inferiores às suas receitas. Para isso foram colocados vários limites ao poder executivo, dentre eles o de não ultrapassar 54% da receita corrente líquida do município, com a penalização ao seu desrespeito de crime em finança pública. No entanto, não aborda limites de gastos com a contratação de serviços de terceiros. Para garantir a prestação de

⁵ A Lei de Responsabilidade Fiscal-(LRF), principal instrumento regulador das contas públicas do País, estabelece limites para os gastos para as três esferas de governo e para cada um dos Poderes; estabelece o compromisso dos prefeitos com metas fiscais; penaliza o descumprimento dos limites estabelecidos pela lei com a suspensão de transferências voluntárias, a contratação de operações de crédito e a concessão de garantias para a obtenção de empréstimos; penaliza o descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal com o Código Penal.

serviços sem prejuízo às determinações da LRF, os municípios adotam a contratação de Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIPs produzindo, como sinaliza Mendes (2015, p.1) “uma grave distorção na aplicação dos recursos do SUS, sendo usados prioritariamente para financiar essas entidades privadas, a fim de executarem as ações e serviços de saúde que deveriam ser de responsabilidade dos municípios.”

A LRF apoiou a ampliação da atuação lucrativa da iniciativa privada, como afirma Moraes (2014)⁶

Nos últimos 20 anos, [...] banqueiros, industriais e donos de redes de comunicação criaram dezenas e dezenas de ONGs para “melhorar” a educação e disseminar o que chamam de “boas práticas. [...] São todos muito bem-intencionados. Quando saem de suas fábricas, lojas e bancos, até empresários selvagens viram anjos de ternura. Por alguma coincidência, essas ONGs e OSs floresceram mais quando o Estado privatizou serviços[...]. Elas viraram prestadoras de serviços e comedoras de verbas. O setor público não pode contratar pessoal, por conta da lei de responsabilidade fiscal, então... repassa tarefas a uma dessas organizações, com contrato de serviços e nota fiscal (Moraes, 2014).

Andreazzi (2014, p. 512), também ressaltou mecanismos da LRF que privilegiam interesses econômicos da iniciativa privada na prestação de serviços para o Estado.

[...] as OSs, por priorizarem as transferências de recursos do Estado para entes de direito privado [...] respondem aos ditames do ajuste fiscal demandado pelas agências financeiras internacionais pela flexibilização, que proporciona interrupção da prestação dos serviços de saúde. Além disso, [...] podem[...] permitir a manutenção e o fortalecimento de grupos de poder favoráveis a essa política no aparelho de Estado. Outros interesses[...] dos serviços privados de saúde podem também estar contemplados por meio da quarteirização dos componentes mais lucrativos para grandes empresas, como laboratórios e diagnóstico por imagem.

Portanto, a LRF foi fundamental para a aceleração e o sucesso da política financeira neoliberal e da contrarreforma do Estado (Andreazzi, 2014), operacionalizou com suas diretrizes a desresponsabilização do Estado com a efetivação de direitos sociais e ao criar mecanismos para a disseminação de OSS, OSCIPs e outras formas de terceirização da gestão de serviços, legalizou a precarização de contratos de trabalho em saúde (Paim, 2007).

De 1996 a 2009 a disseminação nacional de entidades sem fins lucrativos foi impactante, passando de 212 mil para 498 mil, representando um significativo aumento de 134% no período (Contreiras, 2011).

⁶ Documento em meio eletrônico sem paginação- Ver referências.

Portanto, efetivou-se, como sinalizou Ponte (2010), a participação privada no setor público de saúde.

1.1.1. No âmbito municipal-São Paulo

Em 1988, ano da promulgação da Constituição Cidadã, o município de São Paulo já contava com ampla rede de serviços públicos de saúde, organizada a partir de duas estruturas, uma relacionada às unidades de atenção básica e outra relacionada aos hospitais (Marin, 2012 e Pinto; Tanaka; Spedo, 2009).

A gestão municipal de 1989 a 1992, de Luiza Erundina, descentralizou as atribuições político-administrativas e financeiro-orçamentária em dez Administrações Regionais de Saúde e 32 Distritos de Saúde, o que permitiu maior autonomia e agilidade para gastos, incluindo-se contratação de pessoal. As ações de vanguarda dessa gestão serviram de modelo para o país e foi chamada de a “época de ouro” pelos setores de assistência social (Ballarotti, 2015 e Marin, 2012 e Pinto; Tanaka; Spedo, 2009).

A gestão de Luiza Erundina recebeu da administração anterior uma rede de saúde deteriorada e desgastada, com fragilidade para a sustentação financeira, inadequações das ações para a saúde da população e processos não democráticos de planejamento. As ações propostas para superação desse cenário foram de fortalecimento financeiro e material da rede, a partir de processo de compras e contratações de emergência, seguido da realização de concursos públicos, aprimoramento da qualidade dos serviços, integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares em um sistema municipal único e a democratização da gestão por meio do Conselho Municipal de Saúde e dos conselhos gestores locais, organizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Junqueira, 2002).

No entanto, parte dessa gestão municipal coincidiu com o período das fortes influências neoliberais em políticas de Estado. Consequentemente, os avanços e conquistas sociais do governo Erundina foram desarticulados principalmente nos dois governos seguintes (Marin, 2012).

Nesse período de contrarreforma do Estado, no contexto do plano federal para ajustes de gastos públicos, orientado pelo PDRAE, o estado de São Paulo promulgou a lei complementar nº 3/1998, conhecida como Lei das OSS, ao

mesmo tempo da promulgação da lei federal de mesma natureza, a nº 9.637, de maio de 1998 (Contreiras, 2011).

Inspirado nesse contexto de contrarreformas do Estado, marcado pelo projeto neoliberal, o município de São Paulo de 1993 a 2000 instaurou políticas de saúde sem consonância com a implementação do SUS e, em decorrência dessa política municipal que infringia prerrogativas legais, foi excluído dos repasses financeiros na União para o setor saúde (Ballarotti, 2015). O bloqueio desse repasse foi consequência da articulação de esforços do Conselho Municipal Saúde de São Paulo com o Conselho Nacional de Saúde (Contreiras, 2011, Schmidt, 2007).

Essa situação foi revertida em 2001, na gestão Marta Suplicy, quando o município passou a receber repasses de verbas federais.

Essa gestão consolidou e expandiu a rede de serviços de saúde, contudo, majoritariamente por intermédio de entidades privadas especialmente as OSS, aderindo o município à política de privatização da gestão do SUS, neste aspecto assemelhando-se às gestões da frente partidária adversária (Ballarotti, 2015).

Foi essa gestão que sancionou a Lei das autarquias municipais – Lei nº 13.271/2002, que garantiu personalidade jurídica de direito público e autonomia administrativa, financeira e patrimonial para 29 estabelecimentos de saúde por intermédio de cinco autarquias (São Paulo, 2002).

Portanto, o município de São Paulo introduziu e constituiu vasta rede de serviços públicos administrados pela iniciativa privada, antes mesmo da promulgação da Lei das OSS, a Lei Municipal nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, orientado pelas diretrizes do PDRAE (Contreiras, 2011).

A urgência na constituição dos contratos com a iniciativa privada no município de São Paulo ficou evidenciada por ocasião da assinatura da Lei das OSS quando o então prefeito, José Serra, suprimiu os artigos que previam audiência pública anterior à celebração do contrato de gestão e que previa a criação de órgão regulador das organizações sociais e dos contratos de gestão ⁷.

A disseminação e priorização dessa lógica na administração dos serviços no município de São Paulo ocorreram de tal forma que em 2010 as OSS e entidades

⁷ Informação disponível no site da Prefeitura de São Paulo. Leis Municipais. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/razao-do-veto/?pId=4042>

conveniadas controlavam 61% das unidades públicas de saúde do município de São Paulo. Entre 2004 a 2010, o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com administração por OSS aumentou 15%. Já o número de equipes de saúde da família, que são lotadas nas UBS, e administradas por OSS, cresceu, no mesmo período, 48% (Contreiras, 2011).

Com o crescimento das unidades administradas por OSS, coube à administração direta, no âmbito das Coordenadorias de Saúde e das Supervisões Técnicas de Saúde, a responsabilidade por acompanhar a execução das ações e dos serviços contratados pela SMS das empresas privadas. Tal acompanhamento visava, além da verificação da execução das ações e dos serviços previstos, aferi-los com as metas estabelecidas, identificando eventuais desvios dos objetivos contratados e propondo medidas para adequação. Às Supervisões Técnicas de Saúde coube também designar Gestores Públicos para acompanhar “*in loco*” a execução do contrato e a interlocução entre a empresa contratada e as demais instâncias gestoras da SMS, buscando a eficiência garantida por esse modelo de gestão (São Paulo, 2010).

No entanto, contrariando a argumentação de que a implantação da lógica privada na rede pública impactaria no aprimoramento da assistência prestada, trabalhadores de instituições geridas por OSS na cidade de São Paulo não confirmaram essa premissa (Muylaert, Rolim Neto, Zioni, 2015).

Para a SMS o município, gerido majoritariamente por OSS desde 2008, apresenta melhora na incidência de algumas doenças e agravos. As melhoras consideradas no Plano Municipal de saúde 2010 - 2013 são de cunho histórico e relacionadas às atividades que mantém forte vinculação com a administração direta, como é o caso das ações vinculadas à Vigilância Epidemiológica e Programa de Imunização (São Paulo, 2010).

No mesmo documento a SMS, para diminuir a mortalidade infantil, estabeleceu metas para a redução da transmissão vertical da sífilis, definindo unicamente os números a serem atingidos (São Paulo, 2010). No entanto, a meta atribuída ao enfrentamento da sífilis congênita além de não ter sido alcançada apresentou em 2010 um crescimento de 18% sobre o número de notificações em 2009 e em 2011 um crescimento de 22% sobre as notificações de 2010, conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Há diferentes explicações para o crescimento da sífilis congênita na literatura científica apontando para a baixa qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde.

Para Nonato, Melo e Guimarães (2015), reside na assistência inadequada ao pré-natal o principal fator para a alta incidência da sífilis congênita.

Araújo et al (2012), Domingues e Leal (2013), De Lorenzi e Madi (2001), Domingues et al (2014), Costa (2013), Diniz et al (2016), Lafetá et al (2016), referem que o fato da ampliação da cobertura para pré-natal e o aumento do número de consultas realizadas por gestante ocorridas nos últimos anos não terem revertido a tendência crescente da incidência da sífilis congênita revela a baixa qualidade da assistência ao pré-natal realizada pelos serviços de saúde.

Dentre as características da baixa qualidade dos serviços de saúde no pré-natal que buscam explicar a não efetividade do tratamento da gestante estão as inadequações do tratamento realizado que, conforme Campos et al (2012), Saraceni e Leal (2003), Damasceno et al (2014), Domingues et al (2014), Araújo et al (2014), Nonato, Melo e Guimarães (2015), residem no número de consultas insuficiente, a não realização do tratamento preconizado pelo MS ou realizado inadequadamente ou incompleto e a dificuldade de tratamento do parceiro.

Araújo et al (2014), Rodrigues, Guimarães e Cesar (2008) e Costa et al (2013), relacionam a falta de interesse dos profissionais de saúde na condução dos casos sífilis em gestante e o alto percentual de gestantes não testadas com a baixa qualidade na assistência à saúde para a prevenção da sífilis congênita.

Domingues et al (2014), Nonato, Melo e Guimarães (2015) relacionam às desigualdades regionais e sociais como contribuinte para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e para o início tardio do pré-natal.

O início tardio do pré-natal, resultando em menor número de consultas e de exames, e o não estadiamento da sífilis associado ao despreparo do profissional, resultando na inadequação do tratamento, são apontadas como falhas da assistência por Domingues e Leal (2013) e Costa et al (2013).

De Lorenzi e Madi (2001), Araújo et al (2012), Lafetá et al (2016) e Domingues et al (2014) afirmaram o cumprimento do número mínimo de consultas protocoladas pelo MS para as gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-

natal não se converteu em efetividade no tratamento da sífilis nas gestantes, portanto, não incidiu na diminuição de casos de sífilis congênita.

Na literatura identificou-se a maior incidência de sífilis em gestantes de estratos socioeconômicos que sugerem precarização nas condições de vida.

Para Goldenberg et al (1982), a concentração de riqueza impõe uma precarização das condições de existência da periferia social favorecendo a transmissão da sífilis.

Para Costa et al (2013) e Diniz et al (2016) ainda há uma significativa parcela da população sem acesso aos serviços de saúde.

Araujo et al (2012), Domingues e Leal (2013), De Lorenzi e Madi (2001), Costa et al (2013), Diniz (2016) e Nonato, Melo e Guimarães (2015) referem maior dificuldade de acesso a serviços de saúde para realização de pré-natal para as mulheres com cor da pele preta ou parda, as de menor escolaridade e para as de situação socioeconômicas mais precarizada, a essa mesma parcela da população é associado o maior crescimento e a maior prevalência da sífilis em gestante e, consequente, maior transmissão vertical da sífilis (Lafetá et al, 2016) e (Domingues et al, 2014)

A partir dessa análise, pergunta-se: como os trabalhadores da Coordenadoria de Saúde e da STS, representantes do Estado – explicam a crescente incidência de sífilis congênita na região do Tremembé e Jaçanã, zona norte do município de São Paulo?

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS 2

2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Estado é “uma instituição de domínio de classes” (Viana, 2003, p.6) e a política estatal é instrumento do Estado para a regularização das relações sociais nas sociedades de classes, aplicadas no interior das relações estabelecidas pelo modo de produção capitalista (Viana, 2006).

O Estado é criação da sociedade e busca sobrepor-se a ela para seu domínio e condução (Pereira, 2001), “O estado assume as mais variadas formas na história expressando sua inseparabilidade dos modos de produção” (Viana, 2003, p.11).

No modo de produção capitalista, o Estado configura-se como arena de conflitos de interesses, articulando meios de regulação social em proteção ao modo de produção (Pereira, 2001).

As políticas estatais, instrumento de regulação, são elaboradas para responder, por um lado, às necessidades das empresas capitalistas, mantendo a reprodução da força de trabalho e, por outro lado, são frutos de pressões de grupos sociais por atendimento às suas demandas. Assim, garantem a força de trabalho, mas também atendem as pressões de grupos sociais e favorecem a governabilidade, mediando e controlando conflitos sociais (Viana, 2003, Viana, 2006).

A política estatal tem papel fundamental no equilíbrio dessas forças estabelecidas no interior das relações sociais, relações de conflitos de interesses e necessidades e classes, para garantir a reprodução do capital que necessita de uma força de trabalho com condição de locomoção, assistência médica, nível de educação mínimo para cumprimento de suas atividades (Viana, 2003, 2006).

Política é a forma de o Estado distribuir poder na sociedade visando responder às tensões sociais, às crises do próprio modelo capitalista que se evidenciam nos vários setores da sociedade, requerendo do Estado ações setoriais para garantir os meios de produção, tais ações são efetivadas com políticas sociais (Paim, 2006, Viana, 2006).

No Brasil, as políticas sociais mais abrangentes, nas quais o Estado amplia e se compromete com os benefícios sociais, como a elevação do nível de

emprego e universalização da prestação de serviços públicos, princípios do *Welfare State*, não se consolidaram. A ampliação de direitos a serviços sociais promulgados pela CF de 1988 foi limitada pela própria Constituição na medida em que reconhece a iniciativa privada como fornecedor dos serviços (Bering, Boschetti, 2011).

Todas as políticas sociais são para beneficiar os indivíduos proletarizados e estão envolvidas no processo de reprodução da força de trabalho. As garantias do Estado para o mercado por meio das políticas sociais são sintetizadas pela oferta de uma mão de obra com preparo, com possibilidade de mobilidade, com saúde suficiente para seu período produtivo e combate à radicalização de conflitos sociais e à tendência de queda da taxa de lucro, que são necessidades da classe capitalista e condição de existência do capitalismo (Viana, 2006).

O predomínio do mercado, a privatização, o corte dos gastos públicos, a política repressiva entre outras, são características do neoliberalismo e o Estado apoia a viabilidade da reprodução do capitalismo, por meio das políticas econômicas e sociais, ferramentas estratégicas do Estado capitalista neoliberal (Viana, 2009).

O Estado, as empresas e a comunidade respondem à distribuição e à regulação de bens, serviços, ambientes e condições de vida que afetam a saúde individual e coletiva, pela via das políticas públicas de saúde (Paim, 2006).

OBJETIVOS 3

3. OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é identificar as explicações dos trabalhadores da CRS e STS para o aumento da sífilis congênita particularmente na região de Tremembé e Jaçanã a partir da compreensão dos trabalhadores da Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria de Saúde Norte.

METODOLOGIA 4

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva, coerentemente como objeto do estudo, eminentemente social. Utilizou-se de, como define Denzin e Lincoln (2006, p. 17), um conjunto de práticas para coletar os dados e para interpretá-los, dando visibilidade ao fenômeno estudado.

As pesquisas qualitativas partem da relação ativa entre o mundo real e o sujeito, da interdependência entre o sujeito e o objeto e da ligação entre mundo objetivo e a subjetividade do sujeito para analisar os fenômenos e identificar suas raízes (Chizzotti, 2000, Severino, 2007).

4.2. LOCAL DE PESQUISA

O município de São Paulo, aliado ao fato de ser o segundo maior orçamento de saúde do país, atrás apenas do orçamento do Ministério da Saúde, tem uma história de complexidade das políticas públicas para o setor saúde, bem como da sua organização.

A complexidade das políticas públicas no município de São Paulo se intensificou com o rápido crescimento da população urbana ocorrida a partir no período da imigração e da industrialização da cidade.

Foram muitas as composições, ora criando e ora desfazendo estruturas administrativas para a organização dos serviços de saúde antes de chegar à formação atual, ou melhor dizendo, a formação encontrada no período dessa pesquisa, 2016, que são de cinco Coordenadorias de Saúde: Norte, Sul, Leste, Centro – Oeste e Sudeste e de 25 Supervisões Técnicas de Saúde.

