UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INTEGRAÇÃO DA AMÉRICA
LATINA

**GOVERNANÇA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ARGENTINA
E NO BRASIL**

JOSE ALEXANDRE MAGRINI PIGATTO

São Paulo
2010

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INTEGRAÇÃO DA AMÉRICA
LATINA

**GOVERNANÇA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ARGENTINA
E NO BRASIL**

Jose Alexandre Magrini Pigatto

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Integração da América Latina da Universidade de
São Paulo, para a obtenção do Título de Doutor em
Integração da América Latina.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Cacciamali

São Paulo

2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora doutora Maria Cristina Cacciamali pelo acolhimento no Programa, pelos seus conselhos, sobretudo nos momentos difíceis de mudança do rumo da minha vida. Também, sou grato pela amizade que demonstrou nesses anos, despojada de interesses pessoais e repleta de altruísmo e dedicação. Com as minhas limitações, angústias e os obstáculos que se interpuseram na trajetória da tese, somente uma amiga teria demonstrado tamanha tolerância e dispensado sábias orientações acadêmicas e pessoais.

Agradeço, também, à professora doutora Sueli Gandolfi Dallari pelo incentivo.

Lígia, obrigado por me fazer uma pessoa melhor e feliz, apesar da distância e, aos meus pais e irmãs, pela vida e pela compreensão da distância.

Agradeço à Universidade de São Paulo, pela experiência de ter sido seu aluno de graduação, mestrado e doutorado, colaborador do programa de aperfeiçoamento do ensino (PAE) e também de servidor na Reitoria (RUSP), na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA) e na Faculdade de Saúde Pública (FSP). Aos colegas de estudos, servidores e mestres, por tudo que aprendi com eles.

Agradeço ao PROLAM, pela incrível experiência de permitir-me conhecer mais das Ciências Sociais, por poder cursar o programa de modo interdisciplinar e pelo contato com as realidades locais no Brasil e na Argentina. Agradeço aos colegas servidores e colaboradores do Programa, especialmente a Adriana, a Erminda, o William e a Raquel pelo apoio e amizade.

Agradeço aos amigos argentinos, professora Glória Montenegro do curso de enfermagem da UNAM, em *Posadas*, à doutora Monica Sprang, professora Pediatra da UNAM, à doutora Rosa del Carmen Piragine, responsável substituta pela Atenção Primária à Saúde da Província de *Misiones*, em *Posadas*; ao Doutor Jorge Gutierrez, chefe do serviço de vigilância epidemiológico da Província de *Misiones*, em *Posadas*, ao Doutor Héctor Antunez Proeza, chefe da Zona Base de Saúde *Centro Uruguay*, em Oberá, ao Sr. Leonardo Jorge Venchiarutti, chefe da Zona Programática de Saúde, à doutora Nora Francisca Toscano, chefe do CAPS *100 Hectareas* e aos servidores dos CAPS *100 Hectareas* e *Sixten Vick* em Oberá.

Agradeço à doutora Nair Sizuka Nobuyasu Guimarães pelas orientações sobre atenção básica e aos professores Renato Braz Oliveira de Seixas e Basília Maria Baptista Aguirre pelas contribuições no exame de qualificação.

Finalmente, agradeço à professora doutora Liane Beatriz Righi, do curso de Enfermagem do CESNORS/ UFSM, pelo apoio e conselhos. Também sou grato ao Doutor Edson Zambonato, Secretário Municipal de Saúde de Palmeira das Missões pelo acesso e informações; à Doceli, enfermeira chefe da USF da Vila *Lutz* e aos profissionais de enfermagem que lá trabalham pela garantia das informações, franqueza e acesso. Ao doutor José Carlos Vedana, médico da Família e pediatra em Palmeira das Missões, pelas informações prestadas. Agradeço aos senhores Lourenço Ardenghi Filho, Prefeito Municipal, ao Sr. João Vergílio Galvão de Bem, Secretário de Planejamento, pelas informações prestadas e pelo acesso à Prefeitura Municipal.

RESUMO

Esta tese questiona a orientação liberal de que a privatização é a melhor maneira para se encontrar a eficiência na entrega de serviços públicos. A maior parte dos serviços públicos não soberanos, de acordo com a visão liberal, deve ser privatizada ou terceirizada. A teoria da Economia dos Custos de Transação foi utilizada para verificar se, de fato, essa afirmação seria possível, em cenários cuja eficiência de mercado é questionável, ou seja, em territórios de fronteira, vizinhos na Argentina e no Brasil. O estudo procura validar o uso da matriz analítica dos custos de transação, desenvolvida por Oliver Williamson, para transações do setor privado, em serviços públicos de atenção primária à saúde. A resposta à pergunta se a hipótese discriminante de alinhamento pode ser usada para se explicar, comparativamente, a eficiência da atenção primária em dois territórios distintos é o foco da tese. A análise da atenção primária à saúde e suas características demonstrou que esses serviços apresentam alta especificidade nos territórios estudados e que dificilmente serão mediados por uma plataforma de governança de mercado. As diferenças na evolução institucional nos dois contextos resultaram em modos diferentes de governança. De modo comparado, o maior desalinhamento verificado na Argentina corresponde ao indicador de mortalidade infantil menos eficiente em contraste com o caso brasileiro, de modo consistente com a teoria. Entretanto, a validação desse achado é limitada pela amostra de dois casos, pela pouca disponibilidade de informações de desempenho na Argentina e pelo conjunto de variáveis residuais que não é homogêneo.

Palavras-chave:

Governança, saúde, atenção primária, economia dos custos de transação

ABSTRACT

This thesis questions the liberal orientation that privatization is the best way to get better efficiency in delivering public services. The most of not sovereign public services, according to the liberal point of view should be rendered under privatization or outsourcing platforms. The theory of Transaction Cost Economics was used to verify if market structures should be chosen as governance mode where market is not efficient, specifically in localities in the reciprocal border of Argentina and Brazil. The study tries to validate the use of the analytical matrix of transaction costs, developed by Oliver Williamson for the private sector, now applied for the primary health care services. The answer to the question whether the discriminating alignment hypothesis can be used to explain comparatively the efficiency of primary care services in these two territories is the focus of this thesis. Analysis of the primary health care and its features demonstrated that these services are high specific and that they are unlikely to be mediated by a market based platform of governance. The differences in institutional development in both contexts resulted in different modes of governance. So compared, the largest misalignment that occurs in Argentina corresponds to the worst ratio of infant mortality in contrast to the Brazilian case. This is consistent with the theory. However, the validation of this finding was limited by a sample of two cases, by a limited availability of performance data in Argentina and by a residual set of variables that showed itself as not homogeneous.

Key words:

Governance, health, primary care, transaction cost economics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 – Da abordagem clássica à neoclássica.....	22
Figura 2 – Quatro níveis de análise institucional.....	27
Figura 3 – Esquema contratual simples.....	41
Figura 4 – Exemplos de modos de governança pública.....	46
Figura 5 – Esquema contratual estendido.....	48
Figura 6 – Instabilidade política, autonomia e influência.....	54
Figura 7 – Modelos de interação governamental.....	56
Figura 8 – Modelo de sistema de saúde.....	67
Figura 9 – Hierarquia dos modos de atenção no SUS.....	77
Figura 10 – Desenho da pesquisa.....	84
Figura 11 – Categorias conceituais para a estrutura de governança.....	103
Figura 12 – Categorias conceituais para a transação.....	104
Figura 13 – Controle do <i>Plan Nacer</i>	134
Figura 14 – Cumprimento do <i>Plan Nacer</i> em <i>Misiones</i>	135
Figura 15 – Características da transação de APS em <i>Oberá</i>	161
Figura 16 – Características da transação de APS em Palmeira das Missões.....	166

Mapas

Mapa 1 – Província de <i>Misiones</i>	90
Mapa 2 – Departamento e município de <i>Oberá</i>	90
Mapa 3 – Palmeira das Missões e o Rio Grande do Sul.....	91
Mapa 4 – <i>Oberá</i> e localização dos CAPS.....	143

Gráficos

Gráfico 1 – Taxas (%) de atividade, emprego, desocupação e subocupação regionais e nacionais.....	94
Gráfico 2 – Percentual da população de 10 anos e mais desocupada.....	95
Gráfico 3 – Disparidade nos recursos de saúde municipais.....	125

Gráfico 4 – Freqüência relativa de consultas de 11 enfermidades em duas cidades entre 2002 e 2009	159
Gráfico 5 – Transferências do Programa Nacional <i>Remediar</i> para os CAPS de <i>Oberá</i>	160
Gráfico 6 – Acompanhamento de doenças crônicas	170
Gráfico 7 – Mortalidade neonatal em <i>Oberá</i> e Palmeira das Missões entre 1998 a 2006	171

Quadros

Quadro 1 – Atributos de governança no setor privado	44
Quadro 2 – Atributos de governança no setor público	48
Quadro 3 – Síntese institucional dos sistemas de serviços de saúde	68
Quadro 4 – Semelhanças e diferenças nos sistemas de serviços de saúde	81
Quadro 5 – Alinhamento entre transação e atributos de desempenho	86
Quadro 6 – Matriz de custos de transação	87
Quadro 7 – Necessidade de triangulação	105
Quadro 8 – Atenção médica e atenção primária à saúde	107
Quadro 9 – Estruturas de governança da APS comparadas	140
Quadro 10 – Diferenças na transação de APS nos dois territórios	152
Quadro 11 – Estrutura de governança da APS em <i>Oberá</i>	155
Quadro 12 – Custos de transação em <i>Oberá</i>	157
Quadro 13 – Estrutura de governança da APS em Palmeira das Missões	162
Quadro 14 – Custos da transação de APS em Palmeira das Missões	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores de serviços públicos em <i>Oberá</i>	93
Tabela 2 – Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária em Palmeira das Missões	93
Tabela 3 – Estabelecimentos de serviços de saúde em <i>Oberá</i>	96
Tabela 4 – Estabelecimentos em Palmeira das Missões (dez/2007)	96
Tabela 5 – Taxas de natalidade e mortalidade em <i>Oberá</i> (por 1.000 hab)	97
Tabela 6 – Taxas de natalidade e mortalidade em Palmeira das Missões (por 1.000 hab)	97
Tabela 7 – Variáveis territoriais comparadas	98
Tabela 8 – Despesa com saúde por função em Palmeira das Missões em R\$ de 2002 a 2009	136

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – SITUANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
1 Instituições.....	18
Novo institucionalismo	19
Nova economia institucional	21
Ambiente institucional.....	23
Implicações do novo institucionalismo.....	24
2 Economia dos custos de transação	26
Transações.....	28
Custos de transação.....	33
3 Estruturas de governança.....	37
Instrumentos, atributos de desempenho e contrato.....	37
Modos de governança no setor privado.....	40
Modos de governança no setor público	45
Considerações adicionais sobre modos discretos.....	48
Estruturas de governança ampliada	49
4 Instituições de saúde	62
Proteção social	63
5 Sistemas de serviços de saúde	66
Acesso, financiamento e regulação	69
Modos de atenção	71
6 Sistemas de serviços de saúde na Argentina e no Brasil.....	74
Sistema de serviços de saúde argentino	74
Sistema de serviços de saúde brasileiro	76

	Comparação entre os sistemas de serviços de saúde	80
	PARTE II – DESENHANDO E OPERACIONALIZANDO OS ESTUDOS DE CASO	82
7	Delineamento da avaliação de eficiência comparada.....	82
	Premissas.....	83
	Hipótese	83
	Fontes de dados.....	83
	Variáveis.....	84
	Instrumentos.....	99
	Técnicas	100
	Correspondência e padrões	104
	Validação.....	105
	Alvos de triangulação	105
	PARTE III – ANÁLISE DISCRETA E COMPARADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	106
8	Estruturas de governança comparadas.....	112
	Ambiente institucional.....	112
	Mecanismos de coordenação (atributos de desempenho)	120
	Instrumentos.....	129
	Lei contratual	137
	Análise comparativa	139
9	Análise da transação	142
	Organização	142
	Processos.....	145
	Recursos humanos.....	148
	Análise comparativa	151
10	Hipótese discriminante de alinhamento	154
	Oberá.....	154
	Custos de transação da APS em <i>Oberá</i>	156
	Palmeira das Missões.....	161

Custos de transação da APS em Palmeira das Missões.....	164
Alinhamento da APS.....	167
Desempenhos	169
Considerações finais	172
REFERÊNCIAS.....	180

INTRODUÇÃO

Os sistemas de serviços de saúde estão disponíveis na maioria dos países, ainda que independam da condição econômica de cada nação. Paradoxalmente, a aparente disponibilidade de financiamento nas nações economicamente mais desenvolvidas não garante a equidade e a resolubilidade dos problemas de saúde da população, assim sendo, esse fato indica que a solução para o problema não passa somente pelo aspecto financeiro e que a questão organizacional explica, em parte, o problema da ineficiência dos sistemas dos serviços de saúde.

A orientação dos serviços de saúde para a atenção primária é o lugar comum das suas propostas contemporâneas de mudança institucional e é apresentada como indutora para uma atuação preventiva e de manutenção ao lado da tradicional e isolada simples busca pela cura, que ocorre quando a doença já se manifestou.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde completou, em 2008, vinte anos sem ter conseguido alcançar o objetivo constitucional da universalização da saúde. Ao longo desses anos, os programas de atenção primária à saúde (APS), cujos exemplos mais conhecidos são o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, foram instituídos pelo governo e adaptados na tentativa de se reduzir a iniquidade social até então verificada. Parte do processo avançou nesse período e os Estados e, principalmente, os Municípios tornaram-se atores da prestação de serviços de saúde. Entretanto, a adesão completa para um modelo de atenção primária preventiva e centrada na família não foi atingida. A falta de recursos e a dificuldade de execução da Emenda Constitucional nº 29 não são suficientes para explicar o fenômeno da disparidade entre aqueles que têm e os que não têm acesso à saúde. A adoção de uma matriz organizacional com maior coordenação intergovernamental de serviços de atenção primária à saúde da população e a melhora sobre seus indicadores de desempenho demonstraram empiricamente uma associação no presente trabalho, questão que será desenvolvida no decorrer do texto.

O processo de mudança institucional da atenção primária do modelo isolado e centrado na doença para o perfil de serviços fundamentado no conceito de saúde, envolvendo mais atores na sua resolução também é verificado em outros países da

América Latina. No caso argentino, por exemplo, o governo central desenhou políticas de saúde nessa direção que são sugeridas às províncias com o mesmo objetivo de redução da desigualdade, mas que nem sempre são pactuadas plenamente por todas as suas províncias, encontrando menor efetividade em comparação ao Brasil. Esse pior desempenho se deve às condições federativas que faculta ao governo central menor capacidade de coordenação subnacional se fizermos uma comparação contrastiva em relação ao Brasil.

Qualquer um desses contextos – brasileiro e argentino - apresenta restrições e resistências à institucionalização de novas políticas e dificuldades de mensuração do resultado dos serviços públicos, dentre os quais se encontra a atenção primária à saúde. As restrições dizem respeito à mudança do paradigma do serviço curativo, centrado na pessoa do médico. A mensuração do serviço de saúde é difícil porque as consequências do serviço, em muitos casos, só são percebidas anos mais tarde, quando os gestores responsáveis pela sua decisão não estão mais no exercício de suas funções. Não há, portanto, como mensurar e avaliar a efetividade dos atos da gestão. Nesse aspecto, a forma conservadora ou revolucionária de execução da APS, considerando-se suas características e a plataforma tecnológica de transferência de serviços aos seus beneficiários, é uma opção para se explicar a eficiência da APS e de se antecipar externalidades relacionadas com a sua efetividade.

Embora estudos sugiram a aplicação da teoria da Economia dos Custos de Transação (ECT) no setor público, as contribuições analíticas desta teoria sobre a eficiência de fornecimento de serviços públicos são poucas, uma exceção que merece ser referenciada é a importante contribuição que veio do artigo de Oliver Williamson, *Public and Private Bureaucracies: A Transaction Cost Economics Perspective* (1999). Essa escassez de trabalhos talvez se deva ao fato de que o setor público apresente características diferenciais em relação ao setor privado, como o conceito de “bem público”, no qual se insere a atenção primária à saúde, geralmente descrita como de oferta universal, embora esse conceito encerre “[...] uma tensão entre o possível e o desejável” (GOULART, 2007 p. 87). O setor público, portanto, assume, no todo ou em grande parte, a cadeia produtiva de alguns serviços porque o mercado não está disposto ou não é capaz de fornecê-los.

O objetivo principal do presente trabalho é verificar, de modo comparado, a factibilidade do alinhamento entre o arranjo institucional (ou modo de governança) e a transação de atenção primária à saúde em dois territórios, na municipalidade de *Oberá*, na Argentina, e no município de Palmeira das Missões, no Brasil, com base na hipótese discriminante de alinhamento¹ como determinante da sua eficiência. A hipótese discriminante de alinhamento é o fundamento da teoria da Economia dos Custos de Transação descrita exhaustivamente por Williamson e divulgada no Brasil, por exemplo, na tese de livre docência do professor Décio Zylbersztajn, da Universidade de São Paulo (ZYLBERSZTAJN, 1995 p. 69).

A análise de eficiência ficará limitada à confrontação entre a estrutura de governança prevalente e as características da transação de atenção primária à saúde, de acordo com a ECT, sendo somente passível de inferência de modo comparativo, haja vista a dificuldade de se mensurar os custos de transação (BROWN, POTOSKI, 2003 p. 445).

Os objetivos secundários da tese permitirão a abordagem da questão central, forçando a conceituação das transações e da estrutura de governança aplicada à atenção primária à saúde: (1) Descrever e caracterizar as estruturas de governança presentes na atenção primária à saúde presentes em *Oberá* e em Palmeira das Missões; (2) Descrever e caracterizar a transação de atenção primária à saúde nos dois territórios; (3) Contribuir na análise de eficiência de serviços públicos de atenção primária à saúde por meio da confrontação entre a transação e a estrutura de governança em cada um desses territórios e, principalmente, entre eles, identificando os seus custos de transação.

A importância e a utilidade do alinhamento entre estruturas de governança e suas transações no setor público é muito mais assumida do que provada:

[...] houveram algumas tentativas de se aplicar a ECT ao setor público. Entretanto, a confrontação da extensão teórica da ECT

¹ Transações que diferem em seus atributos estão alinhadas com estruturas de governança que diferem em seus custos e competências, de modo que o efeito discriminante, principalmente o de uma economia de custos de transação, resulta (WILLIAMSON, 1996 p. 12, tradução nossa)

não foi ainda totalmente desenvolvida (GENUGTEN, 2008 p. 13, tradução nossa).

Além disso, a descentralização das políticas públicas tem se apoiado em novos arranjos institucionais, tais como a execução de serviços públicos pelo setor privado na expectativa de que este as desempenhe de forma mais eficiente. Porém, isso pode não ser verdadeiro sob cenários de alta especificidade, ou seja, onde não haja um mercado fornecedor eficiente para os serviços contratados. A relevância social da tese advém de que a tendência de descentralização e de privatização *lato sensu* dos serviços públicos (compra ao invés de produção) demandaria um mecanismo de apuração de custos intangíveis (da qualidade ou de oportunismo, por exemplo) que, em um primeiro momento, teoricamente, poderia ser mitigada pelo uso de estruturas mais eficientes, as quais não necessariamente corresponderiam a um modo de prestação de serviços privatizado.

Além desses aspectos, quando se considera o enfoque pretendido pela análise de casos cruzados na América Latina, no âmbito da atenção primária de saúde local na Argentina e no Brasil, torna-se oportuno lembrar as ponderações de Jreisat (2002, p. 2 tradução nossa):

[...] o estudo comparativo de instituições promove a compreensão de influências globais enquanto que expande o domínio da investigação intelectual além das tendências paroquiais. A comparação crível de qualquer aspecto de **governança** [grifo meu] não pode ficar confinada às práticas atreladas a uma cultura. O exame das práticas administrativas de outras sociedades nos permite ver uma faixa maior de ações administrativas, além do horizonte de nossa própria experiência e como resultado, elevar nosso conhecimento de uma variedade de temas e problemas administrativos.

O exame comparado de realidades inseridas na chamada zona de fronteira² serve para antecipar uma possível competição interjurisdicional dos habitantes

² De acordo com o artigo 20, § 2º da Constituição Federal de 1988, a faixa de fronteira compreende 150 quilômetros de largura ao longo das fronteiras terrestres.

dessa faixa pelos serviços de saúde. Ao se considerar metas ambiciosas, por exemplo, de integração no MERCOSUL, não só comercial, mas também migratória, deve se levar em conta que “[...] é mais difícil formar regimes ou antecipar governança no nível internacional se os princípios operacionais internos dos atores forem radicalmente distintos” (BIERSTEKER, 2000 p. 146). Por essa razão, o estudo comparado da atenção primária à saúde, suas estruturas e seu grau de maturidade tornam-se preponderantes. Nesse contexto, ressalta Obermann (2007, p. 482) que:

A questão da vantagem relativa ou do custo-eficiência de certos tipos e formas híbridas de organização de provisão de serviços específicos pode ser derivada da teoria dos custos de transação e deveria ser testada empiricamente.

Assim sendo, a teoria da ECT adaptada aos serviços públicos pode servir como instrumento de avaliação da distância e da necessidade de harmonização entre os serviços de atenção primária à saúde nos dois contextos.

Estrutura do trabalho

Para a consecução dos objetivos propostos, o trabalho está dividido em três partes. A primeira delas é dedicada aos conceitos e às definições mais genéricas das instituições, da transação, das estruturas de governança e dos custos de transação. Depois, as instituições formais de saúde são examinadas, no contexto argentino e brasileiro, chegando-se até a atenção primária à saúde e dialogando-se com a teoria da ECT. Esse diálogo subsidia a elaboração de constructos metodológicos para a comparação que não será em termos nominais (número de habitantes, perfil epidemiológico, ocupação, infra-estrutura), mas em termos de propriedades da transação de APS e de atributos da estrutura de governança.

Na segunda parte, o caminho metodológico a ser percorrido é delineado. Os contextos locais, na sua concepção demográfica, econômica e social, são apresentados e explica-se a forma de extrapolação para que os estudos de caso

valham-se da hipótese discriminante de alinhamento na comparação da sua eficiência vis-à-vis.

A terceira parte é destinada à descrição e à análise dos dois casos em pauta, sua comparação em termos de transação de atenção à saúde. Tal comparação transacional é desdobrada em três eixos de geração de custos, ou seja, da organização, dos processos e dos recursos humanos, todos descritos pela frequência de suas especificidades, riscos ambientais e riscos morais (*Moral hazards*).

PARTE I – SITUANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

É inegável que existem concepções diferentes de serviços de atenção primária à saúde e é certo que, para cada concepção, existe um conjunto de regularidades que delimita o seu significado. Uma dessas concepções é a tradicional, centrada na figura do médico como primeiro e talvez único provedor aceito pelo paciente para a busca das soluções nos quadros de enfermidade. Essa abordagem contribui para a solução do problema de saúde, mas não se interessa pela sua causa, ou seja, a prevenção não é seu foco de interesse. Contudo, esta concepção institucionalizou-se e, ao mesmo tempo, impregnou-se na cultura popular pela regularidade das consultas médicas em postos de saúde e em hospitais e na consequente busca de medicamentos. Outra concepção, revolucionária, é a que advoga a prevenção, a busca ativa de casos de enfermidade por meio de entrevistas e visitas domiciliares, que não são necessariamente conduzidas pelo médico. As duas estruturas foram criadas para se lidar com os problemas de saúde e inserem-se em sistemas organizacionais maiores. De um lado, ambas sofrem e, de outra forma, exercem influência no seu ambiente e dos atores que nelas atuam.

Uma das maneiras de se explicar a eficiência comparativa dos sistemas de serviços de atenção primária é olhar para tais estruturas como soluções ou respostas aos problemas da saúde coletiva. A premissa empregada neste trabalho parte do princípio de que os parâmetros de julgamento que balizam a atividade e o pensamento humano na busca de soluções para tais problemas são as instituições. Este primeiro capítulo, assim, objetiva situar o referencial teórico institucionalista e as definições dele decorrentes que são apresentadas como formulação basilar para a análise comparativa posterior dos serviços de atenção primária à saúde.

1 Instituições

Quando se abordam instituições, geralmente se associa o seu significado ao senso comum, ou seja, organizações. Entretanto, segundo North (1990 p. 5), as organizações representam grupos de indivíduos ligados por algum objetivo comum, enquanto que as instituições constituem as regras do jogo em uma sociedade ou “[...] os constrangimentos humanamente concebidos que regem as interações

humanas” (NORTH, 1990 p. 3 tradução nossa). As instituições políticas, de acordo com Vivien Lowndes (2002, p. 97-98 tradução nossa), são vistas como “[...] conjuntos de regras que guiam e restringem o comportamento dos atores individuais”.

Novo institucionalismo

O institucionalismo é uma explicação para constructos sociais limitados por regras, funções a desempenhar, normas e expectativas que restringem as escolhas e os comportamentos, tanto dos indivíduos quanto da coletividade (FREDERICKSON, SMITH, 2003 p. 71). A adição de aspectos informais ao lado dos formais, de maneira simplificada, caracteriza o diferencial do “novo institucionalismo” em relação à abordagem tradicional.

Lowndes (2002 p. 97) indica seis pontos de partida do institucionalismo tradicional para um novo institucionalismo: (1) do foco nas organizações para o foco nas regras; (2) de um conceito formal de instituições para um informal; (3) da concepção estática de instituições para uma dinâmica; (4) de valores imersos a uma instância de valores críticos; (5) de uma concepção holística de instituições para uma desagregada; (6) da independência ao embricamento. O novo institucionalismo considera, portanto, as organizações físicas como produto de regras construídas, que sofrem influência de valores, de costumes e de outros elementos intangíveis; interpreta as mudanças e encara a regra formal como obsoleta sob tais circunstâncias.

O alcance abrangente das diversas definições de instituições, para Hodgson (1998, p. 179), conduz a um núcleo comum, isto é, a descrição da interação entre os agentes, com retroalimentação de informações, apoiada por concepções comuns e com rotinas persistentes, sustentando e apoiando expectativas compartilhadas e com a convicção de que, embora não sejam imutáveis ou imortais, possuem qualidades relativamente duráveis. Ademais, a ideia da incorporação de valores e de processos normativos de avaliação, ou seja, de que as instituições reforçam a sua legitimação moral, se expressa na concepção de aquilo que dure é o que frequentemente será visto como “justo”. Desta maneira, regras, regulamentos, empresas, governos e outros elementos da vida social que estão em continuidade

existem porque criaram uma regularidade que foi aceita e incorporada no seu ambiente institucional de maneira justa.

As instituições formais representam as regras codificadas do jogo transacional. Elas emergem, de acordo com Rothstein (1996, p. 133) e de modo concordante com a definição de Douglass C. North, a partir de grupos que constituem algum tipo de poder político organizado a fim de resolver seus interesses coletivos. Para tanto, as instituições formais necessitam de quatro tipos de instituições políticas. A primeira instituição se faz necessária à formulação de regras, enquanto que a segunda, para a execução de tais regras. A terceira cumpre seu papel quando for necessária às disputas individuais frente à interpretação específica de regras gerais. Finalmente, o último tipo de instituição encarrega-se de punir os contraventores das regras formuladas pela primeira (instituição). Sob tal perspectiva, a vida cotidiana dos indivíduos e das organizações (que também são instituições) desenvolve-se por meio de instituições que restringem a sua ação (NORTH, 1990 p. 3-5).

Tal conceito, de instituições políticas, é ampliado, é operacionalizado a partir do pressuposto de estabilidade relativa advinda das instituições. Nesse mesmo sentido, outras contribuições conceituais determinam melhor tal caráter, como é o caso de March e Olsen (2006 p. 3), os quais defendem que as instituições políticas são um conjunto relativamente permanente de normas e práticas organizadas, dentro de estruturas com significado, dotadas de recursos, invariantes em relação aos indivíduos, relativamente resistentes às preferências idiossincráticas deles, bem como às mudanças externas. Portanto, o papel das instituições é reduzir a incerteza, estabelecendo uma estrutura estável para a interação humana (NORTH, 1990 p. 6). Assim compreendidas, as instituições representariam os mecanismos externos que os indivíduos criam para estruturar e ordenar o ambiente. Em outras palavras, são os procedimentos, os protocolos, as normas e as convenções oficiais e sociais inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política (HALL, TAYLOR, 2003 p. 193).

De acordo com North (1990 p. 3), se, por um lado, as regras formais podem mudar de uma hora para outra, como resultado de decisões políticas ou judiciais, por outro, as limitações informais incorporadas em costumes, tradições e códigos de

conduta são muito mais impermeáveis às decisões políticas. Esse tipo de constrangimentos caracteriza as instituições informais e realmente serve como elemento chave para explicar o caminho das mudanças institucionais. A prevalência de acidentes causados por motoristas embriagados é um exemplo de resistência à mudança na institucionalização da proibição do uso de álcool por condutores de automóveis.

O novo institucionalismo é visto como a interação entre instituições formais e informais e indivíduos, que vem sendo referenciado, por exemplo, na economia (Klein, 1998), no direito (Coase, 1960) e na ciência política (THOENIG, 2005).

Nova economia institucional

Em 1960, Ronald Coase formulou um teorema que contradiz a teoria de Pigou, ou seja, de que somente os governos poderiam internalizar as externalidades³ por meio de impostos e subsídios (COASE, 1960 p. 7; PASOUR JR, 1996 p. 243). Coase argumentava que se fosse considerado o custo de oportunidade, na sua aceção plena, nenhum daqueles artifícios (sugeridos por Pigou) seriam necessários. Em outras palavras, em uma situação em que o custo de transação fosse zero, ganhadores e perdedores privados internalizariam as externalidades por meio de uma negociação, qualquer que fosse a parte detentora do direito de propriedade. Assim sendo, o direito à propriedade inicial não afetaria a eficiência na alocação de recursos. A ausência de custos de transação seria assim uma presunção irrealista (Coase, 1960 p.1; Barry Jones, 2001 p. 906; Passour Jr., 1996 p. 246) e um lapso lógico no pensamento econômico clássico (WILLIAMSON, 2005 p. 3). Seguindo essa linha de raciocínio, se a transação fosse conduzida fora de um mercado, o seu custo seria mais alto.

De maneira oposta, a ideia original do liberalismo econômico ortodoxo centra-se no fato de que os custos de transação levados em consideração delimitam

³ Neste caso as externalidades positivas seriam subsidiadas e as negativas tributadas.

inicialmente os direitos legais, exercendo um efeito sobre a eficiência operacional do sistema econômico. O jogo de preços no mercado assegura, assim, um equilíbrio entre oferta e demanda. Qualquer externalidade, portanto, tende a ser passageira, considerando-se a existência de mecanismos de mercado auto-reguladores, os quais asseguram o retorno ao equilíbrio inicial (GÉLÉDAN, BRÉMOND, 1988 p. 28-29). Esta abordagem é denominada por Williamson (2002, p. 172) como ciência da escolha (Figura 1).

Figura 1 – Da abordagem clássica à neoclássica.

Fonte: adaptado de Williamson, 2002 p. 173

Da mesma forma que o novo institucionalismo considera incompleta a abordagem do institucionalismo tradicional, a Nova Economia Institucional (NEI) refuta o modelo clássico na sua totalidade, ou seja, as comparações com um *benchmarking* hipotético que ocorreriam sob condições de equilíbrio geral (KLEIN, 1998 p. 457; PERES, 2007 p. 16). Dessa nova interpretação, surgiu o que Buchanan (*apud* Williamson, 2002 p. 172) denominou de ciência dos contratos em oposição à ciência da escolha (Figura 1).

Embora a NEI tenha divergido da corrente clássica ortodoxa, os fundamentos liberais do direito à propriedade e da visão comportamental individual e utilitarista permanecem no seu alicerce. Na interpretação neoclássica, por meio da racionalidade individual, “[...] o agente econômico possui uma determinada meta

(maximização do lucro ou da utilidade) e, ao persegui-la, ele é substancialmente racional” (MORETTO, 2006 p. 129). De acordo com este entendimento, há a presunção de que as partes envolvidas em uma transação com valor econômico buscarão sempre o melhor resultado para si.

Duas características comportamentais são fundamentais para se entender a Nova Economia Institucional. Em primeiro lugar, ainda que os agentes econômicos sejam substancialmente racionais, ao ocuparem o papel de tomadores de decisões, comportam-se com racionalidade limitada, sendo assim, isso significa que eles consideram uma faixa restrita de alternativas no seu processo de tomada de decisão. Em segundo lugar, a presença de oportunismo que se refere “[...] a busca pelo interesse próprio com dolo” (WILLIAMSON, 1975 p. 255, tradução nossa), isto é, na busca do melhor resultado para si, presume-se que um agente transacional aproveitará circunstâncias que aumentem o seu ganho ou diminuam a sua perda, mesmo que a contrapartida disso não seja acordada pela outra parte.

Ambiente institucional

Eleito um caminho teórico para o desenvolvimento dos objetivos da tese, o primeiro estágio para a análise de eficiência é o mapeamento do ambiente em que a dinâmica sócio-econômica da saúde ocorre. Nesse contexto, verifica-se a existência de instituições formais e informais exercendo controle e restrição sobre as transações que ali se efetivam.

O primeiro tipo de instituição, a formal, caracteriza-se pela estrutura do ambiente legal, ou seja, o ordenamento jurídico que contribui para a redução das incertezas e que impõe restrições por meio de regras. Trata-se, portanto, da representação institucionalizada de regras formais sobre a atividade econômica. Por outro lado, instituições informais também se apresentam aos contratantes, ou seja, restrições que surgem espontaneamente, sem o constrangimento explícito da força legal ou regulamentar. Trata-se, aqui, por exemplo, do caso citado do uso do álcool por motoristas ou a crença de que somente a consulta médica possa amenizar os problemas da falta de saúde.

A NEI defende o ambiente preferencial informal, ou seja, onde os constrangimentos e as restrições transacionais emanam dos próprios participantes

da transação com o menor apelo à resolubilidade judicial. Tal postulado não significa, contudo, que a NEI sugira um ambiente anárquico, com a ausência de instituições formais. Ao contrário, a NEI interessa-se pelo emprego de contratos e pelo direito de propriedade, opondo-se a toda e qualquer forma de expropriação (KLEIN, 1998 p. 459). Essa concepção estabelece um ambiente em que as instituições informais prevalecem, por meio de pactos implícitos, onde se enquadram as normas, as convenções sociais e outras instituições informais. Trata-se de uma construção que elege o mercado como meio primário para a resolução de problemas, mas que, ao mesmo tempo, reconhece que ele pode ser ineficiente e potencialmente permitir expropriação, demandando outros arranjos estruturais. Neste mesmo sentido, Klein (1998, p. 460, tradução nossa) lembra que

[...] as convenções sociais são interpretadas como soluções não cooperativas do equilíbrio de Nash para uma variedade de jogos repetidos enfrentados por indivíduos no contexto social.

A regularidade comportamental dos agentes dentro do sistema sócio-econômico conduz ao equilíbrio, contribuindo para a coordenação das transações que dentro dele ocorrem. Se a regularidade comportamental dos agentes indica risco de expropriação, é de se esperar que se desenvolvam tecnologias para a sua redução no ambiente em que a dinâmica econômica acontece.

Implicações do novo institucionalismo

A ampliação do alcance da lente institucional torna capaz a análise no campo da teoria política e, ao mesmo tempo, de outras disciplinas que são absorvidas por ela. O referencial analítico das regularidades estendeu-se para a esfera econômica desde a análise do equilíbrio contratual, da busca do auto-interesse, passando pelo cálculo dos atores sociais, explicado pela escolha racional ou ainda, de forma mais ampla, pelas arenas nas quais as representações sociais medem suas forças.

O fundamento teórico da análise de eficiência comparativa, a que se propõe a tese, está calcado na Nova Economia Institucional (NEI), ou seja, um desdobramento multidisciplinar do novo institucionalismo. Tal referencial de regularidades fundamenta a mediação e a análise das transações com algum valor econômico. Esse arcabouço diz respeito à construção, a partir de cenários sócio-

culturais distintos, de regras e de tecnologias mediadoras para a entrega de serviços de atenção à saúde da população e será abordado nos capítulos seguintes, dando-se ênfase à atenção primária.

O referencial por trás da análise de eficiência parte do pressuposto de que ainda que haja ampla disponibilidade governamental, em particular para o financiamento da saúde, as suas transações realizam-se sob condições imperfeitas com ineficiência na alocação dos recursos. Isto decorre da premissa de que os agentes econômicos atuam com racionalidade limitada, ou seja, que não dispõem de toda a informação necessária para tomar a melhor decisão. Também decorre da presunção de oportunismo, isto é, de que uma transação econômica incondicional envolve riscos de expropriação dos direitos de uma das partes. Assim, o simples reconhecimento destas falhas de mercado implica em custos de monitoramento, acompanhamento e preparação da transação e, com custos mais elevados, a transação torna-se necessariamente menos eficiente.

Neste capítulo, a teoria da Economia dos Custos de Transação é posicionada dentro do referencial institucionalista e introduz o conceito de transação, sua diferenciação sob condições de imperfeição, bem como as suas propriedades características. De modo particular, as propriedades das transações são estendidas para o setor público a fim de se chegar a uma estrutura taxonômica capaz de contrastar a APS nos contextos brasileiro e argentino. As propriedades da transação, então, sob a condição geral de imperfeição ou de desequilíbrio remetem aos conceitos de custo de transação.

2 Economia dos custos de transação

De acordo com North (1990 p. 23), a necessidade de se desenvolver padrões regulares de interação humana, tendo em vista a sua complexidade, sugere que tais interações rotuladas de instituições, conforme abordado na seção anterior, em alguns casos, podem não conduzir a um resultado ótimo.

Uma simples análise descritiva entre duas instituições de saúde não afiançaria a declaração de que uma fosse mais eficiente que a outra. Embora seja importante situar-se as instituições e as diferenças de cada país, o foco da análise de eficiência recai sobre um nível mais localizado, o da transação, que deve ser abordado como uma etapa mais dinâmica e factível de busca pelo melhor resultado possível, dada a presunção de que os custos de transação são inevitáveis.

Na Figura 2, apresentam-se os quatro níveis de análise institucional estruturados por Williamson (2000). O primeiro nível de análise institucional (N1) é aquele em que a mudança leva mais tempo para acontecer. Nele, estão representados, por exemplo, os valores e a cultura de comunidades ou países insulares reticentes à influência alienígena (WILLIAMSON, 2000 p. 597). Ele também serve para explicar as causas das diferenças estruturais encontradas no segundo nível de análise institucional da saúde e da atenção primária, tanto na Argentina, quanto no Brasil.

O segundo nível de análise (N2) representa as derivações regionais de cada caso, a partir da construção nacional das instituições formais e informais de saúde e, particularmente, de atenção primária, que formam as restrições e as regras do jogo

da saúde nos dois contextos. Tais regras, como demonstrado de maneira comparativa, são compostas de elementos formais e informais distintos.

Os dois primeiros níveis de análise (N1 e N2) representam as estruturas amplas, conformando o produto do processo evolutivo institucional. Entretanto, a lentidão desse processo (vide coluna de frequência da Figura 2), em alguns casos específicos, pode ser descontinuada e acelerada por meio de processos abruptos de mudança. Williamson (2000 p. 598) cita a guerra civil norte-americana, as ocupações após o fim da Segunda Guerra Mundial, o colapso do Comunismo no leste europeu e a crise fiscal na Nova Zelândia como exemplos de ruptura em relação à “sombra” das instituições (sobretudo das informais).

N 1: teoria social

N 2: economia dos direitos de propriedade/ teoria política positiva

N 3: economia dos custos de transação

N 4: economia neo-clássica/ teoria do agenciamento

Figura 2 – Quatro níveis de análise institucional

Fonte: Williamson, 2000 p. 597, tradução nossa

Por outro lado, as estruturas de governança (N3) fornecem as orientações específicas de apoio para a cooperação e a competição entre parceiros transacionais. Estes arranjos podem ser formais ou informais, podem envolver uma organização ou não, podem ser temporários ou permanentes. Nesse nível de análise, pode-se inferir o tipo de alinhamentos entre a transação e o seu arranjo institucional o que explica uma maior (ou menor) eficiência e a redução (ou não) dos custos de transação. Sendo assim, é natural que ocorram custos, por exemplo, da má-adaptação entre as partes, do desempenho aquém do esperado e de investimentos insuficientes na produção do bem ou serviço. Outros custos resultam do enfrentamento preventivo desses problemas, visando a que os contratos se ajustem às partes, regularizando-se. Conforme sugere Williamson (Figura 2), essa tentativa de ajuste pode significar o alinhamento da transação (ou não) com a sua plataforma tecnológica e a consequente continuidade do empreendimento, ocorrendo na maioria das vezes dentro de uma década. O objetivo da análise dos custos de transação é confrontar a eficiência pela correspondência entre as transações e suas propriedades com a estrutura de governança de modo discriminante.

