

A qualidade da relação Estado-OSC sob a ótica da governança e da delegação: estudo de caso sobre o programa Hora Certa Móvel, da Prefeitura de São Paulo, sob a perspectiva do CIES

CÁSSIO AOQUI

FEA

cassio.aoqui@usp.br

JOSÉ CARLOS VAZ

USP - Universidade de São Paulo

vaz@usp.br

MARTIN JAYO

USP - Universidade de São Paulo

jayomartin@gmail.com

Ao diretor de relações institucionais do CIES, Renato Quintela, e o fundador do CIES, Roberto Kikawa pelo acesso concedido a esta pesquisa.

Área temática

Administração pública – Relação Governo-Sociedade: Transparência, Accountability e Participação

Título do trabalho

A qualidade da relação Estado-OSC sob a ótica da governança e da delegação: estudo de caso sobre o programa Hora Certa Móvel, da Prefeitura de São Paulo, sob a perspectiva do CIES (Centro de Integração de Educação e Saúde).

Resumo

A crise fiscal e novas demandas de gestão pública pós-Constituição de 1988 fizeram com que o Estado recorresse cada vez mais a organizações da sociedade civil para a implementação de políticas públicas. Diante desse cenário, o objetivo deste artigo é investigar o ambiente que propicia a existência de arranjos institucionais complexos em parcerias Estado-OSCs sob a ótica das estruturas de governança e dos desafios logísticos. Para isso, analisou-se o programa Hora Certa Móvel, da Prefeitura de São Paulo com a OSC CIES (Centro de Integração de Educação e Saúde). Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, na forma de um estudo de caso realizado entre junho de 2013 e junho de 2014. Em linhas gerais, nota-se que, pelas características intrínsecas à organização analisada, há forte atrativo para parcerização com o agente público na área da saúde: pelo modelo proposto por Goldsmith e Eggers (2006), todos os fatores analisados favorecem o modelo de rede. Levando-se em conta os critérios que podem orientar decisões no campo da delegação de serviços, tem-se forte tendência pró-delegação. Boa parte dos desafios relacionados a arranjos complexos também faz-se presente no Hora Certa Móvel, como entraves burocráticos e falta de comprometimento servidor público.

Abstract

The fiscal crisis and new demands for public management after 1988 Constitution made the State resorted increasingly to civil society organizations for the implementation of public policies. Given this scenario, the objective of this paper is to investigate the environment that favors the existence of complex institutional arrangements in State-CSO partnerships from the perspective of governance structures and logistical challenges. For this, we analyzed the program Hora Certa Móvel, between the Municipality of São Paulo and the CSO CIES (Center for Integration of Education and Health). This is an exploratory research, in the form of a case study conducted between June 2013 and June 2014. Generally speaking, it is noted that due to the intrinsic characteristics of the analyzed organization there is a strong attraction for partnering with the public agent in health sector: under the model proposed by Goldsmith and Eggers (2006), all factors analyzed favors the network model. Taking into account the criteria that can guide decisions in the field of delegation of services, there is a strong trend for a delegation as well. Much of the challenges related to complex arrangements also are present in Hora Certa Móvel, as bureaucratic barriers and lack of public commitment server.

Palavras-chave

Arranjos institucionais, relação Estado-OSC, políticas públicas de saúde

1. INTRODUÇÃO

Não é de hoje que a colaboração entre o Estado e as organizações privadas com ou sem fins lucrativos acontece em diferentes níveis, do simples fornecimento de bens ou prestação de serviços ao cumprimento de fins públicos em que ambos os agentes se interpõem – e até se confundem. Os antigos gregos, por exemplo, terceirizavam a cobrança de impostos a coletores e alugavam minas estatais a concessionárias (GOLDSMITH e EGGERS, 2006).

Já no Brasil, as OSCs (organizações da sociedade civil) antecedem a própria estruturação do Estado, sendo a primeira organização não governamental instalada em solo brasileiro a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1543 (IVAMOTO, 1998) com o intuito de prestar serviços de saúde pública de forma gratuita e filantrópica aos necessitados.

No entanto, em razão de uma série de fatores, a tendência atual de os governos atuarem de forma intersetorial ou em rede “é tanto maior em amplitude, como diferente em espécie de qualquer força vista anteriormente” (GOLDSMITH E EGGERS, 2006).

1.1 Contexto e relação Estado-sociedade

Entre tais fatores, Vaz e Lotta (2013) ressaltam que a crise internacional, as transformações sociais, as novas estratégias do capital internacional e a “globalização” trouxeram aos Estados a crise fiscal e novas demandas de gestão pública. Bresser-Pereira e Spink (1998, *apud* VAZ e LOTTA, 2011) destacam ainda o esgotamento do modelo de desenvolvimento baseado no financiamento externo, os problemas sociais crescentes, a má distribuição de renda e a incapacidade governamental de coordenar e implementar políticas públicas. Além disso, Vaz e Lotta (2011) apontam que a Constituição de 1988 levou o Estado a ter de repensar seu funcionamento com base na reconstrução democrática e aumento significativo da participação dos movimentos sociais no processo de tomada de decisão governamental.

Para Shiraishi (2005), o modelo de “bem-estar social” mostrou-se insustentável nas últimas duas décadas do século 20, resultando em um colapso estrutural do modelo.

*Os países passaram a enfrentar problemas de crescimento econômico decorrente das crises do petróleo e recessão generalizada nos anos 1980, afetando principalmente as rendas per capita de regiões menos desenvolvidas (SALAMON, 1998). A consequência dessas crises forçou esses governos a reduzir, terceirizar ou privatizar atividades de assistência e serviço a entidades privadas (DUPAS, 2000, *apud* SHIRAISHI, 2005).*

Na América Latina e no Brasil, a redemocratização evidenciou demandas políticas e sociais antes reprimidas. Três grandes forças alinharam-se ou se contrapuseram: a necessidade de otimização do uso de recursos públicos, a demanda pela ampliação da oferta de serviços públicos e as pressões por mais transparência e participação social (VAZ, 2006).

No âmbito desse movimento de reformas, afirmam Vaz e Lotta (2013), as experiências da iniciativa privada foram valorizadas e adotadas como paradigma. Nesse sentido, a produção de bens e serviços para a implementação e operação de políticas públicas faz com que o Estado recorra a fornecedores, concessionários e organizações do terceiro setor.

Assim, muitos programas públicos em várias partes do globo atualmente incluem clientes ou públicos-alvo na coprodução da ação política (O'TOOLE JR., 2010). Emerge a necessidade da construção de redes intersociais orientadas à solução de problemas sociais concretos de envergadura (SHIRAISHI, 2005).

*Os Estados começam a tecer redes de cooperação com a sociedade civil que buscam gerar contribuições sociais. As comunidades religiosas, sindicatos, universidades, associações de vizinhos, organizações não governamentais constituídas para trabalhar no campo social, e muitas outras de suas expressões começam a trazer ideias, recursos humanos e recursos financeiros incalculáveis que resultam em serviços sociais executados de forma conjunta entre os Estado, empresas e sociedade (KLIKSBURG, 2003, *apud* SHIRAISHI, 2005).*

No caso brasileiro, nos últimos anos, o governo federal tem experimentado diversos arranjos institucionais cujo objetivo é construir políticas públicas mais efetivas e em que podem se destacar três componentes: 1) a tentativa de articular temáticas intersetoriais, 2) a construção de modelos de gestão de políticas públicas com coordenação entre os diversos entes federativos e a sociedade civil e 3) a busca de maior enraizamento nos contextos locais de implementação das políticas em questão (LOTTA E FAVARETO, 2013).