A divisão do município entre as cinco coordenadorias e respectivas supervisões, respeita certo equilíbrio quantitativo na distribuição de domicílios, conforme mostra o Quadro 1:

Quadro 1: distribuição de domicílios por Coordenadoria de Saúde do município de São Paulo e de Supervisões por Coordenadoria

Coordenadoria	Número de Domicílios	Número de STS
Norte	672166	5
Centro-Oeste	571867	3
Sudeste	879183	7
Sul	760969	5
Leste	661877	5

Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Censo_02.pdf

A definição pela STS de Santana-Jaçanã-Tremembé-Tucuruvi⁸, pertencente à CRS – Norte, como campo para o desenvolvimento desse estudo se deu, sobretudo, por essa ser a responsável pelas regiões de maior incidência de sífilis congênita do município, as regiões do Tremembé e do Jaçanã.

O bairro do Tremembé localiza-se na zona norte do município de São Paulo e seu território avança pela serra da Cantareira até os limites do município de Mairiporã compondo uma área de 56,30 Km², é o 4º em tamanho na cidade.

No Tremembé ficam o Horto Florestal e parte do Parque Estadual da Cantareira, o modelo de ocupação do solo ainda é pouco verticalizado e seu território detém muitas áreas de mananciais e consequentes irregularidades na ocupação do solo, tanto pelo desmatamento para construção de suntuosas residências quanto pela ocupação precária das margens dos rios.

Sua população está estimada em 185.731 habitantes. Com densidade de 32,9 hab/há. A renda média é de R\$ 1.120,66 por habitante.

O bairro do Jaçanã é contíguo ao Tremembé, tem uma população de 94.609 habitantes em uma área de 7,8km². Grande parte da população vive em áreas de risco de deslizamento e de enchentes.

⁸ Fonte: Subprefeitura de Jaçanã Tremembé e IBGE – Censo 2010.

4.3. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos dessa pesquisa são servidores municipais da STS de Santana-Jaçanã-Tremembé-Tucuruvi e da Coordenadoria Regional de Saúde Norte que acompanharam o frenético crescimento das OSS no município ocorrida a partir de 1998, que atuam em um nível administrativo responsável pela interlocução imediata com os serviços da AB geridos por OSS e pela administração direta e que, segundo Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (São Paulo, 2010), por seus cargos e funções lhes compete administrar, avaliar, coordenar ou controlar as atividades desenvolvidas nas unidades da região, propondo e desenvolvendo estratégias para o perfeito funcionamento das atividades de assistência à saúde no âmbito de sua área administrativa.

Os trabalhadores da STS-Santana-Tucuruvi-Tremembé-Jaçanã (STTJ) e Coordenadoria Regional de Saúde Norte a partir de suas explicações para o aumento da SC que se manifestou nessa região de forma mais acentuada que nas demais regiões do município de São Paulo, poderão agregar elementos que expliquem a eficiência e eficácia prometidas pelos modelos de gestão dos serviços de saúde da AB, em particular dos serviços de administração por OSS.

4.4. COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizou-se o método de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro previamente elaborado com questões abertas que permitiram a aproximação do objeto (Anexo I).

A escolha pela técnica da entrevista decorre da maior possibilidade de apreensão do pensamento e posicionamento dos sujeitos pelo favorecimento da comunicação entre pesquisador e entrevistado (Trivinos, 1987) na intenção de construir informações sobre o objeto a partir das reflexões dos sujeitos sobre a realidade ampliando a possibilidade de reflexão sobre o tema (Schraiber, 1995 e Minayo, 2008)

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

O material resultante da fase de coleta de dados foi obtido a partir de 10 entrevistas. O tempo total de gravações produziram 12 horas de registro.

O tratamento dado ao material foi de análise de conteúdo que buscou de forma sistemática extrair das mensagens, indicadores que tornassem válidas e replicáveis as inferências realizadas (Minayo, 2008) e que com a análise temática buscou concentrar um grupo de afirmações sobre o assunto em frase ou oração resumida, criando uma unidade de significação dotada de núcleos de sentido para a compreensão crítica da comunicação e suas significações (Chizzotti, 2000 e Bardin 2009).

Após a organização dos dados e interpretação dos temas, foram identificados no espaço institucional do âmbito da assistência direta ao paciente os temas – priorização da metas quantitativas; encerramento de contrato: insegurança e insatisfação do trabalhador; como era antes das OSS; a mulher no centro do crescimento da SC; o homem no centro do crescimento da SC; sífilis-doença silenciosa; a redução do Estado.

4.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou os procedimentos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 da CONEP, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo V) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Anexo VI).

Apresentou-se aos convidados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo VII) para expressar suas autorizações de participação nessa pesquisa.

RESULTADOS E ANÁLISE 5

5. RESULTADOS E ANÁLISE

O Quadro 2 apresenta a caracterização dos sujeitos da pesquisa. Trata-se de trabalhadores com idade entre 50 e 60 anos, com exceção de um sujeito os demais apresentam nível superior de escolaridade. Mais informações sobre os sujeitos permitiriam a identificação dos mesmos.

Quadro 2 - caracterização dos sujeitos de pesquisa. São Paulo - 2016

IDADE	SEXO		TEMPO DE VÍNCULO SMS			FORMAÇÃO	
	F	M	Entre 10 e 19 anos	Entre 20 e 29 anos	Com 30 anos ou mais	SUPERIOR COMPLETO	SUPERIOR INCOMPLETO
10	08	02	01	05	04	09	01

* 2 médicos, 4 enfermeiros, 1 odontólogo, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 sup. incompleto

Os trabalhadores entrevistados desempenham suas funções na Supervisão e na Coordenadoria de Saúde. Cabe a eles: implementar treinamentos para os trabalhadores dos serviços, realizar o controle das metas estabelecidas no contrato de gestão das OSS e enviar os resultados para a instância superior, até chegar à SMS, receber a informação de resultados positivos de doenças de notificação compulsória, dentre elas a sífilis (na Coordenadoria de Saúde) e proceder o encaminhamento da informação para que seja efetivado o atendimento do caso.

São várias e distintas as explicações dadas pelos entrevistados a respeito do crescimento dos casos de sífilis congênita na região de STJT.

No conjunto dos depoimentos dos entrevistados identifica-se que esses trabalhadores associam o crescimento dos casos de sífilis com a queda na qualidade da atenção à saúde, atribuindo responsabilização no âmbito institucional pelo enfrentamento do problema da sífilis congênita (SC). Outras explicações dadas pelos entrevistados associam-se a atributos individuais dos indivíduos acometidos.

5.1 GARANTIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO INSTITUCIONAL: O QUE TEM FEITO A ADMINISTRAÇÃO DIRETA?

No que diz respeito à atuação institucional para alcançar a qualidade da atenção à saúde, as falas dos entrevistados reiteram que a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenadoria Regional de Saúde e da Supervisão Técnica de Saúde, cumpre seu papel. Houve investimentos feitos pela CRS-Norte e STS-STTJ para o controle da sífilis em gestante e remissão da sífilis congênita.

O enfoque dado pelos entrevistados (E8, E2, E3, E7 e E5) foi que nesse âmbito institucional os investimentos se deram nas ações para aprimoramento das notificações, manutenção dos sistemas de informação, adoção de protocolos federais, estabelecimento de fluxo de exames no acompanhamento de pré-natal e de sífilis na gestação e elaboração de treinamentos para trabalhadores diretamente envolvidos com a assistência à saúde.

[...] a gente passou por um momento no município em que existiu uma dificuldade de notificação. E eu acho que a Norte [CRS-Norte], ela investiu muito nessa questão da notificação. Então, a gente começou a notificar muito, muito, mais que os outros territórios (E8)

Existe um protocolo, que a secretaria estabeleceu pra acompanhar a sífilis [...] pré-natal [...] estabelece quando você deve colher e quantas vezes e dentro da questão da sífilis tem um protocolo também de quando você pede um determinado exame tá [...] tudo isso está coberto e não tem limite para o laboratório (E2)

tem a questão aí do decreto que fala que tem que sair em 7 dias o exame, acho que hoje com o teste rápido isto veio ser um facilitador, o laboratório melhorou muito na sua questão de disponibilizar o exame [...] em 7 dias, tem no sistema, aqui na coordenadoria a gente semanalmente [...] manda [...] uma lista com todos os exames positivos, teoricamente positivos de gestantes com exames positivos a gente manda pras supervisões e manda pras unidades [...] a região do Jaçanã-Tremembé foi uma das regiões que mais tentou fazer coisas em cima da sífilis com bons, ótimos assessores em cima disso né? e tentaram fazer um trabalho meio que à unha... o que a gente tenta sempre tentado fazer é manter vivo treinamentos (E3)

A gente tinha metade da supervisão, direta metade com organização social, Jaçanã e Tremembé com Organização Social, Santana e Tucuruvi sem, da minha parte então tudo que eu penso eu penso pra região como um todo indiferente, assim, sem pensar que é OS ou não, tá? [...] a gente planejava os treinamentos em função das necessidades que a gente sentia e sempre pensando na região como todo [...] porque assim, a prefeitura, o estado, assim, ele sempre promove muitos treinamentos, reciclagens, eu acho que a gente não pode se queixar disso né? (E2)

Não só a escola do SUS [...] hoje tem muito curso a distância né, mas eu acho que a gente tem treinamentos bacanas mesmo que a própria secretaria faz (E7)

existem os cursos, treinamentos, coisas do tipo...que a Administração Direta...ela oferece não somente para os funcionários da Direta como para os funcionários das organizações sociais(E5)

Essas respostas expressam que os entrevistados atribuem à administração direta a responsabilidade de adotar protocolos, garantir que os resultados positivos informados pelo laboratório cheguem às unidades de atendimento e oferecer cursos de treinamento teórico e técnico da patologia, como forma principal de aprimorar a qualidade da atenção, como se a transmissão de conhecimentos técnicos a respeito da sífilis, o estabelecimento de protocolos, o estabelecimento de fluxos da informação de resultados de exames positivos, por si só, pudessem garantir essa melhora na atenção e, conseqüentemente, promover o enfrentamento do crescente aumento da SC.

Na interpretação de (E8) há interesse financeiro da OS em cumprir o contrato onde o principal papel da STS é apontar para possíveis descontos.

se ele não mantiver a equipe mínima [...]Se não tem a produção [...] ela [OS] tem descontos importantíssimos. E a gente tem alguns instrumentos indicadores de qualidade que também dão descontos [...] que você não aplica todo mês, que você aplica em alguns meses. Então intercala, neste mês a gente tá apontando indicador de qualidade de gestante com mais de sete consultas ou não [no outro mês] é a questão do prontuário, do registro do prontuário. O próximo mês a gente vai apontar a questão da vacina e outros indicadores de qualidade [...] se não cumprir a meta daquele indicador, ele é descontado. E quem faz esses apontamentos, essa avaliação é a Supervisão (E8).

A responsabilidade dessas instâncias administrativas se encontra ideologicamente limitada à checagem de contrato. Não se aproximam do potencial técnico da própria estrutura para fazer o enfrentamento das significativas perdas de qualidade de assistência e de condições de trabalho.

5.2 GARANTIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO INSTITUCIONAL: O QUE TEM FEITO AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS?

A contratação como mecanismo facilitador e criador de obstáculo

Os entrevistados localizaram na agilidade nas demissões e contratações do modelo de gestão por OS, característica positiva (E5; E3; E2; E1; E6).

sempre brinco com os colegas...e falo assim: que a lógica do serviço público privilegia o mau funcionário. Porque o bom funcionário a chefia não quer perder ele. Então, ele quer ir para outro lugar melhor, mas a chefia não libera ele,tá? Mas se o funcionário é um mau funcionário para onde quiser ele acaba indo, porque a chefia quer se livrar dele [...] a OS é que tem uma agilidade para contratar e demitir, uma agilidade muito maior que o serviço público.(E5)

agilidade [na dispensa e contratação de pessoal] [...] eu não consigo tirar esse profissional [trabalhador da direta] [...] por mais que eu faça todo o tramite legal [...] eu acho que esse é o único, um dos únicos pontos pra mim [...]facilitador [...]a rotatividade de pessoal (E3)

o serviço público perde mesmo em agilidade, então quando você fala na contratação de pessoal [...] tem que esperar o concurso no trâmite legal [...] você põe a OS para ter essas coisas mais ágeis [...]a organização social pode favorecer nessa agilidade administrativa[...] (E2)

Contratação de pessoal, reposição de pessoal muito mais fácil [...] é menos burocrático, muito mais fácil de fazer, mais ágil, mais agilidade[...] Reposição de profissional, é... isso é assim...se o cara sai hoje,se ele já tiver um banco lá de seleções feitas essa pessoa é repostada no dia seguinte (E1)

[...] um dos grandes facilitadores da organização social é[...]a contratação de funcionários, assim, com mais agilidade[...] não existe aquele ranço da Administração Publica de que “ aqui é meu lugar [...] trabalho bem ou mal e ninguém vai me tirar daqui.” Na organização social existe a avaliação do profissional e se ele não se enquadra direito às normas, ele pode ser desligado e outro contratado no local, no lugar [...] (E6)

Os entrevistados acima identificam no modelo de gestão terceirizado a facilidade de admissão e demissão de trabalhadores usando como referência o modelo de gestão de pessoal contratado por concurso público.

Ao mesmo tempo, os mesmos entrevistados (E1, E3, E5, E6, E8, E2) identificaram a presença nos serviços, de trabalhadores pouco preparados, contratados pelas OSS, além da rotatividade de trabalhadores, referida como um obstáculo para a melhora da qualidade da assistência, contribuindo para o aumento da sífilis, na medida em que não se efetivam os resultados dos treinamentos. (E8) identifica que há momentos do contrato entre SMS e OSS em que as reposições de trabalhadores não são realizadas com a agilidade necessária, contrariando a vantagem citada anteriormente. Para (E4) a rotatividade não permite o estabelecimento de vínculo do usuário com o trabalhador.

[...] É aquilo: [a reposição de trabalhador acontece] Não com a qualidade que a gente gostaria[...] A rotatividade dos profissionais não é boa em área nenhuma[...]pode ser um fator [para o aumento da sífilis]. Mas.... não sei se a gente tem condições de avaliar (E1)

[...] muitas vezes de profissional médico[...] faz com que você a toda hora tenha que [...] e isto também é um dificultador do processo[...] que toda hora, por essa rotatividade [...] a gente tem que o tempo todo tá treinando pessoas [...] bem ou mal a hora que você treina essa pessoa [...] ela sai daqui e vai trabalhar em outro lugar [...] o ruim é que o cara sai por vinte reais daqui e vai pra lá por vinte reais e a gente perde toda a orientação de territorialização, de vínculo, de uma série de coisas que você trabalhou ali naquele espaço né? é.... o que a gente tenta sempre[...] manter vivo treinamentos, mas que acaba sendo cansativo localmente também.[...] uma das coisas que eu sinto até nesse trabalho que a gente faz no comitê e que muitas vezes a gente não consegue essa informação fluir perante toda a equipe né[...] então a informação não flui, o trabalho em equipe não flui de uma maneira mais acentuada e essa rotatividade faz com que isso fique também prejudicado. (E3)

Por outro lado, muitas vezes a qualidade dos profissionais que chegam à rede não corresponde a nossa necessidade [...] no atendimento do pré-natal[...] a gente já percebeu alguns desvios de conduta dos profissionais. Agora principalmente que a gente está renovando os profissionais que estão nas unidades com mudança da organização social. [...] nós temos tido algumas reclamações com relação aos profissionais que estão chegando agora na rede. Novos contratados por essa OS, que são funcionários que não conhecem muito bem a dinâmica da saúde pública.[...] mas a OS vai estar conseguindo capacitar esses funcionários num prazo curto (E5)

[...] não somente em relação a questão da sífilis, mas de maneira geral a qualidade do atendimento caiu, nesse processo de dois anos o contrato tinha de ser terminado, teria que ter novo contrato. [...] pro funcionário de maneira geral, foi muito mais difícil. Porque eles realmente ficaram dois anos numa situação de muita insegurança[...] Não dá pra exigir dessa pessoa que tenha o mesmo desempenho e se dedique da mesma maneira do que uma pessoa que está muito segura, estável na sua função, né? Então eu acho que a qualidade do atendimento caiu, sim. Falta de profissionais: porque profissionais saíram e a própria organização social não repôs os funcionários [...] (E5)

[...] ela [OS] tem de fazer uma educação continuada eles vão ter de ser formados [...] são profissionais que não sabem o que é uma Atenção Básica, a grande maioria veio de hospital, ou recém formado [...] nós vamos ter que dar um treinamento longo, que vai se estender um ano, um ano e meio[...] assim que ele adquirir alguma experiência[...] ele não vai sair [...] E aí a gente vai iniciar o treinamento novamente. Então eu acho que a qualidade nesse formato vai cair muito [...] Porque vai haver uma grande descontinuidade no atendimento à população (E6)

[...] a rotatividade que é uma coisa que compromete demais a qualificação da assistência. E de fato a formação das pessoas que chegam também muitas vezes[...] chegam com comprometimentos, com deficiência muito grande na sua formação básica. E outra coisa [...] que foi a bandeira das OS que a facilidade da contratação, isso não sei se se sustentou ...né? porque a gente teve grandes períodos no nosso território[...] falta de profissionais né? então isso também não se sustenta, né? (E8)

[...] a questão da sífilis por que é uma coisa que é importante [...] eu acho que a qualidade cai mesmo [...] é um indicador que diz respeito a qualidade[...] leva

anos, não é uma coisa que você faz – “AH! Eu vou dar um treinamento hoje e vou instrumentalizar a rede” (....) Hoje por exemplo que a gente está com outra OS a gente vê que tem uma necessidade de meio que começar tudo de novo né? Porque houve uma troca muito grande de pessoal [...] imagino que organização social deva DEVA não sei, [...] se preocupar de que ela tem uma equipe muito nova e que ela tem que preparar essas pessoas muito jovens, pessoas que não eram da rede que não tem experiência em rede então assim eu acho que é uma coisa que ela, OS, tem que se preocupar (E2)

[...] nas OSs é isso [...] é que eles, não tem a dedicação [...] o que perde é isso, porque a gente vê a diferença é essa. Porque sempre que você vai [...] a gente vê, tudo, cara diferente, todo mês, você não vê a mesma pessoa [...] só tinha gente diferente. Então você não tem aquela de dizer que a unidade tá boa porque tem esses profissionais, porque tá sempre, mudando né?[...] tava caminhando, aí parou porque entrou outra, aí esses novos a gente vai ensinar tudo de novo e daqui a cinco anos, eu não vou estar mais aqui, mas quem estiver vai ter que ensinar outras pessoas e...não deveria ser assim né?(E4).