Finalmente, o quarto nível de análise envolve considerações sobre o impacto tecnológico no custo de transformação dos serviços ou produtos transacionados. As mudanças institucionais, nesse nível, sucedem na velocidade com que acontecem as inovações.

Transações

Transação é

[...] a unidade analítica que contém os princípios do conflito, da mutualidade e da ordem; a partir daí a governança se tornaria o meio de infundir a ordem, de mitigar os conflitos e de se realizarem ganhos mútuos a partir da troca voluntária (WILLIAMSON, 1999, p. 312, tradução nossa).

Assim compreendida, pode-se afirmar que a transação requer a imposição de normas que a sustentem de modo a evitar conflitos que possam colocar em cheque distintos interesses.

As transações podem ser definidas com base na estrutura de troca. Em conformidade com Ruiter (2005, p. 290, tradução nossa):

Qualquer transação repousa analiticamente sobre dois atos bilaterais: (i) o ato mútuo de expressar o consentimento da troca e, (ii) o ato da troca em si. A diferença entre contratos discretos e relacionais é que no caso de contratos discretos o consentimento mútuo é expresso no ato da troca enquanto que, no caso do contrato relacional, o consentimento mútuo é expresso separadamente dos atos subsequentes de troca.

O consentimento mútuo de troca pode gerar uma transação instantânea e induzir um modo de governança que se baseie no mercado e, no caso oposto, em estruturas relacionais operacionalizadas por meio de um contrato discreto ou ainda, em uma forma híbrida, se o contrato se situasse entre os extremos do mercado e da hierarquia organizacional.

PROPRIEDADES DAS TRANSAÇÕES

Uma transação, no setor privado, possui três dimensões que têm implicações para a governança: as especificidades do ativo transacionado (monetário, físico, humano, intangível, etc.), as incertezas as quais se sujeita (potenciais causadores de distúrbios) e as suas frequências (WILLIAMSON, 2002, p. 175). Uma quarta dimensão foi proposta por Williamson (1999) para transações que envolvessem o setor público, trata-se da probidade.

A especificidade do ativo transacionado refere-se à possibilidade do seu reemprego em usos alternativos sem perda de valor produtivo. Entende-se que, neste caso, ativos com maior especificidade tendem a causar maior dependência bilateral do contratante pelo contratado. Desse modo, as chances de atitudes oportunistas e de expropriação pelo contratado elevam-se.

De acordo com Williamson (1991 p. 281), é possível distinguir-se seis tipos de especificidade: (1) da localização, ou seja, o bem deve ser construído ou o serviço deve ser prestado em determinado local e relaciona-se com a atenção primária, pois os seus principais beneficiários geralmente habitam regiões de periferia; (2) física, por exemplo, uma ferramenta ou um sistema computacional construído para um único propósito, como o monitoramento epidemiológico; (3) de recursos humanos,

quer dizer, as habilidades que precisam ser apreendidas e que não são de domínio geral; (4) de ativos dedicados a investimentos singulares, que é o caso dos centros de saúde, que são edificações reformadas ou construídas, com uma arquitetura singular ao atendimento primário de menor complexidade e, mais claramente, dos hospitais, cuja estrutura complexa não tem um uso alternativo facilmente identificável; (5) temporal, que envolve a resposta tempestiva de um recurso humano em um local determinado; por exemplo, nas campanhas sazonais de imunização em regiões de risco epidemiológico. Há um sexto tipo de especificidade, citada por Williamson, (6) da marca, mas ela não é útil para o propósito deste trabalho, posto que se trata, no caso presente, de setor público.

Os riscos ou incertezas (*ex-ante*) de distúrbios ou de expropriações (*ex-post*) conduzem os contratantes a uma necessidade de adaptação, que ocorre porque o contrato é incompleto e existe um grau de dependência bilateral que gera o risco de não adaptação entre ambos. Por seu turno, a falta de mensurabilidade de um serviço é apontada como um fator indutor de oportunismo (BROWN, POTOSKI, 2003 p. 445). Ela pode ser definida como a dificuldade de um contratante, por exemplo, o governo, medir os resultados do serviço contratado, monitorar as atividades necessárias para o correto recebimento do serviço ou ambas. Segundo os autores citados, serviços como os de atenção à saúde mental seriam mais difíceis de mensurar do que serviços de coleta de lixo. Os casos em que o serviço possa ser mensurado configuram-se como incentivos de alinhamento para reduzir o oportunismo dos fornecedores.

Finalmente, entre as propriedades que singularizam a transação, merece menção a frequência com que se apresentam as características de uma transação, posto que tal frequência é importante porque indica um caminho para a redução dos custos e confere um efeito sobre a reputação da organização (Obermann, 2007 p. 481), institucionalizando-a.

Quanto maior a frequência de especificidades do ativo transacionado e das incertezas que lhe são inerentes, tanto maiores serão os custos de transação preventivos necessários. A regularidade dos eventos conduz a um conhecimento do risco envolvido e contribui para a construção de estruturas capazes de reduzir a

incerteza. Assim, o custo de transação, para estruturas de governança, é uma função dependente da combinação dessas três características.

As propriedades, aqui, enumeradas foram abstraídas originalmente para transações que se efetivam entre agentes econômicos no setor privado. Entretanto, quando a transação envolve uma parte governamental, a transação recebe a designação do setor público. Em geral, o governo envolve-se em diferentes tipos de transações, na sua maioria com especificidade mais elevada, onde o mercado falha. Dito de outra forma, o governo atua em áreas em que existe menor eficiência do mercado.

TRANSAÇÕES NO SETOR PÚBLICO

Nem toda a interação governamental constitui uma transação, objeto da teoria dos custos de transação, porque as suas características (especificidade, riscos de externalidades e riscos morais) correspondem à ideia de troca. Ocorre que o governo pode interagir de uma forma não compatível com uma estrutura de mercado, ou seja, por meio de troca, o que se dá, por exemplo, na emissão de uma lei ou outro regulamento. São as transações chamadas soberanas, que também englobam a defesa nacional. Nessa situação, a análise comparativa de eficiência torna-se impraticável, porque não há dois agentes econômicos trocando bens e serviços. Williamson (1981, p. 551, tradução nossa) oferece outra definição de transação, além da citada anteriormente, que limita um pouco mais o seu alcance.

Uma transação ocorre quando um bem ou um serviço é transferido por meio de uma interface tecnologicamente separável. As transações são mediadas por estruturas de governança (de mercado, híbrida ou hierárquica).

Nesta definição fica mais explícita a ideia de que se uma plataforma tecnológica for desenvolvida para determinada transação, de modo alternativo ao mercado, com o objetivo de infundir ordem, mitigar conflitos e realizar ganhos mútuos entre os parceiros contratuais, isso implicará em um custo.

As transações do setor público são caracterizadas por contratos de longa duração com caráter incompleto (Obermann, 2007 p. 481; Ruiter, 2005 p. 294), em outras palavras, prestações de serviços com foco em problemas contínuos, com

alternativas de fornecimento limitado pelo mercado. Por essa razão, a transação governamental nunca atinge o status de transação ideal, ou seja, uma relação em que existe uma quantidade elevada de fornecedores, na qual a identidade das partes contratantes torne-se irrelevante. A especificidade de ativos transacionados pelo governo tende a ser alta, como é o caso dos recursos humanos governamentais que demandam treinamento e apresentam desempenhos peculiares e, em muitos casos, sem qualquer aplicabilidade no setor privado. Pode-se, neste caso, citar como exemplo o treinamento de um agente comunitário de saúde que, preparado para o levantamento da situação da saúde coletiva a partir da visita domiciliar, no setor privado, apresentaria pouca ou nenhuma aplicabilidade alternativa dessa habilidade.

A teoria dos custos de transação foi estendida para a esfera pública, em que o governo organiza transações sem uma motivação primária de economia de custos, isto é, as transações ocorrem simplesmente porque elas emanam de uma autoridade (RUITER, 2005 p. 292). Essas transações exigem probidade, por exemplo, nas relações exteriores, nas forças armadas, na inteligência, na gestão e na oferta monetária (Williamson, 1999 p.321), recursos relacionados à soberania. Para atenuar tais características transacionais, no caso governamental, foi inserida uma quarta característica, a da probidade, que significa lealdade à liderança⁴ e à missão⁵ e que está associada à integridade processual.

A probidade é uma condição de contenção do risco contratual que não pode ser executada por ameaça de imposição de pena pecuniária. Tal pena ou outros tipos de sanções, de instrumentos de ajuste, são chamados de elementos de elasticidade dos contratos ou de “doutrina da desculpa”. Esses elementos são característicos da abordagem neoclássica, que reconhece as falhas de mercado e a

⁴ Na administração pública, existe um debate sobre a dicotomia entre a administração em si e a política. Os cargos decisórios, no topo da hierarquia, são ocupados por políticos que estabelecem as metas a serem perseguidas, com a aprovação legislativa. Por outro lado, a burocracia tem de prover os meios para se alcançarem tais metas.

⁵ Meirelles (1999 p. 81) ensina que “[...] toda a atividade do administrador público deve ser orientada pelo bem comum da coletividade. Se o administrador se afasta ou desvia, trai o mandato de que está investido.”

incompletude dos contratos. A falta de probidade é descrita como incompetência imperdoável ou mesmo como traição. O exemplo que Williamson fornece (1999 p. 324) diz respeito ao executivo de uma agência pública que não exerce a sua autoridade de forma convincente. Segundo o autor, a fraqueza no atributo da experiência aparente, externamente, constitui um risco de probidade, pois mina a capacidade interativa da agência com outros órgãos e instituições. O executivo, agente político, pode prescindir de conhecimento técnico na tomada de decisões e a sua racionalidade torna-se, portanto, mais limitada do que a do agente administrativo. De acordo com Obermann (2007, p. 493), os efeitos da probidade como determinantes potenciais sobre os custos de transação ainda não teriam sido explicitamente analisados a partir de dados empíricos. Contudo, é possível que investimentos em comunicação e coordenação no ambiente administrativo de tomada de decisões possam reduzir as incertezas cognitivas e aumentar a probidade das transações no setor público.

As especificidades das transações do setor público, como a do agente de saúde, antes citada, devem ser compensadas pela segurança e pela estabilidade que o emprego público oferece em relação ao setor privado. O trabalhador do setor público, ao se tornar estável, não se preocupa com a aplicabilidade alternativa de suas habilidades em outro local de emprego. No caso de ativos físicos, Genugten (2008 p. 62) cita o exemplo de investimentos para a entrega de determinados serviços públicos, tais como eletricidade, transporte e água potável. Segundo a autora, tais investimentos não possuem um uso alternativo ou, possuindo, a sua próxima alternativa de uso apresenta um valor baixo. Com isso, o governo fica obrigado a contratá-los em uma relação de dependência bilateral ou a produzi-los por sua própria conta.

Parece evidente que todas essas características, tanto no setor privado, quanto no setor público, requerem investimentos quando o mercado falha. Esses investimentos e os efeitos da sua falta caracterizam os custos de transação.

Custos de transação

A eficiência de uma transação é a relação entre os seus resultados e os recursos empregados na sua obtenção, ou seja, os seus custos. Portanto, a

transação será menos eficiente quanto maior for o seu custo. Como denominador no cálculo da eficiência, podem-se utilizar custos de transformação, custos sociais e custos de transação isoladamente ou em conjunto. Os custos de transformação dizem respeito à matéria-prima, ao trabalho e a outros fatores de produção alocados no serviço ou produto, objeto da transação. Já, os custos sociais representam o conjunto de encargos que a coletividade deve suportar em função daquela transação, como os custos da degradação ambiental, da prática concorrência desleal (falsificação, contrabando, etc.), da evasão fiscal, etc.

A análise de eficiência, no presente trabalho, recai apenas sobre os chamados custos de transação propriamente ditos, que são os “[...] custos de funcionamento do sistema econômico” (WILLIAMSON, 1991 p. 269, tradução nossa). Assim sendo, para simplificação, assume-se apenas uma dimensão de custos do denominador da fórmula. Os custos de transação têm a sua natureza relacionada ou a uma externalidade, ou à especificidade, ou ainda, ao risco moral. Williamson (1999, p. 339) descreve três tipos de risco associados aos custos de transação governamentais, são eles: os excessos de custo de transformação / produção, a dependência bilateral e aqueles relacionados à (falta de) probidade. Estas espécies de custos são a consequência ou da assimetria de informação ou do oportunismo.

Do ponto de vista taxonômico, a análise dos custos de uma transação envolve três níveis distintos: (1) a estrutura global da organização, (2) os estágios ou partes do processo de produção do bem ou serviço transacionado e (3) os recursos humanos (WILLIAMSON, 1981 p. 549).

Os custos de transação se subdividem, cronologicamente, em outras duas espécies, os custos diretos ou *ex-ante* e os custos de fricção ou *ex-post*.

Um custo de transação ocorre quando um bem ou serviço é transferido por meio de uma interface tecnologicamente separável. Um estágio da atividade termina quando outro se inicia. Com uma interface bem ajustada, como uma máquina em bom estado, estas transferências ocorrem suavemente. Em sistemas mecânicos nós procuramos os atritos: as engrenagens se endentam, as peças estão lubrificadas, há derrapagens desnecessárias ou outra perda de energia? (WILLIAMSON, 1981 p. 552, tradução nossa).

Os custos diretos são aqueles de enfrentamento dos riscos morais e das externalidades potencialmente decorrentes da especificidade do ativo, da incerteza ambiental e comportamental, *ex-ante*. Tais custos dizem respeito à preparação, à negociação e às salvaguardas de um acordo (ZYLBERSZTAJN, 1995 p. 14) Por outro lado, os custos de fricção (atrito) decorrem *ex-post* das falhas de enfrentamento. São, portanto, os custos de ajustamentos e adaptações, quando o contrato for afetado por falhas, erros, omissões e alterações inesperadas (ZYLBERSZTAJN, 1995 p. 14).

A consideração isolada dos custos de transação diretos conduz à conclusão errônea de que o mercado é sempre a melhor estrutura de governança, pois não implica tais custos. Entretanto, é a consideração de ambos, diretos e de fricção, que dá a noção exata dos custos de transação. A não ocorrência de custos diretos, sob circunstâncias de maior especificidade, conduz à economia de custos de fricção (*ex-post*). Isso se justifica diante do alerta que Williamson (1999 p. 313, tradução nossa) faz e que é útil ao setor público, segundo ele,

[...] o oportunismo complicaria a perseguição de metas intermediárias na organização porque introduziria esforços estratégicos a fim de se conseguir vantagens locais à custa de um grupo maior para quem a transação ocorreria.

Para entender como o custo de transação direto relaciona-se com o de fricção, Alston *et al.* (2005, p. 53), ao tratarem da questão da rigidez orçamentária no Brasil, oferecem um exemplo útil. Os autores lembram que se houvesse uma transação de alocação orçamentária “ideal”, em que o custo de oportunidade fosse zero, nenhum tipo de vinculação ou destinação seria necessário a fim de se garantir o nível ótimo de bem-estar social. Porém, sob arranjos institucionais imperfeitos, a vinculação e a destinação tornam-se necessárias para garantir-se o comprometimento com certas ações ou para restringir-se a atuação de determinados atores sociais. O custo envolvido, neste caso, é a falta de flexibilidade orçamentária e possivelmente a redução da eficiência na distribuição do bem estar à coletividade.

Portanto, pode se concordar com Ruiters (2005, p. 287 tradução nossa) no sentido de que a governança consista, simplesmente, na “[...] forma ou modo de organização das transações com o propósito de se economizarem custos de

transação.” As estruturas ou modos de governança (mercado, híbrida e hierárquica) são apresentados na próxima subseção.

Conforme tem se evidenciado, no presente texto, toda e qualquer transação dá-se por meio de instituições. Assim sendo, no capítulo anterior, ofereceram-se subsídios para a diferenciação das transações, incluindo transações da mesma natureza ou com o mesmo propósito. No presente capítulo, são revisados os conceitos necessários à caracterização das estruturas ou das plataformas nas quais a transação acontece. Tal revisão dos modos de governança assenta-se nos seus elementos característicos, que permitirão descrever detalhadamente as estruturas presentes nos contextos estudados.

Na sequência, trazem-se os modos discretos de governança aplicados na análise do setor privado e, de forma mais importante para a tese, da sua extensão para o setor público. Diante de um arcabouço conceitual robusto é possível iniciar-se uma discussão sobre a análise de eficiência a partir de estruturas simples e discretas com base na hipótese discriminante de alinhamento, a fim de avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde. O capítulo encerra-se com a análise do conceito de problema persistente, suas propriedades e a sua demanda por estruturas de governança mais sofisticadas ou complexas.

3 Estruturas de governança

As estruturas ou modos de governança, diferentemente dos dois primeiros níveis de análise institucional sugeridos por Williamson (Figura 2), não dizem respeito ao ambiente, mas à forma como acontecem os relacionamentos entre os agentes ou atores sócio-econômicos. Este estágio da agenda da NEI é microanalítico e preocupa-se com a eficácia comparativa com que formas genéricas e alternativas de governança (de mercado, híbrida ou hierárquica) contribuem para a economia de custos de transação (WILLIAMSON, 1991 p. 269).

Instrumentos, atributos de desempenho e contrato

A economia dos custos de transação desdobra as estruturas de governança em três elementos: (1) os instrumentos (2) os atributos de desempenho e, (3) o tipo de contrato.

Os instrumentos são os elementos inseridos nos contratos para aumentar a sua eficiência. O primeiro tipo de instrumento é os incentivos de alinhamento que se

interpõem na busca do modo adequado de governança para uma transação. Os incentivos são “[...] uma medida do grau pelo qual uma parte do contrato se apropria dos ganhos (ou perdas) líquidos relativos aos seus esforços e decisões” (GENUGTEN, 2008 p. 26 tradução nossa). É o caso, por exemplo, da bonificação em ações em uma sociedade anônima em que os gestores não são seus proprietários. O aumento dos incentivos para a redução de custos repercute na escolha de executivos, na carreira funcional, nos procedimentos e no comportamento face aos próprios custos⁶ (WILLIAMSON, 1999 p. 331).

O problema da agência surgiu da separação entre a gestão desempenhada por um agente e a posse do patrimônio do principal. A assimetria de informações entre o principal e o agente contratado é a causa do problema. Por um lado, o agente age buscando o seu auto-interesse, não assumindo riscos e, por outro, o principal deseja maximizar a sua riqueza, o que não coincide com o posicionamento do agente. Desse modo, se não houver incentivos, o agente não assumirá os riscos à maximização da riqueza e buscará manter a sua posição em desacordo com os proprietários.

A ideia de agência pode ser estendida para o setor público de modo que um órgão público possa ser entendido como uma firma, que é interpretada como um rótulo, uma ficção legal representativa de uma coleção de contratos entre proprietários e gestores, gestores e empregados ou ainda entre gestores e seus fornecedores e clientes (KLEIN, 1998 p. 466). Na medida em que a abordagem transacional afaste-se do modelo ortodoxo, na Figura 1, uma ordem (ou economia) constitucional se estabelece entre as partes, assumindo uma maior interdependência entre os agentes e deslocando a relação em direção aos modos de governança.

O segundo tipo de instrumento é representado pelos controles administrativos que são definidos como “[...] os instrumentos de monitoramento e responsabilização

⁶ O relacionamento agente-principal e a análise do risco moral envolvido é um exemplo desse tipo de arranjo. A teoria de finanças apoiou-se fortemente no trabalho pioneiro de Berle e Means para explicar as consequências da pulverização do capital social nas sociedades anônimas. Segundo Zylbersztein “[...] o argumento da separação entre propriedade e controle, discutido por Fama & Jensen (1983b) e revisto por Williamson (1983), é o da busca da eficiência de estruturas de governança”.

(*accountability*)” (GENUGTEN, 2008 p. 26 tradução nossa). Esse controle materializa-se por meio de tarefas como planejamento, coleta e processamento de informações, auditoria e pelo exercício dos cargos de chefia.

Outro elemento da estrutura ou modo de governança é o atributo de desempenho. As partes podem adaptar o seu contrato de forma autônoma (A) ou coordenada (C) quando transacionam. Uma adaptação autônoma ocorre em mercados com grande quantidade de vendedores e compradores. Neste caso, a identidade das partes é irrelevante e o contrato não é relacional. No segundo caso, quando o mercado é imperfeito, surge a necessidade de se estipularem salvaguardas no contrato (S) preventivas aos riscos (de oportunismo e de externalidades). Ao se recorrer às salvaguardas, a adaptação contratual às falhas torna-se coordenada.

O último elemento da estrutura de governança é o contrato, tipificado por Williamson (1991 p. 271-2) em: o clássico, o neoclássico e o relacional.

O contrato clássico é aquele em que o mecanismo de preços ajusta as relações e instrumentos e incentivos são desnecessários. A lei contratual clássica aplica-se à transação ideal tanto do ponto de vista legal, quanto do econômico. A relação torna-se afinada na sua celebração por meio de um instrumento claro e, na sua conclusão, por meio de um desempenho ou uma execução igualmente clara; a identidade das partes, no caso, é irrelevante (WILLIAMSON, 1991 p. 271).

O contrato neoclássico é aquele em que instrumentos de incentivo e de controle se fazem necessários para combater falhas potenciais da transação. A lei contratual neoclássica, na transação, assume uma espécie de doutrina da desculpa que alivia as partes contratantes do cumprimento estrito da sua aplicação. Ela se destina a contratos em que os celebrantes mantêm sua autonomia por um lado e, por outro, uma dependência bilateral até determinado limite. Nessas circunstâncias, a identidade das partes é importante para o caso de problemas de adaptação não cessarem culminando, por exemplo, com o encerramento prematuro da relação. O instrumento neoclássico é elástico; quer dizer, os contratos de longo prazo incompletos dispõem de mecanismos adaptativos de realinhamento e restauração da sua eficiência quando sujeitos aos distúrbios contingenciais. Além de cláusulas

para absorção de desalinhamentos, o contrato neoclássico tem, como instância preferencial para resolução de conflitos, a arbitragem (WILLIAMSON, 1991 p. 272).

Por último, o contrato relacional ocorre sob condições de alto risco, com dependência bilateral extrema, forçando, em última instância, a internalização da produção do bem ou do serviço. Este tipo de contrato é caracterizado, por Zylbersztajn (1995, p. 56), como [...] um conjunto próprio de normas e regras dentro de um padrão muitas vezes próprio e específico. Os regimentos internos de órgãos públicos, as leis orgânicas de Municípios, os manuais departamentais de indústrias, etc. constituem exemplos desta modalidade. Em contratos relacionais, a lei contratual é implícita ou está ausente, visto que ela é interna à organização (administrativa), não podendo ser objeto de disputa judicial. A regra interna de julgamento organizacional é:

Na ausência de má-fé ou de outro motivo corrupto, os diretores, normalmente, não são responsabilizados pela corporação por erros decisoriais desde que tais erros não sejam classificados como erros de fato ou erros da lei (GILSON apud WILLIAMSON, 1991 p. 274, tradução nossa).

A elucidação da regra afasta qualquer possibilidade de litígio judicial na resolução de problemas, destinando à hierarquia a função que, em outros tipos de contrato, cabe à corte ou ao tribunal.

Modos de governança no setor privado

Os conceitos, até aqui abordados - instituições, transação, custos de transação, instrumentos, atributos e leis contratuais - são necessários para se explicar porque diferentes modos ou estruturas de governança emergem. Cada modo de governança apresenta fraquezas e fortalezas tornando desafiadora a tarefa de enunciar os atributos ideais de cada estrutura e alinhá-los aos diferentes tipos de transação de forma econômica (WILLIAMSON, 2002 p. 175). A eficiência de uma transação deriva-se do teste da hipótese discriminante de alinhamento.

Os modos de governança (hierarquia, mercado ou híbrido) de uma organização empresarial explicam se a transação tende à produção interna ou à compra externa de um bem ou serviço ou se tende a uma mescla de ambas. Dessa forma, cada modo de governança possui uma lei contratual característica.

MODO DE MERCADO

Ao se distanciar da situação em que existam muitos fornecedores, toda e qualquer organização econômica enfrenta um problema crucial, o da adaptabilidade. O tipo de adaptação autônoma ou simplesmente tipo “A” (Figura 3), descrito por Williamson (1991, p. 278), é aquele em que as mudanças na oferta e na demanda de uma *commodity* refletem-se na alteração dos preços como resposta aos participantes individuais pela sua tomada de decisão. Neste caso, a especificidade do ativo (K) é zero. Por essa razão, o conhecimento da identidade das partes contratantes continua desnecessário.

Figura 3 – Esquema contratual simples

Fonte: adaptado de Williamson, 2005 p. 12.

Por outro lado, as transações que utilizam tecnologia com finalidade específica são aquelas que envolvem ativos mais específicos ($K > 0$). Como foi visto, quanto maior a especificidade, maiores as chances de distúrbios e de expropriações.

Ao se caracterizar um modo de governança também é necessário identificar a magnitude de salvaguardas (S) envolvidas no contrato estabelecido. Em uma situação $S = 0$, nenhuma salvaguarda contratual é oferecida (ponto “B” na Figura 3). Assim sendo, pouco ou nenhum custo de transação *ex-ante* dessa natureza emerge.

O modo de mercado caracteriza-se por combinar (1) incentivos altos à eficiência, (2) controles administrativos fracos, (3) resolução jurídica de disputas que conduz a (4) uma forte adaptabilidade autônoma (RUITER, 2005 p. 289). Portanto, o

modo de mercado não deve ser utilizado sob condições de especificidade do bem ou serviço transacionado, pois, com pouco investimento em instrumentos na plataforma de governança, os custos *ex-post* podem ser consideráveis.

Uma forma de adaptabilidade autônoma é a “organização temporária”. Herbert Simon (2000, p. 751) cita, por exemplo, os contratos de construção de longo prazo como uma forma temporária de organização. Tais contratos caracterizam-se por algum grau de especificidade e, de acordo com o autor, em um momento pré-contratual, realiza-se uma intensa troca de informações entre projetistas e construtores a fim de que o contrato possa ser selado. Certamente, a troca de informações contribui para uma redução de incertezas cognitivas e desalinhamentos ideológicos durante a execução do contrato. Tal exemplo atenta para o fato de que mesmo estruturas de mercado incorrem em custo de transação *ex-ante* de preparação contratual a fim de reduzir custos de transação *ex-post* (fricção). O modo de mercado, no seu estado puro, oferece, pelo menos em tese, poucos mecanismos de coordenação e pressupõe a disponibilidade de informação às partes, estabilidade econômica e um baixo grau de externalidades potenciais. Wollman (2003 p. 596) sugere que o modo de mercado como substituto à hierarquia na coordenação seja o lugar comum do movimento denominado Nova Administração Pública. No caso particular, presume-se que a mão invisível conduza os participantes da tomada de decisão e da execução da política pública e não seria de se esperar um modo similar a esse aplicado às transações de serviços ditos essenciais.

MODO HIERÁRQUICO OU RELACIONAL

Williamson (1991, p. 271), parafraseando Clausewitz⁷, considera que “[...] a hierarquia não é meramente um ato contratual, mas é também um instrumento que dá continuidade nas relações de mercado por outros meios”. Acresça-se que a contribuição desse modo de governança (“D” da figura 3) para a administração

⁷ Estrategista alemão e diretor da Academia Militar de Berlim entre 1818 e 1830. Criou o conceito de guerra total que marca a atuação da Alemanha na guerra de 1914-1918. Celebrizado pelo fato de considerar a política como uma espécie de guerra

pública é um pouco distinto. O modo hierárquico combina (1) incentivos de baixo poder à eficiência, (2) controles administrativos fortes, (3) resolução interna de disputas que conduzem a (4) forte adaptabilidade coordenada (RUITER, 2005 p. 289). A consequência de transacionar um bem ou serviço de alta especificidade sob uma plataforma hierárquica é um custo mais alto, decorrente do investimento na proteção da relação sob dependência bilateral e, também, da falta de um mercado eficiente para se chegar a um preço correto. O custo de transação de um item de alta especificidade, sob uma plataforma hierárquica, torna-se, portanto, o menor possível nas condições de fornecimento.

MODO HÍBRIDO

Os dois pólos extremos de modos de governança, ou seja, o hierárquico e o de mercado, quando confrontados com a complexidade do ambiente, tornam-se menos claros dando origem a modos híbridos (KEAST *et al.*, 2006 p. 28). Um modo híbrido é uma estrutura organizacional intermediária que mescla as características do modo hierárquico e do modo de mercado.

Assim, cláusulas de reparações ou salvaguardas (S) previstas servem para regular os enganos, a manipulação de interpretações, as discricionariedades, as punições ou as sanções, os desempenhos, etc. (Figura 3). Na medida em que distúrbios, que são característicos nas transações, tornam-se mais frequentes, os custos *ex-ante* decorrentes da “doutrina da desculpa” desse modo de governança tendem a se elevar. Tratam-se, por exemplo, de termos aditivos com novas cláusulas, repactuações de preços, multas, cobranças que podem ser inseridos na relação para ajustá-la.

Quando, finalmente, a arbitragem concedesse lugar ao litígio, o contrato se reverteria para um sistema muito mais legalista (WILLIMANSON, 1991 p. 273). Essa afirmação indica que, em tais circunstâncias, a especificidade do ativo e a

dependência bilateral foram subestimadas no contrato e que não resta outra alternativa à parte prejudicada a não ser recorrer ao Poder Judiciário.

O modo híbrido combina (1) incentivos semifortes à eficiência, (2) controles administrativos restritos, (3) resolução de disputas por meio de arbitragem que juntos conduzem a (4) uma combinação de adaptabilidade autônoma semiforte com adaptabilidade coordenada semiforte (RUITER, 2005 p. 289). As consequências econômicas de transacionar um item de alta especificidade em uma plataforma híbrida não são tão claras quanto nos casos anteriores. Elas dependerão da frequência das propriedades da transação durante a execução do contrato, como é o caso da falta de instrumentos de controle sobre o desempenho contratual do item que pode induzir o fornecedor ao risco moral de perda de produtividade. Essa perda eleva o custo da transação total para um valor superior ao do custo *ex-ante* de monitoramento incorrido sob uma plataforma hierárquica.

É possível estabelecer-se parâmetros comparativos com as características de cada modo discreto de governança e, a partir do Quadro 1, pode-se concluir que as transações com características peculiares minimizam os seus custos ao se alinharem com modos específicos de governança sob determinadas circunstâncias. No caso já reiterado de uma transação de um item altamente específico, a adaptação autônoma não funcionará e será necessária uma plataforma com atributos de coordenação. Além disso, será preciso que a estrutura disponha de instrumentos de controle do desempenho do fornecedor.

Atributos	Modo de governança:		
	mercado	híbrida	hierarquia
Instrumentos:			
<i>intensidade dos incentivos</i>	++	+	0
<i>controles administrativos</i>	0	+	++
Atributos de desempenho:			
<i>adaptação tipo "A"</i>	++	+	0
<i>adaptação tipo "C"</i>	0	+	++
"Lei" contratual	++	+	0

onde: ++ = forte; + = semi-forte; 0 = fraco

Quadro 1 – Atributos de governança no setor privado

Fonte: Williamson, 1991 p. 281, tradução nossa

O alinhamento do modo de governança com a transação implica na assunção de custos que dependem da intensidade dos incentivos, da presença de controles internos, do tipo de adaptação (autônoma ou coordenada) e do meio utilizado para resolver distúrbios contratuais incessantes. Esse alinhamento prévio é obtido ao custo do desenvolvimento de uma plataforma tecnológica contratual, que evita o desalinhamento *ex-post* entre transação e estrutura existente ou construída. A tecnologia contratual com o propósito de aumentar a eficiência deve levar em consideração as características das transações, ou seja, a especificidade do item, o risco de comportamento oportunista e as externalidades que conduzem à má-adaptação entre as partes. A frequência desses itens é decisiva para a escolha adequada do modo de governança ideal.

Modos de governança no setor público

Williamson estendeu a teoria da Economia dos Custos de Transação ao setor público a partir do seu artigo *Public and Private Bureaucracies: A Transaction Cost Economics Perspective*, em 1999. Para as organizações governamentais, Williamson substituiu alguns elementos do instrumental de análise de eficiência, de tal sorte que o instrumento controle administrativo foi substituído pela burocratização, a adaptação autônoma ou coordenada por autonomia adaptativa ou integridade adaptativa. Ressalve-se, contudo, que as diferenças são terminológicas, a fim de distinguir o objeto da análise, ou seja, o público do privado.

Os modos de governança também mudaram de rótulo na extensão da teoria da Economia dos Custos de Transação para o setor privado. O pólo discreto de mercado é denominado de privatização, ao passo que o pólo discreto hierárquico é chamado de agência. O contínuo entre esses dois pólos passa de modo híbrido para modo de regulação.

PRIVATIZAÇÃO (MERCADO)

Nos contextos mais inclinados ao modo de privatização, pode-se esperar uma tendência de terceirização de serviços públicos, de pouca coordenação e uma atitude mais autônoma dos contratantes. Esse fato deve-se, em parte, à maior autonomia que o serviço público dispõe sob esse modo de governança dispõe. Em

tese, ela permite maior flexibilidade na escolha dos executivos, com menor interferência política e com maior possibilidade de alteração no quadro de colaboradores. Por outro lado, essa proximidade com o contrato clássico é contrabalançada pelo maior risco de improbidade, ou seja, de distanciamento da missão que o serviço se propõe a alcançar.

CONTRATOS EXTERNOS					CONTRATO INTERNO			
TERCEIRIZAÇÃO				CO-GOVERNANÇA				
EMPRESAS		TERCEIRO SETOR		OUTROS GOVERNOS				
ESPECIFICIDADE DOS ATIVOS								
BAIXA	MÉDIA				ALTA			
COMPRA DIRETA				CONVÊNIO			ADM DIRETA	
	AUTORIZAÇÃO		CONTRATO DE GESTÃO	CONSÓRCIO	FUNDO	AUTARQUIA		
	PERMISSAO	EMPRESA PÚBLICA			FUNDAÇÃO			
	CONCESSAO							
	PPP							
CURTO PRAZO	PARCERIAS DE LONGO PRAZO (fronteira viável)				LONGO PRAZO			
COMPETÊNCIA DO GOVERNO LOCAL								
SERVIÇOS DE INTERESSE PÚBLICO - SERVIÇOS ESSENCIAIS					SERVIÇO DE INTERESSE PÚBLICO		SERVIÇOS ESSENCIAIS	
Dispensa, inexigibilidade, registro de preços, pregão, etc	DELEGAÇÃO	OUTORGA	DELEGAÇÃO					
múltiplos fornecedores no mercado competitivo	Contrato de adesão,		Cooperação	Alinhamento	OUTORGA		CENTRALIZAÇÃO	
NÃO SE APLICA	DESCONCENTRAÇÃO	DESCENTRALIZAÇÃO		COOPERAÇÃO ASSOCIATIVA	DESCENTRALIZAÇÃO			

Figura 4 – Exemplos de modos de governança pública.

Fonte: elaboração do autor inspirado no quadro de especificidades de relacionamentos de fornecedor-comprador para a indústria farmacêutica apresentado por Correia (2001, p. 48)

Na Figura 4, podem-se observar os métodos de aquisição e de prestação de serviços pelos governos no Brasil. As compras diretas e as licitações, de uma maneira geral, são direcionadas aos bens e aos serviços transacionados com menor especificidade e, portanto, mais próximos de um mercado. Consequentemente, as salvaguardas contratuais desses modos de licitação (ou dispensa) são menos intensas do que as verificadas nos demais métodos.

Com base nas condições de especificidade que revestem as compras diretas e licitações com menos formalidades, faz-se possível concluir que as transações de serviços públicos essenciais, tais como a saúde, não possam ser alvo do modo de privatização, pelo menos no seu estado puro. Devido à característica de essencialidade e incompletude dos contratos, essas transações implicam algum grau de coordenação governamental.

REGULAÇÃO (HÍBRIDO)

A regulação representa o estágio intermediário de governança entre a privatização e a agência pública. Esse modo é sugerido para os contratos de longo prazo, incompletos, no qual o governo busca proteção por meio de um complexo regulamentar (leis, normas e outros atos legais), de auditoria, da escolha de executivos sob aprovação do chefe do poder executivo e do poder legislativo se assim a lei o mandar. Nesse modo de contrato, encontram-se as formas de delegação de prestação de serviços, dentre as quais a concessão, a terceirização, a permissão de uso e a parceria público-privada (Figura 4). As demais características desse modo de governança equivalem às descritas para o modo híbrido.

Os serviços essenciais tendem à verticalização na agência pública. Entretanto, uma situação de menor hierarquização da atenção primária é encontrada no Programa da Saúde da Família em São Paulo, que é financiado com recursos públicos, mas operado pelo setor privado (DE LAVOR *et al.*, 2007 p. 59), constituindo, pois, um exemplo de plataforma regulatória.

AGÊNCIA (HIERÁRQUICO OU RELACIONAL)

No modo agência não é comum existir incentivos tais como premiação por desempenho. Os servidores dispõem de uma maior estabilidade no emprego comparativamente ao modo de privatização ou de regulação. O tipo do serviço desempenhado exige probidade em maior intensidade, lealdade à missão e à liderança. Tais fatos determinam que uma mudança na política, qualquer que seja a sua razão, possivelmente será executada sem maiores problemas, haja vista a coordenação expressa por meio do atributo da integridade adaptativa (em outras palavras, maior coordenação). As formas de organização sob o modo de governança de agência englobam os órgãos da administração pública (lado direito da Figura 4) e são indicadas para situações de maior especificidade dos ativos transacionados.

No Quadro 2, podem-se verificar quais são os elementos fortes e fracos de cada arranjo institucional no setor público:

fato, o governo tem motivações diferentes do setor privado, e elas são muitas. Sinteticamente, pode-se afirmar que, enquanto na empresa privada, o objetivo é a maximização da riqueza dos proprietários, no governo, o objetivo é a maximização do bem estar dos cidadãos. Dessa forma, existem indicadores externos de eficiência bem mais claros nas empresas, como o lucro, o lucro por ação, o retorno sobre o investimento, etc. Não obstante a ausência desses indicadores de forma clara no governo, as reformas empreendidas no setor público, na América Latina, trouxeram à baila a exigência da eficiência, que fica evidente, por exemplo, no texto constitucional brasileiro.

A ECT oferece um referencial adicional para explicar a eficiência (ou a sua falta) por meio da hipótese discriminante de alinhamento entre a transação e a respectiva estrutura de governança. Portanto, discretamente o que interessa saber é se determinada transação está ou não alinhada com o modo de governança instituído, assegurando o menor custo de transação total.

Estruturas de governança ampliada

Com a mudança de paradigma e o esvaziamento do Estado (*hollow state*), nos Estados Unidos e na Europa, no final da década de 1970, novos arranjos tornaram-se necessários, alternativos a uma estrutura verticalizada ou puramente hierárquica, implicando no envolvimento de mais atores na partilha de responsabilidades pela provisão de serviços públicos. Tal mudança coaduna-se com o objetivo potencial de economia de custos de transação, porque abre a possibilidade para que o serviço público seja prestado, ao menos em parte, pelo setor privado.

Já, as redes são tratadas na literatura de administração pública como um modo (alternativo) de governança. Diferentemente que a hierarquia e que o mercado, a governança em rede fundamenta-se em relacionamentos de intercâmbio baseados na confiança, na solidariedade, na reciprocidade e no consenso, de modo a forjar a ação coletiva (KEAST *et al.* 2006 p. 28; WOLLMANN, 2003 p. 595). Trata-se, então, de um modo híbrido que demanda coordenação, um atributo característico de certo grau de governança hierárquica. Porém, segundo Goldsmith e Eggers (2004 p. 10 tradução nossa)

[...] os modelos de serviços entregues por terceiros, contratos entre o governo e agências, comercialização, as parcerias público-privadas, a terceirização, os contratos de concessão e a privatização, são os componentes centrais de uma tendência rumo ao governo em rede.

As características de privatização, embora com maior participação da iniciativa privada nas ações políticas, necessitam de alinhamento ou coordenação para que possam atingir o *status* de rede. A governança em rede é, portanto, uma tentativa de combinação das características de privatização completa (mercado) com a agência pública (hierarquia / relacional). Desse modo, uma rede não pode ser caracterizada como um modo discreto de governança, mas como uma estrutura híbrida de regulação, onde o governo supervisiona o fornecimento de bens e serviços públicos por agentes particulares à população beneficiária.

PROBLEMAS PERSISTENTES (*WICKED PROBLEMS*)

Existem problemas que não são passíveis de resolução apenas por meio da intervenção governamental isolada, mesmo com um custo de transação do tipo direto (*ex-ante*) sendo investido pelo setor público estatal. Tem-se, nesta situação, a título de exemplo, o caso das epidemias e o combate ao uso de drogas. Em geral, esses problemas são denominados de problemas persistentes e representam custos de transação *ex-post* contínuos. Ao se enfrentar um problema persistente, é natural que diferenças de aspirações, de valores e de perspectivas se imponham, de tal modo que uma decisão clara e consensual seja difícil de ser alcançada pelos atores envolvidos. Os problemas sociais desse contexto sofrem de uma patologia de acepção institucional, ou seja, prescindem de uma autoridade que invoque para si a responsabilidade de coordenação, de modo que tais problemas acabam confiando sua resolução mais ao julgamento político do que à certeza dos técnicos. Assim sendo, essas dificuldades continuam persistentes, ou seja, resistentes a uma solução clara e consensual.