Importante salientar que se trata de um movimento de mão dupla: os recursos cada vez mais escassos destinados à sociedade civil –em parte devido à forte redução da cooperação internacional que ocorreu nos anos 2000–, a globalização e a própria concorrência entre si fizeram com que tais organizações buscassem mais recentemente novas alternativas de fonte de recursos e sofisticassem sua atuação (AOQUI, SUGITA E AÑÓN, 2013).

1.2 Justificativa, problema de pesquisa e objetivo

Para O’Toole Jr. (2010), é provável que quase nenhuma dessas forças seja de curto prazo. Em vez disso, sinalizam um conjunto de influências que tendem a complicar os ambientes operacionais dos gestores. Portanto, reitera o autor, “é essencial entender o sentido de tais cenários institucionais para melhorar as chances de sucesso” (O’TOOLE JR., 2010, p. 235).

Soma-se a isso o fato de que, de 2003 a 2011, o governo federal despendeu quase R\$ 190 bilhões em convênios com outros níveis de governo e com entidades sem fins lucrativos (ESFLs), segundo Lopez e Barone (2013). Apesar do grande volume de recursos despendido com convênios, explicitam os pesquisadores, “as análises sistemáticas sobre estes são escassas, sobretudo em relação aos convênios entre Estado e ESFLs”. Nos níveis estadual e municipal, praticamente inexitem estatísticas a respeito – em um contexto com 290,7 mil organizações da sociedade civil (OSCs) existentes no país em 2010, de acordo com a última pesquisa Fasfil – As Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil (IBGE, 2012).

Por fim, diversos pesquisadores vêm apontando a necessidade de se aprofundarem estudos sobre redes de governo (GOLDSMITH E EGGERS, 2006) e relações interorganizacionais (O’TOOLE JR., 2010), em nível internacional, e sobre arranjos institucionais complexos (PIRES E GOMIDE, 2013; VAZ E LOTTA, 2013), no contexto brasileiro.

Para Pires e Gomide (2013), colocam-se de forma indispensável dois esforços analíticos:

- 1) Compreender empiricamente como esses arranjos político-institucionais estão sendo constituídos em políticas públicas de setores críticos para o desenvolvimento (como são constituídos; de que forma se organizam; e que características possuem).
- 2) Explicar os seus efeitos sobre os resultados obtidos pelas políticas, isto é, de que forma as características específicas dos arranjos influenciam (positiva ou negativamente) o desempenho da ação estatal na promoção ou indução do desenvolvimento.

Diante desse cenário, o objetivo deste artigo é investigar o ambiente que propicia a existência de arranjos institucionais complexos em parcerias Estado-OSC sob a ótica das estruturas de governança e dos desafios logísticos, por meio da análise das fases no ciclo de políticas públicas de um arranjo institucional recém-implementado no Brasil e que tem inovado no desenho de formulação e implementação da política pública da saúde: o projeto Hora Certa Móvel, envolvendo a esfera federal, o ente municipal (São Paulo) e sua relação com um empreendimento social (o CIES – Centro de Integração de Educação e Saúde).

Destarte, propõe-se se responder a seguinte questão de pesquisa neste artigo:

“De que forma as estruturas de governança e os fatores logísticos influenciam a dinâmica dos novos arranjos institucionais complexos envolvendo o Estado e as OSCs?”

2. REVISÃO DA LITERATURA

Redes público-privadas surgem de várias formas: de redes *ad hoc* ativadas apenas intermitentemente – muitas vezes como resposta a um desastre – a parcerias de canal, nas quais governos utilizam entidades sem fins lucrativos para funcionar como canais de distribuição de serviços e transações públicas (GOLDSMITH E EGGERS, 2006). Para esses autores, que trazem uma visão marcadamente norte-americana, “as fronteiras entre público e privado estão se tornando menos nítidas e governos estão estabelecendo parcerias com organizações sem fins lucrativos para realizar, cada vez mais, o trabalho do governo”.

2.1 Histórico brasileiro – arranjos institucionais

No Brasil, aponta Paula (2005), essas parcerias se reforçam pós-reforma Bresser, quando dividiram-se as atividades estatais em dois tipos: as atividades exclusivas e as não exclusivas do Estado – nesse caso, os serviços de caráter competitivo e as atividades auxiliares ou de apoio. “No âmbito das atividades de caráter competitivo estão os serviços sociais (ex. saúde) e científicos, que seriam prestados tanto pela iniciativa privada como pelas organizações sociais que integrariam o setor público não estatal” (PAULA, 2005).

De forma resumida, destacam-se na trajetória histórica que criou condições para o avanço dessas relações intersetoriais:

- 1964 e 1985 - regime ditatorial marcado por expressiva centralização no governo federal associada à corrupção, à ineficiência e à ausência de participação nos processos decisórios (ARRETCHE, 1996, *apud* VAZ E LOTTA, 2013);
- redemocratização e Constituição de 1988 - descentralização das políticas públicas como uma das condições para aproximar o Estado dos cidadãos e transferência de atribuições e competências de implementação para níveis subnacionais de governo, especialmente aos municípios. Foi o caso da saúde (VAZ E LOTTA, 2013);
- final dos anos 1990 - fortalecimento do governo federal no papel de coordenador de políticas e diretrizes nacionais a serem implementadas pelos municípios e Estados, numa lógica de padrões mínimos de atuação vinculados a repasse de recursos com incentivos e induções (GONÇALVES, LOTTA e BITELMAN, 2008, ALMEIDA, 2005, ARRETCHE, 2012, 2008, *apud* VAZ E LOTTA, 2013);
- anos 2000 - aumento expressivo dos gastos sociais e investimento federal, possibilitado por reorientações nas prioridades de políticas públicas e pela recuperação econômica.

Este processo estaria levando ao desenho de novos arranjos federativos nos quais o governo federal atuaria como um incentivador (estimulando o desenvolvimento de determinadas ações), com uma lógica de repasse de recursos vinculado à adesão voluntária mas com indução de condicionalidades mínimas, contrapartidas e monitoramento na medida em que a adesão fosse feita (ALMEIDA, 2005 e ARRETCHE, 2008, *apud* VAZ E LOTTA, 2013).

Em paralelo, aumenta a complexidade desses novos arranjos por conta do envolvimento de novos atores, para além de entes governamentais, nos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas – caso das organizações da sociedade civil.

O envolvimento de novos atores, não governamentais, nas políticas públicas, segundo Vaz e Lotta (2013), foi colocado na agenda com o Plano Diretor da Reforma do Estado, de 1995. O Plano previa que atividades não exclusivas poderiam passar por um processo de “publicização” e ser executadas por organizações públicas não estatais que, sob a elaboração de um instrumento celebrando o contrato de resultados, executaria os serviços financiados pelo governo.