Nos excertos acima, os entrevistados relacionaram o comprometimento causado pela alta rotatividade dos trabalhadores das OSS à qualidade da assistência à saúde, consequência da característica de contratação que anteriormente foi citada como vantajosa.

Ainda que tenham identificado a articulação em rede por uma parte dos serviços da administração direta, a rede não se estabeleceu sobre os modelos de contratação distintos, no caso da administração direta permite maior vínculo com os processo de trabalho, maior consolidação de conhecimentos e maior motivação com os resultados. Não se aproximaram de nenhuma alternativa ao modelo nem manifestaram qualquer articulação para fortalecimento das críticas e encaminhamento para fóruns superiores.

A obstaculização à saída de trabalhadores para participar de treinamentos foi citada por (E3, E7 e E10) pela característica do contrato de trabalho. O contrato terceirizado prevê uma produtividade quantitativa de procedimentos e a necessidade do cumprimento de metas pelos trabalhadores inibe as suas saídas durante o horário de trabalho. (E10) sinalizou também que participar do treinamento não garante o aprimoramento da atenção.

[...] a questão de tirar muita vezes o profissional, principalmente o profissional médico, de treiná-lo [...] porque tem que se atingir metas de produção por profissional e por atividade, então muitas vezes capacitar esse profissional é uma coisa também difícil (E3)

[...] acho que as vezes sim [os profissionais não são liberados para treinamentos], com essa questão de produtividade: “nós [OS] temos que manter a nossa

produtividade em alta”, então às vezes eu sinto sim, que o pessoal bloqueia a saída dos funcionários, né?(E7).

São pessoas da Prefeitura, das OS.[...] Como é que a gestão encara a saída pro treinamento? E esse retorno? E o compromisso de [...]Uma parada e repassar o treinamento. Cadê o material? Que material é esse? A chefia toma conhecimento? Ou é só mais [...] um treinamento. [...] quem foi pro treinamento, foi pro treinamento? [...] sabe? ou é só mais um item? [...] tô pondo muito problema na gestão[...]mas eu sinto que falta realmente gestor. E o cara vai fazer GERUS [especialização para gestores dada pelo MS (E10)

A priorização de metas quantitativas

Os reconhecimentos de que na administração por OS a priorização é para o alcance das metas estabelecidas em contrato e que isso inviabiliza a participação de profissionais em atualizações e treinamentos. Os depoentes não articulam sobre a inconsistência da rede de assistência nesses moldes de trabalho e nem para nenhuma ação ou encaminhamento como medida de enfrentamento a gestão empresarial mantida pelas OSS.

A busca pelo cumprimento das metas em números de consultas protocolados pelo MS não garante a qualidade da assistência prestada no pré-natal (E1, E3, E9, E2 e E6).

[número crescente da SC] à qualidade provavelmente do pré-natal né? [...] hoje nos conversamos sobre isso[...] tinha esses dados[...] Elas estão fazendo 7 ou mais consultas né? mas continua tendo a criança nascendo com sífilis, então qual é a qualidade desse pré-natal? Entrou uma OS que as pessoas não tem o conhecimentos que eram necessários né? (E1)

[primeiro] gente esperava que vindo uma OS é ...tivesse a contratação de profissionais mais qualificados e isto a gente não vê,[...]segundo é [...]não quer dizer por exemplo se eu faço, se eu tenho 7 ou mais consultas de pré-natal são as melhores consultas de pré-natal, se um indicador de 7 ou mais consultas é um bom indicador? será que eu to tendo o melhor pré-natal mesmo? Só porque eu faço 7 ou mais consultas?[...] Eu tenho mais chance de ter um melhor pré-natal [...]. As OSs hoje com essa questão da contratualização, a maioria delas tão fazendo 7 ou mais consultas, mas será que a qualificação é melhor?[...] também não sei se a gente faz a melhor avaliação por que a gente joga a avaliação muito em cima de números né? (E3)

[número crescente da SC] [...] se tivesse sido bem feito?[...] eu acho que a questão é da qualidade [...] a questão deles, que você ouve sempre meta e meta, número de consultas [...] então você chama pra fórum, para discussão de caso- não pode porque tem que cumprir a meta [...] uma questão bem empresarial sabe, de coisa de vendedor, e saúde pública não dá pra fazer só com meta, tem que ter meta, tem que ter um mínimo, mas também tem que ter outros tipos de indicador

né? que indique que a pessoa trabalhou não só necessariamente atendendo num consultório, não com número (E9)

porque qualidade não é número né? você pode aumentar o número de consultas, que eu não sei se é o caso hoje, se aumentou... eu como te falei não acompanho, mas você pode ter um número maior de consultas e isso não está querendo dizer que a qualidade melhorou. (E2)

[...] a organização social ali, atuando nessa região, num primeiro momento aumentou o número das consultas de pré-natal, mas não sei te dizer se realmente melhorou muito a qualidade. (E6)

A priorização às metas do modelo de gestão por OS é reconhecido como ineficaz à redução da SC, contudo os entrevistados não verbalizam nenhuma outra possibilidade de avaliação da qualidade prestada ou de qualquer encaminhamento para enfrentamento desses resultados.

A finalização do contrato com a OS: insegurança e insatisfação do trabalhador

Os entrevistados também explicaram o aumento da SC nos últimos dois anos pela insegurança na continuidade da prestação de serviços pela mesma OS, uma vez que a efetivação de novo contrato de OS significa a possibilidade da troca de OS, e nesse caso, tem como consequências o desligamento dos trabalhadores para novas contratações.

Habitualmente essa instabilidade produz tanto a saída antecipada de trabalhadores quanto, no caso da não continuidade da mesma OS, uma maciça troca de trabalhadores e até mesmo a redução do número de trabalhadores nas unidades, resultando na piora da qualidade da atenção.

Tal expectativa, mesmo não tendo ocorrido anteriormente com os trabalhadores da saúde no município de São Paulo, produz insegurança e até mesmo um processo de perda de interesse pelo cotidiano do trabalho.

[...] justamente na nossa região [a SC] começou aumentar muito de dois anos pra cá, que foi quando começou essa questão do chamamento, então as pessoas da Santa Casa sabiam que não iam ficar, muita gente já saiu né? [...] ou se desinteressou mesmo, se desmotivou [...] a gente capacita todo mundo [...], voce vai saber se daqui há dois anos todo mundo que a gente qualificou vai tá lá ainda? [...] É complicado, ce tá sempre começando do zero. (E9)

[...] eles [OS] foram nas várias unidade, eles tentaram fazer movimentos organizados em termos de tentar um controle [da SC]. A gente sente que de dois anos pra cá, com essa questão ai [...] da OS anterior não ter conseguido [ganhar o

chamamento] [...] houve um desestímulo e as pessoas acabaram saindo, saindo, saindo e isto acabou esvaziando um pouco a região e pessoas [...] que estavam sendo capacitadas[...] (E3)

[piora da qualidade da assistência] No serviço privado, particularmente a OS: primeiro, o contrato com as OS é um período limitado. Então existe um prazo, [...] Após cinco anos, claro, a OS pode permanecer ou pode sair, ser trocada. Nessa troca o funcionário [...] existe a grande possibilidade de ser demitido. Então não cria esse vínculo do funcionário da OS com a população [...] Em serviço privado, não adianta nós querermos negar, existe a lógica mercantilista [...](E5)

[...] agora que a gente teve uma troca muito grande, então são pessoas mais jovens, pessoas que né?... mas que não tem essa vivência[...]quando voce pensa na questão da vigilância epidemiológica voce vai ter que treinar todo mundo, é uma coisa que você vai aprendendo com a rede aos poucos[...]pensando que é uma OS fica cinco anos que vai trocar todo pessoal, acho que é uma questão importante isso [tristeza], que me pega (E2).

A sequência do processo do chamamento que resultou na contratação de nova OSS para a administração dos serviços de saúde da região foi reconhecida pelos depoentes como desencadeante da desmotivação do trabalhador que se encontrava na eminência de perder o emprego e do despreparo dos novos trabalhadores contratados culminando na piora da qualidade da assistência.

No entanto, não reconhecem a origem dessa dinâmica no modelo de gestão assumido pela SMS, limitam-se a explicar a piora da qualidade da assistência partir das consequências da troca de OSS.

Garantia da qualidade da assistência no âmbito institucional: como era antes da OSS?

Os entrevistados não tecem nenhum tipo de associação entre a mudança de modelo de gestão da AB, da administração direta para as OSS com a possível piora da qualidade da assistência e o aumento da sífilis congênita.

Embora associem o aumento da sífilis congênita com a piora na qualidade da atenção causada por consequências de características da gestão por OS, os entrevistados não identificam que a ascensão da curva de crescimento dessa doença teve maior inclinação a partir de 2008, coincidindo com o início da administração por OS (E5, E3).

[...] em 2008, na nossa região, começou o trabalho das organizações sociais, de 2008 até agora 2016, nós estávamos com a mesma organização social [...], e agora em março de 2016 houve a troca[...].O começo do trabalho da outra organização social, também teve problemas, dificuldades (E5).

[...] se você olhar os nossos dados [...] de 2009 pra 2010 a gente teve durante um grande período mais sífilis congênita do que sífilis notificada em gestante e aí [...] o comitê foi montado aqui, a gente começou a ter um maior número de sífilis em gestante notificada. E durante um tempo a gente passou a ser a região da cidade que mais notificava sífilis em gestante (E3)

(E10) localizou o início da transferência de gestão da administração direta para serviços privado contratados de terceiros nas gestões municipais a partir do período 1993-1996.

[...] em 90 a gestão da Erundina, quando isso foi incorporado [Notificação compulsória da SC] [...] eu trabalhava lá no pé do [UBS] Toledo Piza, ali no pé do Jaçanã, nos [UBS] Filhos da Terra, aquela região ali [...] não táva tão ruim como tá agora [...] agora tá realmente muito pior [...] nós trabalhávamos naquela região, e já você percebia a quantidade de mulheres com HPV. Já começava a perceber que tinha algo pululando ali. Então, a gente já começou a perceber que tinha algo que precisava ser monitorado [...] Aí veio a outra gestão [...] Nós tivemos a corrente política do Maluf [...] conservadora, adentrar e interromper de uma maneira abrupta aquele desenvolvimento que a gente vinha tendo [...] o PAS⁹ foi uma interrupção enorme e foi uma intervenção péssima em toda a Saúde [...] [Depois veio] O Pita... veio a Marta [...] Então ela passou a Administração, um parte, para o serviço privado(E10)

Embora todos os entrevistados sejam trabalhadores da administração direta e tenham estabelecido seus vínculos com a administração direta anterior a existência das OSS, apenas um deles estabeleceu comparação com a qualidade da atenção no modelo de gestão anterior. Para (E10), na gestão da prefeita Luiza Erundina havia maior investimento nos trabalhadores da administração direta, o que resultou no aumento da qualidade da assistência.

[...] tinha funcionários mas [...] nunca foi suficiente, mas tinha muito mais pessoas. Tinha essa preocupação com a questão de quantidade de funcionários. Pra esse abastecimento de pessoas tinha a preocupação com os concursos, né? [...] não existia O.S [...] foi o momento que a gente começou a fazer a visita domiciliar. Foi o momento que [...] que se estabeleceu a Vigilância Epidemiológica. Isso não era só pra doença de notificação compulsória [...] nós fazíamos a Saúde da Mulher e passamos a estabelecer para cada unidade as situações que [...] onde começamos a perceber que existiam DSTs que a gente precisava tá verificando melhor, mais rapidamente.[...] embora a DST não fosse de notificação compulsória, pra nós [...]aquele agravo tinha que ser [...] pra que a gente verificasse imediatamente e chamasse pra tá resolvendo a situação (E10).

Em síntese, os entrevistados explicam que o aumento da sífilis se deve à piora da qualidade da assistência e ao mesmo tempo em que reconhecem que a contratação por OS possibilita a agilidade na contratação e demissão de

⁹ PAS- Plano de Atendimento a Saúde. Modelo adotado pelo município de São Paulo na Gestão Paulo Maluf e Celso Pitta para gestão de serviços de saúde por meio de cooperativas.

trabalhadores, o que permite compensar rapidamente o déficit de trabalhadores, também identificam que essa possibilidade tem causado rotatividade entre os trabalhadores, o que justifica a não consolidação dos treinamentos oferecidos pela Coordenadoria e Supervisão, e o não estabelecimento de vínculos do trabalhador, tanto com o serviço quanto com os usuários, ficando deste modo prejudicada a qualidade da assistência.

O depoimento de (E10) identifica avanços no monitoramento de doenças pela SMS, a partir da elaboração do sistema de informação em saúde no âmbito da SMS. Essa instância passou a sistematizar as informações fornecidas pelas equipes de Vigilância Epidemiológica.

quando eu entrei na Prefeitura [...] 83 [...]a prefeitura não fazia absolutamente nada de vigilância [...] Quem fazia era o Estado, tá? E totalmente partido, fracionado[...] foi dentro da gestão da Luiza Erundina [...]numa filosofia bastante avançada de incorporar a [...] teoria nova de Saúde [...]Então nós construímos as vigilâncias naquele momento. [o Sistema de informação] vinha sendo qualificado [...] houveram avanços [...]depois] Nós tivemos retrocesso [...] do Paulo Maluf. [atualmente] Por exemplo: até a questão de Sistema de Informática [...] porque ele vem acontecendo? Porque, por exemplo: o Sistema Federal obriga. Se não tiver Sistema de Informática num vem um dinheiro, o repasse de verba. Se, talvez não tivesse repasse de verba...talvez nós não tivéssemos...não tivéssemos algum Sistema de Informática implantado(E10).

Embora os entrevistados reconheçam que há impeditivos aos trabalhadores das OSS para participação em atualizações, que sua permanência no serviço seja incerta, que o número de consultas não garanta a boa qualidade da assistência ao pré-natal, não localizam nesses desacordos características próprias do modelo de gestão por OSS, não sinalizaram com críticas ao modelo, nem com propostas para o estabelecimento de estratégias de avaliação da qualidade da assistência à saúde ou à assistência ao pré-natal. Somente um dos entrevistados citou o Sistema de Informação como fonte de dados, todos os entrevistados não mencionaram os dados produzidos pelo SI como sendo ferramenta para o monitoramento da sífilis congênita e a proposição de projeto para o enfrentamento do aumento de casos.

Ainda considerando as explicações dos trabalhadores para o aumento da SC localizadas no âmbito institucional, mais especificamente na queda da qualidade da assistência, os entrevistados atribuem a responsabilidade também aos gerentes dos serviços e a outros profissionais.

A responsabilização pela não articulação da rede é atribuída aos trabalhadores das unidades.

(E1 e E8) identificam nos trabalhadores a competência e responsabilidade para melhorar a qualidade do pré-natal. (E8) agrega também a responsabilidade pelo fortalecimento de redes de atenção.

[...] estratégias para melhorar a qualidade do pré-natal? ir atrás da gestante, ir lá fuçar se chegou os exames, se não chegou os exames, ver se o médico pediu esses exames, que eram pra ser pedidos, sabe? Tem de haver um interesse assim, um envolvimento da supervisão, dos gerentes, dos profissionais (E1).

[...] existe uma fragilidade [...] da rede [...]. A rede maior do território [...] só é potente se [...] a equipe interna [...] é rede também [...]. Essas fragilidades vão fazendo com que a gente vá ficando muito mais vulnerável e esses índices 14 e pouco na região do Jaçanã, [quando] no município é 5 e pouco [...]. Então, é muito ruim [...] [sobre o médico] ele é responsável. A maioria dos nossos profissionais acha que ele é responsável por aquela agendinha que tá lá na mesa dele [...] [conforme o raciocínio médico] saiu daqui e não quis mais voltar, o que eu posso fazer? Isso não é minha responsabilidade...[...] E o conhecimento e a propriedade desses protocolos, né? [...] tem unidades que o enfermeiro faz esse controle [...] uma equipe toda com propriedade, auxiliar de enfermagem todo cuidadoso, todo mundo cuidadoso e tem que ficar pra lá se pedindo pelo amor de Deus, para o médico fazer a parte dele[...]existe fragilidade na implicação das pessoas (E8).

Vale ressaltar que o único entrevistado (E3) que fez menção à boa qualidade da assistência referiu um serviço da administração direta, atribuindo a ele qualidade superior à de serviços administrados por OS, sendo uma delas a articulação efetiva em rede de serviços que, segundo (E3), por não ser objeto do contrato não está entre as atividades das OS .

[...]tem o Hospital Cachoeirinha, que é o nosso hospital maternidade [...] contando todos eles, os privados também, ele é o quarto hospital em números de partos da cidade [...] é um hospital de maior qualidade que a gente tem em parto dentro do sistema público da cidade de São Paulo [...] também suas dificuldades de pessoal, [...] mas que mantem a qualidade de atendimento excelente,[...] e que tem uma qualidade em que outros aqui do espaço que são via OS não tem. [...] o Cachoeirinha se olha fazendo parte de uma rede, que ta sempre disponível para fazer coisas enquanto rede,[...] o das contratações das OSs se não faz parte do contrato você precisa chorar sangue pra poder mostrar pra eles a importância deles estarem dentro de um processo de rede [...] (E3).

O mesmo entrevistado reitera que a administração por OS não efetiva ações articuladas com outras instâncias do Sistema de Saúde.

(...) por exemplo a SPDM esta dentro do [Hospila] Storopoli- Vermelhinho desde 90 -92 então eles já tão aí há 24 anos, o [Hospila] São Luis Gonzaga esta aí desde que se montou enquanto Santa Casa e você não vê um olhar semelhante ao do Cachoeirinha (E3).