Características gerais do problema persistente

As principais características do problema persistente, segundo o *Australian Government* (2007, p. 3) e Head e Alford (2008, pp. 4-5), são: não existe formulação

definitiva para o que constitui o seu objeto; não há regra de interrupção, ou seja, solução definitiva; as soluções não são do tipo verdadeiro ou falso, mas do tipo boa ou ruim. Pode-se mencionar, neste caso, como exemplo, a situação que não se pode dizer que a atenção primária à saúde domiciliar constitua o “verdadeiro” modo de atenção. Pode-se, contudo, dizer que a atenção domiciliar é um “bom” modo de prestação de serviços de saúde. Por outro lado, a atenção primária “hospitalar” não seria a “falsa” atenção e sim, digamos, um modo de atenção “ruim, porque se concentra com níveis de complexidade maior em um único local e compete com eles pelos mesmos recursos. Outras características do problema persistente são: não existe teste imediato, tampouco definitivo, para uma solução; toda a (tentativa de) solução é uma operação única; os resultados não podem ser prontamente desfeitos e não existe oportunidade para se aprender por meio de tentativa e erro. Além disso, o problema persistente, de acordo com a teoria em estudo, não possui um conjunto enumerável (ou exaustivamente descritível) de soluções potenciais, nem existe um conjunto de operações permissíveis que se possa incorporar dentro de um plano; é essencialmente único, singular; pode ser considerado um sintoma de outro problema; a existência de uma discrepância representando um problema persistente pode ser explicada por inúmeras formas, quer dizer, cada pessoa observa a solução e o problema de um modo distinto. Ainda como característica do problema persistente, o planejador não tem o direito de estar errado; não existe tolerância pública a experimentos que falham. Todas essas características apontam para uma situação de extrema especificidade e guardam uma identidade com o problema da saúde coletiva.

Embora os problemas persistentes detenham a característica de alta especificidade não existe uma única organização ou pessoa que consiga transacionar o seu objeto de resolução. Assim é que manter a saúde pública dentro de níveis aceitáveis de desempenho, dificilmente será uma tarefa exclusiva do governo central de um país. Cada província ou estado e localidade conhece as suas peculiaridades epidemiológicas melhor do que o governo central e, portanto, torna-se um parceiro necessário na execução da política de saúde. O paradoxo para a plataforma de abordagem (ou estrutura de governança) dos problemas complexos é que eles deveriam ser o alvo de metas políticas dialogadas. Assim posto, as

transações concebidas para a resolução dos problemas públicos persistentes deveriam ser executadas sob plataformas híbridas de governança (não totalmente verticalizadas dentro governo), com certa coordenação governamental por um lado, contrabalanceada por outro, dos custos de transação diretos investidos em comunicação e mecanismos de diálogo entre os atores envolvidos. Ironicamente, essa construção tecnológica não garante a certeza da redução de custos de transação *ex-post* ou de fricção.

Entre os exemplos de problemas persistentes fornecidos pelo *Australian Government* (2007, p. 1-2) encontram-se: a mudança climática, a obesidade, a questão indígena e a degradação dos solos.

Partindo-se do pressuposto de que todas as pessoas tenham direito de acesso à saúde, segundo uma visão universalista, e diante da fragilidade humana frente às doenças e seus agravos, a prevalência de situações de atendimento curativo e paliativo, em oposição a uma visão preventivista, coloca-se como um problema representativo de ineficiência e persistente para a saúde coletiva. Essa persistência dos problemas de saúde pode derivar de uma série de interpretações, como do diagnóstico da enfermidade não realizado tempestivamente ou feito de modo errado; da não abordagem e correção dos determinantes do processo de doença, tais como da (falta de) infra-estrutura sanitária, da educação coletiva, da qualidade de vida e de trabalho e de outros aspectos ambientais.

Os problemas persistentes põem os indivíduos sob condições de incerteza (Bueren *et al.* 2003 p. 193), fazendo com que pareçam carecer de resolução possível. Além da especificidade característica de transações de serviços públicos, os problemas persistentes singularizam-se por riscos ou incertezas de naturezas cognitivas, estratégicas e institucionais conforme as descrições a seguir.

Incerteza cognitiva (racionalidade limitada)

De acordo com Bueren e colaboradores (2003 p. 193), o primeiro tipo de incerteza na busca da resolução de problemas persistentes é a cognitiva, isto é, a incapacidade para compreender os problemas e identificar os seus relacionamentos causais. Conforme lembra Peres (2007 p. 17), “[...] a racionalidade limitada implica em que os indivíduos possuam restrições na sua capacidade cognitiva de processar

todas as informações necessárias a uma tomada de decisão”. Ao não se chegar a uma decisão, o não investimento necessário é uma consequência e um custo de transação *ex post* na atenção primária à saúde. Se a decisão de APS for tomada de modo equivocado, certamente custos de má-adaptação surgirão.

No que tange à incerteza estratégica, as visões sobre um problema e sobre como ele deva ser resolvido variam conforme o posicionamento de cada parte envolvida na sua transação (BUEREN *et al.*, 2003, p. 193). Em cenários de incerteza, decisões são tomadas por meio da ampliação nas interações entre atores. Os recursos necessários à resolução de problemas persistentes encontram-se em diferentes partes (na sociedade civil, no governo, na iniciativa privada, no terceiro setor, em outros países, etc.) e os atores envolvidos são interdependentes (BUEREN *et al.*, 2003, p. 194). Dessa forma, a resolução desses problemas somente é alcançada por meio de interações e, quanto mais intensas elas forem, menor é a incerteza sobre qual decisão a rede deve tomar. No entanto, se o aumento de interações não for alcançado de maneira autônoma, ele demanda custos de transação diretos (*ex-ante*). A questão, neste caso, é, então, qual ou quais os atores que devem arcar com o custo e como convencê-los a pagar.

A incerteza estratégica e o custo da sua redução relacionam-se ao terceiro tipo de risco que se encontra associado aos problemas persistentes, a incerteza institucional, que resulta do fato que as decisões são tomadas em locais diferentes, sob cenários distintos e contextos políticos nos quais atores de diversas arenas participam. Geralmente, a configuração institucional, em que os problemas complexos são tratados, é extremamente fragmentada (BUEREN *et al.*, 2003, p. 195).

A incerteza institucional parece a mais relevante para a abordagem de problemas persistentes interjurisdicionais, sobretudo em federações, como é o caso da Argentina e do Brasil. A alteração nas políticas públicas é mais restrita em federações dado que a autonomia dos governos dispersa o exercício da autoridade política, potencializando uma maior possibilidade de veto institucional das minorias em arenas decisórias, o que tende a produzir decisões políticas com base no mínimo denominador comum (ARRETCHE, 2002, p. 30). Essa abordagem ajuda a explicar o ambiente institucional de formulação das políticas públicas de APS nos dois

contextos e a forma como as instituições governamentais perseguem a eficiência nas transações intergovernamentais.

A complexidade dos problemas de saúde criou uma situação similar na Argentina e no Brasil nos últimos vinte anos. A política de saúde tem sido formulada no governo central, mas a sua execução foi descentralizada. Essa estrutura de governança não é discreta e representa riscos estratégicos e institucionais em potencial.

Para um governo local, responsável pela execução da política de saúde, a capacidade organizacional de agir com um grau justo de independência ao menor custo de transação possível (autonomia) confronta-se com a necessidade de cooperar e afetar outros detentores de poderes, a fim de participar da arena política em que as decisões são tomadas (Figura 6).

Figura 6 – Instabilidade política, autonomia e influência

Fonte: Lane e Ersson, 1987 *apud* Toonen et al., 2007 p. 5, tradução nossa

Baixos níveis de confiança nos canais de tomada de decisão conjunta em relacionamentos entre o governo central e o governo local induzem a uma maior exigência por autonomia do segundo em relação ao primeiro. Toonen explica que o ponto “H” da Figura 6 oferece baixo grau de autonomia com maior possibilidade de decisões compartilhadas, como uma grande comunidade sueca, ao passo que, a posição “G” oferta o mesmo senso de auto-determinação, de forma oposta, o que pode ser exemplificado por um governo como o de Flandres na Bélgica ou o da

Catalunha na Espanha. Seguindo esse raciocínio, pode-se lançar a hipótese de que exista uma maior autonomia para os governos locais brasileiros em comparação com os argentinos. É de se esperar, então, uma maior capacidade de influência junto às províncias e à Nação por parte das municipalidades argentinas em comparação análoga ao caso brasileiro, pois a renúncia à autonomia deve ser compensada pela influência na formulação da política. Essa discussão, contudo, no contexto da saúde, implica em outra diferença institucional comparada. Na Argentina, a execução dos serviços de saúde é competência das províncias, enquanto que, no Brasil, é dos municípios. Por isso, a renúncia de autonomia calcada na confiança dos entes locais no governo central deve ser interpretada entre Província e Nação na Argentina e entre Município, Estado e União, no Brasil.

O fator financeiro também desempenha um papel preponderante na relação de influência e autonomia, visto que, sem recursos não há autonomia de fato. A distribuição da arrecadação, na Argentina (77% na Nação, 19% nas províncias e apenas 4% nos municípios), segundo Montes (2003, p. 6, tradução nossa), faz com que

[...] os políticos locais, longe de crer e atuar pela governança e reforma do Estado, evadam-se do custo político de arrecadar por canais próprios, porque contam com uma co-participação que lhes garante recursos instantâneos de jurisdições extra-regionais.

O relato, tal qual se apresenta, descreve uma transação motivada pelo oportunismo, sem quaisquer salvaguardas de garantia para a prestação de serviços públicos e onde os custos de transação *ex-post* tendem a se elevar potencialmente ao longo do tempo. Tal configuração da plataforma de governança é perversa à eficiência e resume-se ao recebimento de transferências de recursos e à manutenção da autonomia local para a formulação das políticas públicas. A plataforma de cooperação política argentina caracteriza-se como híbrida, com baixa coordenação para transações de serviços públicos que, por definição, são de alta especificidade, isto é, os que não encontram oferta alternativa no mercado. Esse fenômeno seria de se esperar no Brasil não fosse a pactuação de políticas públicas sociais entre o governo central e os governos subnacionais. Nesse arranjo, os entes federativos de menor grau abrem mão de sua autonomia e conseguem influenciar a

formulação de políticas coordenadas nacionalmente. Com isso, a eficiência das transações de mais complexidade é maior em comparação à situação argentina.

MODOS DE GOVERNANÇA MAIS COMPLEXOS

Na prática, as estruturas de governança no setor público não são simples e discretas como foi explorado inicialmente na teoria da ECT. Os problemas públicos, muitas vezes, são complexos e enfrentados por meio de transações que envolvem atores de diferentes origens. Pode ser o caso de governos centrais, regionais e locais, em cooperação com o terceiro setor, com a sociedade civil, com movimentos sociais, com a iniciativa privada, etc. A motivação dessa convergência de interesses é a crença de que a soma desses atores possa ser mais eficiente na busca de um resultado comum desejado: a resolução ou amenização do problema. Se o resultado comum perseguido é único e a eficiência é a meta, a associação de interesses direciona-se para a redução dos seus custos de transação.

Uma forma de reduzir custos de transação *ex-post* materializados em problemas públicos persistentes é atuar de forma a assegurar ações políticas coordenadas (*ex-ante*) por meio de redes de atores sociais separados, porém interdependentes.

Figura 7 – Modelos de interação governamental

Fonte: Goldsmith e Eggers, 2004 p.20, tradução nossa

De acordo com Goldsmith e Eggers (2004, p. 19), governar por rede representa a síntese de algumas tendências: alto nível de colaboração público-privada, característica de um governo “terceirizado”, capacidade robusta para o gerenciamento de um governo alinhado (no caso a União/ Nação, os estados/províncias e municípios), e disponibilidade tecnológica para agrupar a rede. No Brasil e na Argentina, as condições necessárias para se atingir o *status* de rede não são verificadas, tendo em vista que não há evidências que comprovem a adesão às características enumeradas do governo em rede. A rede é o estágio mais sofisticado que uma gestão pública pode alcançar e depende, necessariamente, no caso das federações, da construção prévia do alinhamento governamental. O alinhamento ocorre apenas pontualmente na Argentina e, no Brasil, em algumas políticas e programas específicos.

A Figura 7 apresenta quatro configurações que se distinguem pela maior ou menor capacidade de coordenação e pelo maior ou menor grau de relacionamento com a iniciativa privada. Os quadrantes superiores são os que contemplam a interação do governo com a iniciativa privada, ao passo que os quadrantes da direita são aqueles em que ocorre interação intergovernamental.

Um governo puramente hierárquico é aquele que nem interage com o setor privado, nem dispõe mecanismos para a coordenação de suas políticas com outros governos de maior ou menor grau federativo. Desta maneira, é um governo centralizador e não se caracteriza como um modo complexo, podendo ser o caso de um pequeno Estado unitário. Contudo, as federações são estruturas de maior complexidade, em que os arranjos constitucionais apresentam maior especificidade, com atribuições de competências entre atores governamentais distintos. Na federação, não há um governo centralizador e onipotente com todas as competências tributárias e de serviços.

No caso de arranjos públicos com alguma complexidade, ainda que o governo não aproveite o setor privado para a realização de tarefas, ele pode valer-se de mecanismos de descentralização, tais como desconcentração, delegação ou restituição. Nessa situação, ter-se-ia um governo alinhado conforme o quadrante inferior direito da Figura 7. O governo alinhado, em que não há a participação da

iniciativa privada, com grande capacidade de gestão e coordenação, pode ser exemplificado na seguinte situação

A abordagem de ‘cima para baixo’ usada para tratar com governos subnacionais no Brasil pode ser caracterizada como uma abordagem coordenada. A meta era estabelecer uma credibilidade coletiva para toda a política macroeconômica, criando dessa forma condições para uma política fiscal saudável a nível subnacional. O acordo de reestruturação da dívida com estados e municípios é a base para a mudança nos desempenhos fiscais dos governos subnacionais a partir de 1998. As melhorias foram, ainda, intensificadas a partir da aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal em maio de 2000 (GOLDFAJN, GUARDIA, 2003 p. 19).

Esse exemplo de pacto fiscal foi e é pertinente no contexto federativo, em que a autonomia dos entes é preservada e um grau de coordenação é necessário. Em um governo unitário, tal abordagem de cima para baixo seria natural, ou seja, compulsória. O governo unitário é hierárquico e, por isso, não precisa investir custos de transação *ex-ante* para a coordenação de outros atores governamentais.

Para compreender o papel dos governos e suas estruturas de governança é necessário observar e interpretar o ambiente, as instituições e o arranjo sob o qual ocorrem as transações entre as outras esferas de governo. As relações intergovernamentais, facilitadas pelo alinhamento entre o governo central e os governos subnacionais (quadrante direito inferior da Figura 7), são, no contexto da autonomia dos entes federativos, denominadas de co-governança (TOONEN *et al.*, 2007 p. 5).

O alinhamento, até aqui explorado, materializa-se em um sistema intergovernamental, onde ocorre a cooperação por meio de programas financiados por uma esfera do poder, geralmente de maior grau (governo central e governo provincial ou estadual) em favor de outra de menor grau (governo provincial ou estadual e governo local), que se perpetuam por períodos plurianuais. No alinhamento, as unidades governamentais acabam desenvolvendo uma compreensão formal umas das outras (O'TOOLE JR, MEIER, 2004 p. 474). Portanto, espera-se que, com o passar do tempo, se estabeleça uma regularidade nas transações interjurisdicionais governamentais, institucionalizando-as. Este é o caso da evolução dos países federados por agregação, em que estados ou províncias

unem-se, dada a regularidade de suas relações, e formam um estado com um governo central comum. O alinhamento também ocorre em políticas e programas específicos, institucionalizando vontades comuns, por exemplo, no pacto fiscal de 1998 e no pacto da saúde de 2006 no Brasil. Esses fenômenos demandam maior coordenação (ou integridade adaptativa na terminologia de Williamson para o setor público) na medida em que o ativo transacionado possua maior especificidade ($K > 0$), como é o caso da saúde. A especificidade está presente nas transações que se realizam nos sistemas intergovernamentais pela dependência bilateral existente entre os seus atores. Na federação, o governo central não existe sem os governos subnacionais e vice-versa, visto que tanto a arrecadação de tributos, quanto a prestação de serviços à população dependem de esforços compartilhados.

Por fim, pode-se dizer que um governo, ainda que atue sob coordenação federal e contrate o setor privado para a execução de determinadas tarefas, pode não constituir ou participar de uma “rede” por não envolver os atores não governamentais no planejamento, na execução e no controle da tarefa contratada.

O último quadrante da Figura 7, o do governo em rede, presume a utilização de atributos de governança conflitantes, ou seja, a coordenação afastada da hierarquia. Talvez possa se explicar a persistência de alguns problemas pelo esforço governamental insuficiente na redução das incertezas dos atores sociais envolvidos na sua resolução. Portanto, o diálogo (dos atores sociais) e a interação, que são custos de transação, são pressupostos básicos para que ocorra, de fato, uma rede.

Por seu turno, o atributo da coordenação é crucial para a co-governança e para a(s) rede(s). No caso de serviços públicos, essa tarefa geralmente é do governo. De acordo com Simon (2000, p. 750) coordenação significaria “[...] organizar a atividade de forma a lidar com os problemas que aparecem porque o comportamento de cada participante depende, em alguns aspectos, do comportamento dos demais”.

A gestão em rede foi definida por Kickert, Klijn and Koppenjan (1997, p. 167) como “[...] uma forma de coordenação de estratégias de atores com diferentes metas em relação a certo problema ou política dentro de uma estrutura de relações interorganizacionais”. Desse modo, a rede pressupõe investimentos em custos de transação *ex ante* de coordenação. Sem rede, os custos de transação *ex post* na

busca de uma solução para os problemas persistentes tendem manterem-se em níveis mais elevados.

No entanto, em conformidade com Goldsmith e Eggers (2004, p. 40), alcançar uma congruência de metas no setor público não é uma tarefa assim tão simples. Basta lembrar a questão da dengue no Brasil e, mais especificamente no município do Rio de Janeiro. Quem deveria coordenar os atores sociais nas ações de combate à dengue? A tarefa caberia ao governo federal, estadual, municipal ou a uma entidade não governamental? A incerteza institucional e a falta de coordenação destes serviços contribuem para a persistência do problema da dengue não só no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil. Os investimentos em coordenação e comunicação sob uma política nacional de erradicação da dengue podem aumentar a eficiência e reduzir o custo de transação total destes serviços. Ademais, o problema tem um alcance tão grande, que torna todos os domicílios vulneráveis a ele. Parece evidente que o problema precisa de uma abordagem por meio de uma rede de parceiros públicos e privados, tais como empresas de telecomunicação, associações comunitárias, etc.

As redes, cuja coordenação está delegada a algum nível de governo, tendem a entregar um tipo de serviço cujos resultados ficam algumas vezes obscuros e difíceis de mensurar, levando-se em conta certas circunstâncias e o tempo necessário para sua concretização. Servem como exemplo os questionamentos: qual é o valor de um atendimento hospitalar ou ambulatorial no Serviço Único de Saúde? Não haveria correlação entre o tributo pago pelo contribuinte com o serviço prestado? O mercado não é capaz de valorizar o serviço de modo eficiente devido a problemas de escala, *benchmarking*, etc. Goldberg (2004, p. 22) alerta que “[...] o mecanismo de preços não está disponível para determinação de atribuições e receitas dos entes federativos, o processo orçamentário toma o seu lugar tentando atribuir a correta medida de utilidade às diferentes destinações de recursos”. Disto se depreende que os serviços públicos mais específicos, que não apresentam oferta similar no mercado, são mais suscetíveis a riscos morais pela dificuldade de mensuração e de avaliação do seu desempenho.

Concluindo, as estruturas denominadas de co-governança são características das federações, são modos de alinhamento intergovernamental que tendem à

hierarquização compartilhada para a resolução de um problema de interesse público. Sob tal arranjo, o atributo da coordenação desloca-se para um ator, com maior ou menor facilidade, dependendo da autonomia dos demais.

Já, uma rede de serviços públicos ou de utilidade pública é uma estrutura mais complexa que a anterior, que está um pouco mais distante do pólo da hierarquia. Ela exige, paradoxalmente, o atributo da coordenação por parte de um de seus atores institucionais. Quando esse ator é um governo, o requisito da probidade coloca-se como fundamental nas transações por ele coordenadas. Consequentemente, a não formação de redes para a resolução de tais problemas ou a falta de coordenação governamental no caso de uma rede instituída para atacar um problema público, são situações que se coadunam com a falta de lealdade à missão. Como os distúrbios são consideráveis e contínuos, custos de transação de comunicação e de informação são necessários para a coordenação das transações visando ao alinhamento ideológico, estratégico e institucional dos diversos atores sociais envolvidos.

A previdência e a saúde como políticas públicas são processos relativamente novos na evolução institucional da sociedade organizada. Antes da revolução industrial, não era comum a inclusão desses assuntos na agenda dos governos. No momento atual, a saúde ainda está se institucionalizando, ordenando o seu ambiente e sofrendo mudanças. A proposta deste capítulo é descrever sucintamente esse processo para, depois, avançar no detalhamento das instituições de saúde na Argentina e no Brasil.

4 Instituições de saúde

As instituições formais de saúde são importantes para a atenção primária, desde a concepção da universalidade da proteção social até as idiossincrasias de cada caso aqui analisado. Contudo, essa dimensão de análise institucional teórica e filosófica, por si só, não é suficiente para explicar *a posteriori* os desalinhamentos entre estrutura e transação de atenção primária à saúde, pois ela coexiste com outra dimensão que é a da realidade (ROMAGNOLI, 2009 p. 528). A análise dos regulamentos, das leis e das orientações teóricas sobre a atenção primária trata de um nível institucional mais amplo e genérico, que, nesta parte da tese, representa visão dos seus instituintes. A visão dos instituídos, ou seja, dos atores sociais (pessoas e organizações) que são atingidos pelas instituições formalizadas de atenção primária, é representada em grande parte por aspectos informais como cultura, ideologia, crenças e valores, que podem não coincidir com o conteúdo instituído. O aspecto informal, por não ser totalmente visível, emerge então nas evidências do estudo dos casos. Um exemplo disso é que os programas de saúde da família, mesmo estando assegurados institucionalmente pela força revolucionária do instituinte, não necessariamente se sustentam na prática cotidiana, nos pressupostos formalizados que, em tese, os regem. Deste modo, a força conservadora do instituído seria representada por uma

[...] concepção do modelo assistencial ainda introjetado, o ressentimento dos profissionais de saúde, a ideia de saúde associada à figura do médico e ao grande uso de medicamentos, a falta de conhecimento do território, a não articulação da atenção em saúde mental e atenção primária, e a

dificuldade de se trabalhar com grupos (ROMAGNOLI, 2009 p. 529).

Essa realidade expressa a impermeabilidade das crenças e valores e das regras informais dos instituídos (o “N1” da Figura 2). Portanto, a confrontação da proposta inovadora com as forças conservadoras representa um risco de distúrbio (*ex-ante*), eficácia e eficiência para uma política revolucionária de atenção primária à saúde. A instabilidade advinda do confronto provoca mecanismos de adaptação entre as partes envolvidas, ou seja, entre o instituinte e o instituído, que geram custos. Assim posto, o modo tradicional de se executar uma política pode ser ineficiente porque não atinge o resultado esperado e o modo revolucionário pode ser-lhe mais próximo a um custo de transação adicional.

Proteção social

A proteção social assumiu um papel de grande importância no âmbito sócio-econômico global, institucionalizando-se a partir do colapso da sociedade liberal do século XIX e a construção de uma nova ordem no século XX (REZENDE, 2008). Os problemas econômicos sob a égide do liberalismo agravaram-se logo após a Primeira Guerra Mundial, culminando com a grande depressão. A recessão econômica intensificou a atuação do Estado na economia e, no período posterior à Segunda Guerra Mundial (1948-1973), a abordagem da proteção social encontrou a sua expressão mais forte com a ênfase na proteção ao trabalhador, melhoria na qualidade de vida e na retomada do crescimento econômico. A nova ordem se consistiu no estado do bem-estar social. Nesse contexto, as abordagens de enfrentamento das iniquidades derivadas do desenvolvimento capitalista foram diferentes na Europa e nos Estados Unidos. Na Europa, estabeleceu-se um sistema de seguro social e de redistribuição de renda que não teve correspondente nos Estados Unidos (ALESINA, GLAESER, 2006, p. 53). As externalidades sociais do liberalismo foram compensadas, nos Estados Unidos, pela ênfase no sistema educacional, pela regulação do patrimônio e do fluxo de renda. A diferença nos métodos de proteção social, de acordo com Alesina e Glaeser (2006 p. 56), seria o

produto da maior influência dos partidos socialistas e comunistas na Europa em relação aos Estados Unidos.

Para Fiori (1998 p. 3), o modelo de bem-estar que se generalizou pela Europa (como o assistencialismo inglês), acabou exercendo, também, enorme influência na construção conservadora dos sistemas de assistência e proteção social que se multiplicaram na periferia latino-americana durante o século XX, sobretudo depois de 1930.

As principais instituições de proteção social construídas desde o pós-guerra foram a assistência, o seguro e a seguridade. De um modo geral, os gastos públicos, principalmente as transferências às pessoas, constituíram um mecanismo mínimo de garantia de proteção social. A assistência social está calcada na caridade condicionada a provas de pobreza; o seguro fundamenta-se na solidariedade e nos benefícios garantidos pela vinculação trabalhista e, por último, a seguridade se alicerça no princípio da justiça e no acesso universal (CONILL, 2008). Para exemplificar, no primeiro caso, temos os programas de cunho distributivo, como o Bolsa Família⁸. O segundo caso é o da previdência social que objetiva “assegurar aos indivíduos, por meio de um fluxo continuado de pagamentos, as condições necessárias a sua manutenção e a de seus dependentes” (AFONSO, 2005). Finalmente, o termo seguridade social é empregado, em algumas situações, no sentido abrangente de proteção social, incluindo, além das políticas de previdência e assistência, a questão da saúde (BOSCHETTI, 2003).

Os mecanismos de proteção social desenvolvidos no pós-guerra eram principalmente do tipo de seguro e assentaram-se na premissa da busca do pleno emprego. Porém, as crises da década de 1990 agravaram a pobreza em regiões subdesenvolvidas com efeitos negativos sobre o emprego e os orçamentos públicos (MESA-LAGO, 2000, p. 35). Com isso, o modelo do seguro foi enfraquecido e

⁸ O Programa Bolsa Família é um programa de transferência condicional de renda, criado pelo Governo Lula em 2003. Esse programa integrou e unificou ao Fome Zero os programas criados no Governo FHC: o "Bolsa Escola", o "Auxílio Gás" e o "Cartão Alimentação". Trata-se de mecanismo condicional de transferência de recursos.

aumentou a pressão sobre as políticas assistencialistas. Na segunda metade dos anos de 1990, apareceram então as Redes Mínimas de Proteção Social (RMPS), que foram criadas para fazer frente à pobreza (MESA-LAGO, 2000, p. 35). Tais políticas focavam apenas o pobre e vulnerável por meio de políticas compensatórias. Não se tratava de resolver o problema da pobreza, mas de ações desenvolvidas em três eixos: de serviços sociais básicos, de infra-estrutura socioeconômica e de geração de emprego e renda. Sob cenários de pobreza, essas redes mínimas de proteção social e a seguridade social se confundem.

Mesa-Lago (2000, p. 33) destaca dez países da América Latina, evidenciando que cinco não desfrutavam de sistemas de assistência social de formato tradicional - Bolívia, El Salvador, Peru, Colômbia e México. Por outro lado, cinco países, Argentina, Costa Rica, Chile, Uruguai e Cuba, possuíam sistemas, mas de modo distinto entre si. Por exemplo, na Costa Rica, os pobres não contribuintes, recebiam assistência social por meio do seguro social e, enquanto isso, na Argentina, no Uruguai e no Chile, quem desempenhava o papel da assistência social eram as instituições públicas criadas para esse propósito específico e, em Cuba, (formalmente, semelhante ao Brasil) era o sistema nacional de saúde.

O foco do estudo deste trabalho concentra-se na organização dos modos de atenção às questões básicas de saúde, as quais são importantes porque envolvem externalidades que se traduzem nas doenças contagiosas ou infecciosas, ou ainda na perda da capacidade laboral e de geração de renda, seja pela senilidade, por distúrbios psíquicos, por doenças crônico-degenerativas ou por sinistros. Tais externalidades ensejam um incentivo social, coletivo, para assegurar que as pessoas, de um modo geral, sejam saudáveis e que assim permaneçam (HILLMAN, 2003, p. 617). Para isso, as questões de saúde pública devem ser abordadas em estruturas de proteção social preferentemente de modo colaborativo. Nos próximos capítulos, as diferenças de cada estrutura serão estudadas em detalhe.

Os sistemas de serviços de saúde são plataformas de governança mais específicas do que um sistema de saúde genericamente definido. Pode-se discutir sobre o sistema de saúde da Argentina, do Brasil, da Alemanha, etc., porém, tratar de sistemas de serviços de saúde presume um detalhamento até o nível operacional da sua prestação. Como o objetivo deste trabalho é buscar os determinantes da eficiência da atenção primária à saúde, restritos à matriz organizacional, o foco recai sobre os sistemas de serviços.

Antes de entrar na discussão da análise de eficiência dos sistemas de serviços de saúde, é preciso conhecer os arranjos dos sistemas de saúde. O estudo de sistemas de saúde estruturados e consolidados faz mais sentido a partir de países desenvolvidos, onde o seguro financia grande parte dos beneficiários, o emprego é mais alto e a iniquidade social é menor comparativamente com os países em desenvolvimento, por exemplo, na América Latina, objeto do trabalho. Os sistemas de saúde de países em desenvolvimento, embora descritos como universais, em geral apresentam-se como fragmentados e não integrais. Uma expressão dessas falhas é o fato dos sistemas públicos de serviços de saúde, pelo menos na Argentina e no Brasil, confundirem-se com os pacotes mínimos de serviços sociais fragmentados em programas governamentais.

Neste capítulo, as características gerais de sistemas de saúde, que influenciam os sistemas de serviços de saúde já consolidados, são apresentadas para que se possa compreender como transações de mesma natureza, em ambientes singulares, encontram respostas tecnológicas em instituições diferenciadas dentro de certos atributos comuns. As características peculiares dos sistemas de serviços na Argentina e no Brasil serão examinadas e confrontadas no capítulo posterior.

5 Sistemas de serviços de saúde

O sistema de saúde (Figura 8) engloba a totalidade de ações que a sociedade e o Estado desenvolvem na saúde, sendo definido como a resposta social organizada para os problemas de saúde (TOBAR, 2000).

Figura 8 – Modelo de sistema de saúde

Fonte: adaptado de Contrandriopoulos apud Conill (2008, p.568)

Os sistemas de serviços de saúde divergem quanto ao acesso das populações aos serviços oferecidos, quanto à forma como os serviços estão organizados e quanto ao seu desempenho (CONILL, 2008). Os beneficiários podem ser descritos como toda a população ou como grupos específicos que têm direito a partir de um seguro vinculado ao trabalho, por exemplo. O serviço pode ser integral ou não, que dizer, pode abranger desde a prevenção até a cura, ou não. Ademais, ele pode ser organizado desde a verticalização governamental até um mercado privado de serviços de saúde e financiado por impostos, contribuições ou preços.

Um sistema de serviços de saúde é um conjunto de atividades com o objetivo de promover, restaurar e manter a saúde de uma população e de minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002; W.H.O., 2000). Esse conceito foi idealizado sob princípios de universalidade e integralidade, ou seja, do acesso irrestrito a todo o tipo de serviços. A própria autora reside nos Estados Unidos, um país cujo acesso ao sistema de serviços de saúde é

fragmentado. Porém, a questão da saúde não é resolvida apenas por sistemas de serviços, considerando-se que um sistema de saúde, sozinho, não consegue resolver problemas de renda e/ou nutricionais. Esses problemas são equacionados também pelo crescimento econômico e pela política educacional e de emprego e renda. Contudo, o que se pode afirmar é que um sistema de serviços de saúde é capaz de reduzir diferenças sanitárias entre populações com o mesmo perfil socioeconômico.

De acordo com Conill (2008), três grandes funções desempenham papel preponderante nos serviços de saúde: a regulação, o financiamento e a prestação de serviços (integrados ou fragmentados; monopólio estatal, contratos públicos, competição gerenciada ou livre mercado).

Sistemas de serviços de saúde diferenciam-se entre si pelo (1) modelo de gestão adotado, ou seja, pelo seu papel político (da tomada de decisão) incluindo as suas prioridades, os valores e o papel do Estado; (2) pelo modelo econômico, quer dizer, a sua forma de financiamento (impostos, contribuições, preços) e (3) pelo modelo de atenção que abrange questões, como o que cobrir? Quem será coberto? Como será prestado o serviço (público, privado, híbrido)? Onde será prestado o serviço? (TOBAR, 2000). No Quadro 3, estão sintetizados os principais aspectos de caracterização institucional, e que são recorrentes na literatura:

Categoria	Enfoque	Possibilidades
Acesso	Quem é coberto?	Universal Segmentado
Modo de atenção: (primária, secundária ou terciária)	O que é feito?	Promoção Manutenção Restauração
Tipo de prestação	Como é feita?	Integral Fragmentada
Regulação	Como se organizam?	Monopólio estatal Contrato público Competição gerenciada Livre mercado
Financiamento	Com que recursos?	Impostos Contribuições Preços

Quadro 3 – Síntese institucional dos sistemas de serviços de saúde

Fonte: elaboração própria.

Acesso, financiamento e regulação

O acesso aos sistemas de serviços de saúde no contexto comparado dá-se tanto pela escolha entre a modalidade de cobertura universal ou segmentada. A modalidade universal é aquela que pressupõe que o sistema de saúde deva atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária. Qualquer sistema de saúde que não garanta acesso universal é, por exclusão, segmentado.

A institucionalização do modo de cobertura em uma jurisdição certamente deriva de um componente informal, que pode ser ideológico. Como exemplo, pode-se citar o liberalismo que, desde os primórdios dos Estados Unidos, colocou a questão da atenção à saúde como um problema individual e não do Estado. Tal modelo foi rotulado como pluralista, empresarial e permissivo, sendo desempenhado minimamente pelos serviços governamentais e complementado pelos seguros privados, assim como por um grande número de instituições não-governamentais. Nesse modelo, a porta de entrada dos pacientes, mesmo para atividades preventivas e de atenção primária à saúde (APS), é o consultório médico. Apenas pobres e incapazes são alvo de ações governamentais específicas, sendo atendidos pelos programas *Medicaid* e *Medicare*, tendo o seguro privado como o seu principal vetor de cobertura. Por todas essas razões, o sistema de serviços dos Estados Unidos é segmentado, e, como consequência, originaram-se daí a medicina de grupo e o seguro de saúde que exerceriam, mais tarde, influências sobre o Brasil (CONILL, 2008). O fato de o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro não ter alcançado o seu objetivo de universalização indica mais uma consequência de tais influências no Brasil, conforme Mendes (2005). As pessoas com renda procuram o seguro dos planos de saúde sob a influência ideológica que repousa no individualismo e no auto-interesse em oposição a uma orientação coletiva e solidária, tal qual ocorre na Europa, além disso, não há uma política pública consistente para mudar essa tendência.

Os sistemas universais, em função da essencialidade da saúde e pela sua proposta de cobertura, são absolutamente coordenados pelos governos. Isso não significa, contudo, que devam ser organizados de modo hierárquico ou estatizados. A experiência internacional demonstra que os sistemas de serviços de saúde

universais têm se estruturado desde o modo hierárquico até próximo ao mercado, passando por formas intermediárias ou híbridas de organização (CCUHC, 2009). É possível classificar-se sistemas de serviços de saúde em países como empresarial-permissivo ou de mercado (EUA), de seguros sociais públicos (França e Alemanha) e de sistemas nacionais (Reino Unido e Canadá) não existindo, todavia, entre esses pólos, sistemas puros (CONILL, 2008). Para demonstrar tal hibridização, destacam-se os sistemas universais, dentre os quais o nacional de saúde, com pagamento centralizado pelo governo (*single payer*). Essa modalidade é administrada nacionalmente, com prestação de serviços exercida pela iniciativa privada, como é o caso do Canadá, Dinamarca, Noruega e Suécia. Na Espanha e no Reino Unido, prevalece um modelo denominado de “medicina socializada”, em que os serviços de saúde são nacionalizados, os médicos são assalariados e os hospitais são predominantemente públicos. Esse é o caso também de Cuba (CCUHC, 2009). O Reino Unido e a Espanha também são enquadrados como de pagamento centralizado (*single payer*) (TRESS, 2006). Por fim, um terceiro modelo de sistema universal de serviços de saúde é o modelo com múltiplas fontes (*multi payer*) de pagamento pelos serviços prestados, por meio de esquemas de seguros saúde que são altamente regulados, casos exemplares de Alemanha, França e Japão. Os fundos ali constituídos são utilizados para o pagamento às clínicas e aos hospitais pela cobertura de doenças (CCUHC, 2009). Na Alemanha, por exemplo, 1.200 fundos são responsáveis por 90% da cobertura de saúde do país, sendo que o governo subsidia 15% do seu montante (TRESS, 2006).

Na América Latina, com base na existência ou não de uma integração entre as instituições e a população, quatro modelos teóricos são predominantes (CONILL, 2008): o público unificado, o de contrato público, o privado atomizado e o segmentado. Todos os modelos podem mesclar-se em modos híbridos de cobertura. Porém, a realidade demonstra que o modo segmentado é o mais expressivo e revela a repartição dos beneficiários de sistemas de saúde no continente entre institutos de seguro social, serviços públicos e o pagamento direto (ou às operadoras privadas). Como consequência, verifica-se a duplicação de ações e de vínculos profissionais, com perdas para as populações menos favorecidas (CONILL, 2008). As populações que dependem do serviço público, sob cenários de especificidade de mão-de-obra

especializada, devem contentar-se com consultas rápidas e um atendimento menos humanizado, pois o profissional compete, pelo menos, em dois cenários, o consultório particular e o consultório público.

Modos de atenção

Segundo Mehry (2000),

[...] pensar em modelos de atenção a saúde é perceber que ela está expressando relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos e falados, entre três tipos de atores fundamentais no conjunto das ações de saúde: os usuários com suas necessidades, os trabalhadores com suas tecnologias de saúde e os gestores com suas capacidades de governar os recursos necessários.

De acordo com Paim (2003), o modelo de atenção envolve as combinações tecnológicas usadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços e populações⁹.

Uma dicotomia importante diz respeito à divisão entre a atenção à saúde e sua prestação de serviços de maneira integral ou fragmentada. Quando a atenção à saúde é fragmentada, em geral, a promoção não é valorizada e as doenças crônicas não são tratadas. O modo de atenção preventivo dá lugar à atenção e ao foco sobre doenças agudas. Mendes (2006) apresenta, como exemplar, a situação do câncer de mama no Brasil, para o qual o diagnóstico, na maioria dos casos, só é realizado quando a doença encontra-se em estágio avançado. Para ratificar essa constatação, o autor ainda mostra dados de incremento no atendimento terciário e salienta que, no Brasil, apenas 43% das mulheres têm acesso regular à mamografia e que 39% das equipes do programa de saúde da família não dispõem de equipamentos gineco-obstétricos básicos. Os sistemas de serviços de saúde poderiam priorizar a

⁹ Esse entendimento se coaduna ao conceito de estrutura de governança que foi descrito no capítulo 3.

promoção da saúde ou a prevenção de doenças que estivessem mais relacionadas à mudança de hábitos que conduzem a traumas e doenças específicas.

Carvalho (2007, p. 97) anota que “[...] a corrente preventivista fundamenta suas propostas no modelo da história natural das doenças, no conceito ecológico de saúde/ doença e na teoria da multicausalidade”. O modo de atenção preventiva é revolucionário e implica em uma mudança da abordagem tradicional, centrada apenas na restauração. A busca ativa de casos epidemiológicos, o conhecimento interpessoal e o acompanhamento da população adstrita a um conjunto de profissionais, práticas, equipamentos, insumos e a uma área tornam-se recursos mais específicos do que aqueles empregados no modo tradicional.

A promoção da saúde envolve também comportamentos individuais, familiares e políticas públicas saudáveis (JENKINS, 2007). Portanto, a atenção integral pressupõe o alinhamento intergovernamental, a formação de redes e a redução da assimetria de informações entre usuários, prestadores e gestores dos sistemas de serviços de saúde. Enfatizando a alta especificidade, Mendes (2006) destaca que o conceito de atenção à saúde em rede (ou integral) viabiliza “[...] prestar assistência contínua a determinada população no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa”. Uma explicação para a sua não execução ou aceitação é que o seu custo *ex-ante* é tangível ao passo que o resultado da sua adoção é mais difícil de mensurar.

