

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



André Luis Paes Ramos

**Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais  
brasileiras com base em indicadores**

Rio de Janeiro

2016

André Luis Paes Ramos

**Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais  
brasileiras com base em indicadores**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde Pública em Política, subárea de concentração: Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Marismary Horsth De Seta

Coorientadora: Carla Lourenço Tavares  
de Andrade

Rio de Janeiro

2016

André Luis Paes Ramos

**Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais  
brasileiras com base em indicadores**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, subárea de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 15 de março de 2016.

Banca Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>.: Marismary Horsth De Seta - Orientadora  
ENSP/FIOCRUZ

---

Prof. Dr.<sup>a</sup>.: Carla Lourenço Tavares de Andrade - Coorientadora  
ENSP/FIOCRUZ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ligia Giovanella  
ENSP/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Júlio César França Lima  
EPSJV/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2016

Dedicada à Francineide, grande companheira em todos os momentos da vida e na confecção desta dissertação.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e minha querida mãe pelas bênçãos e por propiciarem a formação que possibilitou chegar a este curso e ao trabalho final;

Às minhas queridas filhas, Marina e Sophia, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência decorrentes das aulas presenciais e elaboração da Dissertação.

Agradeço fortemente a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marismary Horsth De Seta, muito mais que uma orientadora, uma grande parceira para todas as dificuldades encontradas na breve vida acadêmica, pessoa fundamental para o incentivo e transposição das etapas inerentes à escrita da Dissertação de Mestrado.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carla Lourenço Tavares Andrade, pela coorientação e auxílio na abordagem quantitativa do trabalho.

Ao Prof. Raulino Sabino, pelo apoio na coleta e configuração dos bancos de dados secundários utilizados na pesquisa;

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angélica Borges dos Santos, pela contribuição conceitual e prática por meio da disciplina de análise de dados secundários, bem como pelas preciosas sugestões apresentadas enquanto membro da Banca de Qualificação;

A todos os funcionários e professores da ENSP, em especial às Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Dias Lima e Cristiani Vieira Machado, pelas valorosas aulas e qualificadas discussões de temas e textos que influenciaram a minha formação de mestrando e a realização do trabalho final.

A todos os companheiros de turma, grupo diferenciado que uniu companheirismo e profissionalismo de pessoas que tem o objetivo comum de luta pelo fortalecimento do SUS. Agradecimento especial à Felipe Riani Costa, mais que um brilhante colega, uma amizade adquirida no decorrer do curso.

Por falar em colegas que tornaram-se amigos, finalizo com agradecimentos a José Wilson Firmida Junior e Claudia Barbosa Zuquim Antas, incansáveis trabalhadores da Saúde Pública, que contribuíram positivamente na minha vida pessoal e profissional, consonantes no cuidado ao principal motivo de existência do sistema de saúde e de nossas carreiras, o usuário do SUS!

*A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.*

GALEANO, 1993, p.230.

## RESUMO

Este estudo focaliza o desempenho das capitais brasileiras e do Distrito Federal na Atenção Primária à Saúde (APS), em 2008 e 2012, considerando a experimentação da terceirização dos serviços de atenção básica mediante organizações sociais ou fundações de direito privado, ou a manutenção da gestão e da provisão mediante administração direta (AD). A metodologia consistiu em estudo exploratório e descritivo que se valeu de: dados secundários de acesso livre e irrestrito – que serviram para a construção de indicadores de caracterização das cidades e de seu desempenho; pesquisa em sítios eletrônicos; coleta de dados mediante telefonema às secretarias municipais de saúde para identificar as cidades que tiveram ou não experiências com a terceirização dos serviços de atenção básica. A caracterização das cidades também considerou dados demográficos e socioeconômicos e indicadores de gastos governamentais na função saúde e com APS e a importância do Fundo de Participação Municipal (FPM) nos orçamentos municipais. Para representar o desempenho selecionaram-se 19 indicadores, calculados para 2008 e 2012. Analisaram-se as medidas descritivas dos indicadores em 2012 e a sua evolução 2008/2012, segundo as grandes regiões do país, relacionando a experiência de terceirização ou não da APS. Na análise da evolução 2008/2012 as informações foram agrupadas em categorias: Cobertura e acompanhamento por equipes de AB, Saúde da Criança, Saúde da Gestante, Saúde da Mulher, Condições de Saúde Seleccionadas e Saúde Bucal. As cinco capitais identificadas com experiência prévia ou atual em terceirização por meio de Organizações Sociais em Saúde ou Fundação Estatal de Direito Privado (Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Brasília), mediante os indicadores selecionados e no período analisado, de modo geral, não obtiveram melhor desempenho perante o modelo de administração direta. Apesar das variações positivas apresentadas pelas cidades que mantiveram a terceirização da APS após o ano de 2008 – São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro, esta última com elevado percentual (132,9%), que sugerem expansão de cobertura em AB por meio da terceirização, capitais que mantiveram a AD alcançaram coberturas maiores no último ano de análise.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Terceirização (serviços terceirizados, no DeCS); Privatização; Desempenho; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde).

## ABSTRACT

This study focuses on the performance of the Brazilian capitals and the Distrito Federal in Primary Health Care, in 2008 and 2012, considering the outsourcing experiments of primary care services through social organizations or private foundations or maintaining the management and provision by public administration. The methodology consisted of exploratory and descriptive study that made use of secondary data free and unrestricted access - that served to build indicators of characterization of cities and their performance, research on electronic sites; collection of data on call at municipal health departments to identify the cities that had or did not experience with outsourcing of primary care services. The characterization of the cities also considered demographic and socioeconomic data and government spending indicators in health and function with Primary Health Care and the importance of the Fundo de Participação Municipal (FPM) in municipal budgets. To represent the performance, 19 indicators were selected, and calculated for 2008 and 2012. The descriptive measures were analyzed of the indicators in 2012 and its evolution 2008-2012, according to the major regions of the country, relating to outsourcing experience or not of Primary Health Care. Analyzing the changing 2008-2012 the information was grouped into categories: Coverage and monitoring by primary care teams, Children's Health, Health Pregnancy, Women's Health , Health Status selected and Oral Health . The five capitals identified with previous or current experience in sourcing through Social Health Organizations or the State Foundation of Private-Law (Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre and Brasilia) by the selected indicators and the period analyzed , the generally not performed better against the model of direct administration. About the positive changes brought by the cities that have kept outsourcing of Primary Health Care after 2008 - São Paulo, Porto Alegre and Rio de Janeiro, the latter with high percentage (132.9 %), suggesting expansion of coverage by primary services through outsourcing, capital who kept public administration achieved greater coverage in the last year of analysis.

Keywords: Primary health care; Outsourcing; Privatization; Performance; Outcome Assessment (Health Care).

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Áreas e mecanismos de atuação do Estado	21
Figura 2-	Cobertura por Equipes de Atenção Básica nas Capitais Brasileiras segundo Regiões - 2008 e 2012	60
Figura 3-	Taxa de mortalidade infantil nas Capitais Brasileiras segundo Regiões – 2008 e 2012	66
Figura 4-	Taxa de Mortalidade Materna nas Capitais e Regiões Brasileiras - 2008 e 2012	70
Figura 5-	Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero nas Capitais e Regiões Brasileiras - 2008 e 2012	74
Figura 6-	Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial por Mil Habitantes em 1 ano nas Capitais e Regiões Brasileiras – 2008 e 2012	79
Figura 7-	Cobertura de Primeira Consulta Odontológica nas Capitais Brasileiras e Regiões - 2008 e 2012	82
Quadro 1-	Características das diferentes modalidades jurídico-administrativas	24
Quadro 2-	Atributos característicos da APS	31
Quadro 3-	Contratação de Organização Social por Prefeituras nas Capitais dos Estados brasileiros – 2013	39
Quadro 4-	Panorama da implantação de Organizações Sociais (OS) e de Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) nas cidades - 2015	41
Quadro 5-	Indicadores pré-selecionados para caracterização das cidades	43
Quadro 6-	Indicadores do desempenho da Atenção Primária selecionados segundo referências consultadas	45
Quadro 7-	Indicadores de desempenho por cobertura e acompanhamento em AB, Ciclos de Vida e Condições de Saúde	49
Quadro 8-	Classificação das capitais quanto à adoção de parcerias para gestão e prestação de serviços em APS	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Número total e percentual de terceirização nas Unidades Básicas de Saúde, nas três capitais que mantêm contratos, e número de terceiros envolvidos - 2015	54
Tabela 2-	Caracterização das capitais brasileiras quanto a aspectos sociodemográficos e econômicos	55
Tabela 3-	Medidas descritivas dos Indicadores de Desempenho das capitais brasileiras por Grandes Regiões-Brasil – 2012	57
Tabela 4-	Cobertura em Atenção Básica e Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012	58
Tabela 5-	Indicadores relativos à Saúde da Criança segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012	62
Tabela 6-	Indicadores relativos à Saúde da Gestante segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012	68
Tabela 7-	Indicadores relativos à Saúde da Mulher segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012	72
Tabela 8-	Indicadores selecionados de Condições de Saúde segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012	76
Tabela 9-	Indicadores de Saúde Bucal segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012	80
Tabela 10-	Distribuição regional das capitais quanto ao modelo de gestão e avaliação do desempenho observado nos 19 indicadores do estudo, nas regiões com pelo menos um caso de terceirização da APS- 2012	84

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABM	Associação Baiana de Medicina
AD	Administração Direta
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CEJAM	Centro de Estudos João Amorim
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAB-MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
DF	Distrito Federal
DOM	Declaração dos Objetivos do Milênio
ELB	Estudos de Linhas de Base
ESF	Equipe/Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAURGS	Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FEDP	Fundação Estatal de Direito Privado
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HCB	Hospital da Criança de Brasília José Alencar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC- FUC	Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Fundação Universitária de Cardiologia
ICIPE	Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada
ICS	Instituto Candango de Solidariedade
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família (Porto Alegre)
INCa	Instituto Nacional do Câncer
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRA	Infecção Respiratória Aguda
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
MARE	Ministério de Administração da Reforma do Estado

MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
ONG	Organização não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OS ou OSS	Organizações Sociais (de Saúde)
OSCIP	Organização Social Civil de Interesse Público
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado
PDS	Plano Distrital de Saúde
PLC	Projeto de Lei Complementar
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROADESS	Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PT	Partido dos Trabalhadores
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAG	Relatório Anual de Gestão
RH	Recursos Humanos
RIPSA	Rede Interagencial de Informações Para a Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
RREO	Relatório Resumido da Execução Orçamentária
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TB	Tuberculose
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do Sus

VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>2.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
2.1.	Questões de investigação .....	26
2.2.	Justificativa .....	27
2.3.	Objetivos .....	29
2.3.1.	<i>Objetivo Geral</i> .....	29
2.3.2.	<i>Objetivos Específicos</i> .....	29
<b>3.</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AVALIAÇÃO</b> .....	30
3.1.	Atenção Primária em Saúde .....	30
3.2.	Avaliação de desempenho em APS .....	34
<b>4.</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	38
4.1.	Etapa 1: Fase Exploratória .....	38
4.2.	Etapa 2: Desenvolvimento do estudo .....	42
4.2.1.	<i>Fontes dos dados, seleção e cálculo dos indicadores para caracterização das cidades</i> .....	42
4.2.2.	<i>Fontes dos dados, seleção e cálculo dos indicadores de desempenho em APS</i> .....	43
4.2.3.	<i>Tratamento e análise dos dados</i> .....	50
4.3.	Considerações éticas .....	50
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	52
5.1.	Caracterização das capitais brasileiras .....	52
5.2.	Desempenho das capitais brasileiras em Atenção Primária em 2012 .....	56
5.3.	Indicadores de desempenho - 2008 e 2012 .....	58
5.3.1.	<i>Indicadores de Cobertura: 2008 e 2012</i> .....	58
5.3.2.	<i>Indicadores de Saúde da Criança: 2008 e 2012</i> .....	61
5.3.3.	<i>Indicadores de Saúde da Gestante: 2008 e 2012</i> .....	67
5.3.4.	<i>Indicadores de Saúde da Mulher: 2008 e 2012</i> .....	71
5.3.5.	<i>Indicadores de Condições de Saúde Seleccionadas: 2008 e 2012</i> .....	75
5.3.6.	<i>Indicadores de Saúde Bucal: 2008 e 2012</i> .....	80
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	86
6.1.	Indicadores de Cobertura .....	90
6.2.	Saúde da Criança .....	92

6.3.	Saúde da gestante .....	95
6.4.	Saúde da mulher .....	97
6.5.	Condições de saúde .....	99
6.6.	Saúde Bucal .....	101
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>105</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>112</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>124</b>
	<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	<b>125</b>
	<b>Apêndice B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética</b> .....	<b>130</b>
	<b>Apêndice C – Avaliação dos Indicadores quanto a Melhor/Pior desempenho para todas as capitais - 2012</b> .....	<b>136</b>

# 1. APRESENTAÇÃO

Este estudo focaliza a Atenção Primária e analisa comparativamente o seu desempenho nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), mediante indicadores selecionados. O seu foco é, portanto, na Atenção Primária tendo em vista que capitais que adotam diferentes modelos de gestão precisam ser avaliadas mediante indicadores de saúde apresentados pelas respectivas secretarias municipais para dimensionamento dos resultados obtidos com as políticas implementadas. O interesse pelo tema deve-se à minha atuação profissional na gestão de um distrito sanitário do município do Rio de Janeiro, a Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1) e evoluiu de forma crescente.