Já (E10) relata a desarticulação entre os serviços da AB e a Vigilância Epidemiológica, que parece ter ficado limitada ao recebimento e cobrança de dados das unidades. Também relata descaracterização de instância anteriormente utilizada para articulação e planejamento de ações.

A Vigilância sempre mal vista [...] Porque sempre parecia pras unidades como alguém que tava cobrando a coisa mal preenchida, tava cobrando algo que não fez. [...] Porque não tinha espaço de diálogo. Porque tava cada um isolado! Porque não tinha um momento onde nos conhecíamos, onde podíamos realmente nos ver, onde sabíamos o que cabia a cada um, o que cabia a nos todos juntos! Tá esfacelado! Fragmentado! Cada um morrendo á míngua com suas próprias penas. (E10)

[...] o cara pode tá sendo super pago pela OS [...] Vai a reunião dos gestores....[...] e todo mundo entra de costas, né? Se bobear cochila ou fica fazendo exercício de não falar nada que é pra não contrariar a chefe.[...] porque a chefe [...] não te permite contestar. Então, que espaço de diálogo é esse? (E10)

Os dois últimos depoimentos permitem identificar a fragmentação da atenção à SG e à SC pelos serviços geridos pelas OSS e a fragilidade no processo de monitoramento da atenção à saúde pelas instâncias da AD.

Os entrevistados foram unânimes em afirmar que o aumento dos casos de sífilis congênita está diretamente relacionado com a queda da qualidade da assistência.

Os depoimentos acima permitiram identificar explicações para a piora da qualidade da assistência atribuídas ao âmbito institucional marcadamente nas características da forma de contratação e de gestão por OS, que prioriza meta quantitativa de consultas individuais e favorece a fragmentação da atenção.

Outro conjunto permitiu identificar explicações para o aumento dos casos de sífilis atribuídas ao âmbito de indivíduos acometidos.

5.3. RESPONSABILIZAÇÃO PARA O CRESCIMENTO DA SC NO ÂMBITO INDIVIDUAL

A mulher no centro do crescimento da SC

Em outra perspectiva os entrevistados atribuem responsabilização pela não redução dos casos de sífilis congênita ao âmbito individual.

Para (E3) o indivíduo em condições sociais desfavoráveis não assume a responsabilidade pelo seu tratamento. O depoimento de (E6) indica que a característica social do território impede o decréscimo da SC.

[...] a região Jaçanã Tremembé é uma das regiões com mais vulnerabilidade social né, voce tem um índice [...] de homicídios [...] é uma região muito violenta [...] essas regiões com vulnerabilidade, com a questão da drogadição, com a questão do alcoolismo [...] trazer todas as gestantes do espaço pra dentro da unidade mesmo que voce vá atrás delas com as equipes de rua ou esse tipo de coisa, a adesão ela é um pouco mais dificultada [...] uma população muito vulnerável [...] no pedaço, tem a vulnerabilidade, as pessoas aderem menos [...] ao trabalho [da gente] que eu digo, o paciente tende menos a ser efetivo em cima da sua responsabilidade perante a sífilis (E3).

[...] eu acho muito complicado a gente conseguir no município... e pensando bem ali naquela região do Jaçanã, uma região tão carente de tudo, a gente vai conseguir diminuir esse numero?(E6).

Uma vez que os depoentes atribuem a responsabilidade pela redução e controle da SC aos sujeitos, que na realidade local estão submetidos a precárias condições de vida, culpabilizam a vítima e se distanciam da origem do problema.

Os excertos abaixo (E10) descrevem a experiência em gestão anterior que promovia ações para o reconhecimento dos problemas de saúde no território e respostas intersetoriais.

[...] ali no pé do Jaçanã, nos [UBS] Filhos da Terra, aquela região ali [...] não táva tão ruim como tá agora [...] agora tá realmente muito pior [...] nós trabalhávamos naquela região, e já você percebia a quantidade de mulheres com HPV. Já começava a perceber que tinha algo pululando ali. Então, a gente já começou a perceber que tinha algo que precisava ser monitorado [...]Aí veio a outra gestão [...] Nós tivemos a corrente política do Maluf [...] conservadora, adentrar e interromper de uma maneira abrupta aquele desenvolvimento que a gente vinha tendo [...] o PAS foi uma interrupção enorme e foi uma intervenção péssima em toda a Saúde [...] [Depois veio] O Pita... veio a Marta [...] Então ela passou a Administração, um parte, para o serviço privado (E10)

Eu trabalhei no Toledo Piza [...] Era uma região mais periférica [...] [precisava] conhecer território, de ver,[...] perceber quais eram as regiões [...] de maior risco [...].Região ali que tinha enchente, a Vila Nilo,[...] Época assim de verão, chegava a 2 metros.[...]Tinha um Circo Escola Trabalhavam com a garotada de rua, que era muito bom. Porque ali também era uma região de drogadição [...] Era muito legal,nós trabalhamos muito com esse Circo Escola. Ele era ótimo! [...] foi o projeto do Estado, que também morreu (E10).

Foram identificados depoimentos que responsabilizam a mulher pelo aumento da sífilis na região. Para (E8, E9 e E1) a mulher tem obrigação com o

próprio tratamento e com o do seu parceiro. Os excertos (E7, E3 e E9) atribuem ao comportamento sexual da mulher a culpa pela sífilis e para (E5) a responsabilidade está no mau uso dos preservativos oferecidos para proteção da sífilis.

tenho 100 gestantes, dessas 100, tantos por cento são faltosas, eu tenho essa que tá abandonando....alguém tem que tá organizando essa equipe [...] para chamar aquela mulher, e sentar, e responsabilizar com relação a questão do tratamento [...] não é uma coisa simples, [...] só dar a Benzetacil [...] é o convencimento da mulher que ela tem de se tratar [...] tem de usar preservativo [...] tem de avisar o parceiro, O convencimento desse parceiro vir, conseguir tratar esse parceiro (E8)

se acompanhasse a gestante de perto mesmo né . A gestante que não veio ela vai ser cobrada porque que não veio, vai atrás, busca ativa né, é...sensibilização dos profissionais [...] em massa, assim, dos funcionários envolvidos [...] treinamento, treinamento, sensibilização, estratégias para melhorar a qualidade do pré-natal, ir atrás da gestante (E1)

[...] a questão de você fazer essa mãe olhar pra este bebe, fazer essa mãe vincular-se a esse bebe, fazer todo um outro trabalho que faz parte do trabalho da atenção básica em cima dessa mulher né, você taria preparando gerações e gerações , você taria vinculando mais essa mãe a este bebe [...] uma das coisas que a gente acha (é) que essas pessoas tem um parceiro só né? e muitas vezes nem a mulher tem só um parceiro e como o homem não tem só uma parceira (E3).

...tem a questão individual da própria paciente, é questão de parceiro, de vários parceiros, que não cuida do parceiro, o parceiro não vai se tratar, isso é uma questão que não tem haver com a OS não ou talvez tenha né, a questão do vínculo, a questão de não ser sempre o mesmo profissionais que atende (E9)

tem que parar pra pensar porque as mulheres estão contraindo tanta sífilis né.[...] uma questão de esclarecimento [...] uma grande campanha de conscientização de população [...] foi feito com a dengue [...]que nós fizemos números abaixo do esperado da dengue[...]conscientização da população[...] não somente as gestantes como a população em geral, homens e mulheres [...] apesar de você deixar o balaio de preservativos nos vários serviços públicos de saúde , muita gente leva aquilo pra casa e faz enfeite (E5)

Homens e jovens no centro do crescimento da SC

Os excertos abaixo (E6 e E7) identificam no comportamento de jovens a responsabilidade pelo crescimento da SC, caracterizaram aspectos comportamentais relacionados ao descuido com a saúde. O depoimento de (E6) refere-se a comportamento de descuido como característico da fase juvenil, tomando juventude como uma etapa vivenciada da mesma forma, independente

no grupo social. Já (E7) relaciona o comportamento de descuido a jovens da periferia.

Acho que a gente tem de começar investindo na educação escolar. Eu acho que a sífilis está estourando como a AIDS no Brasil com números alarmantes. Os jovens não acham importante o uso do preservativo, então se a gente não começar com a educação desde pequeno, orientando etc. (E6)

a gente tem uma porcentagem alta, muito alta, em toda supervisão, principalmente nessa região de periferia Tremembé [...] de mães jovens, abaixo de 18 anos [...] então adolescentes sem parceiro fixo [...], mas uma baixa adesão é... dessas mães, uma baixa adesão dos grupos de gestantes, você vê a participação no grupo de gestante é de mães mais maduras, você tem uma baixa adesão (E7)

Ainda no âmbito individual o homem é culpabilizado na medida de sua não participação no pré-natal.

Os entrevistados (E6, E5, E7, E3 e E10) identificam nas dificuldades de tratamento do homem a responsabilidade pelo crescimento do número de casos de sífilis congênita.

[...] O grande problema que a gente não consegue [...] é a participação do parceiro [...] esse homem ele foge desse tratamento da sífilis né, [...] é trabalhar a todo momento uma paternidade responsável [...] e aí acaba virando sífilis congênita né, então assim, as dificuldades são justamente adesão desse parceiro, fazer a unidade com um olhar melhor sobre esse parceiro, convidá-lo a todo momento para essa paternidade responsável, que isso eu acho que seria o plus da questão aí [...] eu acho que a paternidade responsável, como o nosso grande lema não é nem tanto a mulher é mais o parceiro (E3)

Uma grande dificuldade que a gente tem nessa região do Jaçanã, é tratar dos parceiros. A gestantes quando se diagnostica a sífilis de imediato é iniciado o tratamento, mas na grande maioria das vezes a gente não consegue tratar o parceiro. Não tratando o parceiro a gente reinfecta e a sífilis vai aparecer na criança. (E6)

a questão da sífilis congênita [...] a dificuldade de tá fazendo um trabalho com as gestantes por conta do parceiro né? porque quando se detecta tem que fazer um trabalho com parceiro né? Então a grande dificuldade de fazer com parceiro (E7)

Existe uma resistência dos parceiros em fazer o tratamento junto com as suas parceiras. Trata a parceira, ela trata, ele não se trata, tem relação, contamina novamente, tá? Acho que isso é opção dele. (E5)

Não era problema a Sífilis naquele momento (1990). Fazia-se o pré-natal, a Saúde da Mulher. O pré-natal era bem feito, que eu lembro, no pré-natal era feito VDRL e não era problema. Agora quando aparecia [...] existia dificuldade de tratar a pessoa em si [...] tratar o homem com Sífilis....A mulher não, o homem! [...] era uma complicação. (E10)

Os entrevistados atribuíram a responsabilidade pela redução e controle da SC aos sujeitos. Embora alguns depoimentos sinalizem aspectos da

precarização das condições de vida na realidade da região, o foco principal da responsabilização é o comportamento da mulher.

Ainda que tomado individualmente o comportamento da mulher, nenhum dos entrevistados o relacionou com a queda na qualidade da assistência, responsabilizada anteriormente pelo aumento dos casos de sífilis congênita.

Foi possível observar que os trabalhadores explicam o aumento da sífilis no âmbito mais individual na culpabilização da mulher ou o parceiro.

O desvio da responsabilidade do âmbito institucional para o individual realizado pelos entrevistados resguardam os trabalhadores da CRS e STS de aprofundarem-se nas raízes do problema, assim não trazem nenhuma observação sobre ações para reversão desse cenário, bem como sobre suas origens.

Sífilis- doença silenciosa

Uma última explicação para o crescimento da SC e o desenvolvimento da sífilis recaiu nas características da própria doença, (E3 e E5).

O grande problema é que como na maioria [das pessoas], ela tende a [ser] sem sintomas; é mais difícil da pessoa aceitar uma coisa que ela não tem sintomas [...] muitas vezes como você tá na fase latente é das pessoas entenderem [...] tomarem a penicilina... por ser uma pessoa sem sintomas, entre aspas né? e isto uma dificuldade (E3)

[...] existe uma questão de esclarecimento da população [...] no início não dá sintoma né. Mesmo na mulher a lesão, muitas vezes é interna então ela não vê. No homem que a lesão é externa [...] tem a maldita característica de ela desaparecer, é uma lesão que ela não dói, visível, mas ela não dói e ela regride espontaneamente (E5).

Essa explicação da evolução “silenciosa” da doença, limitada às características clínicas, é simplista, uma vez que a partir do momento que o indivíduo contrai a doença, ela será igualmente “silenciosa” para todos inicialmente.

Ao explicarem o aumento da sífilis por atributos comportamentais dos sujeitos acometidos pela doença, moradores da região, os entrevistados relatam a realidade epidemiológica da doença na região como inevitável e ao mesmo tempo imutável.

Os comportamentos inadequados são, ora julgados como característicos de indivíduos advindos de regiões com condições sociais precárias, ora são considerados característicos da faixa etária ou de gênero.

Da mesma forma, ao explicarem o aumento da sífilis pela piora da qualidade dos serviços de atenção à saúde, sem questionarem o modelo de gestão e, conseqüentemente, sem apresentarem proposição de monitoramento, nem plano de ação para o enfrentamento do modelo de gestão da OS, que vem piorando a qualidade da atenção à saúde, os entrevistados abordam a realidade epidemiológica da doença na região como inevitável e ao mesmo tempo imutável.

Parece que mesmo o desenvolvimento das atividades que cabem à AD não tem garantido o aprimoramento da qualidade da assistência nos serviços geridos pela OS.

No conjunto das entrevistas elegeram-se excertos que referem dificuldades relacionadas pelos entrevistados para o desenvolvimento de suas atividades.

Redução do Estado

Foram relatadas dificuldades relacionadas à diminuição do número de servidores municipais e à impossibilidade de reposição (E8, E3 e E1). De acordo com os entrevistados (E1, E7, E6, E9 e E4), há necessidade dos níveis da administração mais central SMS, CRS ou STS de fazer arranjos e remanejamentos para cobrir o déficit de pessoal.

[...] a administração direta ela ficou [...] em torno de 10 anos sem concurso, isso logicamente trouxe ai uma dificuldade muito grande para as unidades básicas[...]pra toda a rede[...]que estão só com a administração direta [...] Eu acho que o município agora passa por uma situação muito difícil, que a gente tem várias aposentadorias, aqui nessa Supervisão, nas nossas unidades, todo município, várias pessoas aposentando, e com essa perspectiva: de não reposição (E8)

[...] as pessoas estão envelhecendo dentro das unidades, [...] não se fazia concurso né? [...] hoje voce não tem mais atrativo que voce tinha anteriormente de voce ser funcionário público né? [...] a tendência como a gente brinca, vai ser o jurássico saírem e os que estão aí...amanhã vai ter que ter uma OS dentro da coordenadoria pra controlar a própria OS né, porque todo mundo vai se aposentando (E3).

Agora o problema das unidades da administração direta, uma coisa que está acontecendo com todas é perdendo muito funcionários, funcionário se aposentando, se aposentando, se aposentando. Não tá tendo reposição desses funcionários [...] estão ficando sem gente pra tocar o serviço, trabalhar né.? [...] tá saindo todo mundo, se aposentando [...] Às vezes né, a gente trás o profissional de uma unidade, porque é de lá que a gente tem que trazer, porque aqui precisa.

Tava sem ninguém cuidando da saúde da mulher. [...] .. com esse negocio da sífilis, porque a Norte (CRS-Norte) tá mostrando esses indicadores para gente, a secretaria mostrando esses indicadores (E1).

A supervisão[...] tenta contornar todo esse déficit aí [...] de tentar contornar coisas mais emergentes e as demandas [...]. A gente não tava [...] nem com assessor para saúde da criança e adolescente, [...] [quem era da saúde da mulher], que era da supervisão e dava um apoio muito grande pras unidades, agora tá na coordenação [...]. Então, acho que tudo isso colabora para que esse número [de SC] aumente (E7).

[...] principalmente nesse momento em que a gente sabia pelo histórico da Secretaria que muitos profissionais estariam se aposentando no decorrer de aprovação do quadro de reestruturação do quadro. Os profissionais estavam aguardando a reestruturação do cargo, dos cargos pra poderem se aposentar. Então nós estávamos ciente que ia haver uma boa.....uma grande saída do RH por aposentadoria.(E6)

[...] várias coisas que estão capengando aqui na supervisão [...] estão, na direta, desmotivados querendo se aposentar, porque tá cada vez se aposentando mais gente, faltando gente, faltando isso, faltando aquilo (E9)

[...] muita gente depois, que não estavam satisfeitos na época pela Santa Casa tudo, teve gente que pediu exoneração do cargo [...] Saía de um pra não ficar mais, entendeu? [...]Muita gente se aposentou, que não queria se aposentar mas a, a expectativa era a, não tinha expectativa de melhora, muita gente pedia exoneração, aposentadoria né? O contra foi esse, que muita gente saiu da prefeitura, que não tinha intenção de sair na época né? Saía mesmo porque já não aguentava mais. (E4)

Os entrevistados acima reconhecem a redução do quadro da administração direta como desgastante e desmotivante, mas não associam a um processo intencional que parte dessa redução para consolidar a terceirização da gestão de serviços, uma vez que não prevê a contratação por concurso público.

Apenas um dos entrevistados (E10) relatou a intencionalidade na gestão pública de promover o desmonte da administração direta para promover a entrada da gestão por OSS e localiza nessa dinâmica a perda de qualidade dos serviços.

Então nós perdemos um tanto do que tava [...] na gestão Paulo Maluf] morreu tudo! Morreu, morreu! Sabe como ele fez morrer? [...] Ele começou a enxugar [...] começou a enxugar os profissionais, foi a primeira artimanha [...] aí foi parando de ter gente, foi parando, foi parando[...]enxugando as pessoas, tá? [...] Depois, outra artimanha, começa a falta isso...falta aquilo...falta aquilo ...Começa a enxugar o material. Começa a quebrar o material que é permanente...e..não ter conserto, não repor. Então começa a desarticular tudo que estava articulado. É simples assim! E aí começa a fazer a propaganda que não tem quem trabalhe, não quer trabalhar....num....tá sempre alguém....não faz.....(E10)

E as pessoas vão desmotivando.....desmotivando.....até que acaba. Você não dá conta de fazer [...] o mínimo que você tem de fazer. Aí você vai fazer Vigilância? Quem vai fazer Vigilância? Quem? se tem hipertenso batendo na porta? Vai apagar incêndio, vai ficar apagando incêndio. Porque se tem gente batendo na

porta... tá com febre! Tem gente batendo na porta porque tá com pressão alta. Fica enxugando gelo, enxugando gelo [...] desarticula rapidamente o serviço porque você desarticula o planejamento (E10).