Para Lavras (2008), a atenção à saúde também pode ser classificada de outras duas formas. Primeiro, pelo modo temático, ou seja, por meio de redes de atenção à saúde da mulher, do idoso, portadores de diabetes, oncológica, etc. Segundo, pelo tipo de unidade de saúde, quer dizer, rede de centros de saúde, ambulatorial, hospitalar, de serviços de urgência, etc. De certo modo, ao se formalizar essa segunda classificação, passa-se a uma estrutura verticalizada de sistema de serviços de saúde. Essa divisão vertical pode transmitir uma ideia de subordinação. Contudo, a subordinação, se existe, é apenas derivada da complexidade dos procedimentos e resulta no referenciamento de um nível para outro. Por isso, não se devem valorizar os níveis de atenção à saúde de maior complexidade em detrimento dos mais básicos.

Nas próximas seções, abordam-se diferenças institucionais estruturantes dos sistemas de serviços de saúde nos dois países analisados, de acordo com as características descritas no Quadro 3.

Os sistemas de serviços de saúde institucionalizados na Argentina e no Brasil são fragmentados entre esferas de governo, entre atores públicos e privados, com financiamentos a partir de contribuições e de impostos. Esses sistemas, no setor público dos dois países, confundem-se com as redes mínimas de proteção social, por meio da prestação de serviço fomentada nos programas governamentais da área da saúde.

Neste capítulo, são descritas as características gerais do sistema de saúde argentino e brasileiro e as peculiaridades das suas plataformas de governança na sua concepção tradicional e histórica. O sistema de serviços de saúde será abordado em maior detalhe, a partir da visão dos instituídos, na terceira parte da tese.

6 Sistemas de serviços de saúde na Argentina e no Brasil

Sistema de serviços de saúde argentino

ACESSO

A Argentina apresenta uma segmentação na prestação de serviços de saúde com a participação do setor público, do privado e da seguridade social (ARGENTINA, 2000).

A classe média, assalariada, estabeleceu um extenso sistema público de seguridade social que, embora de traços corporativos e de baixa eficiência, mantinha o seu caráter universal (José-Silva, 2006) devido ao seu alcance junto à classe trabalhadora. Esse sistema taxonomicamente enquadrado como de contrato público ou rotulado como corporativo, na verdade, acabou segmentando os diferentes grupos ocupacionais nas obras sociais. A universalidade também se tornou relativa na medida em que o emprego diminuiu nos anos de 1990.

Em 1994, existiam cerca de 300 obras sociais que administravam um total de 2,5 bilhões de dólares (OPAS, 2004). Apesar da ampla cobertura e da solidariedade grupal das obras sociais, os problemas verificados, nessa estrutura, são a baixa integração e articulação tanto com o setor público, quanto com o privado. Em consonância com José-Silva (2006, p. 164), os trabalhadores ficavam adstritos à obra social a qual se vinculavam e às suas qualidades e falhas, não podendo migrar

ou se beneficiar de coberturas diferenciadas de outras organizações (obras). Consequentemente, a proteção do seguro social na Argentina continha aspectos graves de iniquidade para a classe trabalhadora. Com a finalidade de corrigir em parte o problema da iniquidade, possibilitou-se aos trabalhadores a opção de mudança de obra social, criando uma espécie de mercado do seguro social.

MODOS DE ATENÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A atenção à saúde na Argentina atravessa um momento de transição. Até pouco tempo, o Hospital Público de Autogestão (HPA) era a principal instituição representante do setor público no sistema argentino de serviços de saúde. Ele foi o indutor de um novo modelo de atenção médica que fundamenta sua ação na estratégia da Atenção Primária da Saúde (APS), sendo que se articula com os outros estabelecimentos, podendo inclusive cobrar de outros pagadores (que não o governo) tais como as obras sociais ou seguradoras.

Porém, o hospital, o estabelecimento prestador de serviços de saúde de maior complexidade, designado como agente de atenção primária nitidamente apresenta um viés de concepção, que só pode ser compreendido à luz das restrições de todo o tipo de recursos.

Contraditoriamente a sua concepção original, de acordo com a OPAS (2004 p. 24), a maioria dos hospitais na Argentina não pertence ao governo central e a sua inscrição como HPA depende de regulação provincial. A denominação de HPA então não mais implica necessariamente na sua propriedade pelo setor público. Os hospitais nacionais foram todos transferidos para as províncias e, em alguns casos, para os municípios. Como a Argentina é uma federação por segregação, cada província possui maior autonomia para regular os seus sistemas de serviço de saúde se comparadas aos estados brasileiros. Umas privilegiariam a condução e a administração nos Ministérios de Saúde Provinciais (MSP); outras propiciariam a desconcentração dos MSP em entes regionais ou locais; e outras ainda descentralizaram os serviços, derivando-os para os municípios. De acordo com as próprias normas dos HPA, eles podem ou não fazer parte de redes de serviços de saúde junto com outros estabelecimentos assistenciais públicos ou privados devidamente habilitados, ou seja, o HPA pode não ser um hospital público.

REGULAÇÃO

O governo argentino adotou, como estratégia de saúde, a desregulamentação (em outubro de 1996), a fim de facilitar a cooperação entre as Obras Sociais (OS), e entre elas e empresas de saúde privadas (pré-pagas) para permitir a escolha da obra social da preferência dos beneficiários, além de garantir que todas outorgassem uma cobertura obrigatória - o plano médico obrigatório - que inclui os principais serviços, diagnósticos e tratamentos (OPAS, 2004). A partir desse evento, na prática, tornou-se possível que as empresas de medicina pré-paga (EMP) atuassem como OS. Em contrapartida, aquelas deveriam submeter-se ao mesmo tipo de controle que essas, ou seja, deveriam apresentar solvência econômica e financeira e reunir determinados requisitos de qualidade na atenção à saúde. Presume-se que existam aproximadamente 200 EMP, fundamentalmente concentradas nas grandes cidades.

FINANCIAMENTO

O setor público é financiado por meio de recursos públicos e caracteriza-se por um complexo nuclear de Hospitais Públicos de Autogestão (HPA), descentralizados com autonomia administrativa. O setor privado organiza-se de duas maneiras: ou por meio de seguro voluntário pré-pago, organizado segundo os cálculos de risco atuarial, ou por meio de pagamento direto pelo serviço. Finalmente, a seguridade social estrutura-se em torno das Obras Sociais (OPAS, 2004) que têm como fonte de financiamento a contribuição de empregados e empregadores, submetendo-se à regulação estatal (CONILL, 2008).

Sistema de serviços de saúde brasileiro

ACESSO

O sistema de serviços de saúde brasileiro divide-se em três partes: o Sistema Único de Saúde (público), o sistema de atenção médica supletiva (SAMS) e o sistema de desembolso direto, conforme aponta Conill (2008). O SUS foi concebido constitucionalmente como um sistema de cobertura universal, contudo, na prática, ele se revelou como um sistema de atendimento de pobres e, portanto, segmentado

(MENDES, 2005). O sistema público de seguridade social não atinge sistematicamente os grupos que não têm trabalho regular, exceto os mais velhos e aqueles que necessitam de cuidados especiais (JOSÉ-SILVA, 2006). Três quartos do atendimento ambulatorial são executados pelo setor governamental diretamente e o atendimento hospitalar, na sua maior parte, é contratado (pelo setor público) de prestadores particulares. Por outro lado, a saúde suplementar é exercida por empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguradoras e entidades filantrópicas, sendo mais concentrada em centros urbanos e com clientela com maior poder aquisitivo.

MODOS DE ATENÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Vasconcelos e Pasche (2008 p. 536) esclarecem que o Sistema Único de Saúde brasileiro estruturou-se por níveis de atenção, visando a estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, a partir dos serviços básicos, de uso mais frequente e de maior contato com a população para os mais especializados (média e alta complexidade).

Essa estruturação evidencia-se na ideia de pirâmide, conforme pode ser visto na Figura 9, a seguir:

Figura 9 – Hierarquia dos modos de atenção no SUS

Fonte: adaptado de Mendes (2006)

Essa lógica do sistema brasileiro, estruturada de forma piramidal, enfatiza a atenção às condições agudas. Mendes (2006) aponta que o modelo brasileiro precisa mudar da atenção às condições agudas para o de atenção às condições crônicas, posto que o paciente de doença crônica potencialmente, um dia, será um

paciente sob condições agudas. Prevenir ao invés de remediar pode ser uma solução mais eficiente do ponto de vista humano e econômico. Também, necessita-se, de acordo com o autor, transformar a sua prestação fragmentada em prestação de serviços em rede, transformando-se em prestação integral, o que somente pode ser alcançado se houver, além do movimento ascendente de referenciamento, o movimento inverso, ou seja, o contrareferenciamento de níveis mais complexos para os mais simples. O contrareferenciamento implica que, toda a vez que o paciente é encaminhado para os níveis mais complexos de atenção à saúde, a informação sobre os procedimentos e sobre o seu estado sejam enviadas para a sua base territorial, ou seja, para a sua porta de entrada no sistema de serviços de saúde. Este cuidado, na prática, não se verifica.

REGULAÇÃO

Os dirigentes do SUS são, na União, o ministro da saúde; nos estados, os secretários de saúde e, no município, os secretários municipais de saúde. Cada esfera de governo tem sua competência no SUS determinada nas leis de saúde 8.080 e 8.412, ambas de 1990.

Os municípios, também por meio do artigo 30 da Constituição Federal, ficaram responsáveis pela execução dos serviços de saúde. Os estados responsabilizam-se pela coordenação no seu âmbito jurisdicional, pela promoção da descentralização, pelo apoio técnico e financeiro. A direção nacional do SUS formula e executa a política nacional e o plano nacional de saúde. Além disso, financia e normatiza as ações de saúde, entre outras tarefas.

Apesar da hierarquia do sistema, a lei 8.412 previu a participação comunitária com representação nos conselhos de saúde, os quais têm por função permitir o controle social sobre o SUS (CARVALHO, MARTIN *et al.*, 2001). Ademais, a norma operacional básica (NOB) nº 1 de 1993 estabeleceu a comissão intergestores tripartite (CIT) e o conselho nacional de saúde, no âmbito nacional, e as comissões intergestores bipartite (CIB), no âmbito estadual, para o gerenciamento do processo de descentralização da saúde no Brasil. Devido à baixa aderência dos estados e municípios à gestão semiplena que caracterizaria, de fato, a descentralização, foi necessária a edição de outra NOB, também de nº 1, em 1996. Essa norma colocou o

município na qualidade de executor das políticas de saúde e, para se evitar a pulverização das ações, conferiu às comissões intergestores e aos conselhos de saúde o papel de integradores e harmonizadores.

Como a complexidade de recursos varia de município para município, a NOB nº 1 de 1996 previu a formulação de uma programação pactuada e integrada (PPI), primeiro, no âmbito do conselho municipal de saúde (CMS), depois, no âmbito das CIB e CIT, garantindo o acesso do paciente no município ou por meio de encaminhamento a outra cidade. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento de reorganização da atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de transparência da plataforma de co-governança interfederativa de saúde.

FINANCIAMENTO

O financiamento do SUS foi regulado pela Emenda Constitucional nº 29 do ano 2000. A União estava obrigada a acrescentar 5% sobre o montante empenhado nas ações e serviços públicos de saúde executados em 1999, a partir do ano 2000, corrigindo o valor pela oscilação do PIB até o ano de 2004, e continuar a fazê-lo doravante se, em 2005, não houvesse sido aprovada lei complementar sobre o assunto.

Os estados e o Distrito Federal devem aplicar em saúde 12% do produto da arrecadação e das transferências do fundo de participação dos estados, deduzidas as parcelas a transferir aos municípios, que, por sua vez, devem investir em saúde 15% do produto da sua arrecadação e das transferências recebidas do fundo de participação dos municípios.

No Brasil, todos os entes federativos são autônomos; não há hierarquia entre eles. Para contornar essa restrição coordenativa, o texto da EC nº 29 introduziu um incentivo de alinhamento na estrutura de governança do SUS, ou seja, condicionou a transferência de recursos públicos a estados, Distrito Federal e municípios à aplicação correta dos percentuais estabelecidos em seu texto. Assim, cada ente da federação possui um fundo (nacional, estadual e municipal) de saúde e o repasse dos recursos para eles é feito de modo regular e automático ou como repasse em

contrapartida pela prestação de serviços (SUS, 1996). Esse co-financiamento configura um alinhamento intergovernamental para a gestão do Sistema Único de Saúde.

Comparação entre os sistemas de serviços de saúde

Tanto na Argentina quanto no Brasil, a saúde é oferecida em constituições provinciais ou mesmo na Constituição Federal, sob a promessa do universalismo. Contudo, na prática, a oferta de serviços é fragmentada. O setor público, nos dois países, é dirigido aos pobres, conforme o demonstra a existência de seguros privados e a alta demanda da população carente.

Na Argentina, existem as obras sociais que são planos médicos e assistenciais geridos pelos grêmios sindicais das categorias. Os trabalhadores brasileiros podem contar com planos privados pagos em parte pelo empregador ou dependem do Sistema Único de Saúde. Nos dois países, existe a possibilidade de atendimento pelo setor privado, mediante plano privado ou consulta paga.

A atenção à saúde, na Argentina, foi tradicionalmente estabelecida a partir dos hospitais, não importando o grau de complexidade do atendimento. Entretanto, um processo lento de mudança da atenção a partir dos hospitais para unidades menores e sob a jurisdição provincial ou municipal é executado. No Brasil, desde a Constituição de 1988, a saúde foi municipalizada. Lentamente, houve uma construção piramidal do modelo de atenção da menor para a maior complexidade, a partir de centros de referência menores e mais simples para pólos regionais de saúde. Um dos problemas organizacionais da atenção brasileira à saúde é a sua falta de contrareferenciamento que não propicia uma atenção integral ao paciente pelo acompanhamento de cima para baixo.

Na Argentina, cada província organiza os seus serviços de saúde com elevado grau de autonomia. O Ministério Nacional da Saúde Nacional criou, em 1981, um fórum nacional de coordenação para os Ministérios Provinciais de Saúde, o *Consejo Federal de Salud* (COFESA), mas, até hoje, as políticas provinciais são heterogêneas.

No Brasil, a regulação é mais uniforme por meio da legislação do SUS e das portarias do Ministério da Saúde que atingem a União, os Estados e os Municípios.

No caso brasileiro, a adesão às políticas de saúde pactuadas nacionalmente, em geral, é alcançada por meio de incentivos oferecidos pelos governos centrais ou regionais. O auge da pactuação ocorreu em 2006 quando os municípios e os estados acordaram metas de desempenho com a União, reservando-lhe a coordenação geral e assumindo a execução descentralizada dos serviços de saúde. O Quadro 4 evidencia essas diferenças:

	Argentina	Brasil
Acesso	Fragmentado. Teoricamente universal a partir do setor público. Alguma participação do setor privado com as empresas de medicina pré-paga e para os empregados, por meio das obras sociais.	Fragmentado. Teoricamente universal a partir do setor público. O Sistema Único é organizado nacionalmente e operado em co-gestão pela União, Estados e Municípios. O setor privado atende mediante pagamento direto ou por meio de planos de saúde.
Modos de atenção	Primária, secundária e terciária. Tradicionalmente centradas nos Hospitais de auto-gestão	Primária, secundária e terciária. Referenciamento piramidal ascendente, com pouco contrareferenciamento descendente.
Regulação	Menos regulamentado. Cada província organiza seu sistema público. As empresas de medicina pré-paga e as obras sociais se articulam com o setor público comprando e vendendo serviços entre si.	Regulamentado na Constituição, em leis e portarias e pactos emanados do Ministério da Saúde. A organização do setor público é mais homogênea no nível local. Ênfase na co-gestão do setor público de saúde.
Financiamento	O setor público é financiado por aportes provinciais e nacionais. A vinculação depende da Província. As obras sociais são financiadas pela contribuição dos seus associados.	Aportes federais, estaduais e municipais com vinculação. O setor privado de planos de saúde organiza seu financiamento com supervisão de uma agência reguladora

Quadro 4 – Semelhanças e diferenças nos sistemas de serviços de saúde

Fonte: elaboração do autor

PARTE II – DESENHANDO E OPERACIONALIZANDO OS ESTUDOS DE CASO

Com a delimitação teórica estabelecida, passa-se para a formalização do caminho percorrido para a análise de eficiência comparada dos sistemas de saúde que é operacionalizada na terceira parte da tese.

7 Delineamento da avaliação de eficiência comparada

O estudo de casos comparativo foi a estratégia eleita para a análise indireta da eficiência por meio das estruturas de governança e os efeitos do alinhamento (ou não) entre elas e a transação de APS. A análise dos estudos de caso comparados permite a confrontação dos resultados de alinhamento de uma mesma transação sob duas estruturas de governança distintas, uma na Argentina e outra no Brasil. A transação de APS apresenta especificidades e riscos próprios em cada contexto.

O estudo de caso, como estratégia de pesquisa, busca a compreensão e a intencionalidade da transação de APS de acordo com a hipótese discriminante de alinhamento com a estrutura de governança. O uso de Estudos de Caso emerge do desejo de compreender fenômenos sociais complexos e é, assim, caracterizado por Yin (2001, p. 32):

[...] uma investigação empírica que,
investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto
da vida real, especialmente quando
os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente
definidos,
no qual múltiplas fontes de evidências são utilizadas.

Os estudos de caso são estratégias de pesquisa adotadas quando fenômenos sociais complexos e contemporâneos são examinados, proporcionando uma visão holística dos eventos da vida real. Admitindo-se que os estudos de caso sejam apropriados para o exame de relacionamentos causais, podem-se incluir variáveis contextuais na análise da dependência entre elas.

Premissas

Duas premissas derivam-se da hipótese discriminante de alinhamento da ECT. Primeira, que a concordância entre estrutura de governança e transação conduza à economia de custos. Segunda, que a economia proposta resulte também em melhor desempenho.

Na proposta de comparação de eficiência da atenção primária à saúde (APS) entre os dois territórios, deve-se ressaltar que o objeto da análise não seria unicamente as instituições. Pode-se argumentar que os ambientes institucionais sejam distintos e que, por isso, a comparação seja inviável. No entanto, é o alinhamento entre o arranjo institucional (estrutura de governança) e a transação que constitui o determinante da eficiência. Portanto, mesmo que compostas por instituições diferentes, as duas realidades podem ser confrontadas, se a comparação for direcionada ao alinhamento interno, distinguindo qual apresenta a maior convergência de critérios uniformemente categorizados entre a estrutura organizacional e a transação de APS desempenhada.

Hipótese

Ho: O território (de *Oberá* ou de *Palmeira das Missões*) que possuir o melhor alinhamento entre a transação de APS e a estrutura de governança (de acordo com a teoria da ECT) apresentará um melhor desempenho para esse tipo de serviços.

Fontes de dados

Os dados secundários foram obtidos a partir das estatísticas compiladas por órgãos oficiais, da revisão de documentos e de textos legais e outros documentos relativos à atenção primária. Eles serviram para estruturar a base da pesquisa e indicar um caminho mais correto para o entendimento das suas questões. Por outro lado, os dados secundários não eram suficientes para se explicar as diferenças de eficiência entre os casos e, por isso, as observações diretas *in loco* e as entrevistas serviram como fontes primárias de dados e conduziram a uma maior compreensão dos condicionantes da eficiência na atenção primária *vis-à-vis*. O refinamento da observação foi balizado pelos temas e tópicos descritivos indicados a frente.

Variáveis

O estudo de casos está estruturado de acordo com a seguinte ilustração:

Figura 10 – Desenho da pesquisa

Fonte: inspirado em Zylbersztajn (1995, p. 23)

Esse é um estudo cruzado de modo a inferir a eficiência da APS a partir da hipótese discriminante de alinhamento da teoria da ECT, comparativamente entre *Oberá* e *Palmeira das Missões*. Sob uma forma reduzida, as variáveis da pesquisa interagem de acordo com a Equação 1:

$$\text{Eficiência} = f [\text{estrutura de governança} ; \text{características da transação}] \quad (1)$$

VARIÁVEL INDEPENDENTE

A variável independente é um constructo de dois componentes, ou seja, da transação de atenção primária à saúde e da sua estrutura de governança. Os valores que serão conferidos aos atributos dos dois componentes (do constructo) dividem-se em alinhamento ou desalinhamento.

Caracterização da transação de APS

Para se caracterizar a transação de acordo com a ECT, é necessário levantar quais são os recursos (ativos) relevantes envolvidos na APS (financeiros, físicos,

humanos, intangíveis, etc.) e sua especificidade, a sua exposição a distúrbios reais ou potenciais, isto é, às incertezas de natureza comportamental (*moral hazards*) e de natureza ambiental (externalidades) e, por fim, a frequência com que ocorrem (lado direito da Figura 10). Os custos de transação originam-se em três eixos temáticos, na organização, nos processos e na gestão dos recursos humanos.

David e Ham (2004, p. 39-58) realizaram um estudo no qual testaram a força empírica da teoria da ECT a partir de artigos quantitativos. Foram aproveitadas algumas das variáveis como referência para essa tese. Por exemplo, a especificidade é desdobrada em ativos humanos, físicos, do produto, do local e da firma. A especificidade humana pode envolver habilidades específicas, necessidade de treinamento, complexidade da entidade prestadora do serviço de APS, processo ou produto; necessidade de coordenação entre beneficiário e o prestador e a confidencialidade dos dados do beneficiário. Por sua vez, os ativos físicos podem ter sua especificidade representada pela especialização dos equipamentos de prestação de serviços, pela sua complexidade tecnológica e pelo fato de que as instalações e outros equipamentos sejam custos afundados (*sunk costs*), ou seja, sem uso alternativo. Em relação ao produto, sua especificidade pode ser concretizada por uma matéria prima customizada, um produto final customizado, pelo custo de desenvolvimento do produto ou serviço final. Os outros itens relativos à especificidade não teriam aplicação bem definida para serviços públicos de APS, como é o caso da marca.

O mesmo estudo (DAVID, HAM, 2004 p. 39-58) apresentou as variáveis independentes mais citadas sobre risco/ incerteza, divididas em condições de mercado, tecnologia e comportamento. Em relação ao risco de mercado, embora a APS seja uma transação hierarquizada, ela seria oferecida à população, a princípio, de modo universal. O que pode ser aproveitado do referido estudo, nesse aspecto, é a mudança na demanda, a imprevisibilidade dos consumidores/ beneficiários e o volume total de transações. No quesito de risco ou incerteza tecnológica, aparece a volatilidade, a inovação e a competição no fornecimento de tecnologia necessária. Na variável *moral hazard* (de risco comportamental), foram citados, entre outros, o número de consumidores do serviço, o tempo consumido entre o contato inicial e a transação; a imprevisibilidade do fornecedor, a incerteza sobre a tomada de decisão

do consumidor, a ambiguidade do desempenho, a incerteza regulatória, a volatilidade tecnológica e do mercado, a experiência anterior da entidade na produção do serviço, a experiência da entidade na formação de alianças e o risco político.

Identificação das estruturas de governança da APS

Além da transação, a estrutura de governança (ou arranjo institucional) faz parte do constructo da variável independente. Do ponto de vista macro-analítico, a estrutura é influenciada pelo ambiente institucional que deve ser descrito como seu determinante (arcabouço legal, estrutura de estado e governo, etc). Do ponto de vista micro-analítico, instrumentos como os incentivos de alinhamento (controle, monitoramento, *accountability*, burocratização), os atributos de desempenho (mecanismos de adaptação) e o tipo de contrato (relacional, neoclássico, clássico) servem para descrever e caracterizar a estrutura de governança (lado esquerdo da Figura 10).

Alinhamento

O alinhamento é verificado pela correspondência (ou não) entre categorias ou temas da estrutura de governança e categorias da transação. Por exemplo, a transação pode apresentar, em determinado aspecto, um grau de especificidade do(s) recurso(s), determinando uma maior dependência bilateral. Dessa forma, se o número de médicos pediatras for muito pequeno no território, tal situação denota alta especificidade.

No Quadro 5, pode-se verificar que essa característica está mais bem alinhada (++) em uma estrutura de governança que apresente mecanismos de adaptação coordenada, como uma rede intermunicipal de cooperação, com regras claras para o fornecimento de serviços pediátricos.

Atributo de desempenho	Especificidade		
	baixa	média	Alta
autonomia adaptativa	++	+	0
Integridade adaptativa	0	+	++

Quadro 5 – Alinhamento entre transação e atributos de desempenho

Fonte: inspirado em Williamson (1999, p. 336)

Os ambientes institucionais, tanto em *Oberá*, quanto em Palmeira das Missões, ditam regras formais e informais muitas vezes contraditórias em cada contexto. Por sua vez, a transação de serviços públicos de APS gerará custos de transação tanto diretos, quanto de fricção. Ao assumir que os serviços de APS estão inseridos em um modo de governança mais hierárquico, em ambos os contextos, poderão apresentar-se custos diretos de transação em maior ou menor intensidade devido aos graus distintos de burocratização. Esses custos se relacionariam ao alinhamento (*ex-ante*) da transação de APS. Por sua vez, os custos de fricção dizem respeito ao desalinhamento (*ex-post*), quando da prestação efetiva dos serviços.

Portanto, assumindo-se que determinado aspecto da transação apresente maior especificidade, ele demanda uma estrutura de governança com uma maior integridade adaptativa /coordenação (Quadro 5).

O alinhamento induz custos *ex-ante*, por exemplo, de desenho de salvaguardas contratuais (Quadro 5). Por outro lado, se o mesmo aspecto de alta especificidade, presente para a transação ideal de APS, por falta de instituição formal ou por uma barreira informal (ideológica, cultural, religiosa) implicar em desalinhamento, ou seja, autonomia adaptativa (Quadro 6) na prestação, muito provavelmente causará custos *ex-post* decorrentes de investimento insuficiente em ativos ou mesmo da sua falta.

Característica		Especificidade	Externalidade	<i>Moral hazard</i>
Natureza		Salvaguarda	Salvaguarda e adaptação	Mensuração
Momento	CT diretos <i>ex ante</i>	Desenho de salvaguardas	Comunicação, negociação, coordenação e desenho de salvaguardas	Custos de especificação e mensuração
	CT de fricção <i>ex post</i>	Investimento insuficiente em ativos	Má-adaptação	Perda de produtividade, mau desempenho

Quadro 6 – Matriz de custos de transação.

Fonte: Adaptado de Genugten (2008, p. 97)

VARIÁVEIS DEPENDENTES

De acordo com Stake (1995, p. 41-42), as variáveis dependentes devem ser definidas preferentemente de forma experimental à operacional. Entretanto, a teoria da ECT delimita de modo conceitual essas variáveis. No contexto do presente estudo, as variáveis dependentes são o desempenho e a eficiência da APS¹⁰ em *Oberá* e em *Palmeira das Missões*.

RESÍDUOS DO MODELO: OS TERRITÓRIOS ESTUDADOS

Os resíduos ou termos de erro representam possíveis variáveis que não foram incluídas no modelo explicativo (Equação 1) e que são boas candidatas para explicar a eficiência da APS. Cita-se, nesta circunstância, por exemplo, a descrição física, demográfica, social e econômica dos territórios de estudo que é um meio de se identificar características epidemiológicas que, por sua vez, representam riscos ou distúrbios (externalidades) de natureza ambiental à saúde coletiva, e em particular, à atenção primária. Consequentemente, o aumento desses riscos envolve o aumento de custos e a redução de eficiência. A título exemplificativo, merece menção a tuberculose que é mais frequente em locais de condições higiênicas limitadas e em indivíduos imunodeprimidos (HELITO, KAUFMAN, 2007 p. 395). Por isso, a escolha de perfis econômicos e sociais similares ou próximos, dentre os quais estão as variáveis epidemiológicas, visa a reduzir o resíduo no modelo e coaduna-se com o conceito de território, para o propósito da tese. A escolha desses territórios serve então para evidenciar, com mais ênfase, a resposta organizacional marginal de um caso em relação ao outro sobre a eficiência dos serviços de APS.

De acordo com Haesbaert (2004, p. 1),

[...] o território nasce com uma dupla conotação, material e simbólica, pois etimologicamente aparece tão próximo de *terra*-

¹⁰ Esses dados são inferidos a partir da revisão de indicadores referenciados na literatura de APS e em relatórios oficiais. Por exemplo, Siqueira-Batista e Gomes (2006) listam a mortalidade infantil, a mortalidade materna, as internações por seqüelas de acidente vascular encefálico, a amputação de membro por complicação de diabetes *mellitus* e a cobertura vacinal como indicadores de eficiência (ou não) na avaliação de programas voltados para a APS. A partir da escolha de certos indicadores, os dados são obtidos por meio de dados estatísticos ou de fontes primárias.

territorium quanto de *terreo-territor* (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou no ‘territorium’ são impedidos de entrar”

Palmeira das Missões é um território situado dentro de um espaço descrito, no Brasil, como região de fronteira, que atinge 150 quilômetros a partir do limite político terrestre do país. *Oberá*, no lado argentino, também está dentro de uma faixa equivalente de distância da fronteira recíproca. Ainda, de acordo com Haesbaert (2004 p. 3), o território é ao mesmo tempo,

[...] em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar ‘funções’ quanto para produzir ‘significados’. O território é funcional a começar pelo território como recurso, seja como proteção ou abrigo (‘lar’ para o nosso repouso), seja como fonte de ‘recursos naturais’ – ‘matérias-primas’ que variam em importância de acordo com o(s) modelo(s) de sociedade(s) vigente(s).

A proximidade dos dois territórios é espacial e funcional, pois ambos se posicionam de modo periférico aos grandes centros comerciais, industriais e de serviços de seus respectivos países. Localizam-se na região de fronteira e apresentam características que podem desequilibrar materialmente a eficiência da APS, quando analisada unicamente sob aspectos organizacionais, em um ou outro contexto. A seguir, são apresentadas variáveis território-funcionais como elementos residuais do modelo.

Descrição geográfica

Oberá é a segunda cidade da *Província de Misiones* (Mapa 1) em termos populacionais. A província está situada no nordeste argentino entre o estado do Rio Grande do Sul, a leste, e a República do Paraguai, a oeste.

Mapa 1 – Província de *Misiones*.

Misiones foi desmembrada da província de *Corrientes* no final do século XIX e a localidade, onde hoje é *Oberá*, naquela época, era conhecida como *Yerbal Viejo*, ou seja, erval velho, devido ao extrativismo da erva-mate (*ilex paraguariensis*). *Misiones* destaca-se por apresentar o povoamento mais heterogêneo da Argentina.

Mapa 2 – Departamento¹¹ e município de *Oberá*

Fonte: Intendencia municipal de *Oberá*

¹¹ Os departamentos lembram os condados (*Counties*) dos Estados Unidos, mas são meramente desconcentrações dos governos provinciais (ASENSIO, 2006)

Além da população nativa Guarani, entre o final do século XIX e a Primeira Guerra Mundial, o município recebeu principalmente imigrantes suíços, alemães, ingleses, dinamarqueses, suecos e noruegueses.

O clima de *Oberá* é subtropical, com temperaturas médias ao redor de 20° C.

O município (Mapa 2) possui 55.493 habitantes, sendo 51.601 (93%) residentes na área urbana e 3.892 (7%) na área rural. Desses habitantes, 27.453 (49%) são do sexo masculino e 28.040 (51%), do sexo feminino (IPEC, 2008b).

O município de Palmeira das Missões (Mapa 3) situa-se na região geográfica do noroeste do Rio Grande do Sul, distante 394 km de Porto Alegre, capital do estado. Apresenta um clima subtropical moderado.

A população, estimada no ano de 2008, era de 34.581 habitantes, sendo que 29.876 (86%) residiam na zona urbana e 4.705 (14%), na rural. Estimava-se que 16.787 (49%) fossem do sexo masculino e 17.794 (51%) do feminino (FEE, 2008). O município é um pouco menos povoado do que *Oberá*, mas apresenta uma composição em gênero semelhante e muito próxima na distribuição urbano-rural.

Mapa 3 – Palmeira das Missões e o Rio Grande do Sul

Indicadores de pobreza

Em relação ao nível de desenvolvimento, na Argentina, emprega-se o indicador de necessidades básicas insatisfeitas (NBI) que leva em consideração o acesso à moradia e sua qualidade, o acesso a serviços sanitários, à educação,

assim como a capacidade econômica dos indivíduos. Segundo o *Instituto Provincial de Estadística y Censos*, 2.708 (19%) moradias, de um total de 14.257, apresentavam NBI. Em termos populacionais, 12.167 (22,2%) habitantes encontravam-se em situação de NBI (IPEC, 2008c). De acordo com o IPEC, 22,4% da população regional eram considerados indigentes no início de 2005. Além disso, 33,70% da população da região, onde se encontra *Oberá*, posicionavam-se abaixo da linha de pobreza ao final do ano de 2007 (IPEC, 2008a).

No caso de Palmeira das Missões, o município ocupava o 244º lugar, dentre os 497 municípios do estado do Rio Grande do Sul, na classificação pelo índice de desenvolvimento humano médio (IDHM), obtendo um escore de 0,784, que foi levantado pela ONU, em 2000, e divulgado no Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil. Tal índice leva em conta o saneamento básico, a saúde, a educação, a habitação, a criminalidade, o emprego, a distribuição de renda e outras informações, que qualificam a vida das pessoas. Observou-se que, no mesmo ano, o estado do Rio Grande do Sul obteve um escore de 0,809 e o Brasil, de 0,757. A proporção de indivíduos com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo, em 1991, era de 50,3% e caiu para 35,5% no ano 2000 (FEE, 2008). O índice de pobreza, no ano 2000, era de 30,53% (IBGE, 2000).

Acesso às utilidades públicas

De acordo com (HELITO, KAUFMAN, 2007 p. 443), [...] as parasitoses intestinais são mais comuns em locais com condições sanitárias precárias e onde a rede de água tratada e esgoto não atende à maioria da população. Os serviços de “saneamento básico” englobam o abastecimento de água, de esgotos, de coleta de lixo e de águas pluviais. Um indicador sanitário, muito utilizado em estudos comparativos internacionais e na apuração das condições de desenvolvimento, é a proporção da população que dispõe de um sistema adequado de abastecimento de água, de eliminação de dejetos e de coleta regular de lixo (PEREIRA, 1995 p. 60).

Para o IPEC (Tabela 1), apenas 14,26% da população de *Oberá* dispõem de rede de água potável. Sabe-se que a cidade é abastecida com a água do *arroyo Ramón* e que, com a estiagem ocorrida no verão de 2009, a sua oferta reduziu-se em 40%. Com isso, foram verificados problemas de abastecimento na cidade e a

alternativa que se tem buscado no município é a perfuração de poços para extração de água do aquífero Guarani (CONTINÚA, 2009). Essa opção, segundo o periódico “Território Digital”, levaria dois anos para ser concluída. Outra solução mais rápida, também apontada pelo periódico, é a ampliação da captação de água do *Arroyo del Medio* o que exigiria um investimento adicional de quarenta milhões de Pesos. Na Tabela 1, encontram-se outros indicadores de acesso a serviços de utilidade pública em *Oberá*:

Tabela 1 – Indicadores de serviços públicos em *Oberá*

Usuários com conexão à rede elétrica	13.570
Quarteirões com iluminação pública	86,74%
Luminárias por quarteirão	1,34
Usuários com conexão à rede cloacal	4.757
Usuários com conexão à rede de água	7.917
Quarteirões com varrição e limpeza	5,59%
Quarteirões com coleta de resíduos domiciliares	90,98%
Quantidade de resíduo / ano / habitante	197,32

Fonte: Ipec, 2008

No ano 2000, em Palmeira das Missões, o acesso da população à rede geral de água tratada era de 75,5%; 18,8% da população possuíam poço ou nascente na propriedade e 6,4% captavam água por outras formas (FEE, 2008).

Na Tabela 2, vê-se a evolução das formas de coleta e /ou tratamento de esgoto cloacal na cidade de Palmeira das Missões até o ano 2000:

Tabela 2 – Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária em Palmeira das Missões

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	-	15,6
Fossa séptica	35,4	2,1
Fossa rudimentar	55,3	72,9
Vala	2,4	3,7
Rio, lago ou mar	-	2,3
Outro escoadouro	1,6	1,7
Não sabe o tipo de escoadouro	0,0	-
Não tem instalação sanitária	5,3	1,7

Fonte: DATASUS, 2010

Os baixos números do saneamento em *Oberá* e em *Palmeira das Missões* apontam para o risco de doenças infecciosas, tais como parasitoses e doenças do trato gastrointestinal.

Perfil econômico e ocupacional

O tipo e o nível de ocupação também constituem um fator de risco à saúde. Pereira (1995 p. 198) assinala que algumas das ocupações menos remuneradas são as que expõem os trabalhadores a maiores riscos. A ocupação, ademais, serve como indicador indireto do estado nutricional, pois revela a participação econômica na renda per capita da população e na sua distribuição (PEREIRA, 1995 p. 59). Segundo Pinheiro e Monteiro (2007 p. 40),

[...] indivíduos desempregados e suas famílias sofrem um significativo aumento no risco de adquirir doenças mentais ou psicológicas, podendo levar à morte prematura, quando comparados com a população empregada.

Gráfico 1 – Taxas (%) de atividade, emprego, desocupação e subocupação regionais e nacionais

Fonte: Ipec, 2008

A atividade econômica regional de *Misiones* é menos dinâmica do que a do país como um todo e a taxa de emprego acompanha essa tendência (Gráfico 1). Os níveis de subocupação e de desocupação caíram de 2003 a 2008 (Gráfico 1). Esse é um fato positivo para a saúde, levando-se em consideração a característica de cobertura e de financiamento das obras sociais na Argentina, ou seja, de seguro baseado no vínculo trabalhista.

No caso de Palmeira das Missões, verifica-se que o Rio Grande do Sul apresentava uma tendência de elevação na taxa (%) de desocupação até 2003 (Gráfico 2). Ainda que o SUS não vincule o seu atendimento ao recolhimento de contribuições atreladas ao vínculo trabalhista, a sua ausência implica uma menor condição financeira e a maior dependência do setor público que, por sua vez, exerce maior pressão sobre a APS.

Gráfico 2 – Percentual da população de 10 anos e mais desocupada.

Fonte: IBGE, 2008

Analfabetismo

A taxa de analfabetismo de *Oberá*, em 1991, era de 8,6%, sendo que a taxa feminina era de 9,2% contra 8,0% masculina. Já no ano de 2001, essa taxa caiu para 6,4%, sendo 6,4% a taxa masculina e 6,5% a feminina (IPEC, 2008). Esses dados, em tese, potencialmente indicam uma menor restrição cognitiva da população beneficiária (*proxy*) em relação aos problemas de saúde.

A taxa de analfabetismo em Palmeira das Missões, no ano de 2000, era de 12,06% (FEE, 2008). A taxa maior, em contraste a de *Oberá*, pode indicar uma restrição cognitiva mais acentuada no território de Palmeira das Missões em relação à instituição de novas práticas de APS.

Serviços médicos

Os dados da Tabela 3 confirmam a ausência do governo central argentino na propriedade e na gestão dos hospitais, conforme se destacou no capítulo anterior.

Tabela 3 – Estabelecimentos de serviços de saúde em *Oberá*

Origem	atendimento	oferta a cada 100.000 hab
Nacionais	com internação	-
Provinciais	sem internação	-
Provinciais	com internação	0,18
Provinciais	sem internação	3,06
Municipais	com internação	-
Municipais	sem internação	-
Privados	com internação	1,26
Privados	sem internação	2,70

Fonte: Ipec, 2008

A maior oferta de serviços de internação em *Oberá* é da iniciativa privada, mas o atendimento sem internação é mais frequente nos estabelecimentos provinciais.

Em Palmeira das Missões, verifica-se que a disponibilidade de leitos para internação para cada 1.000 habitantes, em novembro de 2007, era de 3,1 sendo que o SUS respondia por 1,9 (DATASUS, 2008). Normalizando esses dados com os de *Oberá*, percebe-se a menor disponibilidade de leitos no território brasileiro. Outras características da infra-estrutura de saúde de Palmeira das Missões estão na Tabela 4:

Tabela 4 – Estabelecimentos em Palmeira das Missões (dez/2007)

Serviço prestado	SUS	Particular	Plano de Saúde	
			Público	Privado
Internação	1	1	-	-
Ambulatorial	30	21	11	11
Urgência	1	1	-	-
Diagnose e terapia	11	5	-	-
Vig. epidemiológica e sanitária	-	-	-	-
Farmácia ou cooperativa	1	-	-	-

Fonte: DATASUS, 2010

Crescimento populacional

O crescimento populacional determina, juntamente com outros fatores de risco, a demanda por serviços de saúde. De 1998 a 2006, a taxa bruta de natalidade caiu 29,5%, enquanto a taxa bruta de mortalidade caiu 11,3% em *Oberá* (Tabela 5).