Iniciei minha trajetória no serviço público mediante concurso para cirurgião- dentista na atenção básica desse município, no ano de 2002. Realizava atividades de educação em saúde na unidade e nas escolas da área, além das consultas odontológicas no posto. Esta atuação despertou o interesse em ampliar o olhar relativo à profissão Odontologia, tradicionalmente solitária e isolada, exercida em consultórios privados, centrada nos indivíduos e no modelo biológico, curativa, ainda que a chamada Odontologia Social e Preventiva venha exercendo importante papel para readequação deste modelo. O ingresso no curso de Especialização em Saúde Coletiva, neste período, permitiu-me aliar os conceitos à prática, culminando com a inserção como dentista de uma equipe na Estratégia de Saúde da Família, que iniciava sua expansão no Rio de Janeiro, em 2004.

Foram aproximadamente oito anos de trabalho na Comunidade da Baiana, no Complexo do Alemão, onde a vivência em um novo modelo de organização em Atenção Primária trouxe um maior entendimento e admiração pelo Saúde da Família. Considerando os seus pressupostos da territorialização, adscrição de clientela, vínculo aos usuários, trabalho em equipe, visitas domiciliares; tornei-me um profissional com uma postura mais voltada à integralidade, passando a compreender também os determinantes sociais que envolvem o estado de saúde da nossa população.

Diante deste contexto, fui convidado, em 2012, para compor a assessoria de saúde bucal de uma Área de Planejamento, a 3.1, ficando responsável pela supervisão de equipes de saúde bucal de bairros como Olaria, Penha, Ramos, entre outros. Foi também neste período, que cursei a Especialização em Saúde da Família, pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Unasus/Uerj).

No início de 2013, a Coordenação da AP 3.1 adotou o modelo de Apoio Institucional por subsistemas em nossa área, e fui convidado a liderar o grupo que executaria esta atividade de suporte aos gerentes e/ou diretores das unidades do Complexo do Alemão, função que exerço até os dias atuais. Em todo este percurso, verifiquei que a Secretaria Municipal de Saúde adotou o modelo da terceirização, inicialmente através de ONGs e convênios com Associações de Moradores, posteriormente com a contratação de Organizações Sociais (OS) como parceiras da gestão pública, não só na área estrutural como também na dotação de recursos humanos para as atividades finalísticas.

Atualmente, outro mecanismo foi aprovado, a empresa pública Rio Saúde, todos com a justificativa de maior flexibilização na gestão, agilizando processos que seriam mais lentos devido à burocratização da legislação vigente da Administração Pública Direta, dentre elas a Lei nº 8.666/93, que rege os processos de licitação de insumos, materiais e serviços. A alegação de possíveis implicações decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101, de 4/5/2000), que limitam as despesas com pessoal em 56% da receita corrente líquida; ensejariam também a terceirização da prestação de serviços para adequação a esta legislação. Em se tratando do setor saúde, particularmente intensivo em mão de obra (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, MARTINS; MOLINARO, 2013), esta justificativa se tornaria ainda mais plausível.

Presenciei, neste período, a saída de profissionais altamente capacitados, muitas vezes formados e qualificados em ações de Educação Permanente em nossos serviços ou em parcerias com instituições acadêmicas, em virtude de aprovação em concursos públicos sob Regime Jurídico Único (RJU) em municípios vizinhos. Por outro lado, alguns municípios brasileiros, como Belo Horizonte e Curitiba, não lançaram mão desta prerrogativa, a terceirização, para a expansão de cobertura em saúde da família, optando pela gestão com servidores concursados, pelo regime estatutário.

Há um importante embate ideológico sobre as questões motivadoras e os efeitos decorrentes da adoção da política de substituição do modelo de administração direta. Uma forma de enfrentar esse embate contribuindo para o debate no campo da prática nos serviços e na academia é a realização de estudos que busquem fornecer alguma evidência do que está ocorrendo na vida real.

O embate ideológico deveria ceder lugar a encaminhamentos baseados em evidências e não em crenças. As decisões deveriam ser informadas por estudos de casos sobre experiências desastrosas, seja da AD, seja das terceirizações, bem como de estudos comparativos de gestões municipais, estaduais e de estabelecimentos de saúde que adotaram outros entes jurídicos para a ação estatal (PAIM, 2009, *apud* SILVA, 2014).

Em resumo, as inquietações motivadoras deste estudo, e que ultrapassam o seu escopo condicionado pelo possível, são sintetizadas por Scheffer e Bahia (2014), da seguinte forma:

Mas, afinal, a administração indireta tornou mais ágil e eficiente a gestão? Solucionou a falta de pessoal e de médicos? Diminuíram as filas? Os serviços são melhores e mais resolutivos? Os usuários estão mais satisfeitos? Houve economia de recursos para o SUS? Melhores resultados de saúde foram alcançados? Contribuíram para assegurar a coesão entre territórios e o acesso a todos os níveis de atenção em todas as regiões e para populações mais vulneráveis? A falta de respostas a essas, entre outras questões, talvez possa explicar a omissão dos programas em relação à defesa ou crítica da gestão por meio de Organizações Sociais, Parcerias Público-Privadas, Fundações Públicas de Direito Privado, dentre outras modalidades.

## 2. INTRODUÇÃO

A criação do SUS como Política Nacional de Saúde, em 1988, se deu na contramão das reformas veiculadas pelas agências multilaterais, que pretendiam reduzir o tamanho do Estado e limitar conquistas dos trabalhadores, em um processo que se propagou na esteira das críticas à ineficiência da provisão pública de bens e serviços.

O debate sobre a crise de governabilidade dos Estados começou nos anos 60/70, quando conservadores diagnosticavam o Estado de Bem-Estar Social<sup>1</sup> cada vez mais extenso, pesado e oneroso, devido a um excesso de demandas democráticas, que o tornava responsável pela própria crise econômica que avançou por todo o mundo a partir de 1973/1975. Ao final da década de 70, com a progressiva erosão da capacidade gestora do Estado e crescimento da consciência de desarticulação administrativa, apontava-se a desestatização como caminho para superação da crise, donde germinou, ainda imprecisamente, a necessidade de reforma do Estado (FIORI, 1989, 1997).

A partir dos anos 80, a crise do setor público foi reconhecida como um dos problemas mais prementes da ordem internacional, devido a fatores como os problemas fiscais enfrentados por quase todos os governos dos países centrais e periféricos, traduzidos por déficits e dívidas em crescente expansão, criando situações de ameaça de colapso das finanças públicas. A ascensão de governos conservadores em países de posição estratégica no jogo de poder mundial, como os Estados Unidos, a Inglaterra e o Canadá, criou condições para o predomínio do diagnóstico neoliberal, no esforço para restaurar a primazia do livre mercado nas decisões relativas às alocações de recursos (DINIZ, 1996).

Reformas neoliberais se sucederam de várias formas e matizes, com elementos comuns como a “remercantilização” da força de trabalho, contenção dos sindicatos, desregulação dos mercados de trabalho e privatização dos serviços sociais; sob a declarada intenção de encorajar a responsabilidade pessoal ou coletiva por autoassistência através do mercado. A consequência foi a segmentação crescente dos esquemas de welfare, acompanhada de maior poder e autonomia dos setores voluntários e outros tipos de organizações filantrópicas ou privadas (FIORI, 1997).

---

<sup>1</sup> Em Esping-Andersen (1991) e Draibe (1993) podem ser encontradas definições e principais características do desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar Social.

Nesse contexto, na segunda metade da década de 80, as elites políticas conservadoras e as principais lideranças empresariais brasileiras, aderiram às teses do “Consenso de Washington”, programa ortodoxo de estabilização monetária que determinava um pacote de reformas estruturais para desregulamentação da atividade econômica, privatização do setor público produtivo e abertura das economias nacionais à competição internacional (FIORI, 1995).

Ao mesmo tempo, em período de recente processo de redemocratização no país, a Assembleia Nacional Constituinte desenvolvia os trabalhos que culminaram na promulgação da Carta, aprovada em outubro de 1988 e aclamada pelo então presidente do Congresso Nacional como Constituição Cidadã. Segundo Werneck Vianna (2008), o texto expressava mudanças significativas no que concerne à proteção social com expansão dos direitos individuais e coletivos. Esse foi um passo importante para o ingresso do Brasil no universo civilizado dos Estados que, no plano formal, reconhecem os direitos de cidadania e a garantia de acesso a políticas públicas de caráter universal.

No âmbito da saúde, a construção do SUS se instituiu na conjuntura de críticas ao centralismo autoritário e nas denúncias sobre as condições de saúde da população. Como parte de um processo não-linear, posto que processo político, teve entre seus antecedentes as propostas formuladas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), no documento intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde”, apresentado no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em outubro de 1979. A 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e a construção de uma Emenda Popular - em que se baseou grande parte do texto da saúde na Carta - consolidaram a luta dos grupos que enfatizavam o caráter democratizante e a determinação social que envolve a saúde, no movimento conhecido como Reforma Sanitária.

No início da década de 1990, o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganha força no Brasil, com propostas de superação baseadas no ajuste fiscal e no enxugamento da máquina pública, e amplia-se o projeto de remodelamento do aparato do Estado e das suas funções, bem como a modificação de seu relacionamento com o setor privado (DINIZ; BOSCHI, 2007).

Assim, no embate pela conquista e ampliação de direitos de cidadania garantidos pelo Estado, mas num contexto nacional (e internacional) mais amplo de avanço do capitalismo neoliberal, de desregulamentação e precarização das relações de trabalho, ampliação das desigualdades sociais e da pobreza nos centros urbano-industriais, surgiram novas formas de articulação público-privadas no provimento das políticas sociais.

Segundo Rizzotto (2000), os impactos desse processo sobre a política nacional de saúde se fizeram sentir, inicialmente, quando a Constituição Federal de 1988 se tornou alvo das propostas reformadoras formuladas pelo Banco Mundial. Suas diretrizes baseavam-se na construção de um consenso crescente em torno de uma nova cultura, na qual as políticas sociais, exercidas mediante colaboração público-privada, ganhariam estatuto central na condução do projeto de desenvolvimento para os países capitalistas periféricos, entre eles o Brasil (BRAGA, 2012).

No governo Fernando Collor (1990-1992), primeiro presidente eleito democraticamente pelo voto popular após a Ditadura Militar, a visão do Estado como agente econômico prioritário no desenvolvimento foi abandonada em prol do ideal do livre mercado como principal mecanismo gerador de bem-estar coletivo (VIANA; SILVA, 2012). Neste período, a Administração Pública era retratada na propaganda oficial como um pesado paquiderme e o servidor público, como um marajá.