A análise das entrevistas mostrou que os trabalhadores entrevistados, compreendidos neste estudo como representantes do Estado, não expressaram desacordo ao modelo de gestão terceirizada, apesar de verbalizarem ser esperada, como consequência, a queda na qualidade da atenção à saúde, comprovada pelo aumento contínuo da sífilis e identificada nos depoimentos.

Ainda que relacionem o aumento dos casos de sífilis com a qualidade do atendimento, não verbalizaram nenhum tipo de encaminhamento para superação dessa constatação.

No âmbito dos sujeitos acometidos, os depoimentos não expressaram identificação das raízes do problema, que está localizada nas condições de trabalho e de vida dos grupos sociais acometidos pela sífilis, não denotaram a compreensão da necessidade de articular com a sociedade para interferir dos rumos da prestação da atenção à saúde.

Portanto, os entrevistados limitam-se à identificação de responsabilidades e culpas, sem propor respostas a elas. Explicam o aumento da sífilis congênita no território a partir de culpabilização dos envolvidos.

DISCUSSÃO 6

6. DISCUSSÃO

Foi possível localizar explicações trazidas, tanto do âmbito institucional, quanto as de cunho individual, quando atribuem culpa da doença ao próprio indivíduo infectado.

Grande parte das explicações dadas pelos sujeitos da pesquisa encontra eco na literatura localizada sobre a sífilis congênita, ao associar a realidade epidemiológica da doença com a qualidade da atenção à saúde.

A ocorrência de sífilis congênita é considerada um sinalizador de que há falha ou falhas em alguma etapa do processo de assistência que precisa ser corrigido. É utilizado pelo MS e todas as instâncias a ele ligadas como indicador da qualidade da assistência. A sífilis em gestante tem diagnóstico e tratamento bem estabelecidos por protocolos e com baixo custo, tornando a ocorrência de um único caso de SC uma falha do sistema público de saúde (Lafetá et al, 2016, Souza, 2014, Nonato, Melo, Guimarães, 2015, Araujo et al, 2014 e Cooper, 2016).

O âmbito institucional

Observa-se que no âmbito institucional os mecanismos de enfrentamento adotados como a criação de um Comitê de Sífilis, a partir da identificação do crescimento no número de casos de sífilis congênita, em 2007. A atuação do Comitê alavancou o número de notificações da sífilis em gestante, mas não repercutiu em resultados favoráveis na diminuição da incidência da doença. Esse comitê foi composto por funcionários públicos da SUVIS e de outros serviços que desenvolviam trabalhos relacionados à saúde da mulher e da criança.

As características epidemiológicas da doença remetem a problemas que estão além do caráter biológico.

Para Diniz (2016) as populações mais acometidas pela sífilis são as de condições socioeconômicas mais precárias. Para essas, as condições de vida e o acesso a serviços de saúde são dificultados. O autor explica que o sistema público tem maior precariedade de oferta de recursos para as regiões habitadas por populações de renda mais baixa, havendo então, grupos sociais

discriminados pela qualidade da oferta de serviços e possibilidade de acesso, sendo necessárias estratégias para a promoção da equidade.

No entanto, no que se refere à atuação da SMS, CRS e STS os resultados mostraram que as ações dessas instâncias ficaram limitadas à conferência da realização das metas de contrato, à adoção de protocolos, à criação de Comitê da Sífilis, ao aprimoramento de notificações, embora não tenha sido relatado como são utilizadas para o planejamento de ações ou articulados com os cursos de atualização de conhecimentos sobre a sífilis para trabalhadores.

Para alguns autores existe problema na estrutura da assistência à saúde chamando a atenção para a fragmentação do sistema.

Para Corneau (2016) e Mendes (2010) o sistema de saúde no Brasil é fragmentado não permitindo a continuidade da atenção. Mendes (2010, p. 2299) refere que o sistema fragmentado é voltado para situações agudizadas ou crônicas. O autor conceitua a fragmentação e os sistemas de atenção à saúde como “aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.” Para Mendes (2010) a fragmentação dos sistemas de saúde tem sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo.

Nesse sentido Galvão (2009), relata que embora atual não é novidade que o setor saúde padeça da dicotomia entre as ações, serviços de saúde e os níveis de atenção.

O Brasil nos anos de 1980 saía de um período de 20 anos de ditadura e iniciava um processo de democratização, ao mesmo tempo que se iniciava a crise econômica que alcança os dias atuais (Bravo, 2006).

Nesse cenário se ampliam os debates para o fortalecimento do setor público e melhoria dos serviços de saúde, havia grande participação de vários segmentos sociais cabendo destacar os profissionais de saúde, que segundo Bravo (2006), eram representados pelas suas entidades, ultrapassando o corporativismo.

As propostas eram a universalização do acesso e o estabelecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a reestruturação do setor com o desenvolvimento de uma nova perspectiva sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização para as esferas estadual e municipal, a garantia do

financiamento efetivo e a democratização do poder local por meio dos Conselhos de Saúde (Bravo, 2006).

No Brasil a instauração do SUS na CF de 1988 previa o fortalecimento dos serviços de saúde a partir da composição de uma rede de atenção, porém não havia consenso para as propostas trazidas pela RS. Alguns avanços foram conquistados a partir de então, entre eles o acesso à assistência à saúde para boa parte da população e o desenvolvimento de tecnologias (Paim, 2011).

A penetração da lógica neoliberal, já amplamente difundida nos países hegemônicos que já haviam conquistado amplos direitos sociais, no Brasil, segundo Paim (2011), se deu antes de serem concretizados os direitos sociais estabelecidos pela Constituição e rompendo os laços do SUS com a perspectiva da reforma sanitária, a de não ter na saúde uma mercadoria e fonte de lucro (Correia e Santos, 2015).

As privatizações dos serviços públicos de saúde foram amplamente recomendadas pelo Banco Mundial (BM) e Fundação Monetária Internacional (FMI) para os países pobres, nesse sentido o Brasil adotou uma política de redução de gastos na área social, abrindo espaço para a iniciativa privada atuar nesses setores (Correia e Santos, 2015).

Para Bravo (2006) uma estratégia do Estado para ampliar a presença privada nos serviços públicos foi o desvio de suas funções:

O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade (Bravo, 2006, p.13).

O engendramento de legislação para amparar as privatizações foi constituído num longo período de tempo, desde o início em 1967 com a Lei 200 até 1998 com Lei n. 9.637, Lei das OSS, e 1999 com a Lei 9.790, Lei das OSCIPs (Contreiras, 2011).

Sem legislação suficiente para a proteção de seus fundamentos, o SUS ficou suscetível às investidas e aos interesses privados. A descentralização associada às legislações de cunho neoliberal - LRF, Lei das OSS entre outras, fragmentou a administração e o poder e abriu espaço para interesses alheios tomarem lugar ao

invés de interesses coletivos se transformarem em protagonistas da saúde (Santos e Campos, 2015).

As articulações entre os serviços não se efetivaram na plenitude, ainda estavam em construção e foram sendo inviabilizadas com a entrada maciça das OSS em todos os níveis de assistência à saúde (Correia e Santos, 2015).

As privatizações dos serviços públicos de saúde ou de serviços relacionados a eles são uma realidade mundial desde os anos de 1970. Sobre essa realidade a literatura internacional apresenta algumas preocupações.

Sobre a apropriação dos recursos públicos pelo setor privado na Inglaterra e da participação do segmento empresarial na elaboração das políticas públicas, Mindell, Reynolds, Cohen, McKee (2012) referem em seu estudo grande preocupação. Para os autores a interferência dos interesses comerciais nas políticas de saúde do país, dada de forma discreta e apresentada inicialmente como apoio à prestação de cuidados de saúde por instituições de caridade e empresas sociais, permitiu o aumento do financiamento dos prestadores de serviços de saúde do setor privado.

[...] Nomear a raposa para vigiar o galinheiro, por meio de uma política que delega a tomada de decisão e regulação aos interesses comerciais representa um abandono de responsabilidade do governo, inevitavelmente, levanta suspeitas de influência indevida (Mindell, Reynolds, Cohen, McKee, 2012, p.3):

No Brasil, o Estado já havia convertido a industrialização em valor social no início do século XX e, com ele, o fascínio da sociedade brasileira pelos modelos de desenvolvimento dos países centrais (Fernandes, 1960).

Não foi difícil o convencimento social a respeito da ineficiência dos serviços prestados pelo Estado, promovido por interesses privados que apresentavam como resposta a privatização, garantindo eficiência e qualidade (Correia e Souza, 2015) convencimento constatado inclusive nos sujeitos desta pesquisa.

A falta de investimento no SUS acelerou a adoção de modelos de gestão privada cujos interesses não coincidem com os da sociedade, culminando na queda da qualidade dos serviços e na redução da cobertura (Oxfam, 2016).

A lógica neoliberal impõe um Estado neoliberal que, no caso do Brasil, legitima suas ações de redução dos investimentos em políticas sociais,

flexibilização das relações de trabalho e privatizações a partir de forte campanha midiática para reformas (Behring e Boschetti, 2011).

Segundo Ponte (2010, p. 187), o processo que viabiliza a efetiva participação privada no setor público de saúde, incorpora a prioridade da assistência curativa, o financiamento público e o crescimento de incorporação de grupos privados. O resultado dessa articulação das leis com os interesses empresariais é “a capitalização e expansão da rede privada, por um lado, e a degradação dos serviços públicos e a sangria dos recursos do Estado, por outro”.

A privatização de serviços de saúde, que no Brasil tem se consolidado por meio de contratos com OS, tem sido tema de várias pesquisas.

Druck (2016) estudou a privatização a partir da precarização do trabalho, enquanto Corneau (2016) analisou os serviços de AB a partir das privatizações desses serviços no município de São Paulo frente ao cenário econômico-financeiro de capital dependente, caracterizado por uma relação de dependência econômica ou cultural ou ambos entre países. Já Andreazzi e Bravo (2014, p. 502) buscaram “mapear os avanços da contra reforma do Estado da saúde principalmente na privatização da gestão para as OS”.

Estudos sobre os reflexos na qualidade dos serviços prestados pelo setor saúde, após a adoção de modelo de gestão por OS, são identificados no Brasil em menor escala do que na literatura internacional.

Correia e Santos (2015) afirmam que há piora da qualidade de serviços públicos quando a gestão é feita pela iniciativa privada, ou seja, quando o Estado abdica da execução de serviços e delega a atividades ao setor privado, mediante incentivos, repasse de recursos públicos ou isenção de impostos.

A saúde pública do Canadá e da Austrália tem mostrado reflexos do afastamento do Estado e da aproximação do setor privado. Considerados como bons exemplos de sistemas de saúde, em particular no que se refere aos cuidados com a maternidade, para Benoit et al (2012, p. 7) a crescente oferta de serviços privados associados à redução dos serviços por parte do Estado, tem trazido preocupações com relação ao acesso e à qualidade:

O atendimento pós-parto cruza a linha entre as esferas pública e privada, e confunde as mulheres que necessitam de tais serviços sobre a responsabilidade do Estado. A adoção de ideologias de reforma neoliberal em países como o

Canadá, mas também na Austrália, afastou ainda mais a responsabilidade do governo para com as mulheres no pós-natal e para suas famílias.

Sobre a privatização na França, Ferreira (2016) refere que a partir dos anos de 1980, com as políticas de redução de gastos com a proteção social e consequentemente com a saúde, ampliou-se o pagamento direto dos pacientes pelo acesso aos serviços, os percentuais de co-pagamento e instituiu-se por parte do Estado novos controles sobre o tempo de permanência em internações ou sobre os encaminhamentos para especialidades, o que significou deterioração de serviços hospitalares e ambulatoriais. Nesse sentido Rial-Sebbag (2014, p.36) alerta sobre a importância dos governos franceses atentarem para as formas de controle dos serviços privados.

A privatização da medicina não se limita a produzir efeitos negativos, mas muitas armadilhas potenciais se apresentam ao pacientes. Por um lado, os elementos objetivos que vem das práticas de medicina privada (ensaios clínicos, políticos de saúde pública), perturba a relação médico / paciente. Por outro lado, surgem novos riscos para os pacientes ligados à responsabilização sobre a sua própria saúde, mas esses riscos não são claramente identificados nem comunicados efetivamente.

Também King, Hamm e Stuckler (2009), abordando a mortalidade populacional em países que passaram do comunismo para o capitalismo, relacionaram a implementação rápida e em larga escala de programas de privatização com o declínio significativo na expectativa de vida e “aumento devastador” da mortalidade.

Outros estudos mostram as consequências da privatização em outras áreas, no geral, submetidas à privatização antes do setor saúde se transformar em objeto de interesse do capital.

Em interface com a saúde, Johnson and Handme (2002) publicaram estudo relativo à privatização do serviço de abastecimento de água no Reino Unido, indicando preocupações com o abastecimento, a qualidade e os impactos no meio ambiente, enquanto Fehr et al (2003), sinalizaram que a privatização dos serviços de abastecimento de água na Alemanha permitiu maior exposição a carcinógenos na água de beber e que ainda podem aumentar mais.

Ainda no que se refere à privatização dos serviços de tratamento e abastecimento de água, em São Paulo, segundo o geólogo Delmar Mattes, após

a privatização, mesmo que parcial, da Sabesp, a empresa agora de economia mista ganhou novas prioridades. A crise de abastecimento que se fez sentir em São Paulo nos últimos anos é ainda maior quando relacionada à qualidade da água fornecida. Para o geólogo, que foi secretário de Vias Públicas e de Obras da Prefeitura na administração de Luiza Erundina e membro do Coletivo de Luta pela Água, a empresa tem no lucro sua prioridade, não na qualidade ou na quantidade de água fornecida. Não há respostas ou satisfação para cerca de 40% da população de São Paulo que ainda sofre com cortes de regulares no abastecimento (Passos, 2015).

Nos setores relacionados à produção de fármacos a privatização tem sido frente de discussão no que tange ao respeito ao direito de saúde. A competitividade estabelecida para esse setor com a proteção de patentes e premiação por novas descobertas impacta na elevação dos preços e consequentemente reduz o acesso (Burci e Gostin, 2017).

Mas é em Labra (2001) que se encontra a reflexão de que são nos países mais pobres que as políticas neoliberais causam as piores consequências.

Sobre os efeitos das privatizações no setor saúde do Chile, Labra (2001, p.368) refere que os planos neoliberais apresentados ao governo de Pinochet e implementados a partir de 1978 foram desastrosos, tanto no que diz respeito à deterioração dos serviços de saúde quanto à precarização das contratações e condições de trabalho:

O que mudou a face e a cultura do país: inserção da economia nos mercados mundiais, privatização de empresas públicas e redução do pessoal da Administração Pública em um terço. Entre outros resultados do redesenho neoliberal autoritário do setor saúde destacam os efeitos desastrosos da regionalização e da municipalização em termos de descoordenação e fragmentação do sistema, a frustração do pessoal da Atenção Primária, que teve seus direitos estatutários cancelados e a mencionada deterioração dos serviços estatais e das condições de trabalho.

Referindo-se ao processo de privatização que vem ocorrendo no sul da África, Price (1988) refere que em longo prazo os cuidados de saúde para a população como um todo podem se tornar mais desiguais e para aqueles que dependem do setor público ainda podem deteriorar. A constatação de que a privatização não respondeu às expectativas nos países do sul da África foi feita

por Bayliss e McKinley (2007) com os argumentos da falta de investimentos por parte das empresas, a maior oneração aos governos e pelo fato de não haver alcançado objetivos sociais como a equidade.

Blumenthal e Hsiao (2005; p.1168), sobre as mudanças do modelo político econômico e reflexos na saúde, enunciam que os interesses dos habitantes do meio rural foram colocados de lado, enquanto que os atuais líderes direcionam todos os investimentos nas grandes cidades criando grandes diferenças sociais, com consequente repercussão negativa à qualidade de assistência prestada à população rural:

A China, no início de 1980 mudou dramaticamente a forma de financiamento da saúde, desmantelando o cuidado à saúde que havia aprimorado a qualidade de saúde da população de forma homogênea, avaliado como bem-sucedido. O resultado foi o aumento de problemas de saúde, que constituem uma grande ameaça potencial para a tranquilidade doméstica da China, e a eficiência desse sistema de saúde tem diminuído drasticamente, opostamente às despesas, que estão em expansão. Metade dos gastos dos chineses é com medicamentos.

Desta forma, as considerações encontradas na literatura sobre o impacto das privatizações na qualidade da assistência à saúde tanto nos países hegemônicos como nos de capital dependente colocam em discussão as orientações do BM e FMI para um Estado mínimo.

As explicações dos sujeitos que relacionaram a queda da qualidade da assistência ao aumento dos casos de SC ficaram circunscritas à alta rotatividade de trabalhadores, ao não estabelecimento de vínculo do trabalhador e à fragmentação da assistência e da rede assistencial. No entanto, se responsabilizam apenas com o apontamento de falhas contratuais nas quais estejam previstos descontos financeiros e com o treinamento, nesse sentido, atribuem à alta rotatividade de trabalhadores o crescimento da sífilis congênita. Tal característica, que em um determinado aspecto foi considerada positiva pela agilidade nos desligamentos e contratações, por outro acrescenta o percalço dos conhecimentos não acumulados, da incompletude ou da não consolidação dos treinamentos e atualizações oferecidos.

Para Carneiro e Elias (2006) as novas relações que se constituíram a partir da reforma administrativa entre público e privado delegaram à esfera da administração pública direta o acompanhamento dos contratos firmados com o setor privado, estabelecendo para a parceira privada (Lei Federal 9790/99)

atender à legislação do SUS e as legislações municipais pertinentes, bem como as metas contratualizadas:

Mesmo com as transferências das atividades para terceiros, remanesce a sua responsabilidade pela execução. O papel da Secretaria da saúde, através de seus órgãos de controle não é de estímulo, mas de responsabilidade sobre a execução, reiterado nos anexos técnicos de avaliação e acompanhamento (Carneiro e Elias, 2006, p. 149).