Esse processo tomou corpo ao longo das décadas de 90 e de 2000 gerando diversas experiências que se concretizam nessa nova relação entre Estado e organizações do terceiro setor e que, portanto, marcaram alguns dos novos arranjos institucionais recentes, como mostram Bauer, Galvão e Pierce (2013, apud VAZ e LOTTA, 2013).

Nesse cenário surgem várias respostas que, ainda em processo de aprendizado, propõem novos arranjos institucionais com desenhos que aprimoram a relação entre os entes federativos, articulam os setores das políticas públicas, criam novos espaços para participação da sociedade civil ou desenvolvem novas formas de relação com organizações do terceiro setor (VAZ E LOTTA, 2013). Esses novos arranjos têm como objetivo maior buscar resultados mais efetivos, democráticos e integrados de políticas públicas.

Os arranjos institucionais são aqui compreendidos como as regras específicas que os agentes estabelecem nas suas transações econômicas ou políticas e sociais particulares e que definem a forma de coordenação de processos em campos específicos, “delimitando quem está habilitado a participar de determinado processo, o objeto e os objetivos deste e as formas de relação entre os atores” (PIRES e GOMIDE, 2013, p. 8, *apud* LOTTA e FAVARETO, 2013).

Vaz e Lotta (2013) caracterizam esses novos arranjos como heterogêneos, com características específicas em razão das motivações, dos atores envolvidos nos processos decisórios, dos distintos papéis existentes e em que momento o envolvimento aconteça. Gonçalves, Lotta e Bitelman (2008) apontam que a tendência tem sido a de construção de sistemas nacionais, fortemente influenciados pelo modelo do SUS, numa lógica de institucionalização das relações federativas, embora ainda em graus bastante diferentes entre si.

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Estabelecido formalmente pela Constituição de 1988, o SUS (Sistema Único de Saúde) teve impulso em parte pelo aumento dos custos e uma crise no sistema de Segurança Social, que precedeu as reformas, em parte por um movimento político em prol da democratização e da melhoria dos direitos sociais. O SUS foi baseado em três princípios fundamentais:

- a) acesso universal aos serviços de saúde, com a saúde definida como um direito do cidadão e um dever do Estado;
- b) a igualdade de acesso aos cuidados de saúde;
- c) integralidade (abrangência) e continuidade dos cuidados.

Outras ideias que o norteiam são descentralização, aumento da participação e priorização baseada em evidências (COUTOLLENC, 2011, *apud* BANCO MUNDIAL, 2013).

Dessa forma, o SUS é formado por uma rede de prestadores e compradores de serviços dos três setores: o público, financiado por impostos e contribuições sociais pagos pela população e que compõem os orçamentos das três esferas de governo; o privado com fins lucrativos ou não, no qual os serviços são financiados com recursos públicos ou privados; e o setor de saúde suplementar, que comercializa planos de saúde e apólices de seguro com subsídios fiscais. A população pode utilizar os serviços dos três setores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM *et al.*, 2011, *apud* LIMEIRA, 2014).

A política de descentralização adotada pelo governo federal, com a delegação de quase a totalidade da execução orçamentária da saúde para os Estados e municípios, fez com que estes se tornassem os responsáveis pela execução e gestão das políticas e dos programas definidos em nível federal, segundo Costa e Silva (2011, *apud* LIMEIRA, 2014). O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço, quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população.

Em outubro de 2012, no município de São Paulo havia 660 mil pessoas na lista de espera para consulta com especialista, exame ou cirurgia (COSTA, 2013, *apud* LIMEIRA, 2014). Em face das preocupações persistentes sobre a eficiência e qualidade, muitos Estados e municípios estão experimentando novos modelos de prestação de serviços, incluindo a contratação de organizações sem fins lucrativos, no Rio de Janeiro, em São Paulo, e cada vez mais em outros Estados, segundo estudo do Banco Mundial (2013).

2.3 Modelo teórico

Para analisar inovações nos arranjos institucionais, Lotta e Favareto (2013) propõem olhar para três eixos: intersetorialidade, relações federativas e participação, observando o grau e a forma em que são considerados nos arranjos. O foco deste estudo será o primeiro eixo.

A fim de aprofundar o entendimento do caso, será feita uma análise sob duas abordagens, a partir de uma descrição detalhada das diferentes fases no ciclo de políticas públicas:

- 1) A dos fatores que determinam a escolha de um modelo de governança por parte do governo (GOLDSMITH e EGGERS, 2006);
- 2) A da delegação no contexto logístico (VAZ e LOTTA, 2011).

2.3.1 Abordagem da escolha do modelo de governança

Para Goldsmith e Eggers (2006), os desafios do século 21 e os meios de enfrentá-los são mais numerosos e complexos do que nunca.

Nesse contexto, os autores apontam os fatores que determinam a escolha de um modelo de governança por parte do governo, sumarizados na tabela a seguir:

Fatores que favorecem o modelo em rede	Fatores que favorecem o modelo hierárquico
Necessidade de flexibilidade	Preferência pela estabilidade
Necessidade de respostas diferenciadas para clientes	Necessidade de respostas uniformes, baseadas em regras
Necessidade de diversas habilidades	Necessidade de apenas uma única habilidade profissional
Muitos atores privados potenciais disponíveis	O governo é o fornecedor predominante
Clareza em termos de resultados ou produtos desejados	O resultado é ambíguo
Setor privado preenche as lacunas de habilidades	O governo tem a experiência necessária
Essencial alavancar recursos privados	Capacidade externa não é importante
Os parceiros têm maior alcance ou credibilidade	O governo tem experiência com cidadãos nessa área
Serviços múltiplos atingem o mesmo cliente	O serviço é relativamente independente
Terceiros podem prestar o serviço ou alcançar a meta a um custo menor do que o governo	É mais econômico prestar o serviço internamente
Tecnologia em rápida mudança	O serviço não é afetado por mudanças de tecnologia
Múltiplos níveis de governo prestam o serviço	Um único nível do governo presta o serviço
Múltiplas agências utilizam ou necessitam de funções similares	Uma mesma agência utiliza ou necessita de funções semelhantes

Extraído de Goldsmith e Eggers (2006, pág. 74).

2.3.2 Abordagem da delegação em logística

Independentemente das disputas de cunho mais ideológico sobre a dimensão desejável do aparato estatal e das críticas a processos de delegação por conta de consequências negativas (corrupção, ineficácia, enfraquecimento da capacidade de intervenção do Estado etc.), afirmam Vaz e Lotta (2011), é possível formular critérios que podem orientar decisões na delegação de serviços ou atividades logísticas. As decisões sobre o nível de delegação da produção podem ser tomadas em função das seguintes características da política:

- a) Estrutura de remuneração pelos serviços;
- b) Propriedade dos ativos;
- c) Determinações legais quanto à titularidade dos serviços;
- d) Características dos recursos humanos;
- e) Possibilidades e necessidades de controle e regulação pelo poder público.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em razão dos objetivos deste trabalho, a escolha metodológica mais adequada é a pesquisa descritiva de caráter exploratório, uma vez que o conceito de arranjos institucionais complexos é novo no país, necessitando de maior compreensão na realidade brasileira. Segundo Vaz e Lotta (2013), “por ser ainda um tema novo de debate na literatura nacional, estão ainda sendo construídas metodologias de análise de novos arranjos institucionais”.