Tabela 5 – Taxas de natalidade e mortalidade em *Oberá* (por 1.000 hab)

Ano	Taxa bruta de natalidade	Taxa bruta de mortalidade
1998	31,50	6,20
1999	27,60	6,30
2000	32,70	7,20
2001	28,00	5,60
2002	25,90	6,00
2003	24,50	6,30
2004	26,60	5,70
2005	23,80	5,00
2006	22,20	5,50

Fonte: Ipec, 2008

De acordo com Pereira (1995 p. 57), o conhecimento da estrutura da mortalidade, com o predomínio de um grupo particular de afecções, permite inferir-se o nível de saúde e até mesmo o grau de desenvolvimento da região.

Tabela 6 – Taxas de natalidade e mortalidade em Palmeira das Missões (por 1.000 hab)

Ano	Taxa bruta de natalidade	Taxa bruta de mortalidade
2000	19,0	6,3
2001	16,4	7,0
2002	18,5	6,2
2003	15,5	6,7
2004	17,7	6,9
2005	15,3	7,6
2006	14,0	6,4

Fonte: DATASUS, 2010

Como se pode observar na Tabela 6, a taxa de mortalidade em Palmeira das Missões manteve-se, em 2006, no mesmo nível de 2000. Isoladamente, esse fato é positivo, pois, conforme Pereira (1995 p. 55) [...] as taxas elevadas de mortalidade

por causas evitáveis permitem concluir pela existência de baixos níveis sanitários e sociais da população. Se a taxa não aumentou, pode se concluir, com base nessa afirmação, ou que os níveis sanitários não se deterioraram ou que, isso não sendo verdadeiro, as mortes não-evitáveis reduziram-se.

Do ponto de vista comparativo, porém, a principal conclusão, com base nos dados de 2006, é que a população de *Oberá* cresce a uma taxa líquida (16,7 por 1000 habitantes/ ano) duas vezes maior que a de Palmeira das Missões (7,6 por 1000 habitantes/ ano). Essa variável apresenta uma diferença considerável e pode exercer influências residuais na análise de eficiência proposta, uma vez que os recursos de saúde per capita, em *Oberá*, tornam-se a cada ano, *ceteris-paribus*, mais específicos pelo aumento líquido do que em Palmeira das Missões.

PLANO AMOSTRAL

Os dois territórios possuem algumas características funcionais próximas, tais como as taxas de mortalidade, os níveis de ocupação e de pobreza (Tabela 7). Contudo, não há garantias de redução do termo de erro do modelo, nem mesmo de igualdade entre ambos os contextos.

Tabela 7 – Variáveis territoriais comparadas

	Oberá	Palmeira das Missões
População total	55.493	34.581
População urbana	51.601	29.876
População rural	3.892	4.705
População pobre	33,70%	30,53%
Acesso à água potável	14,26%	75,50%
Taxa de analfabetismo	6,40%	12,06%
Taxa de natalidade em 2006	22,2	14,0
Taxa de mortalidade em 2006	5,5	6,4
Taxa líquida de natalidade em 2006	16,7	7,6

A infra-estrutura de saúde demonstrou alguma semelhança, com a tentativa de institucionalização de estratégias similares de atenção primária à população. O programa de saúde familiar já estava evidente no sítio da internet da Província de *Misiones* antes do início da pesquisa de campo. Os territórios são parecidos pela alta especificidade de recursos humanos, financeiros e tecnológicos. O

distanciamento (Mapas 1 e 3) de centros maiores, de alguma forma poderia elevar as resistências à mudança institucional da APS. As duas cidades distam entre si 260 quilômetros, o que se mostrou conveniente do ponto de vista do financiamento da pesquisa. Desta maneira, a amostra dos dois territórios é definida como não probabilística ou não aleatória.

Instrumentos

COLETA DE DADOS

O estudo de caso capitaliza-se pelas maneiras com que se conhecem, pessoalmente, os objetos investigados. Por esse motivo, foram realizadas visitas à Argentina, as cidades de *Oberá* e *Posadas*, capital provincial e onde se encontra o curso de enfermagem da *Universidad Nacional de Misiones* e o Governo Provincial, em que se conseguiu cooperação técnica e acadêmica. Também foram alvo da pesquisa os serviços de saúde estaduais e municipais sediados em Palmeira das Missões. Desse modo, pode-se prestar a atenção no que de mais importante ocorre em relação à atenção primária para se chegar às conclusões da tese a partir dessas escolhas.

Tudo o que foi feito no campo, desde ganhar acesso até a triangulação dos dados foi guiado pelas questões da pesquisa. Segundo Stake (1995, p.9), “[...] a função do pesquisador qualitativo durante a coleta de dados é manter claramente uma vigorosa interpretação”.

Entrevistas

Embora a observação direta seja a fonte primária preferencial, muito do que não se pôde visualizar foi observado por outros. O caso nunca é visto da mesma forma por todos e é certo que foram descobertas e retratadas múltiplas visões do mesmo. A entrevista foi a principal via para as múltiplas realidades (STAKE, 1995 p. 64).

Foram conduzidas entrevistas com agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, políticos e com outros atores sociais tais como professores universitários, empresários a fim de se conhecer os determinantes da eficiência de saúde na atenção primária em cada território.

Revisão documental

Tal qual a entrevista, os documentos serviram como substitutos para registros da atividade que o pesquisador não poderia observar diretamente (STAKE, 1995 p. 68).

Foram coletados documentos como estatísticas de saúde, infra-estrutura, finanças, prestações de contas, *in loco* ou por meio de páginas eletrônicas de *websites* e outros que se apresentaram pertinentes à compreensão do caso como um todo.

Técnicas

Segundo Stake (1995, p. 28), os pesquisadores diferem no quanto eles querem ter identificado previamente em suas questões de pesquisa. As questões do trabalho foram delimitadas pela estrutura da ECT, mas amplificadas no âmbito da APS em dois países.

Os casos, entretanto, necessitavam de organização conceitual. Em estudos de caso holísticos ou instrumentais, além da definição do caso é necessária a escolha de temas que melhor “recortem” as variáveis mais representativas de cada caso. Como destaca Stake (1995, p. 17),

[...] os temas não são simples e claros, mas fechados nos contextos político, social, histórico e especialmente no pessoal. As questões sobre os temas fornecem uma estrutura conceitual poderosa para a organização do estudo de caso.

Os temas são sinônimos, portanto, ao que Gibbs (2009, p. 65) delimitou como “categorias” – também chamadas temas – que servem para agrupar as evidências coletadas, de diversas fontes, dentro de um nível mais analítico e teórico de codificação. De modo diferente que a teoria fundamentada em dados (*Grounded theory*), as categorias podem vir da literatura de pesquisa, o que caracteriza uma codificação baseada em conceitos (GIBBS 2009, p. 67). Esse estudo de caso utilizou temas ou categorias conceituais pré-determinados pela ECT a fim de categorizar os dados coletados, tornando desnecessária a eleição de tópicos ou categorias de “melhor” recorte.

CATEGORIZAÇÃO

Os temas foram estabelecidos para facilitar o trabalho de pesquisa. Eles poderiam ser declarações ou interrogações. Na redação final do relatório, se utilizou um escopo menor de títulos temáticos. Entretanto, na organização do estudo houve a necessidade de uma declaração mais detalhada que identificasse situações específicas (STAKE, 1995 p. 21).

As declarações temáticas, algumas vezes, parecem relacionamentos de causa e efeito. Nesse trabalho, as questões temáticas compreendem dois eixos principais de confrontação (Figura 13), ou seja, os componentes da variável independente: constructo entre (1) a transação de APS e (2) a estrutura de governança.

EVOLUÇÃO DAS QUESTÕES TEMÁTICAS

Robert Stake (1995 p. 21) considera que poderia ser útil escrever um conjunto de dez a vinte questões prospectivas, substantivas na negociação do estudo, em contatos preliminares com o caso ou de experiências ou literaturas relevantes. Logo a lista se reduziria a umas poucas questões a fim de ajudar a estruturar as observações, entrevistas e revisão de documentos.

Uma lista de temas iniciais originou-se da leitura feita do livro seminal sobre atenção primária, escrito por Bárbara Starfield, e que serviu para a classificação, a caracterização e a compreensão do referido assunto (STARFIELD, 2002 p. 568). Essas questões foram adaptadas e enquadradas como possíveis causas de custos de transação, a partir de aspectos organizacionais, processuais e de recursos humanos.

Em primeiro lugar, temas relacionados aos custos de transação da organização da APS podem enquadrar: (1) O tipo de sistema: a fim de saber se a atenção primária é regulada ou se é exercida por centros de saúde e qual a cobertura geográfica e populacional; (2) O financiamento: para verificar se o financiamento é ou não derivado de impostos; (3) A divisão de custos: existe co-participação dos beneficiários nos custos da atenção básica?; (4) A porta de entrada do paciente: a APS é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde? O paciente poderia se auto-encaminhar a uma especialidade (atenção secundária)?

Segundo, temas relacionados aos custos de transação decorrentes de processos da APS; (5) O cadastramento: existe cadastro dos pacientes? (6) A frequência do atendimento: qual é a frequência? É determinada por lei? (7) A longitudinalidade da atenção: existe uma relação intertemporal intencional na atenção básica do indivíduo? (8) A integralidade da atenção básica: quão extenso é o rol de serviços prestados na APS? (9) A coordenação: existem diretrizes para a transferência de informações sobre pacientes? (10) A centralização na família: a APS é centrada na família? (11) A orientação comunitária: o planejamento é realizado com base nos dados da comunidade? Em um terceiro ponto, temas relacionados aos custos de transação decorrentes de recursos humanos da APS: (12) O perfil profissional: profissionais generalistas ou especialistas? Qual a percentagem de profissionais generalistas? Qual a remuneração dos profissionais na atenção primária em relação aos especialistas? (13) O prestígio acadêmico: qual a importância da APS na formação dos profissionais?

Esses temas, na prática, não foram definitivos. Eles se desenvolveram e se articularam com a revisão da teoria, contribuindo para uma maior compreensão da APS por parte do pesquisador. Isto foi feito por meio de afirmações, por meio de tentativas iniciais e se intensificou na medida em que novas observações foram realizadas e que as observações anteriores se confirmaram (STAKE 1995, p. 20). As afirmações tomaram a forma de pequenas generalizações quando se tratavam de uma situação em particular ou de um grupo de situações com alguma similaridade. Entretanto, ocasionalmente, converteram-se em uma grande generalização.

TÓPICOS DESCRITIVOS

Além das questões temáticas, existem tópicos descritivos que são questões que também devem ser respondidas. Estes tópicos exigem informações necessárias à descrição do caso (STAKE, 1995 p. 25). Nessa pesquisa, o esquema de tópicos descritivos foi utilizado como estrutura conceitual primária. Eles representam uma organização conceitual ou estruturas cognitivas que guiaram o trabalho de coleta de dados e o esquema de apresentação das interpretações. Gibbs (2009 p. 98), com o mesmo propósito, defende a hierarquia da codificação. Códigos que guardem semelhanças ou que se refiram ao mesmo assunto são reunidos sob o mesmo ramo

da estrutura. Na Figura 11, estão descritos os códigos estruturados para a análise dos temas referentes à estrutura de governança de APS.

Figura 11 – Categorias conceituais para a estrutura de governança

Fonte: inspirado em Williamson (1999, p. 336)

Desta maneira, enquanto a análise avançou a interpretação das questões temáticas, iniciais ou modificadas valeu-se da estrutura de codificação categórica, conforme a teoria da ECT adaptada para o setor público.

Na Figura 12, estão os tópicos descritivos para os temas relacionados à transação de APS:

Figura 12 – Categorias conceituais para a transação

Fonte: elaboração própria

Os temas das transações e seus custos envolvem a análise em três níveis diferentes, ou seja, o organizacional, o dos processos e, por fim, o dos recursos humanos.

Correspondência e padrões

A procura por significados frequentemente é uma busca por padrões, por consistência, por consistência dentro de certas condições, o que é chamado de “correspondência”. No presente estudo, os padrões ou estruturas de governança já eram conhecidos antecipadamente, desenhados a partir da ECT, servindo como um *benchmark* para a análise posterior.

Na tentativa de se compreender o caso, foram analisados episódios ou materiais textuais com um sentido de correspondência. Buscou-se compreender comportamentos, temas e contextos com relação ao caso em particular. A busca de um padrão ou um significado por meio de interpretação direta deu-se pelo auto-questionamento: “- O que isso significa?” Em relação a episódios ou passagens de textos mais importantes, um tempo maior foi empregado, com mais reflexão, triangulação, com ceticismo sobre as primeiras impressões e seus significados. As evidências mais críticas das afirmações proferidas foram isoladas e a adequação delas foi desafiada conforme sugere Stake (1995, p. 78).

Validação

A precisão na mensuração e a lógica na interpretação dos significados da pesquisa são muito importantes (STAKE 1995, p. 108). Temas e fenômenos complexos, para os quais não se pôde chegar a um consenso do que realmente exista de forma imediata, demandaram um compromisso ético de se minimizar a compreensão e possível representação errônea. Buscou-se, nessas circunstâncias, procedimentos de triangulação, ou seja, esforços além da simples repetição de dados coletados em um empenho deliberado para encontrar a validação dos dados observados (STAKE 1995, p. 109).

Para validar os achados, as seguintes estratégias foram empregadas (CRESSWELL, 2003 p. 203): triangulação dos dados entre as múltiplas fontes; conferência a partir do informante após a interpretação do pesquisador; exame pelos pares (*peer examination*), ou seja, as narrativas foram submetidas a colegas brasileiros e argentinos.

Alvos de triangulação

Para se descrever o caso, procurou-se apresentar uma quantidade substancial de descrições incontestáveis. Ao se decidir sobre a relevância de um tema e a necessidade de triangulação, o critério foi o seguinte (Quadro 7):

Situação	Necessidade por triangulação
Descrição incontestável	Necessita pouco esforço de confirmação
Descrição dúbia ou contestável	Necessita confirmação
Dados críticos para uma afirmação (<i>assertion</i>)	Necessita esforço extra de confirmação
Interpretações chave	Necessita esforço extra de confirmação
Persuasões do autor, assim identificadas.	Necessita esforço extra de confirmação

Quadro 7 – Necessidade de triangulação

Fonte: Stake (1995, p. 112 tradução nossa)

PARTE III – ANÁLISE DISCRETA E COMPARADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nesta terceira parte, apresenta-se a estrutura de governança de atenção primária como um modelo de reforma, revolucionário para o cuidado com a saúde coletiva. De um modelo de governança preconizado na literatura, parte-se para a investigação das regras e de outras instituições formalizadas e instituídas tanto no território de *Oberá*, quanto no de Palmeira das Missões.

Em geral, afirma-se que as regiões que dispõem de atenção primária à saúde (APS) atingem melhores resultados, por exemplo, nas taxas de mortalidade em geral, mortalidade por doença cardíaca e mortalidade infantil, combinadas com maior detecção precoce de cânceres diversos (OPAS-MS, 2008). Existem iniciativas de atenção primária à saúde nos dois contextos que são propostas em uma tentativa de institucionalização de um modelo revolucionário que passa a valorizar mais a saúde em relação à doença. Seria, portanto, a adoção de práticas e estruturas alinhadas de APS uma forma de se reduzirem custos de transação *ex-post* na área da saúde pública como um todo.

A questão da atenção primária foi abordada no discurso da Organização Mundial de Saúde (1978, tradução nossa) do seguinte modo:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e auto-determinação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (W.H.O., 1978).

A fonte da atenção médica convencional (em contraste à abordagem centrada na atenção primária) não é continuada e tem como porta de entrada no sistema de serviços de saúde uma instância secundária (a consulta médica, por exemplo). Ela não é preventiva e, em geral, não há conhecimento prévio entre o profissional de

saúde (médico) e o paciente. A mudança institucional que foi referida como enfrentada nos territórios em estudo parte desse ponto.

Convencional	Atenção primária
Enfoque	
Doença Cura	Saúde Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento Atenção por episódio Problemas específicos	Promoção da saúde Atenção continuada Atenção abrangente
Organização	
Especialistas Médicos Consultório individual	Clínicos gerais Grupos de outros profissionais Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde Domínio pelo profissional Recepção passiva	Colaboração inter-setorial Participação da comunidade Auto-responsabilidade

Quadro 8 – Atenção médica e atenção primária à saúde

Fonte: Starfield (2002 p. 33)

O Quadro 8 evidencia o modelo ideal e revolucionário com uma estratégia multiorganizacional, de processos abrangentes e continuados voltados à saúde e com uma equipe multidisciplinar com a participação da comunidade. Assim, o modelo idealizado de atenção primária à saúde já apresenta um grau razoável de especificidades. A atenção primária deve ser a porta de entrada do sistema de serviço de saúde para as novas necessidades e problemas, fornecendo cuidado contínuo sobre a pessoa, em todos os aspectos da saúde (físico, mental, emocional), levando em consideração a existência de circunstâncias incomuns ou raras e coordenando ou integrando a atenção fornecida por outras instâncias (STARFIELD, 2002). Tal integralidade, associada ao universalismo da oferta e à essencialidade do serviço de APS, faz do governo, praticamente, a organização política e econômica capaz de instituir, coordenar, manter e ampliar a sua oferta.

Essa conclusão afasta a estrutura de governança da APS dos modos de privatização ou de terceirização, sobretudo em ambientes de alta especificidade como os do plano amostral, restando-lhe pender para o modo de agência (ou hierárquico), tanto em *Oberá*, quanto em Palmeira das Missões.

Em relação aos processos, a atenção primária (ideal) difere da atenção por consulta de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade no longo prazo (atenção terciária), por vários motivos, posto que a atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e, até mesmo, nos lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção, que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos (STARFIELD, 2002). No caso brasileiro, os processos mínimos preconizados, por exemplo, foram instituídos na Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) 01/2002 e constituem um referencial inicial, podendo ser divididos em:

(1) Processos sanitários de atenção primária que compreendem, minimamente, o desenvolvimento nutricional, a imunização (esquema básico e específico, tal como a BCG contra tuberculose), quimioprofilaxia, entre outros.

(2) Processos clínicos que podem abranger os diagnósticos da tuberculose (com referência aos exames baciloscópicos e de raios X), dermatológico para hanseníase, diagnóstico de hipertensão (com referência para o eletrocardiograma – ECG e raios X de tórax), de diabetes (complicações e referencia para ECG); diagnóstico de doenças infantis com referência para outros níveis de atenção e diagnóstico de câncer de colo do útero (citopatológico). Ainda incluem-se o controle da pressão arterial, da diabetes (glicemia) e da carência nutricional (de crianças e gestantes de baixo peso); o acompanhamento de pacientes crônicos e do desenvolvimento infantil; o atendimento a crises hipertensivas, pequenas urgências ambulatoriais, afecções agudas de maior prevalência, e de diabéticos (curativos, complicações agudas e encaminhamento para outros níveis de complexidade); o atendimento à saúde bucal e de infecções respiratórias agudas, sobretudo de crianças.

(3) Processos educativos, de promoção à saúde tais como prevenção de doenças (divulgação de sintomas, controle da obesidade, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, orientação nutricional, escovação bucal e aleitamento materno) e pré-natal; planejamento familiar; terapêuticos como para diabéticos; de manutenção para melhoria da condição de incapacitados pela hanseníase e de auto-aplicação de insulina voltada aos diabéticos.

(4) Processos assistenciais, de obtenção de informações (gerais, sobre diabéticos, portadores de hanseníase, etc.), pelas visitas domiciliares (em busca de doentes com sintomas respiratórios, pacientes sequelados pelo acidente vascular encefálico - AVE), de cadastramento (de famílias, de portadores de tuberculose, de hanseníase, diabéticos, da situação bucal), para a medição da pressão arterial e para o fornecimento de medicamentos (básicos, para controle da pressão arterial, para a tuberculose, para hanseníase, anticoncepcionais).

Curiosamente, os processos educativos, sanitários e clínicos, também se revestem de características assistenciais. Eles implicam uma situação em que o prestador dos serviços deve ir ao encontro do paciente para alertá-lo, diagnosticá-lo e referenciá-lo. Talvez por essa razão, as estratégias idealizadas de atenção primária sejam mais aceitas e adaptáveis em populações carentes ou países em desenvolvimento comparativamente aos países mais ricos e desenvolvidos

O problema da ineficiência da atenção à saúde tradicional, centrada na doença, é evidente nos Estados Unidos. Este país é citado como o exemplo mais claro de que uma riqueza nacional maior e um maior gasto em saúde não garantem a melhor saúde pública, apontando para um custo de transação *ex-post* elevado. O que se postula é a equidade na distribuição de recursos que exerce um papel decisivo na melhoria nos níveis de saúde, explicada em parte pela orientação à atenção primária (STARFIELD, 2002). Essa equidade não foi alcançada denotando falhas de mercado e demanda, portanto, outra estrutura de governança com mais coordenação política.

De acordo com Médici (2009), os Estados Unidos teriam gasto 16% do seu produto interno bruto (PIB) com saúde em 2007 contra uma média de 9% nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Apenas 28% dos seus médicos possuíam prontuários eletrônicos dos seus pacientes em

comparação aos 80% verificados na Holanda, Nova Zelândia, Inglaterra e Áustria. Outros indicadores dessa realidade *vis-à-vis* são a maior mortalidade infantil e a menor expectativa de vida nesse país em relação aqueles outros. Médici (2009) aponta, dentre os diversos fatores explicativos dessas diferenças, o fato de que

[...] os países desenvolvidos, onde uma importante excessão [sic] é os Estados Unidos, tem tido melhores resultados em utilizar a saúde pública, a atenção primária e modelos de promoção e prevenção como forma de evitar gastos catastróficos em doenças crônicas.

Nesse sentido, sob o aspecto organizacional, a saúde comunitária, na qual a APS se insere, faz parte do projeto preventivista com ênfase nas “ciências da conduta” aplicadas a problemas da saúde, expressando-se aí na chamada “medicina comunitária”.

Na América Latina, o ideário da saúde comunitária é estimulado por agências de cooperação internacional como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Fundação Kellog (CARVALHO, 2007). Aliada a esses estímulos externos, a profunda iniquidade social verificada nas últimas décadas pressionou os governos à universalização do direito à saúde (pelo menos, na sua atividade legislativa), ao aumento da cobertura e à priorização da atenção básica (MARTINS, 2006). Por outro lado, a universalização não seria real e críticas emergem atribuindo aos programas de atenção básica o papel de disfarce para a iniquidade por meio de ações pontuais voltadas aos pobres, tais como pacotes mínimos que lhe são dirigidos (TRAPE, 2005). Por exemplo, Carvalho (2007, p. 33) declara que [...] o direcionamento de políticas públicas para determinados grupos de risco é uma das estratégias priorizadas pelo neoliberalismo. Essa afirmação vincula-se à ideia das redes mínimas de proteção social. No entanto, se, por um lado, existe uma conotação de exclusão, por outro, há que se reconhecer que essas plataformas, sob certos aspectos, podem ser mais eficientes do ponto de vista de prestação de serviços do que as encontradas em países desenvolvidos. É claro que essa abstração não leva em conta a miséria e o desemprego.

Neste trabalho, explora-se o impacto da plataforma de APS em dois contextos de restrição econômica e social. Uma abordagem de choques ideológicos, contudo, torna difícil o trabalho de comparação dos sistemas de atenção primária à saúde. A

abordagem de análise por meio de elementos estruturais e funcionais é mais indicada para esse fim, devido à multiplicidade de interpretações do seu conceito (MARTINS, 2006). Com o abandono, pelo menos parcial, da motivação ideológica por trás da APS e de acordo com uma linha de pensamento de eficiência, uma lista de temas propostos por Starfield (2002) serve para o enquadramento e a sistematização dos custos de transação nos dois capítulos seguintes. As ideias compiladas por Starfield representam uma maneira de se fomentar a saúde, a um custo menor e, por essa razão, são influentes nas regiões menos favorecidas do planeta. No próximo capítulo, são contrastadas as estruturas de governança e seus atributos nos dois territórios. Já, no capítulo posterior, a transação e seus elementos são descritos igualmente para os dois contextos.

As estruturas ou modos de governança, aqui, descrevem a solução tecnológica desenvolvida como resposta aos problemas de saúde sob condições de falhas de mercado, as quais se materializam em custos que, para serem reduzidos, implicam em custos de construção de uma estrutura de governança renovada. O capítulo inicia com a descrição do ambiente institucional dos contextos analisados e, depois, os atributos da coordenação, dos instrumentos e da lei contratual são evidenciados.

A descrição da evolução institucional e dos atributos de governança ajuda a formar a imagem do contexto no qual a transação de APS opera e, conseqüentemente, dos possíveis custos do desalinhamento entre transação e estrutura, bem como, as suas causas.

8 Estruturas de governança comparadas

Ambiente institucional

Transações de alta especificidade, como as de prestação de serviços de saúde, requerem coordenação para a redução de custos de transação que são iminentes. A coordenação das plataformas de prestação de serviços de atenção primária à saúde é representada por fatores introduzidos na sua estrutura a fim de garantir a execução dos seus processos com o mínimo de distúrbios possível. Essas garantias estão presentes em artigos de leis e em outros regulamentos que orientam e delimitam as salvaguardas necessárias ao desempenho das atividades entre atores governamentais e privados, minimamente alinhados. Muitas vezes, o funcionamento desses regulamentos depende de outras circunstâncias menos tangíveis, como a vinculação de sanções pelo seu descumprimento.

As regras do jogo da saúde são alteradas ao longo do tempo em função de circunstâncias econômicas e políticas. Em alguns casos, as alterações decorrentes dessa evolução contingencial contribuem para o alinhamento da transação com a estrutura; em outras ocasiões, não. A combinação entre evolução histórica, social e política e a tecnologia desenvolvida frente às características da transação de atenção primária à saúde justificam o esforço de descrição do ambiente institucional como determinante de eficiência.

OBERÁ

Na Argentina, a lei provincial de saúde da cidade autônoma de Buenos Aires (C.A.B.A., *LEY* 153, 1999) e a lei provincial de saúde de *Misiones* (*LEY* 4.388/ 2007, cap. V) são exemplos de diplomas legais que formalizam a divisão que, de fato, existe entre os subsetores público, privado e da seguridade social, ou seja, o das obras sociais. Essa estrutura fragmentada é uma instituição argentina presente em todas as províncias do país, desde a época do primeiro governo de Perón (1946-1955). Nela, o papel do governo é o de promover a saúde pública, controlar e alinhar o seu próprio subsetor no âmbito central e subnacional, além de regular as obras sociais e o setor privado de serviços de saúde.

Os sistemas de pensão e de saúde estavam unificados sob o rótulo da assistência social. De acordo com Médici (2002, p. 7), havia um amplo leque de caixas de assistência social, de diversas categorias profissionais que perdurou até final dos anos de 1960. O governo de Perón, chamado de o “pai dos pobres”, criou uma série de benefícios sem a devida contrapartida financeira no lado dos ingressos. Os déficits das caixas previdenciárias tornaram-se insustentáveis e, em 1968, todas elas foram reduzidas a somente três para facilitar a sua gestão e fiscalização. O processo de unificação e de equilíbrio atuarial não foi suficiente para resolver o problema, porque essas caixas trouxeram para a sua carteira de beneficiários os trabalhadores formais até então não segurados e os trabalhadores autônomos. Médici (2002, p. 8) registra que, durante os anos das décadas de setenta e oitenta do século passado, o problema se agravou pela renúncia fiscal do Estado argentino. São exemplos dessa distorção os regimes excepcionais para certas categorias profissionais sem a base contributiva adequada e a possibilidade do trabalhador comprovar a contribuição por declaração jurada sob testemunho de duas pessoas perante uma autoridade previdenciária. Em face dessa evolução negativa, chegou-se à década de 1990 com a centralização dos sistemas de previdência provinciais pela Nação e com a descentralização dos sistemas de serviços de saúde.

No entanto, a descentralização dos serviços de saúde não é recente. O subsetor público nacional de serviços de saúde vem executando uma política de descentralização há quase cinquenta anos. A demora sinaliza a dificuldade de

coordenação de políticas nacionais e de mudança institucionais eficazes no contexto argentino. No caso de *Oberá*, o Hospital Público de Autogestão (HPA) foi entregue pela Nação à Província de *Misiones* em 1966. Entretanto, nos anos noventa do século passado, o fenômeno da descentralização se intensificou na direção das províncias pela transferência dos HPA nacionais. O governo do presidente Menen, consolidou a ideia liberal de não só descentralizar, mas também comprar os serviços de saúde do setor privado e, ao mesmo tempo, manter uma equidade na prestação desses serviços. Também ocorreram casos de descentralização de serviços de saúde das províncias para as municipalidades de grande porte. Em *Oberá*, porém, o complexo hospitalar ainda é provincial.

O tipo de federalismo argentino conferiu a cada província a capacidade de ditar a sua própria Constituição e lhe reservou grande autonomia administrativa. De acordo com essa configuração, há um Ministério de Saúde Nacional e os Ministérios de Saúde Provinciais. Desde 1981, o *Consejo Federal de Salud* (COFESA) reúne periodicamente os ministros de saúde provinciais com o ministro de saúde da Nação em uma cidade diferente para discutirem a gestão nacional da Saúde e reduzir as incertezas estratégicas em relação a sua tomada de decisões, que é fracionada, dado o contexto federativo.

A despeito da instituição de três subsistemas distintos, o sistema de serviços de saúde na província de *Misiones* não apresenta uma divisão de subsetores completos e independentes entre obras sociais, setor público e setor privado, caracterizando um mercado de serviços de saúde. Em *Oberá*, por exemplo, existe um único tomógrafo, de propriedade particular. Essa, entre diversas especificidades, cria uma dependência bilateral, fazendo com que ocorra a compra de tais serviços, tanto por parte do subsetor das obras sociais, quanto por parte do subsetor público. Não há, portanto, um mercado eficiente de recursos de saúde. A especificidade é tão alta que o subsetor público se sujeita a uma dependência bilateral de um prestador privado, elevando os riscos de externalidades, por exemplo, se o tomógrafo sofre avaria, ou de oportunismo, caso o prestador reajuste o preço do serviço de modo diverso do contrato.

Cada obra social é administrada por um grêmio sindical, ou seja, uma estrutura administrativa e associativa de determinada classe trabalhadora que

fornece planos de assistência médica, com prestadores e estabelecimentos diferenciados. Esses grêmios, dependendo da sua sofisticação e dos recursos disponíveis, podem possuir suas próprias clínicas e hospitais. Além disso, os grêmios representam uma força política importante no contexto argentino desde a época de Perón, embora alguns sindicatos sejam mais fracos que outros.

No contexto de disparidade entre sindicatos e respectivas obras sociais, outro instrumento de garantia da seguridade social foi criado: uma vez ao ano, o beneficiário de uma obra social pode optar pela adesão à outra obra social, deixando de fazer parte da anterior. Desse modo, por exemplo, um trabalhador da construção civil pode mudar para a obra social dos caminhoneiros, ao perceber que esta lhe oferece maior cobertura em relação à anterior, por uma contribuição que se adéque ao seu orçamento. Essas salvaguardas construídas ao custo das obras sociais foram introduzidas por meio da reforma iniciada pelo Governo Menen em meados dos anos noventa do século passado.

Entretanto, ainda que existam boas obras sociais representando a seguridade social, entre 45% e 50% da população de *Misiones* dependem da provisão direta de algum tipo de serviço de saúde pelo subsetor público. Pelo menos, 20% da população são consideradas pobres. Para cobrir essa demanda, o subsetor público financia a saúde por meio de programas nacionais específicos e também da co-participação tributária que se materializa no seu orçamento (*presupuesto*) e na prestação de serviços de saúde estatais para os setores privado e das obras sociais (*MISIONES, LEY nº 4.388 / 2007*). A mesma lei, diante da fragmentação do sistema de serviços de saúde, estabeleceu uma salvaguarda de universalismo, por meio do seu capítulo VIII, que instituiu a criação de um seguro provincial a fim de garantir saúde a qualquer habitante sem cobertura de seguro médico.

O ator principal da prestação de serviços de saúde, na Argentina, é a província. *Misiones* possui dezenove departamentos que, por sua vez, compreendem setenta e cinco municípios. Os departamentos são estruturas análogas aos *Counties* estadunidenses e, na província de *Misiones*, não exercem qualquer função político-administrativa. Não é o caso, por exemplo, da província de *Mendoza*, onde os departamentos se caracterizam como organizações político-administrativas. A competência municipal, por sua vez, do ponto de vista da

prestação de serviços públicos, é pequena quando comparada às atribuições provinciais. As atividades típicas do município são a limpeza e a coleta do lixo, a organização territorial urbana, incluindo os parques e as áreas de lazer; a manutenção das vias urbanas e a organização do trânsito e do transporte coletivo (ASENSIO, 2006, p. 356). Ao contrário do Brasil, a gestão dos serviços de saúde, quando existe, ainda é pouco assumida pelo município.

PALMEIRA DAS MISSÕES

O Brasil é uma federação por segregação, ou seja, a União criou os seus estados e municípios que possuem autonomia financeira, política e administrativa. No federalismo brasileiro, as funções de saúde e bem estar, serviços direcionados a portadores de necessidades especiais, assim como a conservação do patrimônio histórico e cultural, a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais e uma série de outros deveres são compartilhados entre as três esferas (AFONSO, 2006, p. 387).

A Constituição de 1988 trouxe o Sistema Único de Saúde (SUS) para o contexto federativo e estabeleceu o acesso universal aos seus serviços. Embora exista grande autonomia administrativa dos entes subnacionais, grande parte de suas políticas deriva-se de iniciativas do governo federal. É o caso da atenção primária, denominada, no Brasil, atenção básica. A portaria n° 648/ 2006, do Ministério da Saúde, caracterizou a atenção básica (primária) da seguinte maneira:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, [...] utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. [...] considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na

integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Conforme pode-se observar, a política de atenção primária do Brasil é coordenada e estruturada como um instrumento de alinhamento intergovernamental, de adesão dos entes federativos de menor grau, ou seja, dos municípios, estados e Distrito Federal às políticas de saúde desenhadas pela União em uma co-governança. Esse processo, institucionalizado no governo central, iniciou a sua caminhada no sentido da descentralização com a criação do SUS. Nessa dinâmica, o movimento de municipalização da saúde reservou aos estados e à União um papel maior de coordenação e financiamento e, aos municípios, de execução. Um dos seus principais eixos foi - e continua sendo - a proposta de reorganização da atenção primária, com adoção de programas e políticas voltados especificamente para o primeiro nível, ou seja, o de acesso e de contato da população com o sistema de saúde, induzindo a uma maior organização, ou reorganização, da porta de entrada aos serviços (MARTINS, 2006).

Antes da Constituição de 1988, o que existia em termos de atenção primária eram as unidades básicas de saúde e de pronto atendimento (P.A.). A experiência pioneira, revolucionária, pós-Constituição de 1988, em relação ao modelo instituído de atenção primária executado foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi implantado em 1991 (SILVA, 2001) e sua prioridade era reduzir a mortalidade infantil e materna por meio da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, estendendo sua cobertura para áreas mais pobres. O referido programa persistiu e co-existiu com o Programa de Saúde da Família (PSF), até a oficialização da Estratégia da Saúde da Família. Hoje, os agentes comunitários de saúde estão incorporados à política de atenção básica como recursos humanos indispensáveis a sua execução.

O PSF começou, oficialmente, no Brasil no ano de 1994. Um ano depois, o PSF notabilizou-se nacionalmente, sendo considerado o instrumento da reforma político-sanitária brasileira (BRASIL, 2002). A partir de 1998, o Ministério da Saúde buscou fomentar a estratégia de saúde da família, valendo-se do PSF, do PACS e do tradicional pronto-atendimento ou da Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual

tenta, paulatinamente, converter-se em Unidade de Saúde da Família (USF). As dificuldades na mudança do caráter de triagem e encaminhamento para um perfil mais resolutivo na esfera local é, sem dúvida, um dos objetivos do Ministério da Saúde.

Diante dessa realidade e do irreversível processo de municipalização em curso, foi emitida, em 1996, a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS 01/ 96, segundo a qual os municípios brasileiros se enquadravam dentro de três possibilidades de gestão da saúde. A primeira era a opção de não habilitação como gestor. Isso significava, na prática, que, embora o município possuísse a obrigação de coparticipar no Sistema Único de Saúde, ele se eximia de tal responsabilidade. Deste modo, toda a responsabilidade sobre a prestação de serviços de saúde na jurisdição do município ficava a cargo do estado. A segunda opção era a habilitação como gestão plena da atenção básica. Nessa opção, o município assumia em grande parte os níveis de menor complexidade, mas não seria o responsável, de fato, pelo sistema de saúde local. Na terceira opção, a descentralização ocorria com a gestão plena do sistema municipal de saúde pelo município. De acordo com o CONASS (2003, p. 141), em outubro de 2002, 564 municípios possuíam gestão plena do SUS, 4.952, gestão plena da atenção básica ampliada e, apenas 23 não estavam habilitados como gestores do sistema de saúde. Considerada a alta adesão à política de descentralização, em 2004, a portaria nº 2.023 do Ministério da Saúde revogou os modelos de gestão e institucionalizou os municípios e o Distrito Federal como gestores do SUS e organizadores das ações de atenção básica. Desse modo, ficou definitivamente consagrada a municipalização dos sistemas de serviços de saúde.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), no âmbito estadual, foi estabelecido por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº 1, de 2002, pactuada com a anuência da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os PDR estaduais deveriam definir os módulos assistenciais dentro dos quais um conjunto de municípios se reúne com características de resolubilidade correspondentes a um nível básico e mínimo de referência. Tal organização de municípios compreende uma série de processos de atenção primária que são descritos no anexo 1 (um) da NOAS e que representam um contrato formal de alinhamento governamental inter-

federativo dentro do SUS. As responsabilidades e as ações mínimas da atenção básica, ali definidas, são o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão, o controle da diabetes *mellitus*, as ações de saúde bucal, as ações de saúde da criança e as ações de saúde da mulher.

Apesar da instituição legal da atenção básica, a estratégia pretendida pelo governo federal, visivelmente, não vem sendo executada em sua plenitude. Carvalho (2007, p. 97) afirma que um modelo hospitalocêntrico, com práticas médico-curativas permanece hegemônico, caracterizando-se pela baixa eficácia, dominado por interesses privatistas e mecanismos gerenciais e financeiros que dificultam a sua racionalização. Esses fatores fortalecem o surgimento de propostas de cunho preventivista.

O primeiro modelo preventivista proposto foi o do pronto atendimento (PA) que serviu de “tampão” para o pouco avanço da atenção primária no Brasil. Ele atendia, por um lado, os usuários demandantes de saúde universal; por outro, os médicos eram facilmente incorporados com pouco vínculo e pouco empenho profissional e, finalmente, os políticos que conciliavam parcialmente os interesses de ambos os lados. As consequências desse modelo foram a medicalização, o alto custo, a baixa autonomia dos usuários, a ineficácia para doenças crônicas, o baixo aproveitamento de outros profissionais e a viabilização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ineficazes e burocratizadas (CUNHA, 2007). A expressão de alto custo persistente caracterizou uma estrutura de governança desalinhada com a transação de prestação de serviços básicos de saúde. Esse modelo convencional (UBS) era predominante em Palmeira das Missões e sua estrutura central compreende a atenção médica à demanda espontânea e o desenvolvimento de ações programáticas. No contexto atual de transformação, o modelo apresenta variações como demarcação da base populacional, o emprego de agentes comunitários e de alguns instrumentos de gestão, conforme aponta Martins (2006).

A revogação dos modelos de gestão e a eleição de todos os municípios como gestores do SUS, em 2004, abriu caminho para o pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão celebrado em 2006. As condições gerais de gestão dos municípios foram substituídas pelos Termos de Compromisso de Gestão, pacto aprovado pela CIT por meio da Portaria nº 399/ 2006 do Ministério da Saúde e que trouxe

mudanças na execução do SUS, como a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação dos vários pactos até então existentes.

Especificamente, no pacto de gestão, a proposição das políticas cabe ao Ministério da Saúde, bem como a participação no co-financiamento, na cooperação técnica, na avaliação, na regulação, no controle e na fiscalização, além da mediação de conflitos. A descentralização dos processos administrativos relativos à gestão é delegada às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) nos estados. Nas CIB, são pactuados e deliberados os pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas acordadas na CIT.

Mecanismos de coordenação (atributos de desempenho)

ARRANJO INSTITUCIONAL

Oberá

Do ponto de vista institucional, o Ministério da Saúde da Nação é a autoridade máxima em se tratando da saúde na Argentina (CENTRÁNGOLO, DEVOTO, 2002). Contudo, todo o alinhamento institucional intergovernamental depende de convênios celebrados entre a Nação (governo central) e as províncias (BUTLER, 1996) e, até mesmo, com os municípios, embora estes não sejam entes federativos, constituindo meramente jurisdições administrativas. O tipo de federalismo argentino deve ter contribuído para que o programa nacional de APS se chamasse “Iniciativa” Nacional de Estratégia de Atenção Primária à Saúde. Essa iniciativa marcou a formalização da mudança de orientação na saúde a partir de maio de 2004, quando a Nação, as províncias e a cidade autônoma de *Buenos Aires* (C.A.B.A.) acordaram o *Plan Federal de Salud* que objetivava trazer mais equidade, financiamento e fortalecimento à atenção primária (JOSÉ-SILVA, 2006).