Durante o governo Itamar Franco (1992-1994), em que pese a estabilidade de preços atingida com o Plano Real, destacaram-se as medidas de ajuste fiscal, austeridade monetária e venda de empresas públicas. Em termos econômicos e sociais, ocorreu aumento da dívida pública e da carga tributária, maiores taxas de desemprego e informalidade no trabalho, além do estreitamento das possibilidades de financiamento das políticas sociais (VIANA; SILVA, 2012).

No governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002), instituiu-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), elaborado e executado pelo Ministério de Administração da Reforma do Estado (MARE). Este projetava a mudança do modelo burocrático para o modelo gerencial<sup>2</sup> na Administração Pública, para garantir maior efetividade ao aparelho de Estado. As políticas sociais passariam a ser executadas pelo chamado setor público não-estatal e gerenciadas pela administração pública, pelo controle social e pela constituição de “quase-mercados” (BRASIL, 1995; 1997a).

---

<sup>2</sup> A esse modelo também se denominou Nova Administração Pública ou gerencialismo, um novo paradigma, fruto da maturação de ideias que germinavam nos meios acadêmicos desde os anos 50, que pautou a agenda de reformas de cunho liberalizante das plataformas políticas dos anos 80, nos governos Thatcher (Inglaterra) e Reagan (EUA). A agenda abrangia: a) descentralização administrativa e política; b) devolução de funções e autonomia ao mercado e a sociedade; c) flexibilização da gestão, especialmente nas áreas de pessoal, suprimentos, orçamento e finanças; d) ênfase na qualidade dos processos e dos resultados; e) preocupação com a eficiência e redução dos custos; f) busca de maior transparência nos procedimentos e de aumento do controle social sobre a formulação, execução e avaliação das políticas, programas e projetos (ORMOND; LÖFLER, 1999 apud COSTA, 2010).

A transferência da execução de atividades como serviços sociais e científicos, consideradas principais e de anterior caráter estatal, para entes privados sem fins lucrativos, se daria pela criação do mecanismo de “publicização”, conforme apresentado na Figura 1.

	Atividades Exclusivas de Estado	Serviços Sociais e Científicos	Produção de Bens e Serviços p/ Mercado
Atividades Principais (Core)	ESTADO Enquanto Pessoal	↓ publicização	↓ OPERATIVIDADE
Atividades Auxiliares	→	tercerização	→

*Figura 1- Áreas e mecanismos de atuação do Estado*

*Fonte- Plano Diretor da Reforma do Estado PDRAE (BRASIL, 1995)*

De acordo com o Plano, a prestação de serviços não-exclusivos ganharia em qualidade: “[...] serão otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social [...]” (BRASIL, 1997a, p.13).

A implementação de Organizações Sociais (OS), figura jurídica criada pela Lei nº. 9.637/1998, configurou-se em estratégia central do PDRAE e principal expressão das “organizações públicas não-estatais”.

A implantação das Organizações Sociais ensejará verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social. A disseminação do formato proposto - entidades públicas não-estatais - concorrerá para um novo modelo, onde o Estado tenderá à redução de sua dimensão enquanto máquina administrativa, alcançando, entretanto, maior eficácia na sua atuação (BRASIL, 1997a, p.15).

Essas OS estabeleceriam contratos com o aparato estatal reformado e, por serem de direito privado, tenderiam a assimilar características de gestão mais próximas das empresariais. Seriam organizações qualificadas a se habilitarem a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado, a partir de contratos de gestão (BRASIL, 1997a).

Apresentando-se, mais ou menos diretamente, em determinadas áreas e em momentos críticos para reduzir as instabilidades do mercado e corrigir suas imperfeições, o Estado consolidaria seu papel de “parceiro” do mercado e das organizações sociais prestadoras de serviços não-exclusivos do Estado, em projetos de desenvolvimento econômico e social, na perspectiva de construção da “sociedade de bem-estar” (BRAGA, 2012).

O PDRAE utiliza o termo “publicização” para definir este formato e considera a terceirização como um mecanismo indicado restritamente as atividades auxiliares (conforme visto na Figura 1). No Caderno do MARE, em 1997, admite-se o termo “Terceiro Setor” para designar as entidades sem fins lucrativos, organizações não-governamentais e organizações voluntárias (BRESSER-PEREIRA, 1997).

Para Santos (2012), o termo terceirização ou ‘contratação’ representa a delegação a terceiros da prestação de serviços de uma organização. Para Andreazzi e Bravo (2014) o modelo de OSS (Organizações Sociais de Saúde) implica no repasse a terceiros da gestão dos serviços, uma terceirização da gestão, cujo investimento e custeio são provenientes do Estado.

Acerca da terceirização da gestão, Tanzil e colaboradores (2014), com base em pesquisa qualitativa realizada no Paquistão, apontam que os serviços primários de saúde foram melhor geridos nas UBS administradas por organizações não governamentais, em relação às administradas pelo setor público, e que a terceirização das unidades de cuidados de saúde primários resultou em melhoria significativa da qualidade dos serviços. Esses autores sugerem, ainda, que mediante essa estratégia se poderia alcançar uma provisão equitativa de cuidados médicos nos países de renda baixa e média, onde os governos têm uma capacidade limitada para gerenciar os serviços de saúde. Assim, apontam uma tendência de crescimento da contratação dos serviços de cuidados primários de saúde para organizações não-governamentais, atores não estatais ou entidades autônomas dentro do sistema de governo.

Liu, Hotchkiss e Bose (2007) também identificaram a expansão recente do mecanismo de *contracting out*, ou subcontratação, especialmente na prestação de serviços em Atenção Primária à Saúde nos países em desenvolvimento. Os autores descrevem-na como um acordo contratual onde o governo oferece compensações a prestadores privados por um conjunto de serviços de saúde para populações-alvo específicas, decorrentes de insatisfação quanto à disponibilidade, qualidade e eficiência dos serviços ofertados por provisão pública direta.

Diversos autores abordam ainda a separação entre financiamento e provisão de serviços como forma de delegar a terceiros as ações prestadas pelo Estado. A privatização é tratada em alguns documentos apenas como uma das formas que a descentralização assume na realidade concreta, como uma descentralização do Estado para o Mercado (RONDINELLI; NELLIS; CHEEMA, 1983). Alguns autores nacionais discutem esse movimento de terceirização como sendo privatização da saúde (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; VIANA; MACHADO, 2013; LIMA, 2010; BRAGA, 2012). Essa expressão também é de uso frequente por movimentos sociais em defesa do SUS público e estatal.

Esse modelo não se restringiu ao período do governo FHC, visto que Boschetti (2007 *apud* ANDREAZZI; BRAVO, 2014) e Paim (2013), afirmam encontrar importantes similaridades no tratamento dado pelo governo Lula (2003-2010) nas áreas da assistência, previdência social e saúde com o estabelecimento dessas parcerias<sup>3</sup>.

Na primeira década dos anos 2000, cabe ainda destacar o surgimento de um novo formato jurídico-institucional legal, em mais uma tentativa de inovação do padrão gerencial existente. Em um contexto de crise nos hospitais federais do Rio de Janeiro, eclodida em 2004, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) enviou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/07, que propõe a criação da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP), estrutura vinculada a administração pública indireta.

Como resposta aos impasses gerados pela administração pública em geral, e em particular para o setor saúde, o modelo ampliaria a autonomia e a capacidade de gestão de recursos humanos, orçamentário-financeiros, de compras e contratos, entre outros, tornando os processos mais ágeis e com maior qualidade. Diferencia-se das autarquias e fundações públicas de direito público, ao permitir dispor de instrumentos administrativos de natureza privada, comparável, neste sentido, a uma empresa pública estatal. Os serviços seriam prestados ao poder público por meio da celebração de contratos de gestão (BRASIL, 2007).

A proposição de FEDP previa a atuação em áreas como a saúde, incluindo os hospitais universitários, além da assistência social, cultura, educação, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social e turismo. Seria permitida a obtenção de “receitas” com venda de serviços no mercado e aplicação na ciranda financeira; criação de Conselhos Curadores e Diretorias Executivas em substituição aos espaços de controle social e a flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público (MARCH, 2011).

A contratação dos trabalhadores seria mediante concurso público, pelo regime previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), portanto sem a estabilidade relacionada ao vínculo estatutário (BRASIL, 2007). A indução e motivação profissional se daria a partir de ganhos financeiros condicionados a avaliação de desempenho para incentivar o comprometimento dos resultados assistenciais (SILVA, 2012).

---

<sup>3</sup> No final do Governo Lula, em dezembro de 2010, foi editada a Medida Provisória n. 520, que criava a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), para transferência da gestão dos Hospitais Públicos Universitários à instituição de natureza privada. Com o fim dos prazos regimentais, a Lei n. 12.550 de criação da EBSERH foi sancionada em dezembro de 2011, já no Governo Dilma Rousseff, o que configura a continuidade das estratégias de cessão do gerenciamento de serviços públicos em áreas sociais para órgãos com personalidade jurídica de direito privado (CORREIA; SANTOS, 2015).

As características, do modelo jurídico-institucional da Administração Direta e as principais diferenças entre os modelos das OSS e das FEDP estão descritas no Quadro 1.

*Quadro 1- Características das diferentes modalidades jurídico-administrativas*

<b>MODALIDADE JURÍDICA ADMINISTRATIVA / CARACTERÍSTICAS</b>	<b>ÓRGÃO ADMINISTRAÇÃO DIRETA</b>	<b>ORGANIZAÇÕES SOCIAIS</b>	<b>FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO</b>
<b>Personalidade Jurídica</b>	Direito Público	Direito Privado	Direito Privado
<b>Relação com a Administração Pública</b>	Administração Direta	Fora da Administração Pública	Administração Indireta
<b>Forma de Ingresso</b>	Concurso Público	Sem mecanismos delimitados	Concurso Público
<b>Regime de Emprego</b>	Estatutário	CLT	CLT
<b>Lei de Responsabilidade Fiscal</b>	Observa	Não Observa	Não Observa
<b>Licitações e contratos</b>	Lei nº 8.666	Regulamento próprio	Lei nº 8.666 e Regulamento próprio
<b>Autonomia orçamentária e financeira</b>	Não possui	Orçamentária e financeira	Orçamentária e financeira
<b>Financiamento e fomento</b>	Orçamento Geral da União	Contrato de gestão	Contrato de gestão
<b>Controle Interno e Externo</b>	Controladoria Geral da União e Tribunal de Contas da União	Dos recursos do contrato de gestão	Controladoria Geral da União e Tribunal de Contas da União

*Fonte- Ministério do Planejamento, 2009; adaptado pelo autor*

De acordo com Nogueira (2010), entidades como a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), insatisfeitos principalmente com a proposta de contratação de pessoal via CLT, teriam pressionado a Câmara Federal para retirada do PLC da pauta de votação, em 2009. Contudo, na inexistência de atos constitucionais impeditivos, já haviam sido aprovados alguns projetos para implantação das FEDP em unidades assistenciais de estados como Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro.

Com apoio político e adesão de gestores aparentemente maiores, a expansão do modelo de parceria com OS se deu de forma acelerada. A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923/98, impetrada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT) há mais de 15 anos, foi julgada improcedente pelo Supremo Tribunal Federal (STF) somente em abril de 2015. Decidiu-se pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2015).

Segundo dados do IBGE, as OS estão presentes em 17 unidades da federação (IBGE, 2013a), e de modo expressivo no município de São Paulo. Entretanto, dados tabulados da Pesquisa Perfil dos Municípios Brasileiros– MUNIC- (IBGE, 2013b) evidenciaram a presença de OS em 1.215, dos 5.751 municípios pesquisados, distribuídos em 24 dos 26 estados da federação; as exceções são os estados do Acre e Amapá.

Em São Paulo capital, desde 2001, as OS gerenciam cinco hospitais municipais e 300 equipamentos públicos de saúde. Porém, existem poucos estudos comparativos sobre a eficiência e a efetividade de desempenho entre os hospitais de OS e os hospitais da administração direta (NOGUEIRA, 2010).