A pesquisa exploratória enfatiza a busca de novas ideias e de uma maior compreensão de todos os aspectos inerentes ao assunto tratado (MALHOTRA, 2006). Assim, do desejo de entender esse fenômeno social complexo, o presente trabalho será baseado em um estudo de caso de nível exploratório (YIN, 2001). Há diversas razões pelas quais o método é o mais apropriado neste estudo. Primeiramente, há poucos estudos documentando a relação Estado-OSC em um arranjo complexo da perspectiva da OSC. Também os arranjos usam processos informais e não estruturados –e o método de estudo de caso permite que os dados sejam coletados em uma diversidade de formas (por exemplo, entrevistas e documentos), abrindo espaço para que esses processos complexos sejam identificados. Ele também permite focalizar atenção ao contexto social, histórico e cultural das organizações envolvidas, essencial para esse tipo de análise.

Diante disso, o foco escolhido como unidade de observação foi o programa Hora Certa Móvel, da Prefeitura Municipal de São Paulo, sob a perspectiva do CIES (Centro de Integração de Educação e Saúde), OSC contratada para o programa que realiza exames médicos de média complexibilidade e alta tecnologia, por meio de unidades móveis como carretas, contêineres e vans, para população de alta vulnerabilidade social (CIES, 2014).

A escolha da organização se justifica pela notoriedade e credibilidade conquistada por ela, no Brasil e também em outros países, possuindo atestados de Natureza Singular (única carreta no mundo a ter centro de endoscopia móvel e reprocessamento de materiais, mamografia e ultrassonografia digital com flexibilidade para atendimento de até dez especialidades) e de Notória Especialização dos Serviços (atendimento comprovado em nove cidades com certificações), sendo um modelo inovador na área de saúde pública. Além disso, o estudo de caso amplia o universo das fontes de evidência, o que também possibilita seu maior conhecimento. Assim, a unidade de análise será o arranjo institucional complexo dentro do contexto do SUS (Sistema Único de Saúde) no município.

Dentro do quadro teórico metodológico definido por Yin (2001), a seleção dessa organização também pode ser defendida pela combinação de duas justificativas complementares, por se tratar de 1) um caso peculiar e 2) sobretudo revelador, quando o investigador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação da ciência social.

Finalmente, a coleta de dados do estudo foi dividida em duas etapas: revisão bibliográfica e pesquisa de campo. A revisão bibliográfica foi feita a partir de um extenso levantamento de informações no contexto nacional e internacional acerca dos temas descritos na revisão da literatura. A pesquisa de campo foi conduzida com a análise de documentos e canais de comunicação, incluindo fontes de evidência tais como sites, documentos e relatórios internos, públicos ou confidenciais, além da aplicação de entrevistas semiestruturadas na organização estudada e da observação direta de diferentes abordagens situacionais em campo desde o início das negociações em junho de 2013 ao lançamento oficial do programa em novembro e sua implementação e execução até junho de 2014.

4. ANÁLISE

A análise dos arranjos institucionais nos permite observar variáveis centrais para entender a definição dos atores envolvidos, como se efetiva a governança, os processos decisórios e os graus de autonomia (VAZ e LOTTA, 2013).

4.1 CIES

Para Goldsmith e Eggers (2006), o governo precisa cultivar soluções que ofereçam “máxima flexibilidade ao cliente e que garantam significativa dose de poder de decisão àqueles prestadores e provedores que estão mais perto do problema ou do cliente”.

Alinhado com essa visão, o CIES (Centro de Integração de Educação e Saúde) tem como objetivo “levar a qualquer comunidade atendimento médico-preventivo especializado, humanizado e de alta tecnologia, com participação efetiva de órgãos governamentais locais, de empresários locais e da própria população” (CIES, 2014).

Seu início se dá a partir da história pessoal do médico gastroenterologista Roberto Kikawa, que em 2005 fundou a Associação Benéfico Ebenézer em São Paulo, motivado por uma promessa feita a seu pai, que convalescia de câncer em 1988, em tornar o atendimento médico mais humano (CARRERA *et al.*, 2013). Dessa associação, foi criado, em 2008, o CIES como sua principal frente de atuação.

A organização projetou e construiu um centro médico móvel avançado, também conhecida como Carreta da Saúde, um caminhão com 15 metros de comprimento e um sistema automatizado que permite a abertura das laterais, atingindo uma área de 100 m². Sua capacidade de atendimento é de 3.000 pacientes e 9.000 procedimentos por mês e é a única no mundo que atende dez especialidades de média complexidade como: gastroenterologia, otorrinolaringologia, urologia, oftalmologia, mastologia, cardiologia, dermatologia, pequenas cirurgias e coleta de exames laboratoriais. Essa flexibilidade permite configurar vários tipos de agendamento, adequando-se às diferentes demandas dos municípios.

Ao longo de sua história, foram desenvolvidos outros tipos de unidades móveis avançadas com automação eletrônica de alta tecnologia. O Box da Saúde tem o formato similar ao de um contêiner construído em estrutura de fibra de vidro e poliuretano, que reduziu o seu peso em cerca de 40% permitindo ser facilmente transportado por caminhão, balsa, trem ou avião. Foi projetado nas modalidades saúde do homem e da mulher, com salas de exames de urologia e ultrassonografia e exames ginecológicos e mamografia digital, respectivamente, sendo adequado para diversos espaços, como praças públicas, vielas e estacionamentos. Já a Van da Saúde é uma unidade para atendimento de uma especialidade por vez, podendo ser adaptada internamente de acordo com a necessidade da comunidade local. É dotado também de sistema de água e energia autônomos, tem maior facilidade de locomoção, alcançando regiões montanhosas ou serranas, inclusive favelas. Em 2013, o CIES inaugurou uma nova unidade móvel, o Tribbox da Saúde, que é um centro para realização de exames de gastroenterologia, como endoscopia digestiva e colonoscopia.

4.1.1 Atendimento

A Associação Ebenézer, mantenedora do CIES, é uma Organização Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que obtém receitas na forma de prestação de serviços sobretudo às Secretarias Municipais de Saúde. O título, conferido pelo Ministério da Justiça, possibilita aos patrocinadores uma renúncia fiscal de até 2% do lucro operacional. A Associação também obteve o título de Utilidade Pública Estadual conferido pelo Governo do Estado de São Paulo, que trouxe o benefício de renúncias tributárias como isenção das taxas de água e luz. O título de Utilidade Pública Municipal está em tramitação na Câmara de Vereadores que poderá trazer outras isenções importantes como IPVA, IPTU e ISS.

Grande parte do atendimento e da renda gerada pelo CIES se dá por atendimento em parceria com as prefeituras municipais via SUS (Sistema Único de Saúde). Assim, o valor de cada procedimento médico pago pelo governo é pela tabela SIA/SUS, que varia dependendo do tipo e complexidade do exame ou procedimento, de R\$ 10 referentes a uma consulta médica até R\$ 643 para uma cirurgia de catarata (LIMEIRA, 2014).