Dentro do subsetor público, existe uma organização nacional e outra provincial para APS. O Ministério Nacional de Saúde fixa as pautas de Saúde para todo o país e as províncias ou adotam as leis nacionais de modo pleno ou criam suas próprias

leis de saúde. *Misiones*, por sua vez, promulgou uma lei de saúde que regulamenta o exercício dos prestadores de serviços de saúde e garante o direito dos usuários. Essa lei provincial, nº 4.388/ 2007, no seu artigo 32, estabeleceu uma vinculação orçamentária no Ministério da Saúde de, no mínimo, 10% do orçamento fiscal provincial, com aumentos anuais de 1% até atingir o montante de 15%.

Em *Misiones*, os serviços de saúde são gerenciados pelo Ministério Provincial de Saúde por meio de cinco subsecretarias, (1) a de saúde propriamente dita, (2) a de prevenção e controle de drogas (farmácia e bioquímica), (3) a de atenção primária e saúde ambiental, (4) a de recursos humanos e, (5) a de gestão administrativa e financeira. Esses serviços estão distribuídos administrativamente em seis Zonas Base de Saúde (*Capital, Sur, Centro Paraná, Centro Uruguay, Norte Paraná e Nordeste*) que coordenam dezessete áreas programáticas (geográficas). As Zonas Base de saúde da província de *Misiones* são as responsáveis pelos HPA de referência. A Zona Base da Capital, em *Posadas*, conta com dois HPA, sendo um o *Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga* e o outro, de Pediatria, *Hospital Dr. Fernando Barreyro*; na região centro, cuja cidade principal é *Oberá*, onde se encontra um HPA, porém, de menor porte, ou seja, um *Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad* (SAMIC); o mesmo ocorre ainda na municipalidade de *Leandro N. Alem* onde se encontra outro SAMIC, e, por fim, na Zona Norte da província, em *Puerto Iguazú* em que está o SAMIC *Dra. Marta Shuartz*. Os HPA representam o nível de referenciamento de complexidade mais alta, onde se realiza desde a atividade clínica básica até as internações, por exemplo, em unidades de terapia intensiva (UTI).

A atenção primária iniciou o seu processo de institucionalização em *Misiones* no ano de 1996, inicialmente, na Zona base da Capital, *Posadas*, de modo bastante limitado, haja vista que, na ocasião, os programas de apoio nacionais à APS eram poucos. A institucionalização da APS começou com uns poucos Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS), que são estabelecimentos sem internação, que executam ações correspondentes ao primeiro nível de atenção, onde se realizam as atividades de atenção primária (prevenção e promoção) junto à comunidade. Hoje, a província de *Misiones* conta com mais de duzentos CAPS. A lei provincial de saúde de 2007 (*LEY* nº 4.388, art. 33, e) determinou uma hierarquização desse primeiro nível de

atenção. Antes de se criarem os CAPS, existiam outras estruturas públicas de serviços de saúde voltadas para o primeiro nível de atenção e que, de alguma forma, ainda hoje, subsistem: são os postos sanitários, os postos de saúde, os consultórios periféricos (similares aos CAPS), as clínicas e os sanatórios. Algumas, no entanto, foram convertidas em CAPS, outras ainda não, em função das exigências legais.

Para tornar visível a desigualdade entre os estabelecimentos de saúde, a subsecretaria de Atenção Primária baixou uma resolução (nº 865/ 2008) categorizando as unidades de saúde prestadoras de serviços de APS que são agrupadas em diversos graus e que podem não atingir sequer o *status* de CAPS, haja vista as diferenças verificadas entre a capital da província e as cidades do interior. A categoria “A” tem o mínimo necessário para enquadrar-se como CAPS. Depois, a categoria “B” ocupa uma situação intermediária e a categoria “C” que possui, inclusive, plantão (*guardia*) vinte quatro horas e laboratórios.

Na atualidade, quem executa os serviços de atenção primária em *Misiones* é o subsetor público. Em alguns casos muito específicos, algumas obras sociais, por meio dos seus grêmios, participam de programas ou ações pontuais e características da atenção primária, como no caso da vacinação contra a gripe A.

Em 2009, foi aprovada a lei provincial de descentralização da atenção primária. Iniciou-se, dessa maneira, um processo lento de atribuição de competências desse tipo de serviço para os municípios. Na cidade de *Posadas*, por exemplo, existem dez centros de atenção primária à saúde (CAPS) da municipalidade. A adesão da lei de municipalização dos CAPS parece ser mais bem sucedida em municípios alinhados politicamente com o governo provincial. A execução da política nacional depende da pactuação provincial com a Nação. Em *Oberá*, a título de exemplo, foi implantada apenas uma dessas estruturas e a municipalidade não está politicamente alinhada com o governo da província.

A descentralização para os municípios materializou-se em uma estrutura local voltada parcialmente para assuntos da atenção primária à saúde, com financiamento nacional, provincial e municipal, com gestão local; são os Centros de Integração Comunitária (CIC). Trata-se de uma instalação física proporcionada pelo município, onde são promovidas atividades dentro de três eixos temáticos: desenvolvimento social, educação e saúde. No CIC, devem participar a Nação, a Província e o

Município, caso em que, por exemplo, a província pode participar disponibilizando o serviço de registro civil, enquanto o município oferece um agente social para fomentar atividades de geração de renda, tais como culinária, costura, etc. O CIC de *Oberá* recebe 60.000 Pesos da província e mais 30.000 Pesos do Município (que se financia pelo *Programa de Salud Familiar*), chegando a 90.000 pesos por mês, o que, de acordo com o Diretor da Zona Base de Saúde, Sr. Héctor Proeza, para a realidade da Argentina, é um bom recurso.

No CIC de *Oberá*, existem profissionais que trabalham com atendimento psicológico no acolhimento e atendimento de vítimas da violência doméstica. Também funciona, no CIC, um programa de assistência aos dependentes de drogas e, ainda, serviços voltados à saúde ambiental, como o controle de vetores. Entretanto, em localidades menores, o CIC encontraria um melhor desempenho, conforme o chefe da Zona Base que citou o exemplo de *Campo Ramón* (Mapa 2), que é uma localidade menos povoada que *Oberá*, com aproximadamente 10.000 habitantes. Nas cidades médias e grandes, os CIC funcionariam de modo concorrente com os CAPS tradicionais.

Em conformidade com José-Silva (2006), as falhas de coordenação permitem que a Argentina continue a priorizar atividades hospitalares secundárias, sendo que os programas voltados à atenção primária são relegados a um segundo plano. Essas falhas decorrem da falta de alinhamento entre os diversos atores que atuam na prestação de serviços de saúde. Com isso, por mais que a Nação priorize a atenção primária preventiva e domiciliar, se a província priorizar o atendimento hospitalar, dificilmente ocorrerá uma mudança institucional. Quando o alinhamento é menor, maior é a possibilidade da duplicação de esforços e de recursos em objetivos concordantes ou concorrentes.

A ênfase na atenção ambulatorial-hospitalar ainda é forte no sistema de serviços de saúde de *Misiones*. Em alguns casos, a porta de entrada dos pacientes pode ser o HPA. Sendo o hospital tradicionalmente a porta de entrada dos pacientes e a sua jurisdição provincial, é de se esperar, no contexto federativo argentino, a emergência de políticas heterogêneas em relação à atenção primária, criando um fator de incerteza estratégica nacional. Essa heterogeneidade e a diferença de maturidade na implantação da APS devem ser interpretadas em função das

especificidades de recursos humanos, da disparidade regional, do federalismo por agregação e do próprio processo de institucionalização. *Misiones*, como se verá mais adiante, não é exatamente o local onde há uma oferta abundante de profissionais de saúde e onde há um mercado de trabalho forte. Por essa razão, há uma grande demanda pelo subsetor público de saúde, limitado pela falta de recursos humanos e materiais.

Palmeira das Missões

No Brasil, a saúde é uma função desempenhada em cooperação pela União, pelos estados e pelos municípios, por meio de um Sistema Único de Saúde. O financiamento do SUS é realizado fundo a fundo, quer dizer do fundo federal para o estadual e, do estadual para o municipal. Os recursos são agrupados por blocos de financiamento, a saber: da atenção básica, da atenção de alta e média complexidade, da vigilância em saúde, da assistência farmacêutica e da gestão do SUS. Os percentuais mínimos, em Palmeira das Missões, vêm sendo cumpridos. Entretanto, os percentuais não levam em consideração a desigualdade regional como faz o Fundo de Participação dos Municípios e não são capazes de mitigá-la. É o caso da comparação entre os municípios vizinhos de Palmeira das Missões (34.225 habitantes) e Panambi (38.794 habitantes), por exemplo, os quais distam, entre si, 50 quilômetros. No Gráfico 3, percebe-se a disparidade no montante de gastos com saúde per capita anual. Por outro lado, o gasto com a atenção básica per capita não difere muito graças à vinculação pela cobertura populacional. Porém, a diferença no total traduz a principal especificidade do município, ou seja, a escassez de recursos e é o determinante para o baixo investimento em ativos relacionados à saúde e que restringe a atenção primária quanto as suas obrigações de gestão.

Gráfico 3 – Disparidade nos recursos de saúde municipais

A atenção básica é financiada pelas três esferas de gestão do SUS. O financiamento federal é dividido em dois componentes: o piso da atenção básica (PAB) e o piso da atenção básica variável, cujos valores são estabelecidos em portaria específica.

Para organizar as estratégias de saúde, o PDR do Rio Grande do Sul foi estabelecido em julho de 2002. O estado foi dividido em dezenove coordenadorias regionais de saúde, inseridas em sete macrorregiões. Palmeira das Missões é a sede da 15ª coordenadoria regional que, juntamente com a 6ª, 11ª e 19ª coordenadorias, formam a macrorregião norte de saúde do estado. O principal pólo assistencial desta macrorregião é a cidade de Passo Fundo.

O atual secretário da saúde do Município é funcionário de carreira (dentista) da Secretaria Municipal de Saúde, dividindo as suas decisões com a equipe com a qual trabalha, ou seja, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e um técnico de enfermagem. A enfermeira procura manter-se atualizada em relação às orientações e normatizações do Ministério da Saúde e, especificamente, àquelas relativas à Política Nacional de Atenção Básica. Os demais membros da equipe de gestão

auxiliam nas atividades burocráticas, como organizar traslados, compras, etc. Desse modo, a interpretação da política de APS para o âmbito municipal e a tomada de decisões é uma construção coletiva da equipe. Não existe ainda uma formulação local de políticas, conforme preceituam as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006), por exemplo, por meio da identificação formal das necessidades da população, reconhecendo as iniquidades, oportunidades e recursos (BRASIL, 2006, p. 41).

A estrutura de maior complexidade no município compreende a Fundação Hospitalar Palmeira das Missões (FUNHPAM), que se acha hospedada em um prédio em que foi iniciada a obra, inacabada, do Hospital Municipal. No prédio, são abrigados os serviços de vigilância sanitária, de transporte, de almoxarifado, de estoque de medicamentos, de atendimento à saúde mental, de orientação nutricional e o setor administrativo. Palmeira das Missões conta apenas com um hospital microrregional, privado e filantrópico. O Hospital regional mais próximo fica na cidade de Carazinho a, aproximadamente, 90 quilômetros de distância do município. Para casos de maior complexidade, os pacientes são referenciados ou para Passo Fundo (127 Km) ou para Erechim (208 Km).

A estrutura de governança para a atenção primária, no município, encontra-se em transição, ou seja, existem seis Unidades Básicas de Saúde na Vila Amaral, Bairro Westphalen, Mutirão, Centro Social Urbano, Pró-Morar II e Postão e duas Unidades de Saúde da Família no bairro Vista Alegre e na Vila *Lütz*, na sede do município. Outras sete Unidades Básicas de Saúde funcionam no interior nos distritos de Santa Rosa, Santa Terezinha, Quebrado, São Bento, Bom Retiro, Alto União e Linha Azeredo.

A USF da Vila *Lütz* não representa um território com o perfil epidemiológico preferencial para esse tipo de estrutura, ou seja, não é uma área onde se concentra a população mais carente da cidade. O mesmo pode-se dizer em relação à USF do bairro Vista Alegre, mas talvez não com tanta convicção, pois as construções daquele bairro são visivelmente de qualidade inferior quando comparadas ao primeiro. A USF da Vila *Lütz* foi inaugurada em 2007 e, desde o seu início, a chefe é a mesma. O funcionamento da USF é de segunda a sexta-feira, das 8 horas da manhã ao meio dia e das 13 horas e 30 minutos às 17 horas.

Desde a portaria do Ministério da Saúde n° 648/ 2006, que determinou a elaboração, até os dias atuais, não foi aprovado um Plano Municipal de Saúde (PMS) para Palmeira das Missões e, portanto, não há diretriz clara e formal para utilização dos recursos fixos e variáveis do Piso da Atenção Básica (PAB).

No que se refere aos servidores das USF, os médicos e os enfermeiros são concursados e regidos pelo regime jurídico do Município. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por seu turno, submeteram-se a um processo seletivo e foram contratados sob a égide da Consolidação das Leis do Trabalho.

MEDICAMENTOS E OUTROS INSUMOS

Oberá

Sem grande incentivo Nacional, *Misiones* utilizou a estratégia de distribuição de medicamentos para fomentar a APS em seu território. A distribuição de medicamentos é um ponto sensível para o governo provincial e, por isso, houve a decisão de produção própria dos medicamentos da farmácia básica juntamente com a emergência da APS na província, em 1996. Naquela época, houve um programa nacional de financiamento externo, denominado PROMIN, muito localizado e instaurado nos poucos CAPS que então existiam. Esse programa é considerado o antecessor do *Plan Nacer*, o qual será detalhado mais adiante.

A política de distribuição de medicamentos foi construída em um cenário onde não havia computadores para registros e armazenagem de dados e não se executava a atividade. Os CAPS eram edificações, com poucos funcionários, que funcionavam como central de distribuição de medicamentos. Esses funcionários eram responsáveis pela confecção de um *vade-mecum* de atenção primária à saúde que contemplava a indicação dos medicamentos essenciais. Essa redação do *vade-mecum* de Atenção Primária foi a forma inicial encontrada para tentar mudar o hábito da população de buscar o hospital como porta de entrada no sistema de serviços de saúde. Os HPA, além dos pacientes de alta complexidade, tinham de atender às gestantes e realizar outros atendimentos de menor complexidade. Por isso, a distribuição de medicamentos nos CAPS contribuiu, em parte, para iniciar a mudança do hábito até então embricado de se buscar o HPA por qualquer razão. Os medicamentos são fornecidos até hoje pelo Departamento de Elaboração de

Medicamentos do Ministério da Saúde da Província. Essa ação está institucionalizada no programa *Remediar* provincial.

Os outros insumos, que não medicamentos propriamente ditos, são adquiridos de modo centralizado pela província e, de certo modo, com recursos de programas nacionais, assim sendo, por exemplo, as direções de Zonas de Saúde recebem recursos permanentes e recursos variáveis. O *Plan Nacer* é um seguro de saúde, onde 50% dos recursos se destinam ao incentivo profissional e 50% para compra de insumos. O processo de aquisição de insumos segue uma estrutura verticalizada e burocratizada. As requisições de compra de materiais vêm dos CAPS até chegar a subsecretaria de Gestão do Ministério Provincial de Saúde.

Palmeira das Missões

O Secretário de Saúde explicou que a maior demanda da população é por medicamentos. Segundo ele, na visão popular, o desabastecimento de medicamentos na farmácia é inadmissível. Ainda, para o secretário, nas ocasiões em que isso aconteceu, programas de rádio com forte apelo popular dedicaram espaço para reclamações, exercendo enorme pressão sobre o executivo municipal. Em uma visita de uma hora a uma UBS no centro da cidade, observou-se que 100% dos cidadãos que ali se dirigiram em busca de medicamento, com receita médica, não foram contemplados com o mesmo.

Todos os assuntos referentes à logística e às aquisições são centralizados e burocratizados na sede da Prefeitura. As compras de insumos são um exemplo disso, há a queixa dos servidores das Unidades de Saúde da Família de que os materiais adquiridos são de baixa qualidade. A participação do pessoal especializado na compra restringe-se à descrição do mesmo. As licitações para este tipo de aquisição ainda são realizadas por meio da modalidade tomada de preços. Portanto, pode-se dizer que as especificidades de qualidade do material não são contempladas em salvaguardas técnicas no edital (pré-contrato de compra) como, por exemplo, recepção das amostras. Uma sessão de recepção de amostras poderia desqualificar o material fora das especificações antes da contratação do fornecimento. Também há uma queixa de que o volume de material adquirido seja insuficiente. A modalidade de pregão é aplicável a qualquer valor de compra e

deveria ser prioritária em relação às demais, porque ela alcança um número maior de fornecedores no território nacional. Por outro lado, ela demanda uma atitude firme do servidor público designado pregoeiro e o preparo jurídico da equipe de apoio para dirimir conflitos na abertura das propostas e nas rodadas de lances. Assim, conforme o relato de servidores do setor de compras da Prefeitura, ela só seria empregada na aquisição de equipamentos de maior vulto.

Instrumentos

INCENTIVOS

Oberá

Misiones é uma das províncias menos favorecidas economicamente do país e pertence a uma região conhecida como o “*Gran Norte*” (*Misiones, Corrientes, Jujuy, Chaco, Formosa e Salta*). Nessa região, encontram-se as províncias argentinas com maior porcentagem de pessoas abaixo da linha da pobreza e em situação de indigência (D’ARTERIO, LONGHI, MADARIAGA, 2004, p. 16). Alguns financiamentos e incentivos de organismos multilaterais cessaram com a melhora da situação econômica nacional, como foi o caso do PROMIN. Essa interrupção de repasses multilaterais vinculados às ações de saúde não levou em conta a disparidade regional, descontinuando programas executados nessa região, ou seja, a recuperação foi mais rápida na Capital Federal, em Córdoba e em Santa Fé.

O programa nacional *Funciones Esenciales de Salud* é financiado pelo Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e beneficia a província em diversas iniciativas de melhoria das condições de saúde por meio de ações coordenadas nacionalmente para o combate de chagas, controle da AIDS, febre amarela, dengue, leishmaniose, raiva, etc.

Com o passar do tempo, e com a adesão ao *Plan Federal de Salud* em 2004, os programas do governo central se intensificaram como instrumentos de alinhamento das políticas de saúde nacionais e provinciais. A dinâmica recente na Argentina é a província pactuar as políticas nacionais e formular os seus próprios programas, em que o governo central não atue ou atue de modo incompleto. Portanto, as condições de alinhamento intergovernamental vêm sendo

estabelecidas, de modo mais claro, a partir da última década. A seguir, enumeram-se outros programas que funcionam como incentivos às províncias e como mecanismos de coordenação da saúde coletiva argentina em *Misiones*.

O *Plan Nacer* é um programa materno-infantil idealizado pelo COFESA com financiamento nacional que compreende dois componentes, um fixo (60%) pela adesão da beneficiária e outro variável (40%) pelo cumprimento de metas de saúde. Os CAPS e os hospitais que aderem ao programa como executores recebem recursos para construção e melhoria de suas edificações, manutenção e compra de equipamento médico, incentivos para capacitação e contratação de recursos humanos.

As gestantes, por sua vez, recebem o teste de gravidez, cinco controles de gestação, atividades educativas, exame odontológico, exame de sangue e urina, duas ecografias e atendimento no parto e para o recém-nascido. O programa se destina às crianças que não dispõem de obra social, recebendo então a atenção inicial, o acompanhamento clínico até os seis anos de idade, uma consulta oftalmológica aos cinco anos, uma consulta odontológica aos seis anos e a vacinação de acordo com o calendário nacional.

O *Plan Mamá* é um programa complementar ao *Plan Nacer*, estabelecido pelo Decreto provincial n° 2.978 /2008, que fornece um incentivo mensal de duzentos Pesos no sexto, sétimo e oitavo mês de gravidez e que garante mais quatrocentos Pesos para a mãe que, não segurada por obra social, efetue o registro civil do recém nascido até os seus quarenta e cinco dias de vida. Em 2009, esse programa contou com uma dotação orçamentária de cinco milhões de Pesos. Os seus principais objetivos são diminuir a taxa de morbimortalidade por meio do acompanhamento (nos CAPS ou HPA) da gravidez e do parto, assegurar o registro dos recém nascidos e promover a equidade para as gestantes da província.

O Programa Nacional *Remediar* foi instituído durante a crise argentina de 2001. Os medicamentos essenciais são fornecidos pela nação diretamente para o primeiro nível de atenção, ou seja, para os CAPS, em função do número de consultas executadas. Os CAPS possuem todos os requisitos administrativos para demandar medicamentos diretamente à Nação, além disso, eles têm autonomia para solicitar insumos e prestam contas pelo envio de relatórios diretamente à Nação.

Com base nos relatórios enviados, as caixas (*botiquínes*) de medicamentos são preparadas com quantidades de tratamentos que variam de 240 a 400 para o CAPS requisitante.

Além do *Remediar*, outros programas nacionais que a província adere e que beneficiam os CAPS são o programa *Médico de Família*, o já apresentado *Plan Nacer*, o programa *Niño Sano* e o programa *Funciones Esenciales de Salud* (FES).

Em fevereiro de 2009, uma resolução do Ministério da Saúde da Nação começou a organizar, sistematizar e agrupar diversos programas ao redor do *Programa de Salud Familiar* (PSF). As atividades nacionais reorganizadas e agrupadas nesse novo programa foram o *Programa Médicos Comunitários*, o *Programa Nacional de Recursos Humanos para Atencion Primaria de la Salud*, o *Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitárias para las Poblaciones Indígenas*. Particularmente, a adesão ao PSF significa que a jurisdição (província ou município) que pactua o convênio com a Nação deve estruturar-se de acordo com as regras do programa.

A província estabeleceu um programa de descentralização da APS para os Municípios da província de *Misiones* que é único na Argentina e, na verdade, constitui-se em um mecanismo de co-gestão. Os Municípios, independentemente da sua orientação política, podem ou não aderir a esse projeto da província. Dos 75 municípios de *Misiones*, atualmente, 63 já aderiram ao programa provincial de descentralização, que consiste na entrega de fundos pela província aos municípios para que eles desenvolvam atividades de APS. A Lei n° 4.397 da província de *Misiones* autorizou o Poder Executivo provincial a destinar a soma de um peso (\$1) mensal por habitante a fim de garantir a atenção primária à saúde nessas estruturas. O município em contrapartida deve indicar um responsável para a sua área de saúde e deve provê-lo com instalações adequadas. Esse responsável municipal elabora um projeto que é avaliado e aprovado pelo Ministério Provincial e, na sequência, iniciam-se as transferências mensais de fundos que são utilizados para pagamento de recursos humanos, limpeza e manutenção dos CAPS ou equivalentes municipais, compra e fornecimento de medicamentos, promoção de saúde. Outra forma de cumprir a política de descentralização é o município investir essas transferências nos próprios CAPS sob sua responsabilidade, mas isso é mais factível na capital,

Posadas, que é a única cidade, em *Misiones*, com população superior a de *Oberá* e que tem uma estrutura municipal de APS estabelecida.

Palmeira das Missões

O Piso da Atenção Básica (PAB) é o principal fator de incentivo da APS e consiste em um montante de recursos financeiros que agrega as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde. Ele é definido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e CIT como sendo o produto de um valor per capita pela população municipal, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, é transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde dos municípios e do Distrito Federal. O Gráfico 3 evidenciou a igualdade per capita da população coberta.

Já o PAB variável consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas, ou seja, da saúde da família; dos agentes comunitários de saúde; da saúde bucal; da compensação de especificidades regionais; do fator de incentivo da atenção básica aos povos indígenas e; do incentivo à saúde no sistema penitenciário. Os recursos do PAB variável são transferidos ao município que aderir e executar as estratégias específicas a que se destinam. A utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde (PMS). Ainda que não haja um PMS elaborado, atualmente, uma unidade básica de saúde tradicional está sendo reformada e, em breve, sediará mais duas USF em Palmeira das Missões. Além disso, uma terceira nova USF está prevista para ser implantada em um dos bairros mais carentes da cidade, na Vila Mutirão. Tais ações demonstram que o incentivo financeiro realmente é capaz de modificar e ampliar a estrutura de gestão da APS.

CONTROLES

Oberá

De uma maneira geral, as informações sobre a APS, na Argentina, não estão disponíveis de modo claro e concentrado aos interessados. Dadas as características federativas, na Argentina, é impensável que um Município envie informações sanitárias para graus superiores de governo (provincial e nacional) com a mesma

intensidade que ocorre no Brasil. Essa obrigação é provincial. Nesses termos, a Argentina encontra-se em uma situação estrutural mais centralizada de controle em relação ao Brasil. Esse fato torna a compilação da informação de saúde mais lenta. No Brasil, é possível obter-se informações sobre mortalidade infantil do último semestre, pelo menos. Na Argentina, a informação mais recente é de dois anos ou mais.

A província de *Misiones* possui um registro único de saúde que é alimentado inicialmente pelos promotores de saúde. Nesse particular, os dados do paciente entram no sistema de informação de saúde a partir da coleta efetuada pelo promotor encarregado do seu território.

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) é alimentado de modo *on-line* na capital da província a partir das planilhas que vêm dos CAPS e é enviado para o banco de dados do Ministério Nacional de Saúde em *Buenos Aires*. Esse serviço de vigilância epidemiológica provincial destaca uma pessoa que controla o recebimento e possíveis atrasos dos dados epidemiológicos de cada CAPS. Entretanto, o sistema de vigilância trabalha apenas com doenças transmissíveis. Não há, por exemplo, uma norma nacional ou provincial que ordene a coleta, o tratamento e a disseminação de informações de doenças não transmissíveis ou de doenças crônicas. Essas informações estão disponíveis de modo isolado, quando existentes. É o caso de alguns CAPS que têm programas específicos para câncer. Não há, portanto, capacidade informacional para que o Ministério Provincial de Saúde conheça, em pouco tempo, o número e a condição dos acometidos de doenças crônicas não transmissíveis.

A avaliação dos serviços de saúde é realizada pontualmente sobre os programas. Não existe um sistema de avaliação da saúde institucionalizado e abrangente na província. Apenas alguns programas apresentam mecanismos de avaliação externa e/ ou interna, como é o caso do programa nacional *Remediar* que possui um sistema de controle e avaliação interna e outra externa. O controle social é efetuado por meio da Federação de Médicos Argentinos e da Cruz Vermelha, as quais arguem diretamente os usuários por meio de um número telefônico, do tipo 0800, para conhecer o seu nível de satisfação (*surveys*).

O programa *Remediar* efetua um controle indireto do perfil epidemiológico a partir dos CAPS e da atenção primária. O programa estabelece que uma receita médica equivale a um medicamento distribuído. Ninguém recebe medicamento sem receita, que é o dado coletado pelo CAPS distribuidor do remédio. A informação das receitas referentes à medicação entregue ao usuário do CAPS é enviada para *Buenos Aires*. O Ministério da Saúde vai, então, compilando as informações epidemiológicas de modo indireto, pela demanda de medicamentos. Cada CAPS recebe em média quatro caixas (*botiquín*) de medicamentos com tratamentos para diabéticos, hipertensos, grávidas (como ácido fólico e ferro), antibióticos e outros medicamentos para enfermidades respiratórias.

Informações sobre recém-nascidos e sobre grávidas são recolhidas pelos CAPS e enviadas a Buenos Aires por meio da execução do *Plan Nacer*. Todas as prestações de serviços às gestantes, como as ecografias, as análises clínicas e os controles pré-natais, bem como os atendimentos às crianças menores de seis anos são controlados e registrados.

O controle do programa *Plan Nacer*, por envolver recursos nacionais e financiamento externo, é de responsabilidade da Auditoria Geral da Nação.

Figura 13 – Controle do *Plan Nacer*

Fonte: Argentina, AGN, 2008, p. 74

A figura acima ilustra dez diretrizes de controle de execução que sofrem auditoria quadrimestral.

No quadro a seguir, estão os resultados quadrimestrais do *Plan Nacer* na Província de *Misiones* com base nas diretrizes do quadro anterior. A província está entre as que melhor desempenharam as diretrizes durante o período analisado.

QUADR	ANO	DIRETRIZ										TOTAL
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
2º	2005				x							1
3º	2005	x		x	x	x		x			x	6
1º	2006	x	x	x	x	x		x			x	7
2º	2006	x	x	x	x			x			x	6
3º	2006					x		x			x	3
1º	2007	x	x	x	x	x		x		x	x	7
2º	2007	x	x			x		x		x	x	6
3º	2007	x				x		x	x	x	x	6
1º	2008	x	x	x	x	x		x		x	x	8
2º	2008	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
3º	2008	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
TOTAL		9	7	7	7	9	2	10	3	6	10	70

Figura 14 – Cumprimento do *Plan Nacer* em *Misiones*

Fonte: Argentina, AGN, 2008, p. 80

Palmeira das Missões

A despeito da determinação da portaria nº 648/ 2006 do Ministério da Saúde, não foram elaboradas metodologias ou instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no Município de Palmeira das Missões. O controle a que se sujeita o município é a auditoria externa sobre o percentual de gasto com saúde determinado pela EC-29 que faz parte dos relatórios da Lei de Responsabilidade Fiscal, enviado ao Tribunal de Contas do estado.

O secretário municipal de finanças, ao ser arguido sobre a vinculação de recursos, explicou que não existe um detalhamento das destinações orçamentárias específicas da atenção básica, por território, unidade de saúde e subfunções. Esse tipo de restrição é coerente com a ausência de um plano municipal de saúde e, portanto, não é possível realizar um planejamento com base em dados sobre o desempenho de cada uma das USF ou UBS do ponto de vista financeiro.

Como se pode observar, na Tabela 8, não há homogeneidade nos montantes das subfunções orçamentárias. Os montantes alocados não seguem um padrão e podem ter sido alocados de modo arbitrário, não espelhando a realidade. Além disso, não há qualquer valor atribuído para funções administrativas. Na prática, isso é impossível e faz com que o orçamento pareça ao analista uma mera obrigação e não objeto de planejamento e avaliação.

Tabela 8 – Despesa com saúde por função em Palmeira das Missões em R\$ de 2002 a 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	-	-	-	-	-	-	-	-
Planejamento e Orçamento	-	-	-	-	-	-	-	-
Administração Geral	-	-	-	-	-	-	-	-
Administração Financeira	-	-	-	-	-	-	-	-
Controle Externo	-	-	-	-	-	-	-	-
Tecnologia da Informação	-	-	-	-	-	-	-	-
Formação de Recursos Humanos	-	-	-	-	-	-	-	-
Comunicação Social	-	-	-	-	-	-	-	-
SUBFUNÇÕES VINCULADAS	2.723.971,68	2.755.044,77	3.606.790,15	3.921.095,25	4.416.782,93	5.675.027,00	6.622.272,91	7.122.689,43
Atenção Básica	2.381.630,73	2.618.400,19	3.501.061,24	3.808.361,73	4.340.155,79	5.606.268,50	6.539.700,80	6.981.088,65
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	162.671,16	-	-	-	-	-	-	-
Suporte Profilático e Terapêutico	-	-	-	-	-	-	-	-
Vigilância Sanitária	66.890,43	122.318,69	12.999,65	10.057,28	8.070,16	15.156,32	8.809,59	13.130,82
Vigilância Epidemiológica	82.021,08	-	83.677,89	99.496,93	62.677,73	43.413,78	73.762,52	125.889,05
Alimentação e Nutrição	30.758,28	14.325,89	9.051,37	3.179,31	5.879,25	10.188,40	-	2.580,91

Fonte: MS, SIOPS

Do ponto de vista operacional, existem prestações de contas sobre as ações pactuadas a cada ano. Especificamente, sobre a atenção básica, o Sistema de Informações sobre a Atenção Básica (SIAB) contém informações para o município de Palmeira das Missões desde 1998. São informações sobre nascidos vivos, hospitalizações, vistas domiciliares, famílias acompanhadas, gestantes, assim como doenças como diarreia e insuficiência respiratória aguda (IRA), *Diabetes mellitus*, hipertensão, tuberculose e hanseníase.

Os cidadãos territorialmente adstritos às Unidades de Saúde da Família (USF) podem se beneficiar dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), entretanto, o contrário não lhes é permitido. A territorialização domiciliar dos usuários das USF é um princípio observado no Município e foi alcançado por mérito da organização cadastral das USF.

Os responsáveis pelas USF alimentam os sistemas de informação do Ministério da Saúde (SIAB/ SUS). No entanto, eles realizam esses procedimentos a partir de suas próprias residências, pois não há conexão de internet no local de trabalho. A alimentação regular desses bancos de dados é uma das exigências para manutenção da habilitação dos municípios e todos os dados disponíveis são de responsabilidade dos municípios.

Do ponto de vista da gestão local, não há integração por meio de prontuário integrado de pacientes no sistema municipal. Não há infraestrutura física e computacional para alcançar essa meta. Portanto, não existe um mecanismo unificado para se saber quantas vezes o mesmo indivíduo utilizou o sistema de serviços de saúde e de que forma. A consequência da falta de informação é que, como não há restrição para atendimento em UBS, há um risco de duplicidade de atendimentos e de medicação.

Lei contratual

OBERÁ

A província de *Misiones* instituiu, em 2007, uma Lei própria de saúde como resposta regional de alinhamento às iniciativas do governo nacional, iniciadas logo após a grave crise econômica de 2001. Essa lei foi construída sobre as bases do *Plan Federal de Salud* que compreendia o período de 2004 a 2007. Quatro mudanças institucionais eram desejadas pelo plano, ou seja, a substituição do termo enfermidade por saúde, a substituição da política partidária pela política sanitária, passagem de Estado regulador para Estado atuante e, subsídio à demanda em lugar da oferta.

A lei de saúde estabeleceu que o modelo de atenção se baseasse na atenção primária como princípio organizador do sistema de serviços de saúde fundamentada nos princípios da equidade, eficiência, eficácia e solidariedade.

A lei ainda referiu-se ao modelo de gestão como descentralizado e de autogestão dos serviços hospitalares. Isto significa que as estruturas administrativas devem desenvolver competências de gestão como se fossem estruturas privadas, não só no que diz respeito aos recursos humanos, mas também financeiros.

O marco legal do financiamento dos serviços de saúde impôs aos hospitais de autogestão o conceito de tarifas para recuperação dos custos incorridos e a aplicação equitativa dos fundos. Este modelo aponta para a Saúde Provincial de seguros que, em última análise, visa a acabar com a exclusão social na saúde das populações vulneráveis. Este seguro faz parte de todas as organizações provinciais de saúde e tem diferentes formas de financiamento: do governo provincial, do trabalho social da província como os benefícios aos seus funcionários, e outros projetos sociais privados.

PALMEIRA DAS MISSÕES

A Norma Operacional Básica nº 01 de 2002 estabeleceu os procedimentos mínimos a serem desempenhados pela atenção básica.

Com a promulgação da Portaria nº 648/ 2006 do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde, em relação à atenção básica deve:

“I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal; III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde; IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica; V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente; VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local; VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal; X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de

recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica; XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica; XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados; XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão; XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos; XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados; XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.”

Análise comparativa

Oberá apresenta uma autonomia provincial mais pronunciada na formulação política sobre a APS do que dispõe o município de Palmeira das Missões. Entretanto, a redução da autonomia no território brasileiro é compensada pela possibilidade de influência em arenas de pactuação das políticas de saúde. O Quadro 9 demonstra um maior desafio de mudança na porta de entrada do sistema para o caso argentino devido, principalmente, ao desenvolvimento histórico, seu arranjo federativo e a falta de profissionais. Esse contexto favorece a possibilidade de que a coordenação da APS seja alvo de disputas políticas, o que é ruim para a coordenação necessária.

Em Palmeira das Missões, o referenciamento de pacientes para níveis de maior complexidade é para fora da sua jurisdição. Em *Oberá*, os pacientes são encaminhados ao Hospital que fica na própria cidade. Os riscos de externalidades, ou seja, de que a condição do paciente se agrave é maior em Palmeira das Missões, porque o atendimento de maior complexidade não está próximo.

Em aspectos operacionais, os incentivos financeiros estão atrelados a programas que se correlacionam com metas quantitativas, no caso argentino. No

Brasil, o incentivo é dado em função da cobertura populacional e a falta de unidades de mensuração do serviços constitui um fator de risco moral para a APS.

Arranjo institucional	Oberá	Palmeira das Missões
Plataforma da APS	Subsetor Público Provincial	Sistema Único de Saúde
Formulação das políticas de APS	Nacional e provincial	Federal
Mediação e dialogo nas políticas	Pouco institucionalizado	Bem institucionalizado
Predomínio da fomulação	Ainda provincial	Federal pactuado
Vinculação orçamentária da saúde	Provincial	Federal nos três graus
Execução/ operação	Provincial	Municipal
Porta de entrada	Em transição dos HPA para os CAPS e dos CAPS para o PSF	Em transição dos Centros de Saúde para os USF
Referenciamento	No território	Fora do território
Coodenação	Incerteza estratégica, sobreposição de atores	Papéis definidos
Abastecimento de insumos	Provincial	Municipal
Incentivos	Fragmentados nos programas	Principalmente pela cobertura populacional
Controles	Pontual nos programas	Informações atualizadas mensalmente na internet.
Regras	Provinciais para programas e operação. Nacionais para programas.	Federais

Quadro 9 – Estruturas de governança da APS comparadas

Fonte: elaboração do autor

O quadro acima demonstra duas situações de co-governança distintas. São realidades em construção de resposta tecnológica aos problemas alvo da APS. Palmeira das Missões possui uma plataforma complexa com mais alinhamento entre os atores governamentais em comparação à *Oberá*. Nesse caso, é de se esperar menores riscos de externalidades decorrentes da má-adaptação (custos *ex-post*) estratégica no território brasileiro em contraste com o argentino.

9 Análise da transação

Organização

OBERÁ

A discricionariedade local, nas Zonas de Base e Áreas Programáticas, da política de saúde provincial é verificada apenas em seu aspecto operacional. Essa afirmação aponta para um grau considerável de hierarquização no sistema de serviços de saúde porque as metas de saúde, em geral, são estabelecidas pela Província e, em alguns casos, pela Nação, como exemplo paradigmático, pode-se citar a vacinação da *Influenza* H1N1, que apresenta metas provinciais de cobertura. A decisão de como alcançá-la é uma decisão operacional que diz respeito ao Diretor de Zona de Saúde ou ao Chefe de Área Programática, assim como, o mesmo ocorre, por exemplo, com as metas de redução na taxa de mortalidade infantil.

Nos CAPS provinciais, não há a prescrição formal de uma equipe mínima. Nos doze CAPS de *Oberá*, podem-se encontrar unidades responsáveis por 8.000 pessoas, como o CAPS *100 Hectareas*, ou responsáveis por 4.000 pessoas, que é o caso do CAPS *Sixten Vick* (Mapa 4). O entendimento do que seria uma equipe mínima foi estabelecido, em 2009, pelo *Programa Salud Familiar* nacional, preceituando que uma unidade de saúde da família seja composta por um (a) médico (a), um (a) enfermeiro (a) e os promotores de saúde. Essa equipe mínima fica encarregada pela cobertura de 3.000 pessoas. Cinco equipes e mais uma equipe multidisciplinar de apoio formam uma Unidade de Saúde da Família (USF) atingindo conjuntamente cerca de 15.000 pessoas. Entretanto, essa organização ainda é incipiente na província de *Misiones*. Além disso, o PSF pode ser pactuado por qualquer tipo de jurisdição, seja ela uma província ou uma municipalidade. Na Zona *Centro Uruguay*, existe uma Unidade de Saúde da Família com cinco equipes: uma fora da cidade no CAPS nº 12 de *Pueblo Encantado* (vide Figura abaixo), outra no CIC de *Oberá*, e outras três equipes em comunidades aborígenes. Aparentemente, essa nova abordagem está sendo experimentada fora dos CAPS mais tradicionais. A equipe de apoio da USF conta com dentista, nutricionista e psicólogo. Além disso, todas as equipes contam com médicos, com exceção de uma

equipe que está em comunidade aborígene, ao passo que somente uma das cinco equipes conta com enfermeiro(a).

Mapa 4 – Oberá e localização dos CAPS

Os CAPS de *Oberá* funcionam por 12 horas, das seis da manhã às seis da tarde, porém, seis centros ficam abertos durante vinte e quatro horas. O(A) médico(a) é o(a) chefe, podendo ser funcionário público ou contratado como prestador autônomo de serviços com recursos dos programas nacionais.

As pessoas sob a tutela de um CAPS podem buscar atendimento em outro CAPS, mas, aparentemente, essa busca não ocorre. A razão é que a distribuição é homogênea e se faltam determinados medicamentos em um CAPS, certamente, faltarão em outros também. A distância entre os CAPS, ademais, é um fator restritivo para tanto.