Na Atenção Primária, também não se observam estudos conclusivos sobre possíveis melhorias nas condições de saúde da população residente em municípios que adotaram a terceirização a título de modelo de gestão e prestação de serviços. Scheffer e Bahia (2014) afirmam que são escassas as informações sobre os modelos experimentados no Brasil, em virtude da ausência de avaliações independentes que identifiquem vantagens e inconvenientes das diversas formas de gestão. Por avaliação, entenda-se a definição de Contandriopoulos e colaboradores (1997), que a caracteriza como “um julgamento sobre uma intervenção ou sobre seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões”.

Em relação aos sistemas de atenção primária, Starfield (2002) considera que estes podem ser avaliados ou comparados segundo o seu impacto sobre o estado de saúde das populações e das pessoas. Segundo a autora, devem ser consideradas as dimensões: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação e integralidade. Afora a acessibilidade, para avaliar essas dimensões é necessário agregar a pesquisa de campo, o que não se fará neste estudo.

Por outro lado, indicadores de saúde são comumente utilizados para análise das diversas dimensões do estado de saúde medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros (RIPSA, 2008).

Há de se ressaltar que a avaliação do impacto da Atenção Básica nos indicadores de saúde de uma população é uma tarefa desafiadora e potencialmente portadora de muitas limitações. Os fatores determinantes da saúde vão além da efetividade desse nível de complexidade, abrangendo as condições de vida da população, também influenciadas pela escolaridade, oferta de emprego, saneamento básico, entre outros fatores (COSTA; CALVO, 2014).

Figueiró, Frias e Navarro (2010) afirmam que, independentemente do tipo ou de qual for o avaliador, a avaliação deve contribuir para a tomada de decisões comprometidas com a melhoria das intervenções em saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos usuários do sistema. Ressaltam, contudo, a necessidade de considerar que os possíveis usos de resultados avaliativos e sua influência na tomada de decisão envolvem variáveis distintas, como o contexto político, social, econômico e profissional, que atuarão tanto ou mais que os aspectos técnicos descritos pela avaliação.

Neste estudo se pretende analisar o desempenho – entendido como o grau de alcance de alguns dos objetivos – da Atenção Primária nas capitais brasileiras que terceirizam a prestação e a gestão na saúde e na APS *vis-à-vis* as que mantiveram o modelo de administração direta na prestação e na gestão. Com ele se busca contribuir para a redução parcial de lacunas de conhecimento apontadas pelos autores citados anteriormente.

## 2.1. Questões de investigação

Como é o desempenho da Atenção Primária, medido por meio de indicadores selecionados, nas capitais que tiveram experiências de terceirização ou mantiveram a provisão e a gestão da APS via administração direta? As capitais que tiveram experiências de terceirização da gestão da APS evoluíram melhor no período comparativamente às que se mantiveram com o modelo da administração direta?

## 2.2. Justificativa

O tema proposto é de relevante interesse na área da saúde coletiva, visto que a definição do modelo de gestão adotado, seja através da prestação dos serviços em saúde por servidores públicos concursados, via administração direta, indireta ou através da terceirização; será fator preponderante no desenvolvimento das práticas oferecidas à população. Os diferentes tipos de vinculação empregatícia dos trabalhadores da saúde podem interferir em vários fatores do cotidiano dos serviços, como a rotatividade de profissionais, criação de vínculos com os usuários, motivação profissional, relações hierárquicas, educação permanente, qualificação de processos seletivos.

Segundo Sá (2009), o trabalho em saúde possui uma especificidade que constitui sua essência, uma característica intersubjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre outro, em suas experiências singulares de vida, prazer, dor, sofrimento e morte. Neste sentido, as condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais da saúde, em relação à estabilidade no emprego, aspectos estruturais, ambiente de convivência entre colegas, incentivos salariais, planos de carreira definidos; podem influenciar diretamente a qualidade do cuidado prestado ao usuário do serviço de saúde.

No âmbito do planejamento e gestão governamental, a política definida terá influência nos orçamentos destinados à saúde, mecanismos de contratualização, implantação e reformas de unidades de saúde, aquisição de bens e insumos, formas de controle e regulação do Estado.

Recentemente, as publicações que analisam o modelo da terceirização na saúde, suas fundamentações ético-legais, implicações jurídicas, desempenho nas parcerias públicas e gestão de recursos humanos têm se ampliado. O Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE – instituiu que a transferência da gestão de unidades públicas para OSS ou Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP) poderia

[...] lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações. (BRASIL, 1995, p.47)

Por outro lado, Puccini (2011) afirma posteriormente que

[...] o fato que deve preocupar sobre o processo de melhoria da gestão pública é que uma das razões que orienta possíveis reformas do aparelho de Estado está vinculada às forças que se fortalecem com a implantação das OS, descompromissadas com a saúde como direito universal, equânime e integral, cooptando ideologicamente e com novas oportunidades privadas de trabalho-emprego, amplos setores das camadas médias para um discurso que faz pouco do princípio da universalidade, quebrando a primazia do direito social sobre o administrar. (PUCCINI, 2011, p.14)

Os importantes debates e embates ideológicos a envolver muitas questões pertinentes não devem ser desconsiderados. Eles versam sobre a maior ou menor atuação do Estado na prestação de serviços para garantir direitos sociais; as lutas das classes trabalhadoras contra vínculos trabalhistas precarizados; a insegurança jurídica e os questionamentos legais perante as legislações referentes à terceirização; as denúncias aos meios de comunicação acerca de irregularidades provenientes do reduzido poder regulador do Estado. Entretanto, não por pretensa neutralidade, mas por opção metodológica, buscar-se-á neste trabalho contribuir para essa discussão mediante a análise comparativa do desempenho entre os modelos de gestão da administração pública indireta, direta e parcerias privadas.

## 2.3. Objetivos

### 2.3.1. Objetivo Geral

Analisar o desempenho na Atenção Primária à Saúde (APS) nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, segundo a adoção ou não da terceirização da gestão e da prestação de serviços, nos anos 2008 e 2012.

### 2.3.2. Objetivos Específicos

Caracterizar as capitais brasileiras e seu modelo de gestão e prestação dos serviços em APS.

Comparar o desempenho entre as capitais no que tange aos indicadores selecionados.

Analisar a evolução dos indicadores de desempenho da APS nas capitais brasileiras, com e sem terceirização.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AVALIAÇÃO**

#### **3.1. Atenção Primária à Saúde**

Conferência realizada em 1978, na localidade de Alma-Ata, no Cazaquistão – país integrante da antiga URSS – uniu dirigentes de várias nações que realizaram um pacto onde se propunha o alcance de melhores condições de saúde, conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata definia, entre outros aspectos, que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1,2).

Esta Declaração incorporou conceitos inovadores para a época, ao enfatizar a saúde como um direito humano, a responsabilidade do Estado para garanti-lo e a centralidade dos princípios de universalidade e integralidade para organização dos cuidados de saúde (ISTÚRIZ, 2015).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde representa o nível de atenção que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. Nela, o foco da atenção passa a ser o indivíduo, e não a enfermidade; e são abordadas as condições mais comuns que acometem as pessoas no decorrer do tempo. Nesse lócus deve haver a coordenação e integração da atenção fornecida em outro espaço ou por terceiros. Cabe também à APS organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, sejam básicos ou especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A definição de Starfield é adotada por autores e governos de países europeus, como referência aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, responsabilidade longitudinal pelo paciente, além da orientação voltada para a comunidade assistida, centralidade na família e reconhecimento dos valores culturais dos grupos populacionais (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2006).

Os atributos característicos da APS e suas respectivas definições estão destacados no Quadro 2.

*Quadro 2- Atributos característicos da APS*

<b>Atributos da APS</b>	<b>Definição</b>
<b>Coordenação</b>	Capacidade de garantir a continuidade da atenção na rede de serviços para as necessidades menos frequentes e mais complexas, por meio de tecnologias de gestão clínica, mecanismos de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, prontuários integrados.
<b>Longitudinalidade</b>	Responsabilidade longitudinal pelo paciente, continuidade da relação entre a equipe ou profissional de saúde e o usuário. Fundamental estabelecimento de vínculo, construído ao longo do tempo com base na confiança do usuário nos profissionais.
<b>Integralidade</b>	Reconhecimento das necessidades individuais e coletivas de forma ampliada, considerando aspectos orgânicos, psíquicos e sociais, além da garantia de oferta de serviços em todos os níveis de complexidade, desde a prevenção até a cura e reabilitação.
<b>Acesso</b>	Configuração como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, de modo que não haja barreiras financeiras, geográficas, organizacionais ou culturais para que os usuários se utilizem dos serviços. Deve ser o início da atenção à saúde e funcionar como “filtro” para encaminhamento a serviços especializados.
<b>Orientação comunitária</b>	Reconhecimento da saúde como parte integrante do desenvolvimento econômico e social, com vistas ao enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença mediante participação social, ações intersetoriais e de promoção da saúde.
<b>Centralidade na família</b>	Consideração do contexto e dinâmica familiares para abordagem das necessidades de saúde dos seus membros
<b>Competência cultural</b>	Capacidade de comunicação e identificação de distintas necessidades apresentadas pelos diversos grupos populacionais, considerando-se as características étnicas, culturais e raciais e suas representações no processo saúde-enfermidade.

*Fonte- Elaborado com base em Starfield (2002); Giovanella, (2006).*

Embora as concepções de Alma-Ata estipulassem uma APS abrangente e integral, agências internacionais criticavam seus pressupostos essenciais, bem como o desenho pouco propositivo, e promoveram debates posteriores que buscavam uma forma mais seletiva e focalizada para implementação nos países periféricos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Durante a implantação do SUS no Brasil, definido pela Constituição Federal de 1988, o conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas às necessidades individuais e coletivas, passou a ser denominado de Atenção Básica à saúde (AB). Optou-se por este termo em detrimento ao internacionalmente adotado APS, pelo enfoque restrito associado a este último, especialmente nos processos de reformas na América Latina, ocorridos sob as diretrizes das agências internacionais, que preconizavam uma baixa variedade de serviços oferecidos a grupos populacionais mais vulneráveis. O Sistema de Saúde universal, integral e equânime que se propunha ao país, não se compatibilizava com o sentido limitante e primitivo vinculado ao termo “primária”, de modo que a adoção do termo “básica” buscava transmitir a ideia de essencialidade e indispensabilidade deste nível de atenção (CASTRO; FAUSTO, 2012).

Baseado em diretrizes de resolutividade, humanização do atendimento e participação social, o SUS preconizava mecanismos indutores da descentralização da gestão, ao transferir responsabilidades do Ministério da Saúde para os governos municipais. Dentro de um contexto de avanço do projeto neoliberal, de incentivo a assistência à saúde via mercado e redução de gastos públicos, coube aos municípios organizar e expandir a assistência básica como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população (GIOVANELLA; MEDONÇA, 2012).

A descentralização redefiniu as responsabilidades entre os entes governamentais, ao conferir maior importância aos executivos estaduais e, principalmente, aos municipais, com a transferência de poder decisório, gestão de prestadores e recursos financeiros para as políticas de saúde (LIMA; QUEIROZ, 2012).

Para a realização das ações de Atenção Básica nos municípios, cumprem papel fundamental as Unidades Básicas de Saúde (UBS), estruturas físicas que devem comportar consultórios médicos e de enfermagem, consultório odontológico, salas de acolhimento, gerência, administração e atividades coletivas. Devem contar ainda com área de recepção, sala de procedimentos, sala de vacinas, sala de curativos e demais estruturas necessárias para execução dos principais serviços oferecidos na AB, como as consultas profissionais, vacinas, curativos, injeções, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, fornecimento de medicação e encaminhamento para especialidades (BRASIL, 2012a).

Segundo pesquisa realizada pelo IBGE (2009), o processo de descentralização resultou em um quadro onde 96% das UBS são de propriedade dos governos municipais, seja pela criação de novas unidades, seja pela transferência de equipamentos dos estados, Previdência Social e governo federal.

A expansão da atenção primária e a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde tiveram características peculiares no Brasil, por terem sido conduzidas por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), política criada pelo Ministério da Saúde em 1994.