Do ponto de vista dos pacientes tratados pelo CIES, primeiro fazem uma consulta com um clínico geral em um hospital público ou UBS (Unidade Básica de Saúde), para serem encaminhados pelo SUS para o projeto. Existem três maneiras de isso acontecer:

- 1) O paciente faz o pedido para passar por um médico especialista da UBS e é direcionado para o CIES para realizar exames mais específicos;
- 2) O município direciona o paciente para ser tratado por um médico especialista do CIES, e os exames, se necessários, também são feitos na unidade móvel;
- 3) O clínico geral da UBS solicita ao SUS que os exames sejam feitos pelo CIES.

De 2009 a 2013, o CIES afirma ter atendido 173.700 pacientes em 32 cidades de cinco Estados, num total de 521.100 procedimentos em mais de 15 especialidades médicas (LIMEIRA, 2014). Têm prioridade no atendimento pessoas que não têm plano de saúde suplementar e cujo pedido de exame/consulta médica constar da lista de demanda reprimida da Secretaria Municipal de Saúde. Quando o plano de saúde não cobre os exames da carreta, o acesso não é restringido.

4.1.2 Municípios e política pública

A contratação do CIES pelas prefeituras se dá seja por contrato de OSS (como uma Oscip ou como parceiro da Rede São Camilo), seja por Termo de Parceria por Notória Especialização, dentro da lei 8666/93, artigos 24 e 25.

O CIES apresenta forte ligação com políticas públicas de saúde e tem como base o trabalho apartidário em parceria com o governo local. O projeto visa complementar o atendimento das unidades básicas de saúde, dos ambulatorios, dos programas de saúde da família e dos programas de internação domiciliar. Outra premissa é contribuir para a diminuição das filas de espera de exames diagnósticos e de pequenos e médios procedimentos dos hospitais, deixando-os com maior capacidade de tratar as doenças já diagnosticadas de forma efetiva. Em São Francisco do Sul (SC), por exemplo, reduziu a demanda reprimida de 5.423 cirurgias de catarata em 2012 a zero (PLANÈTE D'ENTREPRENEURS, 2013).

Em todos os municípios atendidos, a organização elabora uma análise crítica do sistema de saúde pública local por meio de um levantamento das demandas. O objetivo é ressaltar os pontos de atenção que o município deve ter e identificar focos de ociosidade e de investimento inoperante. Um exemplo é a cidade de Lorena, que, após a consultoria do projeto, passou a economizar R\$ 10 mil mensais, segundo sua secretaria de Saúde.

Em São José dos Campos, em 2012, aconteceu a primeira grande parceria com uma prefeitura municipal, à época sob gestão do PSDB. Rotacionando entre quatro zonas periféricas da cidade, o CIES atendeu cerca de 30 mil pacientes nas áreas de cardiologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, audiometria, urologia e ultrassonografia, contribuindo na resolução de cerca de 70% da demanda reprimida local (CIES, 2013).

A maior eficiência operacional do CIES em relação a outros arranjos na área da saúde pública foi comprovada em estudo realizado pela Unicamp e a Prefeitura de São José dos Campos (2012), em que se identificou que o CIES apresenta custo médio operacional reduzido de cerca de 35% do valor pago pelo Estado a uma OSS-AME (Ambulatório Médico de Especialidades), no caso, de Limeira. Acompanhando os atendimentos do CIES e do AME Limeira de maio a outubro de 2012 para nove tipos de exame, verificaram-se 20.492 atendimentos no CIES e 14.497 no AME. Os respectivos orçamentos para o mesmo período foram de R\$ 1,2 milhão e R\$ 4,5 milhões, perfazendo assim um custo médio por exame de R\$ 60,74 no CIES e R\$ 310,34 no AME Limeira. Ainda assim, a parceria foi encerrada em 2013, quando um novo partido (PT) assumiu a prefeitura.

4.2 Hora Certa Móvel

Em setembro de 2013, o CIES fechou o primeiro convênio com a Prefeitura da São Paulo para executar o projeto “Hora Certa Móvel”, que integra o programa “Rede Saúde Hora Certa” coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e pelo Ministério da Saúde. O CIES foi contratado para prestar serviços médicos para a população residente em bairros das zonas sul, norte e leste da cidade. A receita com o convênio está estimada em R\$ 16.259.268 para um total de 215.700 exames, a um custo médio de R\$ 75, nas especialidades de ecocardiografia, eletroneuromiografia, nasovideolaringoscopia, ultrassonografia, endoscopia e colonoscopia (LIMEIRA, 2014).

A primeira operação foi montada em Ermelino Matarazzo (zona leste), no pátio de um hospital municipal. A cada dois meses, toda estrutura é deslocada para outra região da cidade, de forma a facilitar o acesso da população. À época do lançamento, o prefeito Fernando Haddad afirmou que “não há como vencer a fila da saúde com as estruturas atuais –construir um hospital demora de 2 a 4 anos. Com uma unidade móvel como essa, pessoas que esperam há anos por um exame poderão ser atendidas prontamente” (CIES, 2013).

O diferencial da Rede Hora Certa Móvel, segundo a prefeitura, é a quantidade de pacientes atendidos. “É um equipamento de saúde que se integra à rede de atendimento da cidade, dando suporte à rede primária, composta por ambulatórios. O projeto prevê a centralização, no mesmo local, de exames de imagem e diagnóstico e realização de pequenas cirurgias, o que dá mais rapidez do atendimento ao cidadão” (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2014).

Os resultados, no geral, vêm sendo positivos: em dois meses, as unidades móveis da Rede Hora Certa reduziram entre 80% e 90% a fila por exames nos bairros em que foram instaladas, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde. Em Brasilândia, na zona norte, as carretas do programa diminuíram em um mês 50% da fila por ultrassons, por exemplo. Na Capela do Socorro (zona sul), em três meses de atendimento do CIES a fila de espera para eletroneuromiografia foi reduzida em 97%, para colonoscopia em 50%, fibroscopia em 44% e ultrassom em 43% (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2014).

4.2.1 Agenda e formulação

O Hora Certa Móvel foi trazido para a agenda da política pública em saúde em São Paulo a partir de uma promessa de campanha do prefeito Fernando Haddad (PT), que ressaltou investimentos na área caso fosse eleito. Tendo acompanhado suas propostas, após ser empossado, o fundador do CIES ofereceu a possibilidade de parceria por meio das unidades móveis da saúde no programa Hora Certa, que até então previa apenas unidades fixas.

Vale ressaltar que havia um déficit relevante em termos de espera para exames em áreas de alta vulnerabilidade social e baixa mobilidade urbana onde o Hora Certa Móvel passou a atuar, tais como as regiões periféricas de M’Boi Mirim, Santo Amaro, Ermelino Matarazzo e Guaianases –que constavam dos cartazes de campanha do atual prefeito.

Com o interesse de Haddad, que se manteve ligado ao projeto realizando reuniões e visitas periódicas depois de implantado, outros atores foram agregados às discussões iniciais, sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. O próprio secretário de Saúde, José de Filippi Junior, o secretário-adjunto e o então chefe de gabinete participaram ativamente da formulação do plano de trabalho juntamente com a diretoria do CIES.