PALMEIRA DAS MISSÕES

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Palmeira das Missões está desagregada fisicamente do complexo administrativo do Município. Enquanto a sede da Prefeitura fica na praça central de Palmeira das Missões, a Secretaria de Saúde

está situada na periferia, em um local onde o acesso é feito por rua de terra batida, localizando-se em um edifício antigo, em que funcionam diversos órgãos da SMS.

Diversas pessoas entram e saem das salas da SMS e a falta aparente de uma agenda do Secretário parece ser fruto da sua endogenia, quer dizer, a todo o momento, o secretário está envolvido com aspectos operacionais, tais como assinar cheques, receber materiais, etc. A fala do povo e dos servidores ecoa por entre as paredes de madeira compensada e o prédio lembra um ginásio de esportes. A rotina do secretário, como agente político, parece se confundir com a sua rotina como agente administrativo.

A distância do gestor municipal para as unidades prestadoras de serviços de saúde fica explícita na fala de um(a) chefe de uma USF: “- Os prefeitos nunca vieram até a nossa USF e não tem ideia do que nós fazemos aqui.” Tal distanciamento conduz a certas incertezas cognitivas e estratégicas que se materializam, por exemplo, na busca de informações desse(a) chefe junto à Coordenadoria de Saúde (órgão estadual), a fim de saber quais itens seriam elegíveis para compra de acordo com as regras burocratizadas do SUS. Também, coaduna-se com a falta do PMS e da heterogeneidade de práticas nas duas USF existentes no município.

As USF funcionam, em bairros relativamente distantes da SMS. Elas são pequenas casas de alvenaria, sem pintura, com uma sala de espera sem muito conforto e outras salas para atendimento médico, triagem, aconselhamento, etc.

Processos

OBERÁ

Segundo a lei provincial de saúde (*MISIONES*, 2007, *LEY* nº 4.388 art. 24), o primeiro nível de atenção deve desempenhar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em especialidades básicas, medicina familiar, ginecologia, pediatria, elegendo os Centros de Saúde como executores dessa tarefa. Essa estratégia está institucionalizada em *Oberá* (Figura 18) e constitui um ponto de diferenciação entre a proposta nacional do PSF, que é a de ir ao encontro clínico domiciliar.

A primeira atividade dos CAPS de *Oberá* é a visita domiciliar, denominada de ronda sanitária, a qual deve ocorrer pelo menos quatro vezes no ano. Em áreas urbanas, o promotor de saúde encarrega-se pela visita a trezentas famílias. Para áreas rurais, o encargo é de cento e cinquenta famílias devido à dificuldade de acesso. Uma atividade incessante da ronda é a busca e o registro dos recém-nascidos que ainda não possuem identificação. Assim, a ronda vai caracterizando a população e o seu perfil epidemiológico, sinteticamente entre baixo, médio e alto risco à saúde. Na ronda, existe uma espécie de pré-referenciamento para o CAPS. Nenhuma atividade clínica é desempenhada na ronda, apenas realiza-se a aferição da pressão arterial, o aconselhamento familiar, as sugestões do modo de vida, higiene, alimentação, e os cuidados que a mulher deve ter em relação a doenças sexualmente transmissíveis, bem como esclarecimentos sobre os métodos contraceptivos.

Dentro dos CAPS, a rotina prioriza o atendimento materno infantil, embora não se restrinja somente a ele. O principal instrumento de execução desse objetivo é o *Plan Nacer*, que é executado porque representa a diretriz de política de saúde central da APS na Argentina e é o principal veículo de financiamento nacional dos CAPS. O controle e o acompanhamento da gestante, da criança, o aconselhamento e o apoio para a contracepção, o acompanhamento nutricional e o controle do esquema de vacinação são tarefas institucionalizadas nos CAPS de *Oberá*.

Cotidianamente, os pacientes dirigem-se ao CAPS. No caso de crianças, elas são inicialmente pesadas e depois examinadas pelos enfermeiros e promotores de saúde. Após, ocorre a consulta. Um processo semelhante acontece com os adultos, ou seja, o atendimento começa pela aferição da pressão arterial e, então, o médico faz a sua *anamnese*. Não há serviço de análises clínicas na maioria dos CAPS de *Oberá*.

O médico codifica cada atendimento realizado no CAPS em uma ficha. Os problemas de natureza meramente emocional não merecem registro. Existem enfermidades de denúncia obrigatória cujo registro deve transcender os controles internos do CAPS e devem ser enviados para o Departamento de Vigilância Epidemiológica em *Posadas* com frequência semanal e, dali, para o SNVS em *Buenos Aires*. Isso ocorre, entretanto, apenas para as doenças transmissíveis.

Os pacientes são atendidos no CAPS que, em geral, corresponde à região em que vivem e é onde possuem um cadastro histórico e o respectivo registro clínico. Contudo, como não há uma restrição de atendimento exclusivo de pacientes residentes em áreas de outras unidades, o registro clínico não é integrado em tempo real entre os diferentes CAPS.

De uma maneira geral, não existem protocolos estabelecidos pelos médicos aos enfermeiros e aos promotores de saúde sobre como proceder em relação a patologias prevalentes, como a hipertensão arterial. Nesse mesmo sentido, quando um atendimento de emergência é iniciado no CAPS e o paciente é encaminhado para um nível de complexidade mais alta, dificilmente ocorre o seu encaminhamento. Tampouco, com mais raridade, dá-se o contrareferenciamento quando o paciente retorna ao território do CAPS, por meio de um sistema de informações organizado, integrado e institucionalizado.

Outro processo desempenhado pelo CAPS é o aconselhamento (*consejería*), principalmente em relação aos assuntos nutricionais e reprodutivos. Esse processo, porém, depende em grande parte das capacidades, sobretudo profissionais, de cada CAPS.

Os medicamentos, em sua quase totalidade compostos por genéricos, são fornecidos na farmácia do próprio CAPS. Eles são produzidos por um laboratório estatal de propriedade da Província. A medicina natural fitoterápica foi iniciada pelo

departamento de elaboração de medicamentos e também é incentivada com financiamento externo da Itália.

Além destes processos, o CAPS tem função nutricional. Ali, os beneficiários do *Plan Nacer* podem retirar uma determinada quantidade de leite em pó mensal. Contudo, existem reclamações esporádicas dos beneficiários sobre a qualidade do leite distribuído.

Em relação às estruturas municipalizadas, o decreto provincial nº 78 de 2001 é claro e restritivo. As ações passíveis de pleito na descentralização da APS na província de *Misiones* são as seguintes: vigilância em saúde local; recolhimento, processamento e análise de informação sanitária básica; saneamento básico; prevenção de doenças transmitidas por vetores; prevenção de doenças transmitidas por alimentos; formação e capacitação de agentes de saúde; apoio a atividades de APS; contratação temporária de profissionais para atuar na APS; manutenção de centros de atenção primária à saúde (CAPS); planejamento e execução de eventos comunitários de saúde; prevenção e assistência curativa nas doenças prevalentes no município.

PALMEIRA DAS MISSÕES

Nas estruturas tradicionais (UBS) da sede do Município são desempenhados procedimentos clínicos tais como de ginecologia e obstetrícia, bem como os de vacinação. Ali, existe uma espécie de institucionalização ou de condicionamento da população. Os pacientes se dirigem à UBS já sabendo que o número de consultas médicas diárias está limitado entre dez a quinze “fichas”. Entretanto, com diálogo, o atendimento diário pode, eventualmente, contemplar mais cinco beneficiários, dependendo da disponibilidade do médico. Após a consulta, o paciente, na maioria das vezes, vai ao encontro de um profissional responsável pela autorização de exames, para que este carimbe uma guia que lhe garanta o procedimento. O atendimento é finalizado pela passagem na farmácia e o recebimento da medicação.

Nas estruturas já migradas para o modelo novo de APS, a situação é outra. A cobertura da USF do Bairro Vista Alegre é de 250 famílias, aproximadamente 750 pessoas. Na Vila Lütz, são 220 famílias, totalizando 700 pessoas sob cobertura. A busca ativa de casos, o controle, o acompanhamento e o atendimento domiciliar são

restritos pela falta de um automóvel para levar a equipe de saúde da família até os domicílios, principalmente em dias de chuva. A visita domiciliar na Vila Lütz ocorre de dois em dois meses enquanto que, no Bairro Vista Alegre, é realizada de seis em seis meses. Atualmente, no território da USF da Vila Lütz, existem cerca de 20 pacientes acamados que necessitam de acompanhamento e atenção diferenciada. Um veículo foi adquirido para uso da ESF e até o logotipo do PSF está estampado na sua porta. Entretanto, o veículo é mais utilizado no encaminhamento de pacientes para outros níveis de complexidade, fora do município.

A falta de um plano local é sentida pelas equipes. No Bairro Vista Alegre, há desconhecimento de mecanismos de coordenação e a comunidade não participa da tomada de decisões que lhes afeta. Na Vila Lütz, pela iniciativa do(a) chefe da USF, existe uma programação mensal com atividades direcionadas para os grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, tabagistas e doentes mentais. Esse cronograma é divulgado com antecedência, mas não faz parte de um esforço de coordenação municipal.

Recursos humanos

OBERÁ

No começo do século XXI, os trabalhadores de Saúde em *Oberá* estavam condicionados totalmente a esperar pelo paciente. O modelo que vem se estruturando é revolucionário e desafia o *status quo* no sentido de que agora lhes é imposto o dever de buscar e evitar a doença, inclusive pelo combate à desnutrição, assim como a orientação sobre os riscos do uso de drogas.

Na Argentina, é comum que cidades pequenas somente consigam atrair uns poucos médicos generalistas para trabalhar. Os profissionais especializados buscam emprego em centros maiores. Entretanto, mesmo para os generalistas, a possibilidade de ganho é maior em centros grandes. Essa é a realidade em uma província do chamado “*Gran Norte*”, em contrapartida, trabalhar no sul significaria ganhar o dobro ou o triplo do que se pode ganhar em *Misiones*.

Mesmo dentro da província de *Misiones*, trabalhar em CAPS de cidades maiores, como da capital *Posadas*, torna-se mais atrativo do que em cidades menores, como *Santana*, *Oberá* ou mesmo em *El Soberbio*.

A *Zona Centro Uruguay* possui 64 médicos(as) e enfermeiros(as) trabalhando contratados pelo programa misto nacional e provincial denominado *Salud Familiar*. Os profissionais médicos e de enfermagem atendem uma população e recebem pelo serviço prestado como autônomo. Eles são, portanto, terceirizados.

O Diretor da *Zona Centro Uruguay* relatou que os médicos que saem da universidade não estão capacitados para trabalhar com promoção de saúde. Por isso, existe um programa de residência médica familiar que prevê capacitação, uma vez por mês, na Faculdade de Medicina da *Universidad Nacional del Nordeste*. Esse programa determina a remuneração do médico (*beca*) de 2.500 Pesos por 30 horas semanais. Na prática, o médico executa 25 consultas por dia. Alguns médicos fazem 350 consultas por mês, enquanto outros fazem 120. Por outro lado, o jornal *El Diario de Misiones* argumenta que, devido ao baixo valor da bolsa oferecida pelo governo provincial, cerca de 1.300 Pesos para o residente de primeiro ano, muitas vagas acabam não sendo preenchidas. Esse seria um problema comum a outras províncias da região, tais como *Chaco* e *Corrientes*, elevando a especificidade dos recursos humanos de saúde nessa região.

Para o médico sem bloqueio de título, ou seja, sem dedicação exclusiva, disposto a trabalhar sob um contrato de trinta e cinco horas semanais a remuneração é de aproximadamente dois mil Pesos (o equivalente a mil Reais).

Sabe-se que, na Argentina, para cada 10.000 habitantes existem aproximadamente 27 médicos, 5,4 enfermeiros, 1,2 parteiras, 6,6 dentistas e 3,2 farmacêuticos (ARGENTINA, 2000). Um fator que chama a atenção, nessas cifras, é o baixo número de enfermeiros (as) em relação aos médicos(as), o que pode ajudar a explicar, em parte, o problema da tradicional “porta de entrada” no sistema. Os poucos profissionais são mais bem remunerados e exigidos em níveis de maior complexidade. Logo, o que sobra para a atenção primária é pouco e, em muitos casos, dividido com outros níveis de atenção.

Dos poucos enfermeiros, menos ainda atuam no nível primário de atenção, porque eles estão concentrados na atenção secundária. Com isso, muitas vezes, a

atividade do médico e do promotor acabam contemplando procedimentos de enfermagem. O enfermeiro é um recurso crítico também em *Oberá*.

Os promotores de saúde são os profissionais que fazem as visitas domiciliares e as rondas sanitárias. Esse profissional é preferentemente residente no bairro. A capacitação dos promotores é constante. Inicialmente, eles fazem um curso básico sobre doenças evitáveis. Os promotores trabalham no CAPS e são encarregados de determinadas áreas geográficas. Embora não executem clínica, há uma atividade em convênio com a *Universidad Nacional de Misiones* para que os que possuem o segundo grau completo capacitem-se como técnicos de atenção primária e executarem a função diagnóstica, ou seja, medir, pesar, aferir a audição, completar o esquema de vacinação e executar a avaliação cardiovascular e respiratória. Além disso, recentemente, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica promoveu uma capacitação para os promotores dos CAPS, qualificando-os quanto ao envio dos dados epidemiológicos.

PALMEIRA DAS MISSÕES

As equipes de saúde da família (ESF) são as unidades de ações do PSF. Em geral, uma USF acomoda duas equipes do ESF. Cada equipe é composta minimamente por um médico de saúde da família, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde. A ESF acompanha entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. Por sua vez, para o PACS, a equipe de agentes comunitários de saúde (EACS) deve ser composta, minimamente, por enfermeiro e agentes comunitários de saúde (SAS/MS, Port. 750, Anexo II). Ela atenderia, no máximo, 4.000 pessoas ou 1.000 famílias de determinada área geográfica.

Em Palmeira das Missões, são poucos os médicos dispostos a trabalhar na estratégia de saúde da família. Existem apenas três pediatras no município. O médico responsável deve cumprir uma jornada de 40 horas semanais na USF para a qual foi contratado, mas o médico da USF da Vila *Lütz*, que não é pediatra, nem clínico geral, pediu demissão há pouco tempo e, assim, o médico da USF Vista Alegre atende duas unidades até a contratação de um novo médico.

A enfermeira chefe da USF da Vila *Lutz*, que não é natural do Município, aparenta certa discordância com o *status quo* da situação local da saúde e a sua prática se reflete nos processos de modo distinto em relação à outra USF. Essa profissional acredita que a atenção primária das unidades de saúde deva ir além das atividades de promoção e enfatiza e pratica a clínica ambulatorial na USF da Vila *Lütz* e nos domicílios. Essa não é uma visão compartilhada pelo(a) colega responsável pela outra USF.

Na Vila *Lütz*, cinco agentes comunitários completam a equipe de saúde da família. Destes, três são técnicos de enfermagem e outro é acadêmico do curso de biologia da Universidade Federal de Santa Maria. O curso introdutório para os ACS não é ministrado nem na Vila *Lütz*, nem no Bairro Vista Alegre. Apenas os agentes comunitários do Bairro Vista Alegre recebem educação continuada. Entretanto, esse benefício se deve à proximidade do Bairro com a Universidade Federal, onde funciona um curso de enfermagem, cujos alunos capacitam os agentes.

Análise comparativa

Os princípios norteadores da transação ideal de APS são conhecidos, declarados e perseguidos nos dois territórios. No Quadro 10, pode-se ter uma ideia da evolução da sua trajetória nos dois cenários comparados:

	<i>Oberá</i>	Palmeira das Missões
Organização	Predomínio dos CAPS, com USF, CIC e outras estruturas menores	UBS e USF
Modo de atendimento tradicional	População busca o CAPS com territorialização adstrita. Atenção centrado na doença, exceto pela atenção materno-infantil	Indivíduos buscam as UBS sem territorialização adstrita, centrado na doença
Modo novo da APS	Minimamente instituído para garantir repasse de recursos	Em expansão, com possibilidade e aumento no repasse de recursos
Atividade clínica domiciliar	Não, apenas referenciamento ao CAPS	Sim
Registros clínicos	Fragmentados e não integrados	Abrangentes, mas não integrados
Atenção	Ênfase na saúde materno infantil	Saúde materno infantil, doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis
Profissionais	Pouca disponibilidade de médicos e menos ainda de enfermeiros	Pouca disponibilidade de médicos. Maior disponibilidade de enfermeiros

Quadro 10 – Diferenças na transação de APS nos dois territórios

Pode-se concluir que o modo tradicional de APS ainda é forte e resistente à mudança na Província de *Misiones* em função da relutância do governo provincial em mudar o seu modelo instituído em 1996 para o modelo sugerido pela Nação em 2009. A manutenção provincial da autonomia da formulação de políticas eleva a especificidade da APS local, pois se cria uma singularidade para a Nação que tem de negociar, província por província, os seus programas e estratégias. Contudo, o modelo tradicional de APS instituído em *Oberá* está menos distante de uma transação dita ideal do que o das UBS de Palmeira das Missões.

A mudança institucional do modelo tradicional para o novo modelo, por outro lado, é mais evidente no Brasil do que na Argentina, devido à maior coordenação e centralização dos incentivos a partir do Governo Federal. O alinhamento da APS no Brasil torna a sua transação mais padronizada e menos específica. A regularidade e o alcance dos programas de atenção primária brasileiros tornam comparáveis as ações em jurisdições vizinhas e podem ser vistos como redutores das incertezas estratégicas no seu contexto.

As informações de saúde estão disponíveis em maior quantidade e menor tempo no Brasil em relação à Argentina. Essa construção garante a Palmeira das Missões um menor risco de má-adaptação da transação, pois seus atores sociais, como os formuladores de políticas, os seus executores e os seus beneficiários têm acesso aos indicadores locais de saúde com um lapso pequeno de tempo. Dessa maneira, se muda o comportamento de um indicador, é possível corrigir tempestivamente a política por meio de instrumentos de adaptação contratual coordenada (salvaguardas).

Os recursos humanos apresentam alta especificidade em ambos os contextos. Porém, na Argentina, a situação de escassez de profissionais médicos e de enfermagem limita a atenção clínica praticamente aos CAPS.

10 Hipótese discriminante de alinhamento

Oberá

A atenção primária à saúde compreende processos de alta especificidade. Desse modo, os seus serviços não encontram um mercado de oferta espontânea de modo que possam ser estruturados comercialmente ou por meio de terceirização. Em *Oberá*, a organização desses serviços é predominante no setor público, sob uma plataforma pendente à hierarquização.

A estrutura da APS, em Oberá, encontra-se fracionada entre a influência da Nação sobre as Províncias e Municípios e da Província sobre a Municipalidade. A adesão ao PSF, em *Misiones*, em 2009, representou um esforço inicial de alinhamento intergovernamental rumo a uma política unificada de APS. A Nação incentiva as jurisdições subnacionais a aderirem ao seu programa e estas, por sua vez, abrem mão de sua autonomia na formulação de uma política própria de atenção primária à saúde. A província, por meio da Direção de Zona e da Chefia de Área, aderiu parcialmente ao programa nacional de *Salud Familiar* (PSF) e introduziu o modelo diferenciado de APS em cinco unidades periféricas de treze estruturas que prestam esse tipo serviço em *Oberá*. Em contrapartida, recebeu alguns incentivos financeiros. Esse alinhamento institucional intergovernamental, portanto, ainda não foi completo e a estrutura de governança da APS em *Oberá* pode ser interpretada como um modelo em transição do modo agência (hierarquia) para um modelo de regulação nacional (híbrido).

Atributos	Modos de governança			
	Privatização	Híbrido	<i>Oberá</i>	Agência
Instrumentos:				
<i>intensidade dos incentivos</i>	++	+	+	0
<i>burocratização</i>	0	+	++	++
Atributos de desempenho:				
<i>autonomia adaptativa</i>	++	+	0	0
<i>integridade adaptativa</i>	0	+	+	++
"Lei" contratual:				
<i>relação de emprego</i>				
<i>autonomia executiva</i>	++	+	+	0
<i>segurança dos</i>				
<i>empregados</i>	0	+	+	++
<i>resolução judicial de disputas</i>	++	+	0	0

Onde: ++ = forte; + = semi-forte; 0 = fraco

Quadro 11 – Estrutura de governança da APS em *Oberá*

Fonte: elaborado com base em Williamson, 1999

O modo de governança da APS de *Oberá* se apresenta de forma discreta conforme o apresentado no Quadro 11.

Um instrumento de incentivo presente na estrutura de governança em *Oberá* é o envio de medicamentos pelo programa *Remediar*. Esse incentivo, entretanto, foi construído de acordo com o conceito de doença o que não deixa de ser um contra-senso visto que se está analisando um sistema de medicina preventiva. Assim sendo, tal incentivo não é visto como importante para uma correta transação de APS.

A ausência evidente de salvaguardas explícitas que garantam um rol de serviços voltados à APS indica que não existe integridade nas relações contratuais organizadas pela Província. A organização provincial não estabelece metas de cobertura e de produtividade temática na saúde e a falta desses controles está presente de modo inesperado no modelo provincial tradicional de APS, que paradoxalmente é hierarquizado e burocratizado. A exceção é o *Plan Nacer*, que estabelece uma série de salvaguardas como atributos de desempenho, tais como a suspensão dos incentivos financeiros às gestantes e às mães beneficiárias do programa. As suas equipes de trabalho de atenção primária, por exemplo nos CAPS provinciais, não estão definidas quantitativa e qualitativamente, de acordo com o modelo incentivado pelo governo nacional (PSF), em relação à cobertura

populacional no modelo tradicional de APS estruturado pela província. Tais evidências adicionais dão ideia da magnitude da incerteza institucional que está presente na estrutura de governança em *Oberá*. Por essas razões, os atributos de desempenho foram classificados, para *Oberá*, como semi-fortes (Quadro 11).

A estrutura de APS é híbrida no que se refere aos aspectos da Lei Contratual. Os profissionais da APS são contratados tanto pelo setor público, quanto por meio de contratos não estáveis. A busca de soluções para os problemas internos da APS está em parte delegada à justiça comum, no caso de empregados e, em parte, reservada à discricionariedade da hierarquia para todos os assuntos relacionados à burocracia administrativa.

O conjunto de atributos faz com que a estrutura de governança da APS, em *Oberá*, situe-se entre uma posição intermediária no modo de regulação e o polo da hierarquia.

Custos de transação da APS em *Oberá*

A transação de atenção primária à saúde de *Oberá* encontra-se amparada por uma estrutura de financiamento provincial, com garantias constitucionais e na lei de saúde, que assegura o universalismo da sua oferta. Uma vinculação de recursos financeiros, com teto mínimo de aplicação, também foi estabelecida na legislação provincial.

Outro tipo de custo direto é a burocratização provincial materializada na estrutura administrativa. Tal como outros serviços essenciais, a atenção primária a saúde, em um contexto de escassez de recursos, acaba sendo internalizada pela administração pública.

Os tipos de custos de transação apurados nos serviços de APS, em *Oberá*, estão descritos no Quadro 12:

Natureza	Especificidades Salvaguardas	Externalidades Salvaguardas e adaptação	Moral hazards Desempenho e avaliação
CT diretos <i>ex ante</i>	DESENHO E SALVAGURADAS	SALVAGURADAS E ADAPTAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO E MENSURAÇÃO
	Vinculação orçamentária da saúde	Descentralização para o município	Diretrizes da APS voltada à saúde materno infantil
	Seguro de Saúde Universal	Distribuição de medicamentos no CAPS	<i>Plan mamá</i>
	Lei de Saúde	<i>Encontros periódicos do Consejo Federal de Salud</i>	<i>Plan Nacer</i>
	Obrigação estatal provincial da APS;	<i>Plan Federal de Salud</i>	Horário de atendimento dos CAPS e plantão
	Duzentos CAPS		
	Produção estatal de medicamentos	<i>Programa Salud Familiar</i>	
	Burocratização provincial	<i>Cadastro de informações para o CAPS</i>	
	Categorização dos CAPS		
	Redução no tamanho do território de promotores de saúde em áreas rurais		
CT de fricção <i>ex post</i>	INVESTIMENTO INSUFICIENTE EM ATIVOS	MÁ ADAPTAÇÃO	PERDA DE PRODUTIVIDADE E MAU DESEMPENHO
	Falta de investimentos em equipamentos devido ao número de usuários dependentes do sistema público	Registro clínico não integrado	Falta de protocolos nos CAPS
	Falta de profissionais	Lentidão do processo de adoção de uma APS promotora de saúde	Falta de alinhamento político e Descentralização ineficiente: um único CIC em Oberá
	Falta de serviço de análises clínicas	Medicina curativa: CAPS como local de consulta e busca de medicação. <i>Programa Remediar</i>	Variabilidade do tamanho da equipe no CAPS tradicional
	Baixa remuneração	Políticas de APS heterogêneas Falta de informação sobre enfermidades não transmissíveis para o órgão central	Ênfase na saúde materno infantil em detrimento de outras áreas. Centralidade na Unidade de Saúde. Atividade clínica no CAPS Falta de qualidade do leite adquirido Descumprimento do contrato de trabalho

Quadro 12 – Custos de transação em Oberá

Fonte: elaboração própria.

Verificou-se que a estrutura de governança de Oberá apresenta custos diretos expressos na garantia de atendimento universal à população pela disponibilização de mais de duzentos CAPS em toda a província, sendo que dez deles estão presentes em Oberá. Esses CAPS apresentam categorizações de complexidade de atendimento. O funcionamento dessa estrutura burocratizada é alcançado pela legislação que estabelece uma vinculação orçamentária mínima para cumprir esse objetivo. O modelo tradicional de APS em Oberá também apresenta custos diretos da produção de medicamentos de enfrentamento à especificidade do seu fornecimento. Embora em maior volume, esses custos diretos com a APS, em

Oberá, não são suficientes para aliviar os custos de fricção, ou *ex-post*. Observou-se que alguns problemas são persistentes, tais como a falta de equipamentos, de profissionais de enfermagem e de médicos, além da baixa oferta de serviços específicos como os exames laboratoriais. Contribuem para este quadro a baixa remuneração, o nível de pobreza e o respectivo número de usuários demandantes do sistema público de saúde.

No campo da prevenção às externalidades, alguns processos foram estabelecidos com o intuito de se reduzirem incertezas institucionais. A municipalidade foi inserida na prestação de serviços de APS em uma tentativa de ampliar o seu rol de competências e de se tornar um coadjuvante na política pública de saúde; um fórum de gestores de saúde em escala nacional foi instaurado, ampliando os canais de comunicação e negociação; um novo desenho para a APS foi sugerido e proposto às Províncias e às Municipalidades desde 2009, o PSF.

No âmbito provincial, o modelo tradicional de APS prevê ainda a coleta de informações abrangente dos pacientes em cada CAPS e conta com o fornecimento nacional de medicamentos sob demanda. Esses custos diretos de prevenção de externalidades quase igualam a sua frequência com os custos decorrentes da má-adaptação como um registro clínico não integrado, a indisponibilidade de informações sobre enfermidades não crônicas e, por consequência, um desconhecimento do perfil epidemiológico por parte do formulador de políticas de saúde. A frequência equivalente entre custos *ex-ante* e *ex-post* desencadeia a percepção de que exista uma incerteza estratégica entre os atores envolvidos com a APS. Em outras palavras, a tecnologia desenvolvida para prevenir custos da má-adaptação da política de APS não é eficiente.

Gráfico 4 – Frequência relativa de consultas de 11 enfermidades em duas cidades entre 2002 e 2009

Fonte: Sítio do programa *Remediar*, 2010.

O modelo cujos controles estão ancorados no consumo de remédios é, portanto, centrado na doença. As consultas demonstram indiretamente o perfil de prevalência epidemiológica diferenciado entre territórios, por exemplo, *Posadas* e *Oberá*. No Gráfico 5, pode-se verificar o aumento das transferências desse programa para os CAPS de *Oberá* ao longo do tempo. Essa informação evidencia que os incentivos de alinhamento do governo central estão ancorados no modelo da doença. O investimento financeiro realizado na estratégia, cujo próprio nome diz, de remediar, é considerável. As políticas fomentadas pela Nação são contraditórias no âmbito do prestador de serviços provincial. Por um lado, a Nação incentiva um modelo preventivista, por meio do PSF, e, por outro lado, o governo central estimula um modelo paliativo, centrado na distribuição de medicamentos e na consulta médica. Essa constatação conduz à presunção da existência de determinado grau de incerteza estratégica por parte do prestador provincial, no caso os CAPS, pois não foi encontrado o elo da ligação ou de complementaridade entre os dois programas nacionais. Outras externalidades são a heterogeneidade de processos e estruturas de APS e a visão hospitalocêntrica baseada na doença disseminada entre

profissionais e usuários dos serviços de saúde. Todos esses custos de fricção denotam que os serviços de APS estão mal adaptados e que, no contexto intergovernamental, eles asseveram uma incerteza institucional.

Gráfico 5 – Transferências do Programa Nacional *Remediar* para os CAPS de Oberá

Fonte: sítio do programa *Remediar*, 2010

A frequência absoluta observada dos custos diretos de transação preventivos de riscos morais (*Moral hazards*) demonstrou-se menos intensa do que a dos de fricção. Todavia, esses custos apresentam indicadores de desempenho interessantes.

O risco moral (*Moral hazard*) da APS, em Oberá, engloba principalmente a ausência de políticas específicas que não se refiram apenas à saúde materno-infantil. Do ponto de vista operacional, constataram-se problemas de ineficiência em compras, no cumprimento da jornada de trabalho contratada, sobretudo de profissionais médicos, a falta de protocolos e a pouca atividade clínica domiciliar.

Com base nas frequências altas de especificidade, externalidades e de riscos morais (*Moral hazards*), pode-se perceber, na Figura 15, uma tendência da transação de APS, em Oberá, na direção de uma estrutura hierárquica. Esta seria o

tipo de plataforma mais indicada para mitigar os seus custos de transação, pois os elementos elásticos do contrato neoclássico, como penalidades, reajustes, etc., sob situações de especificidade elevada, se estipulados, não são capazes de reduzir os custos de transação.

Figura 15 – Características da transação de APS em *Oberá*.

Fonte: elaboração do autor adaptado de Genugten (2008)

Entretanto, ficou evidente, anteriormente, que a estrutura de governança é híbrida e que, desse modo, um desalinhamento visível se delineou. A soma dos custos transação diretos (D) e de fricção (F) expande o triângulo característico (Figura 15) para o polo de uma estrutura ideal hierárquica.

Palmeira das Missões

Em Palmeira das Missões, a atenção primária à saúde também compreende processos de alta especificidade. Não há um mercado de oferta espontânea desses serviços de modo que eles possam ser estruturados comercialmente ou por meio de terceirização. Da mesma forma que em *Oberá*, a organização desses serviços em

Palmeira das Missões é predominante no setor público, sob uma plataforma pendente à hierarquização.

Contudo, a estrutura da APS, em Palmeira das Missões, encontra-se em processo de transformação entre o modelo tradicional das UBS para o modelo preconizado pela Estratégia de Saúde da Família do Ministério da Saúde. No momento atual, a adesão à nova estratégia é de duas entre as quinze unidades básicas de saúde (UBS) existentes. A mudança institucional iniciou em 2006, incentivada pelo financiamento do Piso da Atenção Básica (PAB). Atualmente, uma antiga unidade básica de saúde está sendo reformada para abrigar mais duas equipes de saúde da família no centro da cidade e outra, a da Vila Mutirão, será convertida em USF, aumentando o total para cinco unidades.

O Governo Federal conseguiu a adesão de Palmeira das Missões à pactuação de metas por meio do Termo de Compromisso de Gestão junto à CIB. Ainda assim, o município pode exercer a sua própria formulação de uma política de atenção primária, por meio do Plano Municipal de Saúde, desde que alinhado com as diretrizes nacionais e estaduais. No entanto, o plano municipal ainda não existe. A estrutura de governança da APS, em Palmeira das Missões, pode ser interpretada como um modelo em transição do modo agência (hierarquia) para um modelo de regulação nacional (híbrido).

Atributos	Modos de governança Palmeira das Missões			
	Privatização	Híbrido	Missões	Agência
Instrumentos:				
<i>intensidade dos incentivos</i>	++	+	++	0
<i>burocratização</i>	0	+	+	++
Atributos de desempenho:				
<i>autonomia adaptativa</i>	++	+	0	0
<i>integridade adaptativa</i>	0	+	++	++
"Lei" contratual:				
<i>relação de emprego</i>				
<i>autonomia executiva</i>	++	+	+	0
<i>segurança dos</i>				
<i>empregados</i>	0	+	+	++
<i>resolução judicial de disputas</i>	++	+	0	0

Onde: ++ = forte; + = semi-forte; 0 = fraco

Quadro 13 – Estrutura de governança da APS em Palmeira das Missões

Fonte: elaborado com base em Williamson, 1999

O Quadro 13 apresenta o modo de governança da APS de Palmeira das Missões de modo discreto.

Existe uma boa oportunidade para o aproveitamento de incentivos oferecidos pelo governo federal para que o município alinhe-se cada vez mais à política nacional de atenção básica. Tanto o aumento da cobertura, quanto a execução de tarefas diferenciadas, amplia o montante do PAB. Por essa razão, a intensidade dos incentivos foi classificada como sendo forte (++) na estrutura de governança prevalente, mesmo que, no momento, o município dela não se beneficie plenamente.

Os atributos de desempenho colocam Palmeira das Missões em uma posição híbrida ou regulatória. A burocratização municipal é semiforte, isso porque o município não pode se eximir das obrigações decorrentes do direito administrativo. Todavia, a falta de controle local é expressa pela ausência de controles internos, de auditoria e de outros instrumentos de responsabilização (*accountability*). Além disso, as melhores práticas de gestão brasileiras, estabelecidas há algum tempo, tais como aquisição por pregão e implantação do controles internos, ainda não foram institucionalizadas pelo governo local.

No âmbito externo, existem salvaguardas impostas por meio do Termo de Compromisso de Gestão pactuado pelo município com a CIB e que dizem respeito à alimentação de informações epidemiológicas nos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Localmente, há pouca evidência de salvaguardas para garantia de desempenho das tarefas da APS. As equipes de trabalho estão definidas quantitativa e qualitativamente em relação à cobertura populacional, mas a pactuação limita-se a estabelecer metas e não determina quem deve fazer o que, com que recurso e com que frequência. Esse seria um atributo de coordenação local, porém, a ausência de um plano municipal também gerou uma autonomia executiva em maior intensidade do que é necessário, permitindo discricionariedades. O estudo do caso fez emergir situações muito distintas em relação, por exemplo, à frequência das visitas domiciliares e à prática de procedimentos clínicos.

Finalmente, em relação à lei contratual, em parte dos seus aspectos, pode-se dizer que é tendente à hierarquia, isso porque o serviço de saúde é municipalizado e se sujeita ao direito administrativo. Contudo, do ponto de vista trabalhista, a estrutura da APS é híbrida. Os profissionais da APS são contratados tanto pelo regime jurídico

da prefeitura, quanto pela consolidação das leis do trabalho (CLT), no caso dos agentes comunitários de saúde. A busca de soluções para os problemas internos da APS está em parte delegada à justiça do trabalho no caso de empregados pelo regime da CLT e, em parte, reservada à discricionariedade da hierarquia administrativa, no caso de profissionais médicos e de enfermagem e demais assuntos administrativos.

Custos de transação da APS em Palmeira das Missões

Os tipos de custos de transação nos serviços de APS estão descritos no Quadro 14.

Natureza	Especificidades	Externalidades	<i>Moral hazards</i>
	Salvaguardas	Salvaguardas e adaptação	Desempenho e avaliação
CT diretos <i>ex ante</i>	DESENHO E SALVAGURADAS	SALVAGURADAS E ADAPTAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO E MENSURAÇÃO
	Vinculação orçamentária da saúde	Diretriz Política Nacional	Termo de Compromisso de Gestão
	Universalidade da saúde	Execução municipal	Horário de atendimento das Unidades
	Estrutura administrativa	Cadastro de pacientes nas USF	Sistemas de informação (SIAB)
CT de fricção <i>ex post</i>	INVESTIMENTO INSUFICIENTE EM ATIVOS	MÁ ADAPTAÇÃO	PERDA DE PRODUTIVIDADE E MAU DESEMPENHO
	Baixo orçamento da saúde per capita	Registro clínico não integrado	Falta de um Plano Municipal de Saúde
	Falta de profissionais	Lentidão do processo de transformação das UBS em USF	Descumprimento da jornada de trabalho
	Falta de medicamentos	Políticas de APS heterogêneas no município	
	Práticas de gestão obsoletas que implicam em investimento em insumos inadequados		

Quadro 14 – Custos da transação de APS em Palmeira das Missões

Fonte: elaboração própria

O modelo de atenção primária à saúde encontra-se amparado por uma estrutura de financiamento federal, estadual e municipal, com garantias constitucionais de saúde, universalismo da sua oferta. A vinculação de recursos na saúde foi estabelecida pela Emenda Constitucional nº 29 com um teto mínimo de aplicação de recursos orçamentários. Outro tipo de custo direto é a burocratização materializada na estrutura administrativa, ou seja, não é possível ou não há uma oferta privada dos serviços específicos de APS, fazendo com que a administração tenha que os internalizar. Esses custos diretos da APS de Palmeira das Missões não são suficientes para evitar o surgimento de custos de fricção. Ainda que haja vinculação de recursos para a saúde, esse montante é menor que o de outras cidades do mesmo porte, com maior pujança industrial e comercial, que recebem maior retorno do seu valor agregado. Essa é a maior especificidade verificada no Município. Em parte os custos de fricção, tal como a falta de medicamentos e de médicos, decorrem daquela última especificidade.

A Política Nacional de Atenção Básica e a celebração do pacto por meio do Termo de Compromisso de Gestão contribuíram significativamente para a redução da incerteza institucional. Todos os entes federativos, inclusive Palmeira das Missões, sabem exatamente em que direção se deve seguir nos seus empreendimentos da saúde e de atenção primária. O município executa a política de APS e tanto no cadastro, quanto no atendimento dos usuários, vai conhecendo o perfil epidemiológico e os problemas a serem enfrentados.

Entretanto, mesmo com esses custos diretos de salvaguardas impostos por meio dos termos de compromisso de gestão e da condição de manutenção da habilitação condicionada à alimentação dos sistemas de informação, pouco é realizado no sentido de organização local da APS. A falta de salvaguardas do Plano Municipal de Saúde conduz os atores da saúde a incertezas estratégicas locais, muitas vezes empreendendo práticas diferentes na resolução de um mesmo problema ou tendo que buscar informações na esfera estadual, junto à Coordenadoria de Saúde.

Outro problema que, igualmente, causa má-adaptação é a falta de um registro clínico integrado no município. Em um cenário de falta de recursos, a informação

poderia evitar desperdícios, como o retrabalho de múltiplas consultas e a super medicação de pacientes receosos do desabastecimento.

A frequência observada dos custos diretos de transação preventivos de riscos morais (*Moral hazards*) demonstrou-se mais forte do que a dos de fricção. A alimentação de sistemas de informação é capaz de garantir transparência sobre o desempenho da saúde do município a qualquer cidadão com acessibilidade à internet por meio do DATASUS. Além disso, a estipulação do horário de funcionamento e os compromissos assumidos pela gestão local do SUS condicionam o sistema de serviços a uma produtividade mínima.

Os custos de transação dos riscos morais (*Moral hazards*) da APS, em Palmeira das Missões, incluem aspectos operacionais, pelo não cumprimento da jornada de trabalho contratada, e aspectos estratégicos, pela falta do Plano Municipal de Saúde.

Figura 16 – Características da transação de APS em Palmeira das Missões

Fonte: adaptado de Genugten (2008).

Na Figura 16, com base na frequência absoluta das características de especificidade, externalidades e de *Moral hazards*, pode-se perceber uma tendência de demanda da transação de APS de Palmeira das Missões por uma posição intermediária no contínuo de estruturas, ou seja, entre a hierarquia e o mercado, com uma tendência para a primeira.

Alinhamento da APS

A partir das caracterizações das estruturas de governança e da transação de APS, é possível formular como e de que modo ocorre o alinhamento entre ambas, situação em que o alinhamento é descrito como o ajuste adequado das estruturas de governança em função das propriedades da transação. A estrutura de governança alcança o melhor ajuste ou alinhamento quando a confrontação proposta resulta em economia de custos de transação, conforme a hipótese discriminante de alinhamento de Williamson.

As transações de APS caracterizam-se por um grau considerável de especificidades. Nos contextos analisados, alguns fatores contribuem para essa situação, como a essencialidade dos serviços, a distância dos centros de referência em trabalho e educação, os níveis de pobreza e o baixo volume de recursos disponíveis para o seu financiamento. Essa característica afasta a transação do modo privatizado e restringe a sua oferta por meio de uma plataforma de governança hierárquica.