Este modelo de atenção caracteriza-se por ser uma estratégia que possibilita a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados, com atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população residente na área de abrangência das unidades de saúde (BRASIL, 1997b).

A APS, implementada como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria Ministerial n. 648/GM, de 28 de março de 2006<sup>4</sup>, foi definida em um formato abrangente, que compreende a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (OPAS, 2011a; BRASIL, 2012a). A PNAB passou a considerar equivalentes os termos Atenção Primária e Atenção Básica, posicionamento adotado também no presente trabalho.

A publicação da PNAB ratificou o PSF como eixo central para organização da atenção básica, passando a chamá-lo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Consolidavam-se esse modelo de atenção e seus pressupostos: atuação de equipes de saúde multidisciplinares em territórios geográficos específicos, população adscrita, presença de agentes comunitários, além da inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde (SAMPAIO, 2008). Em 2008, o Ministério da Saúde criou o NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família), com o intuito de fortalecer a APS como porta de entrada principal do sistema de saúde, na medida em que incorporava outras categorias profissionais e especialidades médicas para apoio e matriciamento das ESF (CASTRO; FAUSTO, 2012).

A ESF alcança hoje 95% dos mais de 5,6 mil municípios brasileiros, cobrindo em torno de 55% da população do país. As responsabilidades de suporte logístico e financeiro para essa política está ligada diretamente aos municípios, o que confere flexibilidade e autonomia no provimento da APS, embora tenha que se considerar a grande importância do financiamento e diretrizes vinculadas ao nível federal (OPAS, 2011b).

Diversas evidências e resultados demonstram o quanto a APS é importante no sistema de saúde no Brasil e no resto do mundo, proporcionando não só melhores resultados, como custos mais baixos ou em patamares gerenciáveis e redução da iniquidade na saúde (BRASIL, 2008).

---

<sup>4</sup> Posteriormente revisada pela Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Os serviços de saúde, em especial os de primeiro contato, são determinantes diretos na melhoria das condições de saúde, de modo que a instituição de processos avaliativos é necessária para diagnosticar o estado em que se encontra a população assistida, os benefícios alcançados mediante a implantação de políticas governamentais e o planejamento das futuras intervenções.

### 3.2. Avaliação de desempenho em Atenção Primária à Saúde

A partir dos anos 70, vêm sendo implantadas iniciativas de institucionalização da avaliação em saúde em diversos países, para garantir transparência na utilização dos recursos, responsabilização de gestores e busca por melhorias no desempenho dos sistemas de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 1999).

O desempenho se refere ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde, e embora não se configure em um processo simplificado, é necessária sua mensuração em termos de qualidade, eficiência e equidade, na perspectiva de impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem conseguir melhores resultados (HURST, 2001, 2002 *apud* VIACAVA *et al*, 2004).

Com enfoque sistêmico voltado principalmente à avaliação da qualidade do cuidado médico, Donabedian (1988) formulou diversas abordagens na tríade estrutura- processo- resultados. A estrutura diria respeito aos recursos humanos, materiais e organizacionais; o processo às relações profissional- usuário; e os resultados estariam relacionados aos produtos das ações (visitas, consultas, exames) e às modificações no estado de saúde dos indivíduos e da população.

No Brasil, a avaliação em saúde surge mais consistentemente no fim dos anos 90 e ganha relevância a partir de 2000, com os reflexos do debate internacional decorrente da metodologia de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (VIACAVA *et al*, 2004).

Na última década, pesquisadores e gestores vem se empenhando na busca de métodos, instrumentos e abordagens que contribuam para a institucionalização da avaliação nos serviços de saúde (COSTA; CALVO, 2014).

No âmbito do SUS, os Estudos de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), criados pelo Departamento de Atenção Básica

do Ministério da Saúde a partir de 2005, apareceram como um componente importante para o processo de institucionalização da avaliação no país. Com a participação da Fiocruz e outras sete instituições acadêmicas, os estudos objetivaram o desenvolvimento de metodologias de análise sobre as práticas de Saúde da Família (BODSTEIN *et al.*, 2006).

Definidos como medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, os indicadores de saúde facilitam a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade (RIPSA, 2008).

Sistemas de saúde que contam com uma APS fortalecida, exibem impactos positivos sobre determinados indicadores, dentre eles a mortalidade por todas as causas e mortalidade precoce por doenças cardíacas e respiratórias (MACINKO *et al.*, 2003 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em contrapartida, altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em uma determinada população, podem sinalizar graves problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Este indicador permite ainda, avaliar os efeitos de políticas de saúde no que concerne à resolutividade, acessibilidade e qualidade da APS (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Macincko (2007) ressalva as limitações para o uso deste indicador, sinalizando a influência de características exógenas à Atenção Primária, como a possível dificuldade para detecção de problemas em áreas pequenas e de mudanças pontuais, além da impossibilidade da identificação de mortes ou complicações que não aconteçam nos ambientes hospitalares.

Outro indicador relevante na análise de serviços em APS é o acesso, dimensão do desempenho associada à oferta. Compreendido de forma geral como a entrada inicial nos serviços de saúde, indicadores de cobertura, em especial no modelo de Estratégia de Saúde da Família, podem contribuir para mensuração do potencial de uso dos serviços pela população (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Diversas pesquisas avaliativas vêm sendo desenvolvidas para análise e avaliação de programas ou modelos de atenção à saúde. Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006) realizaram avaliação comparativa da atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro. Com foco no Programa de Saúde da Família (PSF) – nomenclatura utilizada à época – utilizaram-se de inquérito domiciliar para construção de indicadores de cobertura, qualidade de atendimento pré-natal, assistência ao parto, saúde infantil, prevenção de câncer de colo uterino e mama, assistência a idosos e saúde bucal.

Inseridos nos ELB, Facchini e colaboradores (2006) analisaram o desempenho do PSF em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste. Buscou-se identificar as diferenças entre Unidades Básicas Tradicionais e de Saúde da Família por meio de fontes primárias e secundárias, estas oriundas de bases e repositórios nacionais (MS, DATASUS, IBGE), incluindo os 34 indicadores do Pacto da Atenção Básica e os Indicadores de Monitoramento da Expansão do PSF em Grandes Centros Urbanos.

Ainda dentro da proposta dos ELB, Viana e colaboradores (2006) realizaram extensa análise de dados e entrevistas com importantes atores do sistema de saúde de grandes municípios paulistas, com objetivo de identificar os modelos de atenção básica e seus respectivos graus de efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade.

Roncalli e Lima (2006), avaliaram o impacto do PSF sobre indicadores de saúde da atenção a criança em quatro municípios da região Nordeste. Através de um questionário-entrevista, descreveram as variáveis: cobertura vacinal, taxa de internação por IRA e por diarreia em menores de cinco anos, mortalidade infantil e prevalência de baixo peso ao nascer.

Giovanella e colaboradores (2009) analisaram a implantação da ESF por meio de estudos de caso nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. Indicadores foram construídos por meio de inquéritos e entrevistas a gestores, profissionais e usuários, com ênfase na integração da ESF à rede assistencial e na atuação intersetorial.

Mais recentemente, Costa e Calvo (2014) desenvolveram pesquisa avaliativa com dados secundários do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com foco na implantação da ESF em Santa Catarina. Utilizaram simplificação da tríade estrutura-processo-resultado formulada por Donabedian (1988) traduzida em indicadores de cobertura potencial, índice de mudança no modelo assistencial e impacto nas internações.

Outros mecanismos que compõem o atual processo de institucionalização da avaliação são o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

O PMAQ foi criado em 2011 pelo Ministério da Saúde como modelo de avaliação de desempenho das equipes de atenção básica com provisão de transferências financeiras do MS para os municípios, com objetivo de ampliação do acesso, melhores condições de trabalho e maior qualidade da atenção (BRASIL, 2012b, FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013).

Por sua vez, o IDSUS é um instrumento de avaliação implantado pelo Ministério da Saúde em 2012, elaborado pelo DEMAS (Departamento de Monitoramento e Avaliação do

SUS), para investigação das principais deficiências no quadro da saúde nos municípios do Brasil. Permite avaliar o acesso e a efetividade da rede de atenção à saúde, englobando aspectos referentes a ações e serviços na vigilância da saúde, atenção básica e especializada ambulatorial, hospitalar e nas urgências e emergências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Ao se tratar de estudos comparativos entre os modelos de gestão pela AD ou por OS, Costa (2006) confrontou o desempenho organizacional de dois grupos de hospitais do Estado de São Paulo, com perfis semelhantes e sob as distintas formas de gerenciamento. Na mesma perspectiva e em serviços hospitalares do mesmo estado, Barbosa e Elias (2010) desenvolveram pesquisa que buscou identificar padrões diferenciados de eficiência em avaliação de duas unidades, com ênfase em fatores como autonomia administrativa e financeira, direcionamento do contrato de gestão e emprego de práticas gerenciais inovadoras.

Diante desta breve revisão de literatura, observa-se a frequente utilização de indicadores de saúde, sejam de fontes primárias e/ou secundárias, para análises e avaliações de desempenho em APS. As pesquisas avaliativas buscam identificar avanços em implementações de políticas específicas ou até mesmo exercer a comparação entre diferentes modelos assistenciais.

No presente trabalho, metodologia semelhante será adotada, no sentido de mensurar o desempenho comparativo entre diferentes modelos de gestão, o que pode subsidiar gestores quanto a decisões técnicas e políticas na condução do sistema de saúde sob sua responsabilidade.

## 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo exploratório e descritivo, baseado em dados secundários de acesso livre e irrestrito e na pesquisa em sítios eletrônicos ou por telefone em busca de dados institucionais para conformação de dois grupos de cidades, quais sejam o das cidades que terceirizaram a prestação e a gestão na Atenção Primária à Saúde e o das que não o fizeram.

O universo do estudo é constituído pelas 27 cidades, sendo 26 capitais de estados brasileiros e Brasília<sup>5</sup>, sede do Distrito Federal. A unidade de análise será, portanto, a cidade. O estudo se desenvolve em duas etapas, a primeira, de caráter exploratório, e a segunda, correspondendo ao desenvolvimento da pesquisa.

### 4.1 Fase Exploratória

A primeira etapa se iniciou com a busca na base bibliográfica SciElo para identificar artigos sobre avaliação da APS por meio de indicadores construídos a partir de dados secundários de acesso livre e irrestrito. No levantamento bibliográfico utilizaram-se as seguintes chaves de busca- “atenção primária [All indexes] or atenção básica [All indexes] and avaliação [All indexes]” e “atenção primária [All indexes] or atenção básica [All indexes] and indicadores [All indexes]”.

Ao todo, resultaram 56 artigos, após a eliminação das duplicatas. Desses, leram-se os títulos e os resumos e selecionaram-se 21 trabalhos para leitura integral, por conterem pesquisas de avaliação em APS. Quatro trabalhos utilizavam indicadores com base em dados secundários, os quais alimentaram a seleção de indicadores. A esses quatro artigos acresceram-se referências de outra natureza: normas, pactos e instrumentos de avaliação, que veiculavam indicadores para a avaliação da Atenção Primária.

Seguiu-se a exploração da Pesquisa Perfil dos Municípios 2013, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – para identificação do grau de disseminação do modelo de terceirização da gestão e da prestação de serviços em APS. Conforme se afirmou na Introdução, dados tabulados da Pesquisa Perfil dos Municípios Brasileiros – MUNIC- (IBGE, 2013b)

---

<sup>5</sup> Distrito Federal e Brasília, neste estudo, foram tomados como sinônimos por suas características de município híbrido, capital do país. Híbrido por possuir certas características de um estado federado, por exemplo, ser governada por um governador, em vez de Prefeito, ter uma Assembleia Legislativa, em vez de Câmara de Vereadores

evidenciaram a presença de OS em 1.215 municípios, sendo dez (10) capitais de estados da federação, além do Distrito Federal. Contudo, essa pesquisa informa a existência de OS na saúde, daí decorrendo ser necessária a investigação de se a contratação de Organização Social informada pelo município ocorre para a APS e/ou para outro nível de atenção, mediante a exploração das páginas das Secretarias ou contato telefônico com o Gabinete do Secretário. O Quadro 3 sintetiza os dados encontrados.