As contradições encontradas nos depoimentos relacionadas ao modelo de contratação das OSS também são apontadas por Barbosa e Elias (2010), que apresentam a adoção de mecanismos de mercado para contratação como uma forma mais ágil de atender as necessidades dos serviços de saúde e ao mesmo tempo referem que a tendência da instabilidade desse modelo de contratação é de gerar maior rotatividade¹⁰ que, segundo os autores, está relacionada à descontinuidade no desenvolvimento das atividades tanto pela ausência momentânea do trabalhador, uma vez que ele será substituído, quanto pela perda para o serviço do conhecimento já adquirido pelo egresso, situação que para as atividades em saúde são primordiais para assegurar a melhora da qualidade da assistência.

Para Ballarotti (2015) e Carvalho, Santos, Campo (2013) a alta rotatividade é estimulada pela sobrecarga e precarização do trabalho e repercute direta e desfavoravelmente na qualidade da assistência prestada pelos serviços.

Embora nos depoimentos não tenha sido identificada a associação da piora da qualidade na assistência à saúde com a incorporação no setor de uma lógica mercantil, para Paim e Almeida (1998) a fragilização das conquistas do setor saúde pela entrada da lógica neoliberal e a pela adoção do Estado mínimo causaram grande retrocesso nas conquistas sociais, reflexo de transformações mundiais e que em particular para os países de capital dependente provocam maior impacto nas desigualdades sociais e na redução de direitos.

A privatização dos serviços públicos fragiliza o pacto social que é necessário para garantir uma sociedade de direitos iguais e solidariedade. O distanciamento da classe média e alta dos serviços públicos promove um

¹⁰ Índice de rotatividade: mede a relação entre entrada e saídas de funcionários, segundo o período avaliado. Expresso sob a forma de percentual, com base no cálculo: média entre admissões e demissões, dividida pela média de funcionários em um determinado período, multiplicado por 100.

convencimento do caráter prescindível das contribuições para o financiamento desses serviços (OXFAM, 2016).

Como explicam Correia e Santos (2015, p.33), a partir do setor saúde, “as raízes da privatização da saúde estão, historicamente, determinadas pelos interesses do capital na área de saúde, em usá-la como mercadoria e fonte de lucro”.

Embora os depoentes tenham relacionado a piora da qualidade da atenção à saúde com a rotatividade de trabalhadores, eles não justificaram as razões para esse fenômeno.

Ballarotti (2015) e Girardi et al (2010), explicam que a precarização do trabalho como parte de uma política de orientação neoliberal que estimula as práticas de gestão autoritárias e provoca o desinteresse do trabalhador pelo serviço com consequente rotatividade e não formação de vínculo.

Para Kramer e Faria (2007), a formação de vínculo, mesmo que não garanta resultados, permite o comprometimento com o resultado obtido, uma vez que o trabalhador se identifica e estabelece relação de pertencimento, além de sentir-se participante da organização.

Os depoentes abordaram a questão do vínculo de forma tênue como se estivesse entre as opções individuais do trabalhador. A precarização do trabalho não foi abordada, muito menos referida como problema.

Para Girardi et al (2010, p.12) a rotatividade corresponde a um movimento de amplitude mundial de precarização do trabalho e no que se refere ao setor saúde do Brasil reflete acintosamente no SUS, com a incorporação de modelos de gestão terceirizada que impõem ao trabalhador condições de insegurança e insatisfação profissional. Segundo Rizzotto et al (2014), a alta rotatividade nos serviços da AB geridos pela administração privada comprometem a dedicação dos trabalhadores e a qualidade dos serviços, e tem estabelecido vínculos empregatícios inferiores a dois anos, para 70% dos profissionais.

Outra abordagem sobre a rotatividade dos trabalhadores das OSS (Oliveira, 2015) refere que as características do modelo de gestão privatizante incorporam estratégias do PDRAE, como a flexibilização das relações de trabalho e a privatização da gestão dos equipamentos de saúde, que introduziram nos os estabelecimentos públicos a mercantilização, desde os processos administrativos

até os assistenciais, fazendo parte de uma dinâmica política maior de abrangência mundial que atendem aos interesses do capital.

Uma vez que os trabalhadores entrevistados atribuíram a responsabilidade pela piora da qualidade à rotatividade dos trabalhadores das OS e nas implicações dessa com os percalços para os treinamentos, estão atenuando a gravidade do problema.

O crescimento das OS no município de São Paulo não se dá sem contestação. Com a experiência das irregularidades do PAS e a semelhança deste com os contratos com as OSS, a constitucionalidade das legislações que regulam as OSS no município foram questionadas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo e por Ação Civil Pública, porém, com o recurso impetrado pela Prefeitura de São Paulo a ação continua pendente de julgamento (Cunha, 2016).

Na gestão de Fernando Haddad, 2013-2016, foi anunciado o processo rescisório de todos os contratos que, embora estivessem vencidos, permaneciam ativos e eram renegociados periodicamente com termos aditivos, e foi dado início a chamamento público para o celebrar novos contratos. Aos contratos recém-assinados foram incorporados padrão de elaboração na redação e novas metas mais objetivas, foi estabelecido maior vínculo com a SMS e estipulado o prazo de vigência do contrato em cinco anos (Cunha, 2016).

Esse processo de chamamento particularmente extenso para a região do Tremembé-Jaçanã serviu de explicação para o crescimento da sífilis congênita no território, no depoimento de vários dos entrevistados.

A competitividade, mecanismo de mercado incorporado ao modelo de gestão por OS, em virtude das regras do contrato, Anexo II, amplia a possibilidade de troca a cada cinco anos das organizações parceiras da SMS, com provável substituição de quadro de pessoal, situação apontada pelas SES, SMS e algumas produções acadêmicas como vantagem em comparação com a administração direta. (Ferreira Jr, 2003 e Barbosa, 2010).

Em contraposição à vantagem apresentada pelo estado e pelo município, Barbosa (2015) refere que esses períodos são fatores de desgaste tanto para a equipe da administração direta, que antevê a interrupção de projetos, treinamentos e cuidados, como para os trabalhadores das OSS que se antecipam para novos empregos em busca de maior estabilidade.

A queda da qualidade da assistência referida pelos sujeitos, mesmo sem identificarem as raízes do problema, contraria as promessas da contrarreforma e encontra consonância na literatura referenciada nesta pesquisa.

A prometida eficiência com menores custos e maior transparência preconizada pelo PDRAE, na defesa da gestão por OS, é contestada com a revelação da ineficiência, do crescimento dos custos estatais e das inúmeras irregularidades desse modelo de gestão, reveladas por documentos elaborados pelo Ministério Público Estadual, pelo Ministério Público Federal, que se posicionaram pela inconstitucionalidade das OS, e pelos Tribunais de Contas dos Estados e da União, além de denúncias publicadas em jornais (Correia e Santos, 2015).

No que se refere à melhoria da qualidade da assistência prestada, assegurada pelo PDRAE para defender a privatização dos serviços, é contradita pelos resultados deste estudo que sinalizaram com o não aprimoramento da qualidade da assistência à saúde, comprovado no aumento crescente dos casos de sífilis congênita na região do Tremembé e Jaçanã. Esses resultados identificam-se com a constatação feita por Correia e Santos (2015).

As provas de ineficiência das gestões por OS vêm sendo acumuladas, já tendo sido documentados prejuízos a usuários a partir de falhas na gestão de farmácias, com impacto negativo direto a pacientes portadores de doenças graves, outros prejuízos são localizados nas relações de trabalho, que transitam da terceirização ilícita de mão de obra à violação da dignidade por imposições, ameaças e constrangimentos impelindo ao pedido de demissão, o que reduz os custos rescisórios (Correia e Santos, 2015).

O crescimento dos casos de sífilis congênita no município de São Paulo se acentua de modo vertiginoso ao mesmo tempo em que se delega às OSS a execução dos serviços de saúde (Brasil-IDB 2012). O panorama identificado nas bases de dados do MS e da SMS requerem reflexão sobre essa escolha do município, que tem início na administração de Paulo Maluf.

No ano de 2000 encerrava-se a administração em sequência de Paulo Maluf e Celso Pitta e com eles se desfazia o Plano de Atendimento à Saúde (PAS). Nesse modelo, a administração se dava por cooperativas o que trouxe muitos prejuízos ao setor saúde, inclusive em relação ao repasse de verbas da União

que foi suspensa por irregularidades no processo administrativo municipal (Calipo, 2002).

Na administração que se iniciou em 2001 ocorreu a retomada das diretrizes do SUS, mas com base na lógica neoliberalizante, ou seja, com a participação da iniciativa privada na gestão, foi essa a opção para as primeiras equipes de ESF na gestão de Marta Suplicy.

Durante a administração de Gilberto Kassab, mais precisamente em 2008, se deu o maior crescimento da participação das OSS no município em todos os espaços da AB. Em 2010, as OSS e entidades conveniadas controlavam 61% da saúde do município (Contreiras, 2011).

Nesse período, entre os anos de 2000 e 2014 ocorre uma discreta tendência de queda entre o número absoluto de nascidos vivos no município de São Paulo. Os números de nascidos vivos para os anos de 2000 e 2014 foram de 207.462 e de 175.819 nascidos vivos respectivamente (SINASC¹¹).

No entanto, no mesmo período o número de casos de sífilis congênita passa por outro modelo de curva. Entre os anos de 2001 e 2007 ocorre uma discreta tendência de queda nos números absolutos.

Em 2001 foram 563 nascidos vivos com sífilis congênita no município e em 2007 foram 350 nascidos vivos com sífilis congênita, as respectivas taxas de incidência para esses dois anos foram de 2,47‰ para e 2,04‰ respectivamente.

A partir do ano de 2008 os números de casos começaram a crescer acusando nesse ano 414 diagnósticos de sífilis congênita e 1011 casos no ano de 2014, as respectivas taxas de incidência foram de 2,37‰ e 5,75 ‰ respectivamente (SINAN¹²).

Embora seja da competência das CRS e STS a proposição de prioridades e a orientação do desenvolvimento de programas e projetos, relativos à realização dos objetivos e metas, e indicação processos e tecnologias adequados (Brasil, 2003 - Portaria GM 1.399/03), os trabalhadores da administração direta

¹¹ Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC - <http://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/sifilis.def>

¹² <http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcc> - Casos de Sífilis: SESSP/CCD/CVE/SINAN/VE-PEDST/AIDS-SP

entrevistados não associaram os indicadores de saúde com os encaminhamentos políticos da SMS, nem com as suas responsabilidades.

Uma inegável conquista do setor saúde foi a construção e consolidação de sistemas de informação que fossem alimentados pelos dados das unidades de saúde e que a partir destes compusessem panoramas locais, municipais, estaduais e nacionais para apoiar as ações próprias de vigilância à saúde.

Com os sistemas de informação alimentados, torna-se possível projetar ações de enfrentamento para todos os agravos, quer pela recorrência, a exemplo da sífilis, quer pela raridade, como a paralisia infantil.¹³

Em poder dessas informações a SMS, na elaboração das regras contratuais, propõe para o enfrentamento da SC e outros agravos relacionados à gestante, a meta de cobertura mínima de 75% das gestantes com protocolo completo de número de consultas e exames laboratoriais (Anexo III e IV).

A SMS estabeleceu como meta para o enfrentamento do aumento da sífilis congênita na região do Tremembé e Jaçanã o mesmo percentual de cobertura que estabeleceu para a região da Lapa e Pinheiros, regiões que apresentam os melhores indicadores socioeconômicos e de saúde do município¹⁴.

No que diz respeito às metas, as mesmas mantêm-se no limite dos dados quantitativos, sem atentar para a qualidade de trabalho dos profissionais ou do atendimento. Embora este plano cite os termos qualidade e satisfação dos usuários dos serviços, não os qualifica, ficando estes submetidos às metas postas pelo documento (Oliveira, 2015, p. 49).

Para Oliveira (2015) está evidente, na grande maioria dos serviços de saúde, a consagração às metas alcançadas e aos números atingidos, sem haver qualquer indício de mecanismos para avaliação qualitativa da assistência prestada.

O desenvolvimento da assistência à saúde em rede de atenção, referida pelos sujeitos da pesquisa como importante contribuição para melhoria da qualidade de assistência, e com potencial para impactar nos indicadores da SC foi mencionada no contrato, que vigorará até fevereiro de 2021, como parte das

¹³ Os Boletins Ceinfo são destinados a divulgar informações abordando temas relevantes e conjunturais para apoio ao gestor.
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=19289#07

¹⁴ Contrato de gestão n. 16-2015 - SMS-NTCSS-Portal da transparência SMS

obrigações contratadas. Contudo, não foi relatado pelos entrevistados qual seria o mecanismo de implementação e de avaliação de serviços em redes.

Para Mendes (2010), as redes de atenção à saúde são um conjunto de serviços de saúde que têm estabelecido entre si objetivos comuns e que viabilizam a oferta contínua e integral de saúde à determinada população.

Sem muitos estudos no Brasil sobre impactos da consolidação de rede de atenção à saúde na melhora da qualidade da assistência prestada, para Sousa et al (2014), muitas barreiras de acesso são impostas ao usuário SUS pela não constituição efetiva da rede de atenção à saúde a partir da AB, percepção compartilhada em vasta literatura internacional (Mendes, 2010).

O Âmbito Individual

Há estudos que sugerem a prevalência da sífilis em gestante a partir de comportamento individual, em geral atribuído ao comportamento da mulher.

Damacena et al (2014) relacionam maior risco para DSTs às mulheres profissionais do sexo, ressaltando maior prevalência para as mulheres com baixa escolaridade e que trabalham em locais mais precários, o que coincide com o estudo de Diniz (2016), que associa a incidência da sífilis a outros aspectos, além do biológico.

Oliveira et al (2014) encontraram em seus estudos maior prevalência em gestantes adolescentes, contudo não relacionaram ao comportamento sexual das jovens, fizeram referência ao início tardio do pré-natal.

Coincidente com depoimentos de entrevistados que fizeram referência ao comportamento da mulher como sendo o responsável pela sífilis, Damasceno (2014) considera a falta de parceiro fixo ou mais de um parceiro como comportamento de risco.

As características do Estado

Concorda-se com Behring e Boschetti (2011) que referem que a consolidação da lógica neoliberal naturalizou o papel resumido do Estado, limitou as ações dos estados e municípios, enfraqueceu a capacidade crítica e organizativa dos trabalhadores da saúde, distanciando-os dos ideais da Reforma Sanitária.

A redução do espaço público, no âmbito do SUS, se dá pelos atrativos que o Estado proporciona à iniciativa privada se colocando cada vez mais a serviço dos interesses do capital se caracterizando como Estado mínimo para o crescimento do poder do mercado (Bravo, 2015).

Os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade foram seriamente comprometidos com a redução dos gastos públicos em saúde. Na particularidade do município de São Paulo, o comprometimento desses princípios foi agravado pelas privatizações que, segundo Ballarotti (2015), além de não fortalecerem a rede assistencial ainda compõe um mosaico de modelos administrativos no mesmo território, sem uma gestão coesa com os fundamentos do sistema.

O afastamento dos princípios do SUS parece não estar limitado aos espaços assistenciais administrados por terceiros. A própria decisão do Estado e suas esferas administrativas em delegar funções de executor ao setor privado reflete desacordo com os fundamentos do sistema. Não se trata de redução da presença do Estado, mas de uma nova forma de atuar atendendo à pressão para ampliação da concorrência (Mendes, 2015a, Bravo, 2015).

Ibanhez e Junqueira (2006) reconhecem na administração direta uma dissonância com os princípios da integralidade e equidade na implantação de mecanismos de organização da oferta assistencial.

A capacidade de implementação da regionalização e hierarquização da rede de assistência a partir da gestão de serviços privatizados, para Ibanhez e Junqueira (2006), está comprometida.

Ballarotti (2015) aponta para um Estado incompetente para constituir uma APS de qualidade, uma vez que não garante à força de trabalho formação adequada, nem planejamento por parte do Estado.

As características da gestão por OSS não são voltadas para os princípios do SUS. A cobrança por resultados numéricos e a ameaça de desemprego ao trabalhador desencadeia um distanciamento dos fundamentos do sistema nacional de saúde (Ballarotti, 2015).

A participação ativa do mercado nas políticas de saúde e na execução de serviços, por meio das parcerias, tem desconstruído as propostas iniciais do SUS (Bravo, 2006):

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias (Bravo, 2006, p.11)

Os trabalhadores entrevistados, semelhante ao descrito por Ballarotti (2015), relataram que as práticas estão limitadas a operacionalizar treinamentos e realizar a conferência do cumprimento de metas contratuais pelas equipes das OSS, também não apresentaram nenhuma estratégia para articular a autonomia dos trabalhadores com as metas e com a qualidade da assistência.

A opção pela adoção de um modelo privatizante como solução dos problemas do SUS é fortemente contestada por Bravo et al (2015, p.110)

Os problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através de “novos” modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Isto implica na necessidade de mais recursos para ampliação exclusiva dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo.

Vale ressaltar que há uma construção coletiva que qualifica o sistema privado como aquele que oferece a melhor qualidade da atenção à saúde e o sistema público como a pior.

Esta construção, que encontra eco até nos trabalhadores entrevistados, representantes do Estado, é a resposta de uma necessidade socialmente produzida.

As necessidades de aprimoramento da atenção pública devem ser enfrentadas no coletivo, os problemas atuais do SUS são de cunho político e as possibilidades de enfrentamento estão nos esforços conjuntos da sociedade.

Para Bravo (2015), a atual conjuntura de redução do espaço público e dos direitos sociais requer um enfrentamento organizado e articulado com dos movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e intelectuais comprometidos com o Projeto de Reforma Sanitária.

Paim (2011) reafirma a importância da mobilização política para o enfrentamento dos problemas enfrentados pelo SUS na gestão do sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS 7

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi identificar as explicações dos trabalhadores da CRS e STS para o aumento da sífilis congênita, particularmente na região de Tremembé e Jaçanã, para qual a metodologia adotada foi competente.