A especificidade da APS é assumida, portanto, como alta e dirige o foco da análise para outras propriedades, os riscos de externalidades e os riscos morais. Os riscos de externalidades, quando não prevenidos, traduzem-se em custos de má-adaptação, a qual decorre de investimentos insuficientes em comunicação, negociação, desenho de salvaguardas e, principalmente, coordenação por parte dos responsáveis pela gestão da APS. Verificou-se que, em *Oberá*, emergiram mais salvaguardas de enfrentamento de riscos de externalidades do que em Palmeira das Missões. Com isso, era de se esperar uma menor frequência de custos de transação de má-adaptação no caso argentino (Quadro 13), mas o que se observou foi que Palmeira das Missões, mesmo com menor custo *ex-ante*, revelou uma menor frequência de custos de fricção decorrentes dessas externalidades. Ocorre que as

indefinições sobre a melhor maneira para se resolver problemas relacionados à atenção primária ou sobre qual esfera de poder deva formular a sua política, conduzem à má-adaptação por parte dos atores envolvidos. No caso brasileiro, a esfera governamental nacional “compra” com mais sucesso a autonomia dos locais pela formulação e comunicação dos serviços de atenção primária. Estabelece-se, deste modo, uma estrutura de co-governança; as incertezas estratégicas e institucionais são enfrentadas a uma frequência menor de custos *ex-ante* (Quadro 14), instituindo e garantindo um alinhamento intergovernamental. Em cenários comprovadamente de especificidade de recursos, qualquer esforço de economia é relevante. O modo de co-governança é uma estrutura híbrida mais próxima do pólo hierárquico do que do pólo de mercado. Para o ente que “vende” a autonomia, trata-se de liberar a sua plataforma de governança da integridade adaptativa ou maior coordenação própria e buscar um tipo de autonomia adaptativa, a qual significa alinhar-se com uma política exógena. O ente “comprador”, geralmente de maior grau, insere incentivos na plataforma de governança do ente “vendedor” de menor grau e coordena, ele mesmo, o sistema de APS.

O modelo brasileiro procura com mais determinação estabelecer uma possibilidade de compartilhamento das decisões por meio da “compra” da autonomia dos governos locais pelo governo central (vide Figura 6). Apesar disso, as salvaguardas não são tão bem estabelecidas no sentido de impedir que ocorram distúrbios decorrentes de riscos morais (*Moral hazards*), tais como a evasão dos gestores locais das tarefas de planejamento e controle operacional dos serviços. É a situação da falta do Plano Municipal de Saúde, que deveria ter sido aprovado em 2006, mas que até hoje não existe. No caso argentino, um esforço da Nação é empregado no sentido de “comprar” a autonomia subnacional pela formulação e comunicação das políticas de serviços de APS. Entretanto, mesmo esses esforços de implantação de uma plataforma híbrida e regulatória contêm contradições na sua orientação. O alcance das iniciativas nacionais de regulação da APS provincial tem se limitado à atenção à saúde materno-infantil. Em função das incertezas estratégicas e institucionais verificadas, as externalidades e seus riscos, vis-à-vis, são maiores no caso argentino do que no caso brasileiro.

Os riscos morais ou *Moral hazards* resultam da dificuldade de se mensurar os serviços e exigem avaliação. Os custos diretos são os decorrentes da estipulação de padrões quantitativos e qualitativos de serviço, ao passo que os de fricção traduzem-se no mau desempenho. O caso argentino revelou um pouco mais de frequência de custos diretos de prevenção a riscos morais (*Moral hazards*).

Desempenhos

O desempenho representa a variável dependente do constructo do alinhamento entre as variáveis transação e estrutura de governança. A confirmação da hipótese discriminante de alinhamento, ou seja, a hipótese de que a estrutura mais bem alinhada com a respectiva transação de APS seja a mais eficiente, ou em *Oberá*, ou em Palmeira das Missões, somente pode ser inferida se for considerado o conjunto completo da transação. Para tal confirmação, são necessárias informações das variáveis dependentes, que representam o desempenho da APS. Essas informações são de mais fácil obtenção no Brasil do que na Argentina. No caso brasileiro, por exemplo, o DATASUS revela que, em Palmeira das Missões, a partir de 2006, os óbitos infantis, tanto por infecção respiratória aguda, quanto por diarreia, cessaram, tanto para neonatos, quanto para crianças entre 28 dias e um ano de idade. O desempenho do acompanhamento de doenças crônicas, previstas na NOAS nº 1 como atribuição da APS, em Palmeira das Missões, também se correlaciona positivamente com o alinhamento intergovernamental e a consequente redução de custos de transação decorrentes de externalidades (Gráfico 6):

Gráfico 6 – Acompanhamento de doenças crônicas

Fonte: DATASUS-SIAB, 2010

No caso argentino, as possibilidades de correlação entre desempenho da saúde e alinhamento são menores devido à indisponibilidade de informações sobre a APS. O Gráfico 7, a seguir, expressa a redução comparada nas taxas de mortalidade infantil e de neonatos subsequente à implantação da APS no Brasil e na Argentina. Percebe-se que o número de óbitos por mil, em 1998, era de 10,0 em Palmeira das Missões e de 14,20 em *Oberá*. Nos dois territórios, há uma tendência de redução ao longo de oito anos, entre 1998 e 2006. O número médio da mortalidade de neonatos (idade inferior a 28 dias), nesse período, ficou em 16,53 por mil, ao ano, em *Oberá*, contra 4,33, em Palmeira das Missões. Esses números representam um desempenho pontual pior em *Oberá* do que em Palmeira das Missões para esse indicador de qualidade da APS.

Pode-se argumentar que a evidência confirmatória de uma única variável, a partir de dados secundários, seja pouco para se confirmar o desempenho de modo comparado e ratificar o menor alinhamento entre estrutura e transação em *Oberá* e o consequente, pior desempenho da APS. Contudo, é preciso lembrar que as

iniciativas de APS na Argentina se concentram na atenção à saúde materno-infantil e que, portanto, um cuidado inferior seja dispensado aos outros temas de menor complexidade na saúde.

Gráfico 7 – Mortalidade neonatal em *Oberá* e *Palmeira das Missões* entre 1998 a 2006

Fonte: Ipec, 2008 e DATASUS-SIAB, 2010

No caso brasileiro, há disponibilidade de informações de desempenhos na área da saúde até para o ano de 2009, ou seja, o ano passado.

Considerações finais

O objetivo principal da tese foi verificar a factibilidade do alinhamento entre o arranjo institucional e a transação de APS de modo comparado. Para alcançar esse objetivo, foram elaborados dois estudos de caso fundamentados na teoria da Economia dos Custos de Transação (ECT) aplicada ao setor público, realizando-se um na Argentina e outro no Brasil, em territórios com perfis econômicos, sociais e epidemiológicos próximos.

A teoria da ECT foi desenvolvida, inicialmente, por Oliver Williamson para analisar a eficiência das transações comerciais empreendidas pelo setor privado. No caso do governo, nem todas as transações são passíveis de análise de acordo com essa teoria como é o caso de transações soberanas, como a emissão de leis, a cunhagem de moeda e a defesa nacional que não dispõem de fornecimento alternativo e que, portanto, não são analisáveis dicotomicamente entre decisões de comprar ou fazer. Essa decisão, nos seus extremos, implica em recorrer ao mercado ou desenvolver uma plataforma verticalizada para a provisão de bens e serviços. No governo, as transações que se sujeitam a essa análise são as que, de algum modo, podem ser fornecidas alternativamente por outros atores institucionais. Portanto, não é possível analisar-se a eficiência de estruturas alternativas, por exemplo, de segurança pública adotando-se a teoria da ECT, pois o Estado dispõe do monopólio do uso legítimo da força. Além da especificidade da transação, não é permitida a contratação de atores privados para o fornecimento de segurança pública. A verticalização das transações soberanas, sob essas premissas, é absoluta.

As outras transações que o governo desempenha, não soberanas, em geral, apresentam um grau considerável de especificidade. Na medida em que a sua especificidade se reduz, a tendência é a da mediação da transação por estruturas mais próximas ao mercado. Essa é a tônica de movimentos de reforma para uma administração pública gerencial. Contudo, a validade do postulado de que o mercado é a melhor alternativa para a prestação dos serviços públicos é desafiada pela sua própria inexistência ou ineficiência. Nesta tese, os territórios escolhidos desafiam o conceito de mercado, no sentido de oferta competitiva de recursos, sobretudo, os de mão-de-obra especializada. Por isso, em contextos com alguma

especificidade, a tese da teoria da ECT confirma a possibilidade de participação do Estado e a sua eficiência relativa na entrega de serviços.

Dentre as diversas funções não soberanas que o governo executa, a da saúde foi escolhida para a análise transacional. Quando examinada microeconomicamente, a saúde compreende um grande número de processos desdobrados em modos de atenção (primária, secundária e terciária) e eixos temáticos (saúde da mulher, do idoso, do hipertenso, etc.). Embora a ECT ofereça a definição do que é uma transação, a sua delimitação no contexto da APS é mais difícil de operacionalizar na prática. Por isso, uma delimitação, com base na literatura, foi admitida com sendo a correta.

A Argentina e o Brasil apresentam organizações federativas com diferenças em competências administrativas na prestação de serviços. Portanto, poderia se argumentar que a comparação entre um governo local do Brasil e outro provincial, da Argentina, seria inválida. Contudo, a caracterização da saúde pública como problema persistente exige, nos dois contextos, a participação dos diversos atores estatais e privados no seu financiamento e resolução. As transações de APS, face às estruturas complexas de colaboração entre os governos centrais e subnacionais, são então comparadas em termos de melhor ou pior desempenho. Não se trata de avaliar a correção dos procedimentos em detalhe, mas apenas a correspondência entre o modo de organização e transação.

A comparação de eficiência pode ser feita a partir de um escopo amplo de subprocessos de APS, como transações de atenção à diabetes, hipertensão, saúde materno-infantil. Porém, o impacto da transação global de APS é costumeiramente avaliado por meio de indicadores indiretos, como a taxa de mortalidade, o número de acidentes vasculares, etc. Nessa opção indireta de avaliação, não há como se estabelecer uma relação direta de causa e efeito entre o indicador e o desempenho. O resíduo do modelo preditivo da hipótese discriminante de alinhamento, que é função da estrutura e da transação, também pode conter elementos para se explicar o desempenho. Esse resíduo explicativo contempla fatores como o tamanho da jurisdição analisada, o perfil epidemiológico e a condição sócio-econômica da população. Encontrar localidades com o perfil idêntico para anular o resíduo foi e continua sendo uma tarefa praticamente impossível de se realizar. Por isso, para

minimizar o resíduo, foram eleitas duas cidades situadas dentro da zona de fronteira por demonstrarem similaridades. Se os fatores do resíduo estão menos distantes nos dois contextos, ainda que eles expliquem em parte o desempenho, quando são confrontados, anulariam-se no resto, deixando para as outras variáveis independentes o papel maior de explicação do desempenho. Porém, mesmo reduzindo o termo de erro, a assunção de uma ou mais variáveis dependentes como indicadores de eficiência demandaria uma confirmação da carga fatorial das variáveis independentes sobre as dependentes.

Outras transações não soberanas do setor público, como a manutenção e a construção de infra-estrutura, conseguem estabelecer uma relação causal de modo mais direto entre o seu desempenho e os seus indicadores. Em virtude disso, é importante desenvolver uma metodologia de avaliação para serviços que não possuam indicadores evidentes e diretos de desempenho ou de eficiência. A análise de custos de transação é uma alternativa para esse tipo de mensuração de eficiência no setor público.

As propriedades das transações de APS, ou seja, a especificidade dos ativos envolvidos nos processos, a exposição e a presença de externalidades e dos riscos morais (*Moral hazards*) foram mapeadas em Oberá e em Palmeira das Missões. A APS, nesses contextos, opera sob condições de imperfeição de mercados e as especificidades são altas. O governo é o único ator disposto a executá-la na sua totalidade. Apesar disso, em alguns processos intermediários da cadeia de serviços de APS, o governo pode e se vale de parceiros públicos e privados, dependendo da existência de um mercado fornecedor ou de uma estrutura de apoio intergovernamental para aumentar o consenso estratégico e a sinergia institucional. Dado o tamanho e a impossibilidade de se limitar o problema da saúde a um território, a sua especificidade estende-se para a dependência bilateral também de jurisdições administradoras de saúde em um mesmo país.

As outras propriedades da transação dizem respeito aos riscos ambientais (externalidades) e morais (*Moral hazards*). As externalidades relacionam-se à previsibilidade do ambiente no qual a transação ocorre, ou seja, à sensibilidade às mudanças técnicas e políticas na plataforma de oferta de serviços de APS. Nesse

sentido, um dos objetivos secundários da tese era o de apresentar e descrever os modos de governança da APS nos dois casos.

O espectro entre os modos discretos de governança propostos por Williamson para os setores privado e público, na teoria da ECT, demonstrou-se insuficiente para posicionar estruturas mais complexas de alinhamento intergovernamental ou mesmo das redes. Os alinhamentos intergovernamentais, característicos dos pactos federativos de saúde presentes no território argentino e no brasileiro, foram então descritos e encaixados no contínuo entre os polos discretos de modos de governança. Essas estruturas penderam mais para o polo da hierarquia, com as explicações do funcionamento desses arranjos à luz de atributos como incentivos, autonomia, coordenação e lei contratual. Os arranjos institucionais, em ambos os cenários, foram descritos com base na revisão de literatura, na legislação, nos programas governamentais, em entrevistas e por meio da observação direta. Eles demonstraram similaridades e diferenças entre si. A estrutura de governança brasileira, mais regulada em relação à argentina, demonstrou ligeiramente um caráter de maior tendência à posição híbrida, onde ocorre com mais sucesso uma venda de autonomia para o governo central. De certa forma, a disputa ou a incerteza estratégica, que geralmente é política, dá lugar ao alinhamento e reduz os custos de transação da má-adaptação. Essa, pelo menos, foi a evidência observada nos territórios analisados. Os dois contextos se diferenciam no que diz respeito à estrutura federal, nas suas atribuições de tarefas, na autonomia e no papel das jurisdições. Essas estruturas de APS estão enfrentando um processo de mudança em velocidades e estágios diferentes. *Oberá* demonstrou que a província ainda é o principal responsável pelo provimento de serviços de atenção primária e que mantém a sua autonomia perante a Nação. A província de *Misiones* conserva a sua capacidade de coordenação estratégica e operacional. Contudo, a Nação argentina, a partir do *Plan Federal de Salud*, tenta aumentar a sua influência sobre as províncias e induzi-las a aderir às estratégias nacionais de APS, tais como o *Plan Nacer* e o PSF. Essa interferência é incompleta e gera incertezas institucionais. Ao mesmo tempo, verifica-se, em *Oberá*, uma frequência relativamente maior de custos de transação decorrentes de externalidades de má-adaptação da plataforma de governança em comparação com o caso brasileiro. No Brasil, a estrutura de co-

governança dispõe de mais atributos para o alinhamento, como os incentivos financeiros genéricos de adesão à política nacional e os mecanismos de influência, como as comissões de gestão nos estados e na União.

A APS é referida com uma expressão das políticas compensatórias das redes mínimas de proteção social. Sob condições de maior equidade social e econômica, por exemplo, de países europeus, os programas de atenção preventiva com visitas domiciliares talvez sejam desnecessários e não façam sentido. A população desses países dispõe de um padrão educacional e sanitário mais elevado. Com isso, a visão preventivista do usuário do sistema de saúde manifesta-se na disponibilidade dos prontuários nos consultórios dos médicos europeus. A visita domiciliar seria substituída pela consulta periódica. Porém, sob cenários de restrição financeira e com alta demanda por serviços, como na América do Sul, a desvantagem comparativa na estrutura federal argentina pode fazer a diferença para uma população pobre e crescente, sem cobertura, por exemplo, de uma Obra Social. O modelo instituído dos CAPS em *Misiones* é lento à mudança na direção dos PSF e não se percebeu um movimento nesse sentido, a não ser pelos incentivos pontuais fornecidos pela Nação em alguns de seus programas. A mudança institucional da APS rumo a uma plataforma híbrida regulatória, com maior coordenação nacional, é menor da que se observou no caso brasileiro.

Em Palmeira das Missões, a plataforma de governança da APS está em processo de mudança do modelo tradicional das UBS para o das USF. Os incentivos e os mecanismos federativos de redução da incerteza estratégica, tal como o Pacto de 2006, contribuem para a melhora do desempenho nos indicadores indiretos de APS. Esses atributos adicionais colaboram para a revolução do modo até então instituído de governança, que aparentemente era menos eficiente antes do início do câmbio institucional. O mecanismo de mudança institucional funciona de modo concordante com a confrontação entre autonomia e influência discutida no capítulo três. O governo local abre mão do papel de coordenar a política de APS e fica responsável apenas pela sua operação. Por sua vez, o governo central oferece os incentivos e o financiamento para que o governo local atinja certas metas anuais de saúde. Apesar da restrição orçamentária, a mudança na plataforma de governança

parece ter permitido uma melhora no desempenho da APS nos últimos anos, que se observa na queda das taxas de mortalidade infantil.

Sob uma estrutura híbrida ou regulatória e compartilhada entre as esferas de governo, o risco moral (*Moral hazard*) decorre, no caso brasileiro, de uma atitude preventiva na esfera local. O prestador local de APS, no caso o município, não construiu elementos de mensuração e avaliação de desempenhos. Os investimentos em instrumentos de prevenção, fiscalização ou de especificação de produtividade advém unicamente do Ministério da Saúde. O governo local, no papel de executor, pouco ou nada faz para reduzir custos de fricção. Em parte, a mesma história se repete na Argentina. Os custos preventivos são estipulados pela esfera nacional. Os gestores locais evadem-se da especificação de metas e da fiscalização e correção dos serviços prestados. No território argentino, a transparência dos sistemas de serviços de APS é menor do que a disponível no território brasileiro. Não há relatórios públicos e de modo tempestivo sobre o acompanhamento local de doenças e enfermidades. No máximo, estão disponibilizadas informações sobre a mortalidade infantil e sobre consultas médicas por enfermidade, em locais distintos e com algum lapso temporal.

Embora a ECT não consiga mensurar monetária e quantitativamente os custos de transação e a sua variação, no caso dos serviços públicos não soberanos, ela se apresenta como uma ferramenta alternativa de análise da eficiência organizacional. Com base nessa ferramenta, é possível dizer que as iniciativas na busca de melhores serviços de APS são mediadas por estruturas adequadas, sob qualquer tipo de cenário econômico ou social. A pesquisa demonstrou estágios distintos de evolução institucional no Brasil e na Argentina e indica uma regularidade relativa na implementação de mudanças. A partir das observações, pode-se concluir que as jurisdições interessadas em reduzir os problemas de saúde deveriam seguir alguns passos.

O primeiro passo sugerido é que essas administrações orientem seus serviços de saúde na direção de uma APS ideal e integral, ou seja, referenciada e contrareferenciada com outros níveis de atenção, com o cuidado. Esse acompanhamento para cima e para baixo nos níveis de atenção à saúde pressupõe

capacidade informacional. Logo, o aspecto da informação é primordial para se alcançar a integralidade no atendimento de saúde.

Segundo, as jurisdições devem se alinhar horizontal e verticalmente, ou seja, com as administrações de mesmo grau e de graus diferentes, pois os problemas de saúde transcendem a territorialidade. Com essa medida, as incertezas cognitivas e estratégicas tendem a se reduzir. Os beneficiários olham para as práticas de saúde de jurisdições adjacentes e julgam o serviço desempenhado no seu local de residência com base em critérios uniformes. Porém, para que a segunda recomendação funcione efetivamente são necessários fóruns e arenas que, ao mesmo tempo, retirem a autonomia dos prestadores locais e que lhes permitam a elaboração de políticas públicas compartilhadas. Alcançado esse estágio reduz-se a incerteza institucional, ou seja, a diversidade de contextos de tomada de decisão.

Terceiro passo, que se sugere com base no estudo feito, postula que se deve investir (custos diretos) em mecanismos de planejamento, execução, monitoramento e responsabilização (*accountability*) operacional nos territórios locais. Esse estágio está pendente nos contextos analisados e talvez seja mais difícil de atingir. Essa medida tornará possível a execução da prestação dos serviços de APS de modo efetivo, ou seja, com menores chances de atitudes oportunistas na ponta da cadeia de serviços de APS.

Finalmente, a hipótese discriminante de alinhamento demonstrou ser capaz de capturar as vantagens e desvantagens comparativas nos dois territórios e pôde ser utilizada com maior refinamento na avaliação do grau de maturidade dos serviços públicos de APS e das estruturas de governança mais indicadas para cada contexto. O menor alinhamento entre estrutura e transação na Argentina parece apontar para um grau menor de maturidade comparada ao território do Brasil. Seria, contudo, precipitado afirmar que isto se relaciona com o pior desempenho no indicador indireto de APS, ou seja, no índice de mortalidade infantil na Argentina sem conhecer a carga fatorial das variáveis independentes analisadas. Portanto, essa ilação entre o desalinhamento discriminante e um indicador indireto de eficiência deve ser interpretada com parcimônia. O desempenho da mortalidade infantil pode ser potencialmente explicado pelo resíduo do modelo. Por exemplo, a razão entre a taxa líquida anual de natalidade e o investimento líquido anual em APS pode

apresentar amplitude crescente na análise comparativa *Oberá versus* Palmeira das Missões e pode exercer maior pressão sobre o investimento de APS, no território argentino (Gráfico 7). Essa dimensão de escala apareceu apenas indiretamente no estudo de caso, no aspecto da especificidade da transação. Outro fator limitante e atrelado à falta de um estudo da carga fatorial das variáveis diz respeito ao peso dos custos de transação, que é igual na metodologia proposta.

Ainda que os achados tenham validade interna limitada aos contextos analisados, a generalização da hipótese discriminante de alinhamento como instrumento preditivo de eficiência no caso da APS parece se confirmar. Uma generalização mais categórica ainda depende de um trabalho mais extenso sobre uma população de casos objeto da pesquisa, com a expectativa de redução dos resíduos e sobre o peso das variáveis independentes. Uma sugestão é o estudo de territórios isolados dentro do alcance nacional ou regional, com estruturas mais uniformes, contanto que se disponha de informações do desempenho da APS, cuja carga fatorial explicativa das variáveis independentes do modelo seja suficiente. Desse modo, será possível se confirmar, com maior segurança, a hipótese discriminante de alinhamento de Williamson aplicada à APS, a qual não se pode afirmar com segurança, com base nos achados até o momento, como plenamente factível para a avaliação de sua eficiência.

REFERÊNCIAS

ALESINA, Alberto; GLAESER, Edward L. Why are welfare states in the US and Europe so different? What do we learn? *Horizons stratégiques*. Vol. 2, n° 2, 51-61, 2006.

AFONSO, L. E. Seguridade social. In: BIDERMAN, C. e ARVATE, P. (Ed.). *Economia do Setor Público no Brasil*. São Paulo: Campus-FGV, 2005, p.381-401. ISBN 853521530-1.

ALSTON, Lee; MUELLER, Bernardo; MELLO, Marcus; PEREIRA, Carlos. Who decides on public expenditures? A political economy analysis of the budget process: the case of Brazil. *Economic and Social Study Series – RE1-05-006*. Inter-American Development Bank, September 2005.

ARGENTINA. Políticas de Salud. Ministerio de La Salud. Presidencia de La Nación. Buenos Aires, p.48. 2000

_____. Auditoria General de La Nación. Informe de Auditoria de Gestión sobre el Plan Nacer al 31/12/2008. CONVENIO DE PRÉSTAMO BIRF N° 7409-AR y 7225-AR. Buenos Aires, 2008. 86 p.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Vol.8, No.2, 331-345, 2003.

_____. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ. Soc.*, Vol.23, No.80, 25-48, setembro de 2002.

ASENSIO, M. A. Local Government Organization and Finance: Argentina. In: SHAH, A. (Ed.). *Local Governance in Developing Countries*. Washington: The World Bank, 2006. p.347-379. (Public Sector Governance and Accountability Series).

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Australian Public Service Commission. *Tackling Wicked Problems – a Public Policy Perspective*. Contemporary Government Challenges. Barton: Commonwealth of Australia, 2007, 38 p.

BARRY JONES, R. J. *Encyclopedia of International Political Economy*. 3 vol., London and New York: Routledge, 2001.

BIERSTEKER, Thomas J. O “Triunfo” da Economia Neoclássica no Mundo em Desenvolvimento: Convergência de Políticas e Fundamentos da Governança na Ordem Econômica Internacional. In: ROSENAU, J. N.; CZEMPIEL, E. Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial. Brasília: Editora da UNB, 2000, pp. 143-182.

BOSCHETTI, I. A "Reforma" da Previdência e a Seguridade Social Brasileira. In: MORHY, L. (Ed.). Reforma da Previdência em Questão. Brasília: Editora UNB, 2003. p.27-47.

BRASIL. Projeto de Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da família. Indicadores de Monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos. Ministério da Saúde. Brasília. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96. Publicada no DOU de 6 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01-02. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.023, de 23 de setembro de 2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Vol. 1. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saude, 2006. 76 p.

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

BUEREN, Ellen; KLIJN, Eric-Hans; KOPPENJAN, Joop F. M. Dealing with Wicked Problems in Networks: Analyzing an Environmental Debate from a Network Perspective. Journal of Public Administration Research and Theory, Vol. 13, N.º 2, 193-212, 2003.

BUTLER, G. B. *Provincias y Nación*. Buenos Aires: Ediciones Ciudad Argentina, 1996. 510 p.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A., et. al. (Ed.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL e NESCO, 2001. p.27-59.

CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde - sujeito e mudança*. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 178

CCUHC. *International Models of Universal Health Care - Other universal health care systems around the world*. Simsbury CT, 2009. Disponível em: < http://cthealth.server101.com/international_models_of_universal_health_care.htm >. Acesso em: 30 de agosto de 2009.

CENTRÁNGOLO, O.; DEVOTO, F. ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. *Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health*, 2002. Toronto, Canadá. P.A.H.O. p.31.

COASE, Ronald H. The Problem of Social Cost. *Journal of Law and Economics*, October 1960.

CONASS. *Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Para Entender a Gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

CONILL, E. M. *Sistemas Comparados de Saúde*. In: CAMPOS, G. W. D. S.; MINAYO, M. C. D. S., et al (Ed.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC e FIOCRUZ, 2008. p. 563-613.

CONTINÚA el déficit hídrico en Oberá y buscan alternativas. *Diário Digital. Posadas*, 2009. Disponível em: < <http://www.territorioidigital.com/nota.aspx?c=6249558042392396> >.

CORREIA, Germano M. *A Utilização do Conceito de Custo de Transação na Seleção de Fornecedores de Insumos Produtivos na Indústria Farmacêutica*. São Paulo, Escola Politécnica da USP, Dissertação de Mestrado. 2001. 178 p.

CRESSWELL, John W. *Research Design – Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003. 245 p.

CUNHA, G. T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 211 p.

D'ARTERIO, J. Patricia Ortiz; LONGHI, Hugo Fernando; MADARIAGA, Horacio Leonardo. Características de la pobreza en los hogares del Norte Grande Argentino. Su relación con la mortalidad infantil. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18- 20 de Setembro de 2004.

DAVID, Robert J.; HAN, Shin-Kap. A Systematic Assessment of The Empirical Support for Transaction Cost Economics. Strategic Management Journal. Vol. 25, No. 1, 39-58, 2004.

DE LAVOR, Adriano; DOMINGUES, Bruno C.; MACHADO, Kátia; CARVALHO, Marinilda. A dívida com a a Atenção Básica. Radis, Rio de Janeiro, nº 59, p. 12-17, jul. 2007.

FEE. Fundação de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul. Resumo Estatístico do Município de Palmeira das Missões, 2008. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?munici pio=Palmeira+das+Miss%F5es>

FIORI, José Luis da Costa . Estado de Bem-Estar Social: Padrões e Crises. Revista de Saúde Coletiva - PHYSIS, Rio de Janeiro, v. 7, 1998. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/iea/textos/fioribemestarsocial.pdf>>

FREDERICKSON, George H.; SMITH, Kevin B. The Public Administration Primer. Boulder, Colorado: Westview Press, 2003.

GÉLEDÉN, Alain; BRÉMOND, Janine. Dicionário das Teorias e Mecanismos Económicos. Lisboa: Livros Horizonte, 1988, 463 p.

GENUGTEN, Maria L. V. The Art of Alignment – Transaction Cost Economics and the Provision of Public Services at the Local Level. Twente, 2008. 245 p.

GIBBS, Graham. Análise de Dados Qualitativos. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009. 198 p.

GOLDBERG, Daniel. Entendendo o Federalismo Fiscal: Uma Moldura Teórica Multidisciplinar. In: CONTI, José Maurício (Org.). Federalismo Fiscal. São Paulo: Manole, 2004, pp. 15-31.

GOLDFAJN, Ilan; GUARDIA, Eduardo R. Regras Fiscais e Sustentabilidade da Dívida no Brasil. Notas Técnicas do Banco Central do Brasil. Brasília: BACEN, nº 39, julho de 2003.

GOLDSMITH, Stephen; EGGERS, William. Governing by Network. The New Shape of the Public Sector. Washington, DC: Brookings Institution Press, 2004, 224 p.

GOULART, Flavio. Saúde da Família. Boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: EDUFU, 2007. 258 p.

HAESBAERT, Rogério. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. In: Anais do I Seminário Nacional sobre Múltiplas Territorialidades, promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFRGS, Curso de Geografia da ULBRA e AGB-Porto Alegre, em 23 de setembro de 2004.

HALL, Peter A. and TAYLOR, Rosemary C. R.. As três versões do neo-institucionalismo. Lua Nova [online]. 2003, n. 58, pp. 193-223.

HEAD, Brian; ALFORD, John. Wicked Problems: The implications for Public Management. Panel on Public Management Practice. International Research Society for Public Management 12th Annual Conference, Brisbane, Australia, 26-28 March, 2008, 26 p.

HELITO, Alfredo S.; KAUFMAN, Paulo. Saúde – Entendendo as Doenças, a Enciclopédia Médica da Família. São Paulo: Nobel, 2007.

HILLMAN, A. L. Public Finance and Public Policy - Responsibilities and Limitations Cambridge: Cambridge, 2003. 766 p.

HODGSON, Geoffrey M. The approach of Institutional Economics. Journal of Economic Literature. Vol. 36, nº 1, Mar 1998. 166-192.

IBGE. Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília. 2000.

IPEC. Línea de Pobreza en hogares y personas - Región del NEA (en porcentaje): INSTITUTO PROVINCIAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS 2008a.

_____. Población total por sexo - año 2001: INSTITUTO PROVINCIAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS 2008b.

_____. Población y hogares con NBI por municipios: INSTITUTO PROVINCIAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS 2008c.

JENKINS, C. D. *Construindo uma Saúde Melhor*. Porto Alegre: Artmed, 2007. 348 p.

JOSÉ-SILVA, Maria de Fátima. *Para onde vamos? A saúde física e mental de ex-empregados do mercado de trabalho formal, do ramo de metalurgia, que se encontram empregados/ocupados na informalidade. Um estudo comparativo entre Brasil e Argentina*. 2006. 425 p (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Integração da América Latina, USP, São Paulo.

JREISAT, Jamil E. *Comparative Public Administration and Policy*. Boulder, Colorado: Westview Press, 2002, 192 p.

KEAST, Robyn; MANDELL, Myrna P.; BROWN, Kerry; WOOLCOCK, Geoffrey. Network Structures: Working Differently and Changing Expectations. *Public Administration Review*, Mai/ Jun 2004, vol. 64, nº 3, pp. 363-371.

KEAST, Robyn; MANDELL, Myrna P.; BROWN, Kerry. Mixing State, Market and Network Governance Modes: The role of Government in "Crowded" Policy Domains. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 2006, vol. 9, nº 1, pp. 27-50.

KICKERT, Walter. Public Governance in The Netherlands: An Alternative to Anglo-american 'Managerialism'. *Public Administration*; London, Winter 1997; Vol.75, Iss.4. pp. 731-752.

KICKERT, Walter; KLIJN, Erik-Hans; KOPPENJAN, Joop. *Managing Complex Networks – Strategies for the Public Sector*. Thousand Oaks: Sage, 1997, 206 p.

KLEIN, Peter. New Institutional Economics. In: *Encyclopedia of Law and Economics*. BOUCKAERT, Boudewijn; DE GEEST, Gerrit. (eds), Cheltenham Glos, UK: Edward Elgar Publishing, 2000.

LAVRAS, Carmen. Redes de Atenção à Saúde. In: Seminário de Discussão Conceitual para o Apoio Institucional Permanente às Regiões de Saúde na SES/SP, 2008. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/seminario_desenvol/documentos/seminario_ses_sp_ago08.ppt> Acesso em 26 de janeiro de 2010.

LOWNDES, Vivien. Institutionalism. In: MARCH, David; STOKER, Gary. Theory and Methods in Political Science. 2nd ed. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2002. pp. 90-108.

MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. Elaborating the “New Institutionalism”. In: RODHES, R.,A.,W; BINDER, Sarah A.; ROCKMAN, Bert A. (eds). The Oxford Handbook of Political Institutions. Oxford: Oxford University Press, 2006. p. 3-22.

MÉDICI, André C. Avaliando a Reforma da Previdência na Argentina nos Anos 90. Seminário “Desafios da Previdência: A Atualidade do Pensamento de Francisco de Oliveira”, realizado nos dias 5-6 de dezembro de 2002 no auditório da FIRJAN, no Rio de Janeiro, e organizado pelo IPEA e pelo IBGE.

_____. Barack Obama e a Reforma de Saúde Norte-Americana. Monitor de Saúde. 2 de novembro de 2009. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com/2009_11_01_archive.html> Acesso em 9 jan. 2010.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. 25^a ed. São Paulo: Malheiros, 1999. 765 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS e a Atenção Primária à Saúde. Revista de APS, v. 8, n. 2, Jul /Dez 2005. ISSN 1809-8363.

_____. A mudança do modelo de atenção no SUS investindo na prevenção. 28^o Fórum de Debates do Projeto Brasil. Política de Saúde. São Paulo, 6 de abril de 2006.

MENDES, Marcos. Federalismo Fiscal. In: BIDERMAN, Ciro; ARAVATE, Paulo (orgs). Economia do Setor Público. Rio de Janeiro: Elsevier e Ed. Campus, 2005, pp. 421-461.

MESA-LAGO, Carmelo. Desarrollo social, reforma Del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI. Serie Políticas Sociales 36. Santiago de Chile: CEPAL, jan/ 2000.

MARTINS, G. P. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006. 150 p. (Mestrado). Faculdade de Medicina, USP, Ribeirão Preto.

MEHRY, Emerson Elias. Modelo de atenção à saúde como contrato social. Texto apresentado na 11ª CNS. Brasília, 2000.

MISIONES. REGIMEN DE DISCRIMINACIÓN POSITIVA. DECRETO Nº 1131, 2009.

_____. Ley de Salud Nº 4388, 13 de septiembre de 2007.

MONTES, Marcelo. Relaciones entre el federalismo fiscal y la gestión pública municipal. Revista Libertas, nº 38, Mayo 2003. Disponível em: http://www.eseade.edu.ar/servicios/Libertas/7_5_Montes.pdf

MORETTO, Cleide Fátima. Educação, Capacitação e Escolha. A Análise Institucionalista como Alternativa aos Limites do Paradigma da Racionalidade Neoclássica. Teoria e Evidência Econômica. Passo Fundo, RS, vol. 14, ed. Especial, pp. 127-141, 2006.

MUNTAABSKI, G. et al. El Plan de Atención Primaria de la Salud: Un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires, p.15. 2001

NORTH, Douglass C. Institutional Change and Economic Performance. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1990. 152 p.

OBERMANN, Gabriel. The Role of the States as Guarantor of Public Services: Transaction Cost Issues and Empirical Evidence. Annals of Public and Cooperative Economics, vol. 78, nº 3, 2007, pp. 475-500

OPAS-MS. III SEMINÁRIO INTERNACIONAL ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE DA FAMÍLIA - “Expansão com Qualidade & Valorização de Resultados”. Ministério da Saúde. Recife, PE: Dezembro de 2007. 2008

OPAS. Estudo das Redes de Serviço de Saúde na Região de Fronteira Argentina-Brasil-Paraguai. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Brasília, p.99. 2004

O'TOOLE Jr., Laurence J.; MEIER, Kenneth. Public Management in Intergovernmental Networks: Matching Structural Networks and Managerial Networking. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2003, vol. 14, nº 4, pp. 469-494.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*, Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 6ª ed. p. 567-71.

PASOUR JR., E. C. Pigou, Coase, common law, and environmental policy: Implications of the calculation debate. *Public Choice*. vol. 87, pp. 243-258, 1996.

PEREIRA, Maurício G. *Epidemiologia. Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERES, Ursula Dias. Custos de Transação e Estrutura de Governança no Setor Público. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*. São Paulo, vol. 9, nº 24, pp. 15-30, maio/ago 2007.

PINHEIRO, Letícia R. S.; MONTEIRO, Janine K. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2007, vol. 10, n. 2, pp. 35-45.

REZENDE, F. D. C. Visões "rivais" sobre mudança estrutural e proteção social. *Nova Economia*, v. 18, n. 1, p. 35-50, Jan-Abr 2008.

RODHES, R.,A.,W; BINDER, Sarah A.; ROCKMAN, Bert A. (eds). *The Oxford Handbook of Political Institutions*. Oxford: Oxford University Press, 2006. 816 p.

ROMAGNOLI, Roberta C. Breve Estudo Institucionalista Acerca do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 18, nº3, p. 525-539. 2009.

ROTHSTEIN, Bo. Political Institutions: An Overview. In: GOODIN, Robert E.; KLINGEMANN, Hans-Dieter (eds). *A New Handbook of Political Science*. Oxford: Oxford University Press, 1996. pp 133-166.

RUITER, Dick W. P. Is Transaction Cost Economics Applicable to Public Governance? *European Journal of Law and Economics*. Netherlands, vol.20, pp. 287-303, 2005.

SILVA, J. A. O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS: Agente institucional ou Agente da comunidade? . 2001. (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.

SIMON, Herbert. Public Administration in Today's World of Organizations and Markets. Political Science and Politics, vol. 33, nº 4, dec. 2000, pp. 749-756.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P. Perguntas e respostas comentadas de saúde pública. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. 415 p.

STAKE, Robert E. The Art of Case Study Research. Thousand Oaks: SAGE, 1995.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. 726 p. ISBN 85-87853-72-4.

SUS. Norma Operacional Básica do SUS 01/96 - "Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão": Ministério da Saúde - Sistema Único de Saúde 1996.

TOBAR, F. Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y Sociedad, v. 23, n. 2, p. 83, Julio 2000.

TOONEN, Theo; STEEN, Trui; MEER, Frits van de. Local Government Finance and Intergovernmental Relations: Comparative Institutional Analysis. Leiden University, Department of Public Administration. Research Essay Submitted to the Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (Ministry of Home Affairs) as Interim Report for the 'Project on Local Government Finance and Intergovernmental Relations'. Leiden, Janeiro de 2007, 46 p.

TRAPE, C. A. A Prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria práxis. 2005. (Mestrado). Escola de Enfermagem USP, São Paulo.

TRESS, M. A Guide to Health Care System Models. 2006. Disponível em: < <http://www.annieappleseedproject.org/gutohesymoar.html> >. THOENIG, Jean-Claude. Institutional Theories and Public Institutions. In: PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon (eds.). Handbook of Public Administration. Thousand Oaks: SAGE, 2003, pp. 127-137.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. D. S.; MINAYO, M. C. D. S., et al (Ed.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC e FIOCRUZ, 2008. p.531-562.

WILLIAMSON, Oliver. Markets and Hierarchies: An Analysis and Anti-trust Implications: A Study in The Economics of Internal Organization. New York: Free Press, 1975. 286 p.

_____. The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach. The American Journal of Sociology. Vol. 87, No. 3 (Nov.1981), pp. 548-577.

_____. Comparative Economic Organization. Administrative Science Quarterly. vol. 36, nº 2, pp. 269-296, Jun. 1991.

_____. The Mechanisms of Governance. New York, Oxford: Oxford University Press, 1996. 429 p.

_____. Public and Private Bureaucracies: A Transaction Cost Economics Perspective. The Journal of Law, Economics & Organization. vol. 15, nº 1, pp. 306-342, 1999.

_____. The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead. The Journal of Economic Literature. vol. 38, nº 3, pp. 595-613, 2000.

_____. The Theory of the Firm as Governance Structure: From Choice to Contract. Journal of Economic Perspectives. vol. 16, summer, pp.171-195, 2002.

_____. The Economics of Governance. The American Economic Review. vol. 95, nº 2, p.1-18, May. 2005.

W.H.O. Primary health care. World Health Organization. Geneva. 1978

_____. Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. World Health Organization. Geneva. 2000

WOLLMANN, Hellmuth. Coordination in the Intergovernmental Setting. In: PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon. Handbook of Public Administration. Thousand Oaks: Sage, 2003. pp. 594-606.

YIN, Robert. Estudo de Caso – Planejamento e Métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZYLBERSZTAJN, Décio. Estruturas de Governança e Coordenação do Agribusiness: Uma implicação da Nova Economia das Instituições. 1995. 241 p. Tese (livre docência), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, USP, São Paulo, 1995.