*Quadro 3- Contratação de Organização Social por Prefeituras nas Capitais dos Estados brasileiros – 2013*

<b>CAPITAL</b>	<b>CÓDIGO IBGE</b>	<b>CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL</b>
<b>Aracaju</b>	2800308	Sim
<b>Belém</b>	1501402	Não
<b>Belo Horizonte</b>	3106200	Não
<b>Boa Vista</b>	1400100	Não
<b>Brasília</b>	5300108	Sim
<b>Campo Grande</b>	5002704	Sim
<b>Cuiabá</b>	5103403	Sim
<b>Curitiba</b>	4106902	Não
<b>Florianópolis</b>	4205407	Não
<b>Fortaleza</b>	2304400	Sim
<b>Goiânia</b>	5208707	Não
<b>João Pessoa</b>	2507507	Não
<b>Macapá</b>	1600303	Não
<b>Maceió</b>	2704302	Não
<b>Manaus</b>	1302603	Sim
<b>Natal</b>	2408102	Sim
<b>Palmas</b>	1721000	Não
<b>Porto Alegre</b>	4314902	Sim
<b>Porto Velho</b>	1100205	Não
<b>Recife</b>	2611606	Não
<b>Rio Branco</b>	1200401	Não
<b>Rio de Janeiro</b>	3304557	Sim
<b>Salvador</b>	2927408	Sim
<b>São Luís</b>	2111300	Não
<b>São Paulo</b>	3550308	Sim
<b>Teresina</b>	2211001	Não
<b>Vitória</b>	3205309	Não

*Fonte- IBGE - Pesquisa Perfil dos Municípios Brasileiros – 2013*

Para as 11 cidades que contrataram Organizações Sociais (Quadro 3), buscaram-se informações sobre se a parceria com OS se dava para a APS e qual o período de implantação. Consultaram-se: base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), para obtenção do Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Plano Municipal/Distrital de Saúde (PMS/PDS); sítios eletrônicos de Secretarias Municipais de Saúde; e órgãos de mídia virtual e publicações científicas. Na base do CNES, acessaram-se os campos “Natureza” e “Estabelecimentos”. O primeiro, para identificar o número de estabelecimentos definidos como Organização Social Pública e Fundação Pública, para posterior verificação de inserção na APS. O segundo, para dimensionar a quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS) cadastradas em cada município.

As informações obtidas com o uso dessas fontes pesquisadas estão descritas no Quadro 4, onde o número de Unidades Básicas de Saúde corresponde à soma dos Postos e Centros de Saúde. Alguns elementos permitem identificar incompletude dos dados, como no caso do Rio de Janeiro, que possuía já em 2012, apenas na APS, 68 Clínicas da Família geridas por OSS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013), quando no CNES aparecem somente seis (06) unidades sob este modelo de gestão.

*Quadro 4- Panorama da implantação de Organizações Sociais (OS) e de Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP), segundo CNES e outras fontes, em capitais brasileiras, 2015*

<b>Cidades</b>	<b>Nº de Unidades Básicas de Saúde</b>	<b>Estabelecimentos OS</b>	<b>Estabelecimentos FEDP</b>	<b>Legislação (OSS/FEDP)</b>	<b>Outras fontes consultadas</b>	<b>OSS/FEDP na APS</b>
Aracaju	47	3	1	PL 118/2013	RAG, PMS, site SMS e mídia eletrônica	Não (OSS em UPA)
Campo Grande	64	0	1	Não encontrada	RAG, PMS, site SMS e mídia eletrônica	Não
Cuiabá	87	0	0	Lei nº 5.500/2011	Site SMS e mídia eletrônica	Não (OSS em hospitais)
Brasília	171	1	1	Lei Distrital nº 4.081 / 2008 revoga a Lei nº 2.415, de 6 de julho de 1999	RAG, PDS, site SMS e mídia eletrônica	Sim
Fortaleza	107	6	0	Lei nº 8.704/2003	RAG, PMS, site SMS e mídia eletrônica	Não (apoio e logística – desde 2013)
Manaus	258	0	9	Não encontrada	RAG, PMS, site SMS e mídia eletrônica	Não
Natal	253	1	6	Lei 6295/2011 revoga a Lei nº6.108/2010	RAG, PMS, site SMS e mídia eletrônica	Não (OSS em UPA e AME)
Porto Alegre	204	0	8	Termo do Convênio 06 set 2009 (IC-FUC) <sup>1</sup> e Lei nº 11.062/11 (IMESF) <sup>2</sup>	RAG, PMS, site SMS e mídia eletrônica	Sim
Rio de Janeiro	250	6	15	Lei nº 5.026/ 2009	RAG, PMS, site SMS e mídia eletrônica	Sim
Salvador	123	8	2	Lei nº 8631/2014 revoga a Lei nº5905/2001	RAG, PMS, site SMS, mídia eletrônica, artigo científico (MELO <i>et al.</i> , 2009)	Sim
São Paulo	586	13	3	Lei nº 14.132/ 2006	PMS, site SMS e mídia eletrônica	Sim

*Fonte- Elaboração do autor após consulta às bases do CNES, SARGSUS e sítios eletrônicos.*

<sup>1</sup> Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Fundação Universitária de Cardiologia

<sup>2</sup> Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família – FEDP

Nota- O município de Porto Alegre estabeleceu parcerias iniciais para atividades da ESF com Associações de Moradores, posteriormente celebrou convênios com a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS), em 2000 e com a OSCIP Instituto Sollus, em 2007 (TCE-RS, 2010)

A constatação da existência de dificuldades e inconsistências nessa fase da pesquisa, além do provável subdimensionamento do registro de unidades geridas por OS e FEDP na base do CNES, reforçaram a necessidade de contato com os Gabinetes dos respectivos Secretários Municipais de Saúde ou gestores da Atenção Básica para definição mais acurada do processo de adoção das parcerias.

## 4.2. Desenvolvimento do estudo

Para a classificação das cidades nos grupos – a primeira variável para a caracterização das cidades – em que se terceirizou ou não a prestação e a gestão da APS, conforme apontado anteriormente, buscou-se a confirmação e esclarecimento por meio de contato telefônico com o Gabinete de cada Secretário Municipal de Saúde, com as seguintes perguntas:

- 1- A SMS estabelece parceira com OS e/ou FEDP para gestão e/ou prestação de serviços em APS?
- 2- Em caso positivo, a partir de que ano se iniciou a parceria?
- 3- Qual o número de UBS envolvidas na parceria com as OS e/ou FEDP?
- 4- Quantas OSS tem contrato para participar da prestação e da gestão da APS?

A resposta obtida a essas questões inseriu a cidade em um dos dois grupos: Capitais que adotaram a terceirização e Capitais que mantiveram a administração direta.

### 4.2.1. Fontes dos dados, seleção e cálculo dos indicadores para caracterização das cidades

Para a caracterização das cidades com base em indicadores foram utilizados alguns referentes a gastos governamentais, em saúde e com a APS; à importância dos recursos financeiros partilhados pela esfera federal (Fundo de Participação Municipal – FPM) nos orçamentos municipais, além de dados demográficos e socioeconômicos. As fontes e as fórmulas de cálculo dos indicadores pré-selecionados encontram-se demonstrados no Quadro 5. Os dados procedem de repositórios e sistemas de informação oficiais, de acesso público irrestrito e de pesquisas realizadas pelo IBGE, também de domínio público. Importante ressaltar

que nessa etapa de caracterização, foram consideradas, além do Censo 2010, as estimativas populacionais para o Tribunal de Contas da União (população TCU) referentes a cada ano para o qual se calcula ou se refere o indicador. Quando necessário, os indicadores foram transformados em *per capita* para reduzir o efeito da diversidade dos tamanhos populacionais.

*Quadro 5- Indicadores pré-selecionados para caracterização das cidades*

<b>Variável</b>	<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	<b>Fonte</b>
Densidade demográfica (2012)	População / área geográfica emKm <sup>2</sup>	IBGE
População – cálculo para o TCU	Indicador disponível	
PIB <i>per capita</i> (2011)	Produto Interno Bruto (PIB) / população residente	
IDH municipal (2010)	Indicador disponível	PNUD – Atlas de desenvolvimento
Participação % do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)	(Cota FPM / Receita Orçamentária)*100	Finbra - 2012 / população IBGE 2012
% dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções	(Despesa com ações e serviços públicos de saúde / Despesa com ações e serviços em todas as funções) *100	
% dos gastos com Atenção Básica nos gastos com Saúde	(Despesa com ações e serviços em AB / Despesa com ações e serviços de saúde)*100	
Gasto por habitante na Função Saúde	Despesa com ações e serviços públicos de saúde / Pop 2012	

#### 4.2.2. Fontes dos dados, seleção e cálculo dos indicadores de desempenho em APS

Selecionaram-se 19 indicadores na fase exploratória com base nos seguintes critérios- indicadores relacionados predominantemente à atenção primária, relevância e representatividade quanto ao desempenho, indicadores citados em muitos estudos, indicadores de fácil obtenção por estarem calculados ou serem passíveis de cálculo.

Excluíram-se os indicadores superpostos – exceto os que se referiam a internação por uma das condições sensíveis à atenção primária, por exemplo, asma e diarreia; que tratassem do mesmo fenômeno; os desatualizados ou superados por publicações mais atuais; os que são

calculados por número absoluto ou frequências; os relativos à média e alta complexidade; e os não consolidados ou pouco usuais.

Os dezenove indicadores pré-selecionados para representar o desempenho da Atenção Primária, tomados como indicadores de resultado e de processo desse nível de atenção compõem o Quadro 6.

Quadro 6- Indicadores do desempenho da Atenção Primária selecionados segundo referências consultadas

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	RELEVÂNCIA	REFERÊNCIA
<b>Taxa de internação SUS por IRA em menores de 5 anos</b>	Número de internações por IRA em crianças residentes menores de 5 anos em determinado local e período/Total de crianças menores de 5 anos, no mesmo local e período x 1.000	SIH-SUS / Base Demográfica IBGE	Reflete a atenção preventiva e curativa aos pacientes com o agravo e, conseqüentemente, a resolutividade da APS. Altas taxas indicam precariedade no acesso e na qualidade dos serviços - principalmente em APS-com a necessidade do serviço hospitalar para debelar a infecção.	Roncalli e Lima (2006)
<b>Taxa de internação SUS por diarreia em menores de 5 anos</b>	Número de internações por diarreia em crianças residentes menores de 5 anos de idade em determinado local e período/Total de crianças menores de 5 anos, no mesmo local e período x 1.000	SIH-SUS / Base Demográfica IBGE	Indicador sensível a qualquer ação preventiva e curativa básica. Diarreia é um agravo de fácil diagnóstico e muitas vezes resolvido em nível domiciliar, quer seja por cuidados próprios das famílias ou, mais especificamente, de assistência curativa básica em nível de família ou de unidade de saúde.	Roncalli e Lima (2006)
<b>Taxa de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (asma, insuficiência cardíaca, pneumonia, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível) por mil habitantes em 1 ano</b>	Nº de hospitalizações por CSAP no local e período/população no mesmo local e período X 1000	SIH-SUS / Base Demográfica IBGE	Representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária.	Costa e Calvo (2014)
<b>Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos</b>	Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade/ número de nascidos vivos de mães residentes x 1.000	SIM/SINASC	É um dos principais indicadores de saúde pública. Expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Revela as condições de saúde do grupo materno-infantil.	Rehem e Egry (2011)
<b>Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos</b>	Número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período/Número de nascidos vivos, no mesmo local e período x 100	SINASC	Indica bom acesso para as gestantes na APS, embora isoladamente não garanta qualidade do cuidado, sendo necessárias avaliações quanto à adequação dos procedimentos.	Rehem e Egry (2011)
<b>Taxa de mortalidade Materna</b>	Número de óbitos femininos por causas maternas (obstétricas diretas, indiretas e não especificados) em determinado local e período/Número de nascidos vivos, no mesmo local e período x 100.000	SIM/SINASC	Indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. As mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, são, atualmente e em sua maioria, passíveis de prevenção e evitáveis.	OPAS (2013)