Primeiramente, realizou-se um estudo de viabilidade do programa móvel. “A prefeitura tinha um grande receio, pois, apesar de termos experiência em unidade móvel, não tínhamos a magnitude que o Hora Certa Móvel traria em termos de volume de exames a atender”, conta o diretor de relações institucionais, Renato Quintela. Como não há outros atores no país que realizem diagnósticos com linha de cuidado em diversas especialidades simultâneas, conta Renato, foi preciso apoiar na construção do certame, já que a prefeitura não tinha embasamento

sobre unidades móveis. Houve, assim, a construção de um documento licitatório e posteriormente uma chamada pública de que, em razão da ausência de concorrentes, o CIES saiu vencedor. Todo o processo durou cerca de quatro meses.

4.2.2 Implementação

É preciso ressaltar que não houve marcos lógicos para cada fase do ciclo de políticas públicas no processo real, que se deu de forma orgânica. Os mesmos atores-chave da fase de formulação seguiram durante toda a implementação –que se dá continuamente, uma vez que a cada dois meses as unidades móveis de cada região se deslocam entre bairros. Agregaram-se técnicos e profissionais da secretaria da Saúde e das subprefeituras. Segundo o CIES, houve uma troca intensa de informações e relativo grau de horizontalidade no processo. Por exemplo, o secretário de Saúde convocou uma reunião com representantes de todas as subprefeituras que receberiam o programa para que se integrassem ao projeto.

Uma vez finalizado o processo licitatório, definiram-se os locais das “arenas” –em que as unidades móveis se instalariam. A primeira seria em Ermelino Matarazzo, na zona leste da capital, lançada em setembro de 2013 com a participação do prefeito.

A contratualização prevê padrões de metas de atendimento e diversas “adequações técnicas” foram realizadas no contrato original por meio de termos aditivos para todas as arenas. “Verificamos que algumas exigências eram inexequíveis e fomos comprovando por meio de documentações e dossiês essas limitações todas”, conta o diretor do CIES.

À prefeitura, cabe o papel de entrar com infraestrutura (espaço, água, energia etc.), agendamento dos exames de acordo com a fila de espera e a coordenação-geral do programa. Ao CIES, a prestação do atendimento em si, fazendo a linha do cuidado: receber o paciente, fazer triagem, consulta e o procedimento em si. “Na vida real, a gente faz muito mais, pois nos comprometemos como parceiros. Nosso papel é cuidar da parceria e até mesmo do poder público. Queremos atender, até porque o não atendimento gera um prejuízo enorme que poderia inviabilizar nosso trabalho”, afirma Quintela.

Nessa fase, surgiram diversos desafios, sobretudo ligados aos recursos humanos da prefeitura. Por exemplo, funcionários da UBS que agendam exames sem avisar os pacientes. A organização também destaca a morosidade do poder público em termos de compra, licitação e definição de pontos de contato, falta de preparação dos profissionais, escassez de recursos (humanos e financeiros) nas subprefeituras, dificuldade de trabalho quando há cruzamentos com outras secretarias. “Varia muito a cada funcionário. Tivemos problemas com alguns que não entenderam a essência do projeto e não nos tratam como parceiros. A falta de comprometimento das pessoas no trato da coisa pública é a maior dificuldade. Mas também houve quem fez de tudo para que desse certo”, recorda Renato.

Importante ressaltar que todos os profissionais em campo são contratados diretamente pelo CIES – não há funcionário da prefeitura em nenhuma frente de atendimento, assim como toda a compra de insumos é realizado pelo CIES sem vínculo com a prefeitura, por meio de leilão reverso, cotações nominais, por e-mails, ligações ou relações de parceria.

4.2.3 Monitoramento e avaliação

Desde a fase de formulação existem métricas para serem alcançadas e todo o pagamento está vinculado a isso. Assim, se o CIES atinge a meta de atendimento, recebe o valor fixo acordado, caso contrário o pagamento se dá segundo o nível de produção.

Nesse arranjo em específico o monitoramento é facilitado pela existência de um controle on-line realizado por meio do sistema Siga, da prefeitura. Mensalmente os responsáveis da prefeitura analisam relatórios e a prestação física de contas feita pelo CIES sobre o nível de produção. O pagamento é feito sobre o que foi faturado pelo Siga. “Não pagam um centavo a

mais. Mas há deficiências no sistema, o que causa prejuízo, por isso estamos discutindo um termo de incentivo agora”, explica o diretor do CIES.

Recentemente foi contratada uma auditoria externa para avaliar o serviço prestado pelo CIES no Hora Certa Móvel em três arenas. Dos principais resultados, destacam-se:

- Foram ofertadas no período 84.500 vagas para agendamentos de procedimentos de exames, das quais houve 76.448 pacientes agendados e 47.464 (62%) atendidos; o alto índice de não comparecimento foram por motivos diversos como exames já realizados e problemas de saúde, sendo que 25% não foram ao Hora Certa Móvel por falta de comunicação do agendamento do exame pelo UBS aos pacientes;
- Sobre o que menos gostou no atendimento da Rede Hora Certa Móvel, 70% dos usuários não apresentaram nenhuma queixa e 20% reclamaram da demora no atendimento;
- Sobre o que pode melhorar no atendimento, 50% declararam que gostaram de tudo, 35% sugeriram melhorias na organização e no conforto das instalações, 10% querem que o serviço seja expandido;
- No geral, o serviço foi muito bem avaliado pelos usuários: 92% concederam notas acima de 8 (de 0 a 10).

Tais resultados convergem com outros estudos realizados sobre o atendimento do CIES via SUS, como em São José dos Campos e São Francisco do Sul, no qual obtiveram as seguintes conclusões (PLANÈTE D’ENTREPRENEURS, 2013):

- 65% consideram o sistema de saúde insatisfatório devido a longas esperas e falta de atenção dos médicos;
- 68% consideram o sistema de saúde com o CIES mais rápido e/ou melhor;
- 75% afirmam que a consulta no CIES é em todos os pontos melhor do que já tiveram com um especialista do SUS.

4.2.4 Análise da abordagem da escolha do modelo de governança

Pelo modelo proposto por Goldsmith e Eggers (2006), ressalta-se que todos os fatores analisados no caso do Hora Certa Móvel favorecem o modelo de rede.

Fatores que favorecem o modelo em rede	Hora Certa Móvel – PMSP e CIES
Necessidade de flexibilidade	O programa foi projetado para as unidades móveis rodarem os bairros de cada região de São Paulo a cada dois meses, aproximando-se e facilitando o acesso da população aos exames e atendimentos em geral.
Necessidade de respostas diferenciadas para clientes	O Hora Certa Móvel surge com a necessidade de diminuir as longas filas de espera pelos exames agendados no SUS por meio de uma nova abordagem, mais flexível e customizada.
Necessidade de diversas habilidades	Uma das principais vantagens do CIES é que é o único no mundo que oferece até dez especialidades médicas por meio de unidades móveis, podendo customizar o atendimento segundo a demanda por região da cidade.
Muitos atores privados potenciais disponíveis	Na realidade, prestadores em serviço de saúde existem vários, mas o modelo proposto pelo CIES é único no Brasil –nem o governo diretamente tem expertise em unidades móveis.
Clareza em termos de resultados ou produtos desejados	Como os atendimentos são realizados de acordo com a demanda do SUS, há medidas claras e objetivas de mensuração de resultados em termos de número de exames e procedimentos médicos a serem executados.
Setor privado preenche as lacunas de habilidades	A proposta do CIES para a prefeitura de São Paulo foi justamente preencher as lacunas identificadas em termos de prestação de serviços de saúde aos cidadãos.
Essencial alavancar recursos privados	Os recursos financeiros são federais provenientes do Ministério da Saúde, mas há necessidade de recursos humanos, de equipamentos e infraestrutura de saúde.
Os parceiros têm maior alcance ou credibilidade	Por se tratar de unidades móveis, o atendimento do CIES apresenta maior flexibilidade de alcance geográfico. No lançamento do programa, a prefeitura também destacou a credibilidade da ONG, “reconhecida por prêmios internacionais”.