Os trabalhadores entrevistados, representantes do Estado, não expressaram desacordo ao modelo de gestão terceirizada, embora associem tal modelo à queda na qualidade da atenção à saúde, comprovada pelo aumento contínuo da sífilis. Não há nenhum tipo de encaminhamento para superação dessa constatação.

A responsabilização da queda da qualidade no âmbito institucional foi ao mesmo tempo limitada e limitante.

Ao imputarem a responsabilização pela piora da qualidade da assistência à alta rotatividade dos trabalhadores contratados por OSS, sem que sejam identificadas estratégias de enfrentamento ao modelo e ao problema, como se não fosse possível tal articulação, estabelece-se um caráter imutável do problema.

A atribuição da competência de melhoria dos indicadores de saúde e de aumento a qualidade da assistência aos treinamentos evidencia o grau de superficialidade na avaliação das raízes do problema, que, conforme se estabeleceu nessa pesquisa, está relacionado para além das características biológicas da doença, se relaciona às condições de trabalho e de vida dos grupos sociais acometidos pela sífilis.

A despolitização realizada no processo convencimento social da necessidade de redução de políticas sociais por parte do Estado e consequente privatização dos serviços públicos alcançou os espaços da administração pública de saúde que compunham um segmento de luta pelos fundamentos SUS e de resistência as perdas de direitos. Tal afirmação é validada pelos sujeitos quando não lhes ocorrem a necessidade de articular com a sociedade para o estabelecimento de estratégias de enfrentamento aos aspectos políticos que tem reduzido a qualidade da assistência à saúde.

As ações estabelecidas pela SMS para o enfrentamento da queda de qualidade na assistência como a criação do Comitê da Sífilis, os treinamentos, o aprimoramento das notificações de sífilis em gestantes e a cobrança de meta de consultas por gestante, conforme o protocolo, não têm repercutido em redução dos casos de sífilis congênita, logo não impactaram na melhora da qualidade.

Vale ressaltar que os trabalhadores entrevistados, representantes do Estado, ao explicarem o aumento da sífilis na região a partir da inevitabilidade e imutabilidade da realidade epidemiológica, parecem estar capturados por um imobilismo paralisante.

REFERÊNCIAS 8

8 REFERÊNCIAS

Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. Trab Educ Saúde [Internet]. 2014 [Citado 2016 Abr. 21]; 12(3):499-518. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>.

Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [Citado 2017 Fev. 16]; 46(3):479-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=pt.

Araújo MAL, Barros VL, Moura HJ, Rocha AFB, Guanabara MAO. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. Cad Saúde Colet [Internet]. 2014 [citado 2017 Abr. 10]; 22(3):300-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300300&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030012>.

Archana BR, Prasad SR, Beena PM, Okade R, Sheela SR, Beeregowda YC. Maternal and congenital syphilis in Karnataka, India. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2014;45(2):430-4.

Arouca ASS. O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [Internet]. Campinas: UNICAMP; 1975 [citado 2016 out. 14]. Disponível em: <http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>.

Ballarotti B. Percepção de médicos da Estratégia de Saúde da Família do município de São Paulo: formas de gestão e o cotidiano do trabalho médico. Cotidiano do trabalho médico [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2015.

Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Cien Saúde Colet [Internet]. 2010 [citado 2017 Apr. 14]; 15(5):2483-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500023&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>.

Barbosa RHS. A perspectiva do movimento sindical em saúde frente às organizações sociais. In: Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB, Lima JB, Souza RO, organizadores. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius; 2015. p.88-96.

Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2009.

Bayliss K, McKinley T. A Privatização de Serviços de Utilidade Pública Básicos na África Subsaariana: O Impacto dos ODMs. Brasília: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo; 2007. n.3. (Research Brief). [Citado 2016 Mai. 19]. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCPolicyResearchBrief3.pdf>.

Behring ER, Boschetti I. Política social: fundamentos e história. 9a ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Behring ER, et al. Política social no capitalismo: Tendências Contemporâneas. 2a ed. São Paulo: Cortez; 2009.

Benoit C, et al. Privatisation & marketisation of post-birth care: the hidden costs for new mothers. *Int J Equity Health* [Internet]. 2012 [citado 2017 Fev. 28]; 11(61):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492130/pdf/1475-9276-11-61.pdf>.

Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 [citado 2016 Fev. 15]; 353:1165-70. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr051133#t=article>.

Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in Incidence of Congenital Syphilis — United States, 2012–2014. *MMWR Surveill Summ* [Internet] 2015. [citado 2016 Fev. 15]; 64(44):1241-5. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde, Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. Ficha de qualificação. Indicadores de morbidade. Incidência de Sífilis congênita para o município de São Paulo, 2010-2011. IDB 2012. Brasília: MS. [Citado 2016 Fev. 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0111.def>.

Brasil. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 5 mai. 2000. Seção 1:1.

Brasil. Portaria GM n. 1.399, de 22 de julho de 2003. Habilitar o Município de São Paulo conforme o Anexo desta Portaria, na Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos da NOAS SUS 01/02. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2003. [citado em 16 jan 16] Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6354>.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Emenda Constitucional n.19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 5 jun. 1998. Seção 1:1.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 20 set. 1990. Seção 1:18055.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 72 p. il. (Série Manuais 24).

Brasil. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 18 mai. 1998.

Brasil. Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 24 mar. 1999.

Brasil. Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 27 fev. 1967. Seção 1:4.

Brasil. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: 1995.

Bravo MIS, Correia MVC. Desafios do controle social na atualidade. Serv Soc Soc [Internet] 2012. [citado 2016 Mar. 8]; (109):126-50. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008>.

Bravo MIS, Menezes JSB, Rodrigues JP, Viegas CC. O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a luta contra a mercantilização da vida. In: Bravo MIS, et al, organizadores. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius; 2015. p.105-14.

Bravo MIS. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teix M, organizadores. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/ Ministério da Saúde; 2006. p. 88-110. [Citado 2016 Mar. 12]. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Política de Saúde no Brasil Ines Bravo.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Política%20de%20Saúde%20no%20Brasil%20Ines%20Bravo.pdf).

Bresser Pereira LC. Crise econômica e reforma do Estado no Brasil - para uma nova interpretação da América Latina. São Paulo: Editora 34; 1996.

Burci LG, Gostin OL. Privatized Pharmaceutical Innovation vs Access to Essential Medicines. A Global Framework for Equitable Sharing of Benefits. JAMA [Internet]. 2017 [citado 2017 Abr. 21];317(5):473-4. Disponível em: <https://saudeglobal.org/2017/02/10/privatized-pharmaceutical-innovation-vs-access-to-essential-medicines-a-global-framework-for-equitable-sharing-of-benefits/>. DOI: 10.1001/jama.2016.17994.

Calipo SM. Saúde, estado e ética - NOB/96 e lei das organizações sociais a privatização da instituição pública na saúde? [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-19092006-174708/pt-br.php>.

Cardoso LSM, Mendes LL, Velasquez-Melendez G. Antenatal care differences in brazilian urban and rural areas: a cross-sectional population - based study - Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [citado 2016 Dez. 2]; 17(1):93-100. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/581>. DOI: 10.5935/1415-2762.20130008.

Carneiro JN, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. Rev Saúde Publica [Internet]. 2006 [citado 2017 Abr. 13]; 40(5):914-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600023&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000600023>.

Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde Debate [Internet]. 2013. [citado 2016 Fev.16]; 37(98):372-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a02v37n98.pdf>.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 2000.

Contreiras H. Organizações Sociais e a Gestão Privada na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo [dissertação]. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2011.

Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sánchez PJ. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários! Rev Paul Pediatr [Internet]. 2016 [citado 2016 Dez. 20];34(3):251-3. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406046678002>.

Corneau FG. A privatização da Atenção Primária à Saúde do município de São Paulo no contexto do Capitalismo financeirizado: uma discussão crítica [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2016 [citado 2017 Abr. 23]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01112016-142312>.

Correia MV, Santos VM. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: Bravo MIS et al, organizadores. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius; 2015. p.33-41.

Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [citado 2017 Abr. 11]; 47(1):152-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100019>.

Cunha ACNMF. As Organizações Sociais de Saúde de São Paulo e a efetivação do direito fundamental à saúde. [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Direito; 2016 [citado 2017 Abr. 17]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-02052016-155958>.

Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo. Rev Saúde Publica [Internet]. 2014 [Citado 2017 Abr. 24]; 48(3):428-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300428&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004992>.

Damasceno ABA, Monteiro DLM, Rodrigues LB, Barmpas DBS, Cerqueira LRP, Trajano AJB. Sífilis na gravidez. Revista HUPE. 2014;13(3):89-95. DOI: 10.12957/rhupe.2014.12133.

De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2001 [citado 2017 Jan. 29]; 23(10):647-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001001000006&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032001001000006>.

Denzin NK, Lincoln Y. Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2006. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa.

Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). Saúde Soc [Internet]. 2016 [citado 2017 Abr. 11]; 25(3):561-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300561&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162647>.

Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. Rev Saúde Publica [Internet]. 2014 [citado 2017 Mar. 20]; 48(5):766-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>.

Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saude Publica [Internet]. 2013 [citado 2017 Jan. 29]; 47(1):147-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>.

Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trab Educ Saúde [Internet]. 2016 [citado 2017 Abr. 23];14(supl. 1):15-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400015&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>.

Fehr R, Mekel O, Lacombe M, Wolf U. Towards health impact assessment of drinking-water privatization-the example of waterborne carcinogens in North Rhine- Westphalia – Germany. Bull World Health Org [Internet]. 2003 [citado 2016 Fev. 3]; 81(6):408-14. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/71894/1/bulletin_2003_81%286%29_408-414.pdf.

Fernandes F. Mudanças sociais no Brasil. São Paulo: Difusão Europeia do Livro; 1960.

Ferreira Jr WC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. Rev Adm Publica [Internet]. 2003 [citado 2016 Mar. 14]; 37(2):243-64. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6486>.

Ferreira MRJ. Reforma dos sistemas de saúde europeus: tendências divergentes do caso francês - 1980 a 2012. In: Anais do XI Encontro Nacional de Economia da Saúde; 2014 set. 24-26. São Paulo [Internet]. São Paulo: ABRES; 2014. [citado 2016 Mai. 1]. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/trabalhos/reformas-dos-sistemas-de-saude-europeus-tendencias-divergentes-do-caso-frances-1980-2012> e http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/estado_trabalho_01_reformas_dos_sistemas_de_saude_europeus.pdf.

Galvão MAM. Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. [Caderno de Textos] Ouro Preto: Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto; 2009. p.1-33.

Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Cad Saúde Publica. 2014;30(11):1-19.

Girardi S, Carvalho CL, Der Mass LW, Farah J, Araújo JF. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. Divulg Saúde Debate [Internet]. 2010 [citado 2017 Mar. 11]; (45):11-23. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/F17_O_TRABALHO_PRECARIO_EM_SAÚDE_TENDENCIAS%20E%20PERSPECTIVAS.pdf.

Goldenberg P, Pardo RM, Neto DR, Ribeiro AS, Pernambuco M, Junes M. A dimensão Social das doenças - Positividade das reações de Wasseman e VDRL em convocados para o Serviço Militar do Estado de São Paulo (Brasil), de 1972 a 1978. Rev Saúde Publica [Internet]. 1982 [citado 2017 Abr. 11]; 16(3):133-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101982000300001&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101982000300001>.

Johnson C, Hanmer J. Water supply in England and Wales: whose responsibility is it when things go wrong? Water Policy [Internet]. 2002 [citado 2016 Fev. 3]; 4:345-66. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacg/fulltext/water.pdf>.

Junqueira V. Saúde na Cidade de São Paulo (1989 a 2000), Observatório dos Direitos do Cidadão-acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo. São Paulo: Instituto Pólis/PUC-SP; 2002.

King L, Hamm P, Stuckler D. Rapid large-scale privatization and death rates in ex-communist countries: an analysis of stress-related and health system mechanisms. Int J Health Serv. 2009; 39(3):461-89.

Kramer GG, Faria JH. Vínculos organizacionais. Rev Adm Publica [Internet]. 2007 [citado 2017 Mar. 2]; 41(1):83-104. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122007000100006>.

Labra ME. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. Cienc Saúde Coletiva [Internet]. 2001 [citado 2015 Out. 3]; 6(2):361-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200007&lng=en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200007>.

Lafetá KRG, Martelli Jr H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2016 [citado 2017 Jan. 30]; 19(1):63-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100063&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.

Lutonski EJ, Shiely F, Molloy JE. The prevalence of syphilis at childbirth in Ireland: a six-year review. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2014 [citado 2017 Fev. 24]; 27(17):1823-5. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2013.876985>.

Maarse H. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. J Health Polit Policy Law. 2006;31(5):981-1014. DOI: 10.1215/03616878 2006-014.

Marin TR. Entre a caridade e os direitos sociais: a política da política de assistência social no município de São Paulo (1989-2012) [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2012 [citado 2016 Abr. 19]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-11062013-112525>.

Mendes A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde Soc* [Internet]. 2015b [citado 2016 Fev. 17]; 24(Supl 1): 66-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500066&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>.

Mendes A. Limite de Gasto com Pessoal na Saúde pela LRF: uma barreira à construção do SUS público, integral e de qualidade. *Domingueira da Saúde* – 005/2015 [Internet]. 2015a abr. 19. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20005%202015%20-%2019%2004%202015.pdf>.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [citado 2017 Abr. 17]; 15(5):2297-305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

Mindell JS, Reynolds L, Cohen DL, McKee M. *All in this together: the corporate capture of public health*. *BMJ* [Internet]. 2012 [citado em 14 abr 16]; 345:e8082. Disponível em: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/612239/1/bmj.e8082.full.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e8082>.

Moraes R. Filantropia, pilantropia e o evangelho da educação. *Portal Vermelho* [Internet]. 2014 set. 21. [citado em 24 mai 16]. Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/noticia/249727-10>.

Muylaert CJ, Rolim Neto ML, Zioni F, Sarubbi Jr V, Reis AOA. Narrativas sobre as trajetórias de profissionais de serviços de saúde mental infantojuvenil. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2017 Fev. 5]; 13(supl. 1):45-59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00040>
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000400045&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2017 Abr. 10]; 24(4):681-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>.

Oliveira LR, Costa MCN, Barreto FR, Pereira SM, Dourado I, Teixeira MG. Evaluation of preventative and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2014 [citado 2017 Abr. 24]; 47(3):334-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822014000300334&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0030-2014>.

Oliveira CA. Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão. In: Bravo MIS et al, organizadora. *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro* [Internet]. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius; 2015. p.42-52. [citado 2017 Mar. 15]. Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/site/confira-a-mercantilizacao-da-saude-em-debate-as-organicoes-sociais-no-rio-de-janeiro>.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: WHO Press; 2008.

Oxfam. Privilégios que negam direitos: desigualdade extrema e captura política na América Latina e no Caribe. Sumário Executivo [Internet]. 2 ed. Oxford: OXFAM; 2016. p.9-23. [citado 2016 jul 26]. Disponível em: https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/privilegios_que_negam_direitos_0.pdf.

Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Cienc Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [citado 2016 Fev. 13]; 12(supl):1819-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700005>.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet (Série Brasil) [Internet]. 2011^a [citado 2016 Mai. 15]; 11-31. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf ou http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf.

Paim JS. O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político. [Depoimento a Graziela Wolfart]. Rev Inst Humanitas Unisinos. IHU on-line [Internet]. 2011b;XI(376). Disponível em: http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4120&secao=376.

Paim JS. Comentário: o "Plano Nacional de Saúde" de 1967 e os "planos de saúde", hoje: algo em comum? Rev Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 2016 Fev. 8]; 40(3):386-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000300003&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000300003>.

Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

Passos N. A privatização da Sabesp gerou a crise hídrica. Carta Capital; 2015. Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/detalheImprimir.cfm?conteudo_id=34974&flag_destaque_longo_curto=C.

Pereira PAP. Política social e democracia. São Paulo: Cortez; 2001. Sobre a política de assistência social no Brasil; p.217-234.

Pinto NRS, Tanaka OY, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado 2016 Abr. 16]; 25(4):927-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400024&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400024>.

Ponte CF, Nascimento DR. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: Fidélis C, Falleiros I, organizadores. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV; 2010. p.181-220. [citado 2016 Ago. 8]. Disponível em: <http://observatoriahistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>.

Price M. The consequences of health service privatisation for equality and equity in health care in South Africa. *Social Sci Med* [Internet]. 1988 [citado 2016 Mar. 6]; 27(7):703-16. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90330-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90330-3).

Rial-Sebbag E. Médecine personnalisée, médecine privatisée? Enjeux juridiques et de santé publique. [Personalized medicine, privatized medicine? legal and public health stakes]. *Med Sciences (Paris)* [Internet]. 2014 [citado 2016 Mar. 4]; 30(2):36-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1051/medsci/201430s208>.

Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado 2017 Abr. 13]; 38(spe):237-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600237&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S018>.

Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 2017 Abr. 11]; 42(5):851-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500010>.

Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [citado 2016 Jun. 17]; 24(2):438-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>.

São Paulo. **Lei n. 14.132, de 24 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*; 2006.

São Paulo. Boletim CEInfo [Internet]. 2016 Jun.; ano XV, n.15. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=19289.

São Paulo. Boletim [Internet]. 2015 Mai.; Ano X, n.11. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saúde/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=19289.

São Paulo. Lei n. 13.271, 04 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 5 jan. 2002.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. São Paulo:SMS/PMSP; 2010 Mai. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saúde/PLANOMUNICIPALDESAÚDE20102013\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saúde/PLANOMUNICIPALDESAÚDE20102013(1).pdf).

Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad Saúde Publica. 2003;19(5):1341-9

Schmidt VV. Coerência programática e disciplina parlamentar: partidos políticos frente a proposta das organizações sociais [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2007.

Forte recrudescence des cas de syphilis en France. Sciences et Avenir [Internet]. 2016 fev. 26 [citado 2017 Fev. 8]. Disponível em: http://www.sciencesetavenir.fr/sante/forte-recrudescence-des-cas-de-syphilis-en-france_30058.