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	RELEVÂNCIA	REFERÊNCIA
<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária</b>	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano / População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/ 3	SIA-SUS/Base Demográfica IBGE	Avalia a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) do câncer de colo de útero.	Pacto de Diretrizes e Metas (2013)
<b>Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica</b>	$(N^{\circ} \text{ de ESF} + N^{\circ} \text{ de ESF equivalente}) \times 3.000 / \text{População no mesmo local e período} \times 100$	SCNES/ Base Demográfica IBGE	A cobertura de equipes da atenção básica à saúde para a população residente de um determinado município mensura a disponibilidade de recursos humanos da atenção básica para esta população. Indica um maior potencial de oferta de ações e serviços básicos e maior facilidade de acesso a esse nível da atenção.	Pacto de Diretrizes e Metas (2013)
<b>Taxa de mortalidade por neoplasias maligna da mama</b>	Número de óbitos de residentes por neoplasia maligna da mama (CID 10-C-50)/ população de mulheres residentes ajustada ao meio do ano X 100.000	SIM/Base Demográfica IBGE	Dimensiona a magnitude da neoplasia maligna de mama como problema de saúde pública. Associado a fatores genéticos e ao acesso a serviços para diagnóstico precoce.	Proadess (2012)
<b>Taxa de Mortalidade por diabetes</b>	Número de óbitos de residentes por diabetes com 30 anos ou mais (CID10-E10-E14/ População com 30 anos ou mais x 100.000	SIM/Base Demográfica IBGE	Expressa as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada, pois as complicações agudas da diabetes são causas evitáveis de óbito. Está associada à mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em especial o acidente vascular cerebral, a doença hipertensiva e a doença isquêmica do coração.	Proadess (2012)
<b>Taxa de Mortalidade por hipertensão</b>	Número de óbitos de pessoas de 50-64 anos relacionados à hipertensão (CID10-I10-I13)/ população de 50-64anos x 100.000	SIM/Base Demográfica IBGE	Estima o risco de morte por hipertensão e doenças associadas na população de 50 a 64 anos. Dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Indicador de efetividade da atenção básica.	Proadess (2012)
<b>Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano</b>	Número da terceira dose de tetravalente aplicadas em menores de 1 ano / número de nascidos vivos de um ano de mães residentes no município X 100	PNI / Base demográfica do IBGE e Sinasc	Permite monitorar o acesso a imunização contra difteria, coqueluche, tétano e Haemophilus influenzae tipo B na população de menores de 1 ano, assim como a capacidade do município em aplicar as demais vacinas e mensurar a efetividade da AB no combate às doenças evitáveis por meio desta ação.	IDSUS

<b>INDICADOR</b>	<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	<b>FONTE</b>	<b>RELEVÂNCIA</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
<b>Cobertura de primeira consulta Odontológica</b>	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/ População no mesmo local e período X 100	SIA / Base Demográfica IBGE	Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS e aponta a tendência de inserção das ações odontológicas como parte de cuidados integrais em saúde.	Pacto da Atenção Básica (2006)
<b>Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre</b>	Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em determinado local e período / Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	SIAB	Avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento pré-natal. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.	PMAQ AB (2012)
<b>Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada</b>	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada, em doze meses, no município, dividido por 12/População do município no período avaliado X 100	SIA / Base Demográfica IBGE	Permite monitorar o acesso à escovação dental com orientação de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais como a cárie dentária e doença periodontal. Permite ainda estimar a proporção de pessoas com acesso ao flúor tópico, gel ou presente no dentífrico, comumente utilizado para esta ação e comprovadamente eficazes, assim como a oportunidade de aprimoramento da técnica e do hábito de escovação.	IDSUS
<b>Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera</b>	Casos curados de TB no período/Total de casos de TB no período x 100	SINAN	Representa o êxito no tratamento de tuberculose, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes. Proporções baixas de cura de casos de TB podem indicar dificuldade de acesso dos indivíduos aos serviços de saúde.	IDSUS
<b>Taxa de Incidência de Sífilis Congênita</b>	Número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano, residentes no município e período/número de nascidos vivos de mães residentes no município, no período considerado x 1.000	SINAN / SINASC	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada ao longo do período de gestação.	IDSUS

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	RELEVÂNCIA	REFERÊNCIA
<b>Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo</b>	Número de menores de 04 meses* com aleitamento materno exclusivo, em determinado local e período X 100 / Número de menores de 04 meses acompanhadas no mesmo local e período	SIAB	Estima a frequência da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida. Níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções.	PMAQ AB (2012)
<b>Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família</b>	Nº de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano / Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano X 100	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS	Permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde) no que se refere às condicionalidades de saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.	Pacto de Diretrizes e Metas (2013)

Notas: \* A faixa etária recomendada para o aleitamento materno exclusivo é até 6 meses, mas, devido à atual forma de agregação das faixas etárias no SIAB, esse indicador é monitorado para a faixa de até 4 meses. Depois dos 6 meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos, mas é bom que a criança seja amamentada até 2 anos ou mais.

A literatura pesquisada não apresenta definição precisa de parâmetros para todo o rol de indicadores utilizados no estudo, de modo que somente serão mencionados na seção de Discussão os valores preconizados ou médias nacionais resultantes de estudos previamente realizados.

Na apresentação dos Resultados relativos ao desempenho, os indicadores foram agrupados em categorias referentes a cobertura e acompanhamento por equipes de AB, bem como ao cuidado por Ciclos de Vida e Condições de Saúde Seleccionadas, conforme o Quadro 7. Para ilustrar mais claramente a variação dos indicadores entre as cidades em suas respectivas regiões, considerando o modelo de gestão adotado, optou-se por apresentar nos Resultados além do dado em tabelas, a representação gráfica dos indicadores sombreados neste quadro. Além da predefinição da escolha de apenas um indicador por grupo, consideraram-se alguns critérios, tais como a sua relevância (mortalidade infantil e mortalidade materna) ou sua pertinência à APS.

*Quadro 7- Indicadores de desempenho por cobertura e acompanhamento em AB, Ciclos de Vida e Condições de Saúde*

<b>COBERTURA</b>	<b>CRIANÇA</b>	<b>GESTANTE</b>	<b>MULHER</b>	<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE SELECIONADAS</b>	<b>SAÚDE BUCAL</b>
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Taxa de internação por IRA	Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal	Razão de exames citopatológicos do colo do útero	Taxa de Mortalidade por diabetes	Cobertura de primeira consulta odontológica
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF	Taxa de internação por diarreia	Taxa de mortalidade Materna	Taxa de mortalidade por neoplasias maligna da mama	Taxa de Mortalidade por hipertensão	Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada
	Taxa de mortalidade infantil	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre		Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	
	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita		Taxa de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial	
	Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo				

*Fonte- Elaboração própria.*

*Em destaque os indicadores para os quais serão elaborados gráficos*

### 4.2.3 - Tratamento e análise dos dados

Os indicadores compuseram uma base de dados no SPSS. As análises seguiram a lógica inerente ao alcance de cada um dos objetivos específicos.

Realizou-se análise descritiva das variáveis, considerando a situação corrigida ou reafirmada do modelo de gestão (cidades que tiveram experiência de terceirização ou que mantiveram a administração direta), constante no Quadro 8 da seção de Resultados.

Para a caracterização das cidades e de seu modelo de gestão e prestação dos serviços em APS, os indicadores selecionados referem-se ao período de 2010 a 2012, segundo a época da sua disponibilidade e buscando a maior atualização possível<sup>6</sup>.

A análise comparativa do desempenho em APS das cidades levou em conta o desempenho dos indicadores nos anos 2008 e 2012, segundo o grupo do modelo de gestão a que pertencem, mesmo que os resultados não possam ser atribuídos diretamente ao modelo adotado. Calculou-se ainda a variação percentual 2008-2012 da seguinte forma: valor em 2012 menos valor em 2008 dividido pelo valor de 2008 multiplicado por 100. Este cálculo permitiu a verificação de situações de melhoria, estagnação ou piora das capitais entre si próprias e em relação às demais, sempre considerando a adoção, ou não, de parcerias em terceirização.

Vale ressaltar que variações positivas nem sempre refletem melhorias no indicador, ou negativas refletem necessariamente piora no desempenho, tendo em vista os diferentes indicadores e seus significados. Para maior clareza, o Apêndice C apresenta a análise do sentido e da valoração de cada indicador para cada uma das capitais. Na seção Resultados será apresentado uma tabela síntese dos resultados obtidos nessa análise, considerando os melhores e piores desempenhos, segundo o modelo de gestão adotado (Tabela 10).

### 4.3. Considerações éticas

Neste estudo não houve idas a campo e a maioria das informações foram obtidas das bases de dados secundários, de acesso amplo e irrestrito, ou de dados institucionais que, se não são, pela sua natureza deveriam ser de domínio público. A despeito dessas considerações, o

---

<sup>6</sup> Por exemplo, o IDH-M se apresenta para o ano de 2010, ano do censo demográfico; a pesquisa do IBGE sobre os municípios refere-se a 2013, pois era a última disponível quando do início da montagem da base de dados.

projeto foi submetido, após a qualificação, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública em conformidade com a Resolução CNS 466/2012, por se requerer a confirmação mediante contato telefônico sobre a terceirização ou a contratação de OS para a Atenção Primária, mediante contato telefônico. O estudo obteve aprovação ética pelo Sistema CEP/CONEP em 15/05/2015, através do Parecer consubstanciado de número 1.065.365 (Apêndice B).

Nessa ocasião foram buscados os meios de contato com o respondente, que poderia ser o próprio Secretário, o Coordenador da Atenção Primária ou profissional indicado pelo Secretário. Entretanto, obteve-se a resposta, para todas as capitais, por meio do coordenador de AB. Foram enviados por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e as perguntas para o conhecimento prévio de seu teor, objetivando respeitar direitos e reduzir a duração do telefonema. O contato telefônico agendou-se segundo a indicação do respondente. A resposta às perguntas e a anuência em participar foram registradas em áudio ou em e-mail do próprio respondente. As informações buscadas foram exclusivamente institucionais. Contudo, pelo fato de serem os respondentes gestores, há um risco baixo de sua identificação, para o que serão adotadas medidas para redução desse pequeno risco. Primeiro, as informações demandadas podem ser prestadas por mais de um servidor da Secretaria; o respondente será identificado apenas pelo cargo ocupado, e também porque somente o nome do município será veiculado. Assim, em certa medida, a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas foram asseguradas.

A coleta dos dados por telefone durou menos de cinco minutos, excluído o tempo para os esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa demandados pelo respondente. O benefício (direto ou indireto) relacionado com a colaboração nesta pesquisa é o poder situar o município do respondente em relação às demais capitais. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e na dissertação.

## 5. RESULTADOS

Os resultados são apresentados segundo o ordenamento dos objetivos específicos.

### 5.1. Caracterização das capitais brasileiras

A fase exploratória da pesquisa, em que se mapeou a adesão a parcerias com OSS ou FEDP na APS das capitais, foi complementada com a inserção dos novos dados obtidos com a divulgação da Pesquisa MUNIC 2014 (IBGE, 2014), e com o resultado da pesquisa telefônica em que as perguntas foram respondidas pelos gestores de Atenção Primária das cidades investigadas.

O Quadro 8 evidencia que, em 2015, apenas São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro mantém a parceria com OSS ou FEDP, ao passo que Brasília e Salvador reverteram, a partir de 2008/2009, os processos de terceirização vigentes desde 1998/2000. Desta forma, consolidaram-se dois grupos - as 22 capitais que mantiveram a administração direta na gestão e na prestação de APS; as cinco capitais que tiveram experiências de terceirização da gestão e prestação de serviços em APS, a saber- São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Salvador e Brasília.