Serviços múltiplos atingem o mesmo cliente	O CIES é o único com unidades móveis no país que oferece o conceito de linha de cuidado, em que o paciente recebe o diagnóstico, faz os exames (em múltiplas especialidades) e deixa o atendimento pronto para voltar ao especialista, ao contrário de outras organizações, que apenas focam em uma especialidade.
Terceiros podem prestar o serviço ou alcançar a meta a um custo menor do que o governo	Estudo da Unicamp e da Prefeitura de São José dos Campos, por exemplo, comprovou um custo operacional 35% do CIES inferior ao do AME municipal em Limeira. Em São Paulo, não há estatística pronta sobre esse indicador, mas a organização afirma que se mantém a eficiência operacional superior à do Estado.
Tecnologia em rápida mudança	Para dar escala e qualidade de atendimento, o CIES investe estrategicamente em equipamentos médicos de ponta, muitas vezes em parceria com empresas especializadas (Philips, Olympus etc.), que patrocinam o projeto em suas ações de responsabilidade social empresarial.
Múltiplos níveis de governo prestam o serviço	Como o atendimento é via SUS, há uma descentralização vertical, do governo federal ao municipal. O Hora Certa Móvel é um programa da prefeitura dentro de um programa maior, o Hora Certa, em parceria com várias instituições.

Adaptado de Goldsmith e Eggers (2006).

Em linhas gerais, nota-se que pelas características intrínsecas à organização analisada, há forte atrativo para parcerização com o agente público na área da saúde.

4.2.5 Análise da abordagem da delegação em logística

Sob diversos aspectos, o programa Hora Certa Móvel pode ser considerado uma questão de logística na política pública da saúde em São Paulo, ao se considerarem:

- Os atendimentos como uma entrega de serviço de saúde pública;
- O caráter móvel das unidades como forma de aproximação do cidadão;
- A mobilidade como alternativa à construção de unidades fixas (postos de saúde, ambulatorios e hospitais);
- A terceirização via parceria com uma ONG como forma de aumento de eficiência, redução de custos, flexibilidade e otimização de recursos (humanos e de infraestrutura) etc.

Levando-se em conta os critérios que podem orientar decisões no campo da delegação de serviços ou atividades logísticas, tem-se:

Características da política	Hora Certa Móvel – PMSP e CIES
<i>Estrutura de remuneração pelos serviços</i>	Alta facilidade em relacionar a remuneração ao custo e/ou à unidade de serviços/bens produzidos, uma vez que cada procedimento é pago pela tabela de preços do SUS e o órgão público possui total controle sobre o número de atendimentos efetuados, há metas claramente definidas e o próprio agendamento de exames tem seu fluxo definido pela prefeitura.
<i>Propriedade dos ativos</i>	Assim como o caso apresentado dos serviços de coleta de resíduos sólidos, dependem de ativos de menor importância estratégica para o governo (equipamentos médicos móveis), sobre os quais possui baixo grau de conhecimento/gestão. Do outro lado, para o Hora Certa Móvel, o CIES prospectou parceiros especializados na construção em escala de unidades móveis, que depois de entregues são customizados pela Fleximedical, expert em arquitetura hospitalar móvel e empresa do mesmo grupo do CIES. Assim, chegou-se a uma razoável amortização dos investimentos privados, coberta pelos custos contratuais, sem nenhum encarecimento ao cidadão, que segue sendo atendido gratuitamente via SUS.
<i>Determinações legais quanto à titularidade dos serviços</i>	A própria Constituição Federal determina as competências de cada ente federativo no SUS, qual é o nível de governo responsável, quais são as possibilidades de delegação a terceiros e quais serviços são obrigatórios ou facultativos, sendo legal a contratação de terceiros para a simples

	prestação de serviços em saúde até a implementação de programas de políticas públicas no setor.
<i>Características dos recursos humanos</i>	Trata-se em boa parte de mão de obra de alta qualificação (profissionais da saúde), mas a decisão de não internalizar está ligada à flexibilidade que a terceirização traz em termos de alocação móvel dos profissionais (que a cada dois meses mudam de região), contratações temporárias e variação por especialidade médica (a demanda muda por região atendida). Os profissionais de menor qualificação envolvidos (recepção, limpeza, segurança etc.) são quarterizados.
<i>Possibilidades e necessidades de controle e regulação pelo poder público</i>	Existe alta capacidade de fiscalização e regulação do serviço prestado, uma vez que todo o atendimento é controlado pelo sistema SIGA (Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde), software que permite integrar o atendimento de todos os usuários do SUS, visualizar vagas nas unidades, dispensação de medicamentos, agendamento de consultas e armazenamento de informações clínicas dos pacientes, entre outros.

Como se pode notar, dentro do estudo de caso em foco, existe forte tendência pró-delegação em razão das características do programa Hora Certa Móvel e da organização.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em rede, arranjos institucionais complexos ou parcerias interorganizacionais, como são referidos pela literatura, traz uma série de desafios ao setor público atualmente, sendo necessária uma profunda análise de sua relação custo-benefício, bem como dos fatores que podem potencializar –positiva ou negativamente- o sucesso do projeto. Entre os principais desafios, Goldsmith e Eggers (2006), O’Toole Jr. (2010), Vaz e Lotta (2013), Lotta e Favareto (2013), Paula (2005), Galvão, Lotta e Bauer (2005) e outros apontam:

- lentidão das burocracias inflexíveis que tendem a reagir lentamente a novas situações;
- necessidade de os administradores suplementarem o que sabem acerca de gestão organizacional para gerir rotinas diferenciadas e as linguagens especializadas, sem mencionar as distintas maneiras de ver o mundo em relações interorganizacionais;
- os sistemas organizacionais, administrativos e de pessoal do governo foram estruturados para operar dentro de um modelo de governo hierárquico e não em rede, e as duas abordagens muitas vezes colidem;
- uma gestão em rede bem-sucedida exige envolver-se com questões relacionadas a habilidades, tecnológicas, de comunicação e culturais (a relação entre diversas culturas setoriais – público, privado e entidades sem fins lucrativos – pode criar dissonâncias improdutivas);
- os servidores públicos podem abusar de sua autoridade, insistindo que os fornecedores cumpram cada detalhe do contrato, independentemente de isso ser produtivo ou não;
- risco da cultura administrativa de persistência da atribuição e da venda de influência, resistência do patrimonialismo, falta de transparência e desconfiança em relação a estranhos que cercam o desempenho das funções públicas;
- o setor público de modo geral tem operado dentro de uma cultura que pouco valoriza a negociação, o planejamento, os arranjos institucionais, o monitoramento e a avaliação das políticas e programas, a flexibilização das regras e instrumentos de gestão, a criação de novos instrumentos de cooperação e de contratualização, restringindo-se a convênios, o foco em resultados, o controle social, a gestão do conhecimento e da informação, a transparência e as políticas de recursos humanos;
- problemas na repartição de competências também causam dificuldades para a efetividade das políticas e dos arranjos institucionais;
- do ponto de vista contratual, as organizações são apenas prestadoras de serviços e não possuem nenhuma posição representativa no núcleo estratégico do Estado;