Shockman S, Buescher LS, Stone SP. Syphilis in the United States. Clin Dermatol [Internet]. 2014 [citado 2017 Jan. 28]; 32(2):213-8. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.08.005>.

Simms I, Ward H. Congenital syphilis in the United Kingdom. Sex Transm Infect [Internet]. 2006 [citado 2017 Jan. 28]; 82(1):1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563826>. DOI: 10.1136/sti.2005.019349.

Souza NMB. Sífilis Congênita. Marília: Faculdade de Medicina de Marília em Hemoterapia Geral/SES-Fundap; 2014.

Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saúde Soc [Internet]. 2004 [citado 2016 Fev.12];13(2):5-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200002&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200002.Stotz>.

Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2008 [citado 2017 Abr. 10]; 16(6):986-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600008&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600008>.

Trope LA, Wijesooriya NS, Broutet N, Temmerman M, Newman L. Reaching beyond pregnant women to eliminate mother-to-child transmission of syphilis in Africa. *Expert Rev Anti Infect Ther* [Internet]. 2014 [citado 2017 Fev. 12]; 12(6):705-14. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/14787210.2014.919221?journalCode=ierz20>.

Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* [Internet]. 2004 [citado 2017 Fev. 12]; 16(3): 211-7, 2004. Disponível em: <http://75.102.22.228/uploads/1146000483.pdf>.

Viana N. A Constituição das Políticas Públicas. *Rev Plurais* [Internet]. 2006 [citado 2016 Mar. 13]; 1(4):94-112. Disponível em: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/revistaplurais/article/viewFile/69/96>.

Viana N. Estado, Democracia e Cidadania. A Dinâmica da Política Institucional no Capitalismo. Rio de Janeiro: Achiamé; 2003.

World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. [Internet]. New York: Oxford University Press. World Bank; 1993. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>.

WHO – World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Guidelines for sexually transmitted infections surveillance. Geneva: WHO; 1999. p.32-6.

WHO – World Health Organization. The work of WHO, 1974: annual report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations. Geneva: WHO; 1974. n.213.

Zhang X, Zhang T, Pei J, Liu Y, Li X, Medrano-Gracia P. Time Series Modelling of Syphilis Incidence in China from 2005 to 2012. *PLoS ONE* [Internet]. 2016;11(2):1-18. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0149401&type=printable>. DOI: 10.1371/journal.pone.0149401.

ANEXOS 9

ANEXO I**“Roteiro de entrevista”**

Idade: _____

Sexo: _____

Formação/Graduação: _____

Cursos depois da graduação:

Tipo de vínculo de trabalho na SMS: _____

Ano de ingresso no vínculo efetivo na SMS de São Paulo: _____

(Garantir a vivência de trabalho no serviço público a partir de 1989)

quais cargos administrativos ocupou, desde que ingressou na SMS? Lembra-se em que período (ou ano) foi?

E nesta coordenadoria de saúde, há quanto tempo está?

Perceber a experiência e o envolvimento administrativo do sujeito e o tempo de trabalho nesta função e nesta coordenadoria:

- 1) Peço que você descreva, **apenas com relação à Atenção Básica**, desde quando conseguir descrever:
 - a) com relação a recursos humanos:
 - como vem sendo feita a provisão? (em que instância administrativa é feito o cálculo da necessidade de pessoal/dimensionamento?, o processo seletivo?, a contratação? A avaliação?)
 - como vem sendo feita qualificação/aprimoramento dos trabalhadores?
 - b) Com relação ao provimento de MAT_MED(material e medicação)
 - como vem sendo feita a provisão de recursos materiais (mat-med)? – (em que instâncias administrativas são feitas as compras de mat med? Como é feito o cálculo da quantidade necessária de mat med a ser comprado? Qual é o critério utilizado para a compra desses materiais (prazos e definição de item)? como é feito o controle de qualidade desses materiais?)

c) Com relação aos exames laboratoriais:

- como vem sendo feita a provisão exames laboratoriais? (em que instância administrativa é feita a contratação desse serviço (é terceirizado)? Qual é o
- critério de escolha do laboratório? Quais são as bases de contrato de serviços (critérios de cálculo de tipos e quantidades de exames a serem realizados nas UBS?)

d) Com relação à sífilis:

- com relação à sífilis em gestantes, há limites de investigação laboratorial?

Relate uma situação concreta de trabalho que você tenha vivenciado, relacionada à provisão/reposição de trabalhadores e uma de provisão de mat med e exames laboratoriais, que o modelo de gestão municipal direta facilitou o resultado esperado, mais do que por OS. Por que facilitou?

- 2) Relate uma situação concreta de trabalho que você tenha vivenciado, relacionada à provisão/reposição de trabalhadores e uma de provisão de mat med e exames laboratoriais, que o modelo de gestão por OS facilitou o resultado esperado, mais do que pela gestão municipal direta. Por que facilitou?

(objetivo das questões: verificar os mecanismos de gestão, nessas situações relatadas, que determinaram o sucesso dos resultados)

- 3) Relate uma situação concreta de trabalho que você tenha vivenciado, relacionada à provisão/reposição de trabalhadores e uma de provisão de materiais, que o modelo de gestão municipal direta dificultou, ou impossibilitou, o resultado esperado, mais do que por OS. Por que dificultou?

- 4) Relate uma situação concreta de trabalho que você tenha vivenciado, relacionada à provisão/reposição de trabalhadores e uma de provisão de materiais, que o modelo de gestão por OS dificultou, ou impossibilitou, o resultado esperado, mais do que pela gestão municipal direta. Por que dificultou?

(objetivo das questões: verificar os mecanismos de gestão, nessa situação relatada, que determinaram o insucesso dos resultados?)

Objetivo das perguntas acima: identificar as potencialidades/fragilidades dos modelos de gestão da APS, no município de São Paulo a partir da lógica privada caracterizada pela administração por OS.

- 5) A sífilis congênita é um dos indicadores utilizados pelo MS para monitoramento da assistência ao pré natal. No município de São Paulo, as informações atestam que nos últimos cinco anos tem havido oscilações, mas na média tem crescido.
- Com relação a esta supervisão de saúde, como tem sido expresso esse indicador?
 - Como você explica esses índices de sífilis congênita nesta supervisão de saúde?
- 6) O que você, trabalhador desta supervisão de saúde, sugere no âmbito da gestão, para superar essas limitações reconhecidas, para efetivar a erradicação da sífilis congênita nesta supervisão? E no município de São Paulo?

Objetivo da pergunta 6 e 7: relacionar os modelos de gestão com uma das ações da APS, o pré natal, por meio de um dos indicadores de qualidade utilizados pelo MS – a sífilis congênita.

ANEXOS II

2091720	UBS JARDIM FONTALIS
2787520	UBS JARDIM JOAMAR
2027631	UBS JOAQUIM ANTONIO EIRADO (ESF)
2788047	UBS LAUZANE PAULISTA (ESF)
2788306	UBS PARQUE EDU CHAVES
2027275	UBS VILA ALBERTINA - DR OSVALDO MARÇAL
2027674	UBS VILA NIVI (ESF)
2789108	UBS VILA NOVA GALVÃO - SÔNIA REGINA CAMPANELLI
2027690	URSI MARIQUINHA SCIASCIA
	APD/ JACANÃ - IMPLANTAÇÃO
	NASF FLOR DE MAIO - IMPLANTAÇÃO

- 1.3. Atendidos o interesse público, as metas pactuadas e os resultados obtidos no gerenciamento das unidades, é possível o acréscimo de novas unidades às relacionadas no item 1.2, mediante a celebração de termo aditivo e revisão das metas estabelecidas.

2. DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DA TRANSIÇÃO

- 2.1. O prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** é de **60 (sessenta) meses**, contados a partir da sua assinatura.

- 2.2. O período de transição para assunção total das unidades e serviços de saúde terá duração de até 90 (noventa) dias, a partir da data de ordem de início de execução do contrato.

2.2.1 O cronograma para assunção total das unidades será:

- No mínimo 30% (trinta por cento) das unidades e serviços de saúde elencados no item 1.2, nos primeiros 30 (trinta) dias;
- No mínimo 60% (sessenta por cento) das unidades e serviços de saúde consideradas as referidas na alínea "a", nos 30 (trinta) dias subsequentes;
- Assumir 100% (cem por cento) das unidades e serviços de saúde, consideradas as referidas na alínea "a" e "b", nos últimos 30 (trinta) dias.

- 2.3. No período de transição para assunção total das unidades e serviços de saúde, as metas qualitativas e quantitativas (de equipe mínima e de produção) serão monitoradas. A partir do 1º dia do término do período de transição, inicia-se o controle e a fiscalização de cumprimento das respectivas metas para fins de impacto financeiro.

ANEXO III

ANEXO III

MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE												
Contrato de Gestão:												
DESCRIÇÃO	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras				20	20	20	20	40	20	20	20	20
Preenchimento de prontuários, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico.				40			40			40		
Execução do Plano de Educação Permanente aprovado pela CRS									60			
Proporção de crianças com até 12 (doze) meses de idade com calendário vacinal completo nas unidades gerenciadas no Contrato de Gestão						60						60
Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério nas unidades gerenciadas no Contrato de Gestão					60			40			60	
Proporção de gestantes com 7 (sete) ou mais consultas de pré-natal realizadas nas unidades gerenciadas no Contrato de Gestão				20			40			40		
Entrega de relatório comentado das reclamações recebidas através das diferentes auditorias e SAU, e das providências adotadas				20		20			20			20
Funcionamento Conselho Gestor					20			20			20	
Soma	0	0	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ANEXO IV

ANEXO III

QUADRO EXPLICATIVO DA MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE

Tipo de Indicador	Descrição	Conteúdo	Periodicidade da verificação	Meta	Fonte de Verificação	Evidência	Responsável pela evidência
Informação	Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras	Conjunto de relatórios e documentos referidos no contrato entregues até o dia 15 do mês subsequente à execução das atividades	Mensal	100% de pontualidade para 100 % dos relatórios	Protocolo de Recebimento dos Relatórios no NTCSS	Protocolo de Recebimento preenchido	NTCSS
Informação	Preenchimento de prontuários, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico	Avaliação das fichas de atendimento e dos prontuários das unidades sob contrato de gestão (amostra)	3 vezes ao ano	90% ou mais das fichas avaliadas atendendo todos os requisitos	Prontuários das Unidades de Saúde e Fichas de Atendimento no caso de AMA e PSM	Relatório da avaliação emitido respectivamente pela CRS e/ou AHM e encaminhado ao NTCSS	Autarquia Hospitalar Municipal para PSM, Coordenação Regional de Saúde para as demais unidades de saúde
Processo	Apresentação e Aprovação do Plano de Execução do Plano de Educação Permanente aprovado pela CRS	Nº de Atividades Realizadas / Nº de atividades previstas no plano de educação permanente para o período	1 vez ao ano	100% de realização das atividades previstas	Relatório das Atividades Realizadas no período	Relatório de atividades com lista de presença e avaliação com "a contento" da CRS ou AHM	Organização Social, CRS e/ou AHM
Processo	Proporção de crianças com até 12 meses de idade inscritas nas unidades sob contrato de gestão, com calendário vacinal completo para a idade e início de vacinação	Avaliação das fichas de vacinação nas unidades (amostragem)	2 vezes ao ano	90% do total da amostra com calendário completo.	Fichas de vacinas das unidades gerenciadas por este contrato	Relatório de verificação das fichas emitido pela CRS	Avaliação externa realizada pela CRS
Processo	Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério das unidades sob contrato de gestão	Total de gestantes com procedimentos básicos pré-natal e puerpério / total de gestantes concluíram pré natal e puerpério das unidades sob contratos de gestão nos últimos 3 meses	3 vezes ao ano	75% das gestantes que concluíram pré natal com procedimentos básicos completos	Banco de dados da Rede Cegonha	Relatório emitido pelos responsáveis pela Rede Cegonha	Responsáveis pela Rede Cegonha na região
Processo	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas das unidades gerenciadas no CG	Total de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal / total de gestantes que concluíram pré natal e puerpério das unidades sob contratos de gestão nos últimos 3 meses	3 vezes ao ano	75% de gestantes com 7 consultas de pré natal ou mais	Banco de dados da Rede Cegonha	Relatório emitido pelos responsáveis pela Rede Cegonha	Responsáveis pela Rede Cegonha na região
Satisfação do Usuário	Análise das reclamações recebidas e providências relacionadas	Entrega de relatório comentado das reclamações recebidas através das diferentes ouvidorias e S.A.U, bem como, das providências adotadas.	4 vezes ao ano	Apresentar justificativa e providências de todas as reclamações recebidas no período.	Relatório das ouvidorias e S.A.U	Relatório comentado apresentado	Organização Social, CRS e/ou AHM
Funcionamento dos Conselhos Gestores	Funcionamento do Conselho Gestor das unidades sob contrato de gestão	Avaliação das atas de reunião dos conselhos gestores das unidades	3 vezes ao ano	80 % das reuniões previstas realizadas	Atas das reuniões dos Conselhos Gestores no período analisado	Relatório de verificação e "a contento" emitido pela CRS	CRS

ANEXO V

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.585.367

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 708128.pdf	02/05/2016 17:30:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/05/2016 17:30:18	MAGALI LOPEZ ROMERO DO ARAGAO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 708128.pdf	02/05/2016 17:15:53		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 708128.pdf	02/05/2016 16:57:30		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 708128.pdf	02/05/2016 13:54:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Ao_CEP.doc	02/05/2016 13:32:31	MAGALI LOPEZ ROMERO DO ARAGAO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/05/2016 13:31:44	MAGALI LOPEZ ROMERO DO ARAGAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Junho de 2016

Assinado por:

SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO VI

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP
<small>continuação do Parecer: 1.585.367</small>														
<p>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</p> <p>Pesquisa relevante, porém se propõe a "Elucidar e analisar a manifestação da lógica privada nos processos de gestão da atenção à saúde, na APS, no Município de São Paulo", realizando entrevistas com interlocutores das OSs que atuam apenas na STS Santana-Jaçana-Tremembé-Tucuruvi. Sugerimos avaliar se é possível entender os processos de gestão da atenção à saúde, na APS, no Município de São Paulo a partir do levantamento de dados numa única Supervisão de Saúde.</p> <p>A metodologia descrita é adequada para os demais objetivos descritos.</p>														
<p>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</p> <p>A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi apresentada.</p> <p>Cronograma, TCLE, Fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.</p>														
<p>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</p> <p>Sem pendências ou inadequações.</p>														
<p>Considerações Finais a critério do CEP:</p> <p>Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).</p> <p>Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.</p> <p>Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.</p> <p>De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.</p>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;">CEP: 01.223-010</td> </tr> <tr> <td>Bairro: CENTRO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: SÃO PAULO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (11)3397-2464</td> <td></td> <td>E-mail: smscep@gmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar		CEP: 01.223-010	Bairro: CENTRO			UF: SP	Município: SÃO PAULO		Telefone: (11)3397-2464		E-mail: smscep@gmail.com
Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar		CEP: 01.223-010												
Bairro: CENTRO														
UF: SP	Município: SÃO PAULO													
Telefone: (11)3397-2464		E-mail: smscep@gmail.com												
<small>Página 02 de 03</small>

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A LÓGICA PRIVADA NA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: MAGALI LOPEZ ROMERO DO ARAGAO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55686316.6.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.585.367

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado da Escola de Enfermagem da USP.

Pesquisa qualitativa que pretende entrevistar (entrevistas semi estruturadas), individualmente, 10 servidores municipais (ativos desde 1089) da Supervisão Técnica de Saúde de Santana-Jaçana-Tremembé-Tucuruvi (STS), que fazem interlocução com os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) geridos por OS (nominados interlocutores) e o supervisor.

Objetivo da Pesquisa:

- Elucidar e analisar a manifestação da lógica privada nos processos de gestão da atenção à saúde, na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, além do desconforto que alguns experimentam ao participar de entrevistas.

Não há benefícios diretos para os sujeitos da pesquisa.

A pesquisa pode corroborar para desvendar a percepção dos participantes.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO VII

“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”

Eu, Magali Lopez Romero do Aragão, aluna do Curso de Pós graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, convido o Sr(a) para participar da pesquisa:

“ A lógica privada na gestão do sistema de saúde no município de São Paulo: atenção primária”, sob orientação da Profª Drª Celia Maria Sivalli Campos.

O objetivo dessa pesquisa é identificar os desdobramentos da lógica privada na gestão dos serviços da APS.

A sua participação se dará por meio de entrevistas individuais e com aproximadamente 1h de duração. O risco de desconforto na participação no estudo pode estar relacionado a não querer abordar o tema contido em perguntas da entrevista, que será minimizado com a garantia da possibilidade de não responder o que não se sentir à vontade e de se recusar a responder qualquer pergunta ou de retirar a sua participação a qualquer momento do estudo, mesmo após a realização da entrevista sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Outra possibilidade de desconforto pode relacionar-se à interrupção do trabalho, que será minimizada pela possibilidade de escolha de hora, dia e local de preferência do entrevistado.

A entrevista será gravada, transcrita sem que seja feita a sua identificação. Caso deseje, poderá ter acesso à transcrição impressa da sua entrevista.

Não há remuneração ou cobrança de qualquer espécie para essa participação. Você terá uma cópia desse termo e poderá a qualquer momento pedir maiores informações sobre a pesquisa. Todas as informações dessa entrevista somente serão utilizadas para essa pesquisa. Os relatos de todos os entrevistados serão analisados conjuntamente, sem identificação dos respondentes. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita em registro em banco de dados de site público da universidade de São Paulo

(www.teses.usp.br) e em eventos e publicações de caráter científico.

Caso haja alguma dúvida você poderá entrar em contato comigo (11) 9.9260-0832, com o Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP pelo Tel.: 3061-7652 e com os Comitês de Ética em Pesquisa da escola de Enfermagem da USP- Tel.: 3061-8858(cepee@usp.br) e da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo – Tel.: 3397-2464 (smscep@gmail.com)

Agradeço a sua participação,

São Paulo, ____ de _____ de 2016.

Estou esclarecido e concordo em participar da pesquisa

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do pesquisador