- um desempenho insatisfatório de qualquer uma das organizações – ou o rompimento das relações entre duas (ou mais) organizações da rede pode colocar em perigo o desempenho do todo;
- dificuldades podem advir dos padrões de relacionamento político entre governos federal, estaduais e municipais. Conflitos e disputas político-eleitorais podem expor arranjos institucionais a situações de crise, na inexistência de mecanismos de gestão e relação entre os atores capazes de garantir a continuidade das ações.

Por outro lado, esses arranjos tendem a ser mais hábeis e flexíveis do que as hierarquias (GOLDSMITH e EGGERS, 2006). Para Vaz e Lotta (2013), analisando as experiências recentes no Brasil, parece evidente que essa alternativa oferece possibilidades significativas para aumento da efetividade das políticas ante a complexidade do contexto das demandas do período pós-Constituição Federal de 1988.

Sobre arranjos na saúde, estudo do Banco Mundial (2013) aponta que os cuidados primários precisam ser efetivamente conectados com outras partes do sistema de saúde:

Na maioria dos casos, o progresso nessa área requererá coordenação efetiva dos municípios através de redes de cuidado em saúde regionais. Como parte desse processo, também será importante atentar para a falta de integração e definir claramente os papéis dos setores públicos e privados. A atual falta de coordenação entre os dois setores resulta em duplicação de esforços e recursos, conflitos sobre quem deveria pagar pelo quê e dificuldade em resolver problemas de forma sistêmica (BANCO MUNDIAL, 2013).

Dessa forma, no caso analisado neste estudo, verifica-se que boa parte dos desafios relacionados a arranjos complexos faz-se presente no programa Hora Certa Móvel, tais como entraves burocráticos, falta de comprometimento e preparação do servidor público e falhas de comunicação que, como consequência, causam o não comparecimento de uma parcela significativa de pacientes aos exames, prejudicando não só a organização, que é remunerada por produção, mas sobretudo a própria população.

Dito isso, foi possível verificar claramente que os fatores de decisão para programas em rede e para a delegação logística no Hora Certa Móvel, sobretudo em razão do esforço e da flexibilidade do CIES, influenciam positivamente na eficiência do arranjo e da prestação de serviços ao cidadão, como objetivo final.

Considera-se aqui que a intersetorialidade será tanto mais efetiva quanto mais a integração for pensada desde o planejamento até o monitoramento das políticas públicas. Assim, experiências que consideram a intersetorialidade apenas como processo de monitoramento de um conjunto de experiências diferentes tem poucas chances de avançar em termos de integração efetiva das políticas buscando resolução de problemas complexos (LOTTA e FAVARETO, 2013). Pelo caso estudado, verifica-se a integração desde a fase de agenda e formulação do programa, que foi proposta pela própria organização da sociedade civil.

Como limitações da pesquisa reitera-se que o estudo de caso foi baseado na perspectiva da organização não governamental e que não foi possível a análise do ponto de vista do agente público (municipal e federal), nem dos outros parceiros da iniciativa privada (patrocinadores, fornecedores etc.), o que significa uma visão parcial do projeto.

Em termos metodológicos, com fins a estudos futuros, sugere-se a aplicação de outros referenciais, como a análise de capacidade de execução e de inovação proposta por Pires e Gomide (2013). A realização de uma pesquisa quantitativa independente com os pacientes é outra sugestão. Por fim, pesquisas sobre arranjos complexos na área da saúde, tal como sobre o programa Hora Certa (independentemente da modalidade móvel), decerto contribuirão para o aprofundamento das discussões aqui levantadas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AOQUI, C.; SUGITA, V. T.; AÑÓN, R., Espaços de encontro rumo ao desenvolvimento sustentável, Revista Ideia Sustentável, edição especial, n.33, p. 38-39, 2013.

BANCO MUNDIAL. Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde. GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B., 2013.

CARRERA, B.; MAGALHÃES, G.; LANFREDI, J.V.; VILLA NOVA, T. Projeto CIES. ESPM, 2013.

CIES (Centro de Integração de Educação e Saúde). 2014. Disponível em www.projetocies.org.br. Acesso em 15.jun.14.

GOLDSMITH, S.; EGGERS, W. Governar em rede: o novo formato do setor público. Brasília: ENAP, 2006.

GOMIDE, A.A.; PIRES, R.R.C. Capacidades Estatais para o Desenvolvimento no Século XXI *in* Boletim de Análise Político-Institucional / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – n.1. Brasília : Ipea, 2011.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). As Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil. Rio de Janeiro, 2012.

IVAMOTO, H.S. Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica. 1998.

LIMEIRA, T.M.V. Carreta da Saúde: Crescimento Sustentável e Gestão Eficiente. Fundação Getulio Vargas, 2014.

LOPEZ, F.; BARONE, L. As entidades sem fins lucrativos e as políticas públicas federais: tipologia e análise de convênios e organizações (2003-2011). Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

LOTTA, G.S.; FAVARETO, A. O papel dos territórios nos novos arranjos institucionais brasileiros. 2013

MALHOTRA, N. Pesquisa de marketing. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

O'TOOLE JR., L. Relações interorganizacionais no processo de implementação. *In* Administração pública – coletânea. GUY, P.B.; JON, P. (orgs.), capítulo 10, São Paulo: Editora Unesp; Brasília, DF: ENAP, 2010.

PAULA, A.P.P. Administração pública brasileira: entre o gerencialismo e a gestão social. Revista de Administração de Empresas, vol.45, n.1, pp. 36-49, 2005.

PLANÈTE D'ENTREPRENEURS. Projeto CIES: Health without borders. 2013.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Em dois meses, Hora Certa Móvel reduz em até 90% a fila por exame. 2013.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Hora Certa Móvel reduz 97% a fila para eletroneuromiografia na Capela do Socorro. 2014. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Hora Certa Móvel da Zona Norte realiza 10 mil exames em dois meses. 2013.

SHIRAIISHI, G.F. Das atividades de marketing em organizações sem fins lucrativos: um estudo exploratório em associações e fundações ambientalistas. São Paulo, 2005.

VAZ, J.C. A delicada disputa pelas cabeças no serviço público brasileiro no Brasil pós-redemocratização. Cadernos ENAP, edição especial, 2006.

VAZ, J.C.; LOTTA, G.S. contribuição da logística integrada às decisões de gestão das políticas públicas no Brasil. Revista de Administração Pública, vol.45 n.1, 2011.

____. Novos Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. 2013