Quadro 8- Classificação das capitais quanto à adoção de parcerias para gestão e prestação de serviços em APS

Capital	MUNIC 2013 O município contrata serviço de saúde por OS?	MUNIC 2014 Estabelecimentos de saúde administrados por OSS - existência	Pesquisa telefonica: “SMS-tem parceria com OSS/FEDP em 2015”	Classificação quanto à adoção de parcerias na APS
Aracaju	Sim	Sim	Não	AD
Belém	Não	Não	Não	AD
Belo Horizonte	Não	Não	Não	AD
Boa Vista	Não	Não	Não	AD
Brasília	Sim	Sim	Não	OSS (desde 1998, em reversão a partir de 2009)
Campo Grande	Sim	Não	Não	AD
Cuiabá	Sim	Não	Não	AD
Curitiba	Não	Não	Não	AD
Florianópolis	Não	Não	Não	AD
Fortaleza	Sim	Não	Não	AD
Goiânia	Não	Não	Não	AD
João Pessoa	Não	Não	Não	AD
Macapá	Não	Não	Não	AD
Maceió	Não	Não	Não	AD
Manaus	Sim	Não	Não	AD
Natal	Sim	Não	Não	AD
Palmas	Não	Não	Não	AD
Porto Alegre	Sim	Não*	Sim	FEDP (desde 2009)**
Porto Velho	Não	Não	Não	AD
Recife	Não	Não	Não	AD
Rio Branco	Não	Não	Não	AD
Rio de Janeiro	Sim	Sim	Sim	OSS (desde 2009)
Salvador	Sim	Não	Não	OSS (desde 2000, em reversão a partir de 2008)
São Luís	Não	Não	Não	AD
São Paulo	Sim	Sim	Sim	OSS (desde 2003)
Teresina	Não	Não	Não	AD
Vitória	Não	Não	Não	AD

Fontes- Pesquisas Perfil dos Municípios Brasileiros (IBGE,2013b e 2014) e levantamento telefônico realizado no âmbito da pesquisa em dezembro de 2015.

Notas- \*Resposta “Sim” para existência de estabelecimentos administrados por terceiros, porém não havia a opção de FEDP na pesquisa MUNIC 2014.

\*\*Pesquisa as fontes consultadas revelam o início da parceria em 2009 com o ICFC e em 2011 com o IMESF, esta última ratificada pelo gestor da SMS.

Com base nas informações obtidas mediante contato telefônico, a Tabela 1 apresenta a situação nas três capitais que mantinham a terceirização em 2015, considerando o número de UBS e OSS/FEDP envolvidas no processo, o que permite dimensionar o grau de participação das unidades terceirizadas no contexto geral da APS destes municípios.

*Tabela 1: Número total e percentual de terceirização nas Unidades Básicas de Saúde, nas três capitais que mantém contratos, e número de terceiros envolvidos - 2015*

<b>Capital</b>	<b>Número total de Unidades Básicas de Saúde (UBS) informado</b>	<b>Número de UBS envolvidas na parceria com as OS e/ou FEDP</b>	<b>% de terceirização das UBS</b>	<b>Número de terceiros na prestação e da gestão da APS</b>
<b>Porto Alegre</b>	141	95	<b>67,4</b>	4*
<b>Rio de Janeiro</b>	197	193	<b>98,0</b>	4
<b>São Paulo</b>	442	273	<b>61,8</b>	17

*Fonte: Levantamento telefônico realizado no âmbito da pesquisa em dezembro de 2015.*

*Nota: \*Além do IMESF participam da gestão das UBS: Hospital Ernesto Dorneles (1UBS); Mãe de Deus (1UBS); PUC (1UBS); Divina Providência (2UBS, Filantropia/Gratuidade), computadas como terceirização.*

Cabe lembrar que, mesmo capitais possuidoras de modelos de gestão vigentes por meio de OSS ou FEDP, não o fazem de maneira exclusiva, resguardando ainda UBS com o modelo tradicional de atenção, via administração direta, ou unidades mistas. Os gestores de AB das respectivas capitais, respondentes das perguntas sobre o número de unidades administradas pelos entes parceiros, informaram que em Porto Alegre existem 141 UBS, 90 administradas pelo Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família (IMESF) e cinco por outras instituições. No Rio de Janeiro, 193 UBS são administradas por OSS e quatro pela AD, enquanto São Paulo possui 169 UBS tradicionais, 70 unidades mistas (parte no modelo tradicional e parte no modelo ESF) e 203 unidades com modelo exclusivamente baseado na Estratégia de Saúde da Família.

A etapa posterior de caracterização das capitais consistiu na obtenção de dados e indicadores sobre aspectos demográficos e socioeconômicos (Tabela 2). A apresentação dos dados considera a distribuição por Grandes Regiões do Brasil, preservando as relações de proximidade territorial e condições naturais. Essa forma de apresentação será mantida na descrição, análise e discussão dos indicadores de desempenho.

Tabela 2- Caracterização das capitais brasileiras quanto a aspectos sociodemográficos e econômicos.

Região	CAPITAL	População TCU (2012) *	Densidade demográfica (2012) *	PIB <i>per capita</i> (2011) *	IDH municipal (2010) **	Participação % do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) no total das Receitas orçamentárias – 2012	% dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções 2012 ***	% dos gastos com Atenção Básica nos gastos com Saúde 2012 ***	Gasto por habitante na Função Saúde 2012 ***
Norte	Porto Velho	442.701	13,0	21784,8	0,736	14,0	23,7	10,4	514,9
	Rio Branco	348.354	37,8	13120,2	0,727	34,0	16,9	82,7	241,0
	Manaus	1.861.838	163,3	27845,7	0,737	9,2	20,3	44,9	323,1
	Boa Vista	296.959	52,2	17552,7	0,752	24,8	21,4	51,4	355,2
	Belém	1.410.430	1324,5	14027,1	0,746	19,2	28,2	18,2	422,5
	Macapá	415.554	64,9	13821,9	0,733	33,8	19,6	48,1	239,0
	Palmas	242.070	109,1	15878,9	0,788	27,9	23,9	32,5	577,6
Nordeste	São Luís	1.039.610	1256,9	20242,7	0,768	18,3	29,6	5,7	572,9
	Teresina	830.231	596,4	13866,8	0,751	21,7	39,4	11,1	778,0
	Fortaleza	2.500.194	7984,3	16962,9	0,754	15,2	31,2	22,3	516,0
	Natal	817.590	4800,9	15129,3	0,763	15,6	32,7	11,9	530,7
	João Pessoa	742.478	3526,4	13786,4	0,763	19,7	37,8	42,5	781,5
	Recife	1.555.039	7149,8	21434,9	0,772	11,2	22,2	6,3	452,3
	Maceió	953.393	1867,0	14572,4	0,721	24,0	29,1	6,4	467,0
	Aracaju	587.701	3376,6	15913,4	0,770	14,9	34,0	10,3	665,8
	Salvador	2.710.968	3835,6	14411,7	0,759	13,4	24,7	9,0	330,0
Sudeste	Belo Horizonte	2.395.785	7239,0	23053,1	0,810	4,7	29,3	4,0	847,1
	Vitória	333.162	3567,8	85794,3	0,845	6,4	15,5	11,2	678,4
	Rio de Janeiro	6.390.290	5405,0	32940,2	0,799	1,2	19,4	32,5	566,7
	São Paulo	11.376.685	7470,0	42152,8	0,805	0,5	17,7	33,1	565,5
Sul	Curitiba	1.776.761	4084,8	32916,4	0,823	3,9	20,7	39,1	595,1
	Florianópolis	433.158	999,6	26749,3	0,847	8,5	20,1	48,0	502,1
	Porto Alegre	1.416.714	2851,5	32203,1	0,805	4,1	28,7	18,0	834,4
Centro-Oeste	Campo Grande	805.397	99,5	19745,4	0,784	5,9	32,0	19,7	911,6
	Cuiabá	561.329	158,7	22301,8	0,785	8,0	28,2	2,0	653,7
	Goiânia	1.333.767	1803,6	20990,2	0,799	6,7	33,1	49,1	733,5
	Brasília	2.648.532	456,5	63020,0	0,824	ND	ND	ND	ND

Fontes- (\*) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012; IBGE, 2011).

(\*\*) Programa das Nações para o desenvolvimento (PNUD, 2010).

(\*\*\*) Secretaria do Tesouro Nacional (Finbra, 2012), exceto para Brasília, no indicador gasto por habitante .

NOTA- Os dados de Brasília relativos às finanças públicas e execução orçamentária não estão disponíveis no Finbra, por isso adotou-se a sigla ND.

Somente sete capitais possuem IDH alto, todas localizadas nas regiões Sudeste ou Sul, com exceção da capital do Distrito Federal. As demais, estão no nível médio, considerando-se a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2007), que define como baixo desenvolvimento humano os valores de IDH até 0,499, como médio o IDH entre 0,500 e 0,799; como alto, o IDH maior que 0,800. Rio de Janeiro e Goiânia apresentam valores próximos do considerado alto.

As cidades com maior PIB *per capita* correspondem, de modo geral, às que possuem maior IDH, com a inclusão de Manaus entre os valores mais elevados. Em relação a Densidade Demográfica, verificam-se valores bem baixos como os de Porto Velho e Rio Branco, abaixo dos 50 habitantes por km<sup>2</sup> em contraposição a capitais altamente povoadas, Recife, Belo Horizonte, São Paulo e Fortaleza, com índices acima de 7.000 habitantes por km<sup>2</sup>.

As capitais do Norte e do Nordeste são as que apresentam maior participação do FPM nas receitas municipais. Nos indicadores de gastos selecionados, cinco capitais do Nordeste (Teresina, João Pessoa, Aracaju, Natal e Fortaleza) estão entre as que, proporcionalmente às demais funções, mais gastam com a função saúde (mais de 30%). Goiânia e Campo Grande completam este grupo. Dentre as capitais que apresentam maiores gastos em AB proporcionalmente ao total de gastos com a função saúde, destaca-se Rio Branco, com 82,7%, enquanto Cuiabá apresentou gasto de apenas 2% neste indicador.

No Gasto por habitante na Função Saúde, Campo Grande, Belo Horizonte e Porto Alegre apresentam os maiores valores, enquanto Rio Branco e Macapá são as capitais com menores gastos em saúde por habitante no ano de 2012.

## 5.2. Desempenho das capitais brasileiras em Atenção Primária em 2012

A Tabela 3 apresenta as medidas descritivas dos indicadores de desempenho das capitais para o ano de análise mais recente (2012), por grandes regiões do Brasil. Conforme enunciado na metodologia, os resultados referentes ao desempenho são apresentados segundo classificação em indicadores de cobertura, de saúde da criança, de saúde da gestante e da mulher, bem como indicadores de condições de saúde selecionadas e indicadores de saúde bucal (Tabelas 4 a 9).

Tabela 3- Medidas descritivas dos Indicadores de Desempenho das capitais brasileiras por Grandes Regiões-Brasil – 2012

Região	Indicadores 2012	Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos	Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos	Taxa de internações por CSAP	Taxa de mortalidade infantil	Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal	Taxa de mortalidade materna	Razão de exames citopatológicos do colo do útero	Cobertura populacional estimada pelas equipes de AB	Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da mama	Taxa de Mortalidade por diabetes	Taxa de Mortalidade por hipertensão	Cobertura de tetraavalente em crianças	Cobertura de primeira consulta odontológica	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita	Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família
Norte	N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	Média	28,6	11,6	7,5	14,7	46,5	55,1	0,5	58,8	9,7	60,2	38,1	92,6	6,9	73,3	1,9	76,3	4,5	81,3	64,2
	Median	33,2	8,3	7,0	14,2	45,9	53,4	0,6	57,6	10,9	63,8	27,7	90,7	6,9	73,5	0,5	73,6	3,3	84,0	76,5
	DP	11,6	11,0	2,2	4,1	10,7	34,6	0,2	13,8	3,4	10,6	16,3	12,0	2,8	7,1	2,6	9,5	2,6	5,3	28
	Mínimo	12,1	3,1	5,5	9,3	32,7	15,7	0,1	38,1	5,2	44,7	22,0	77,9	2,9	63,9	0,0	63,3	1,6	73,9	24,9
	Máximo	43,4	36,0	11,2	22,4	62,6	107,2	0,8	75,5	13,4	72,0	60,0	109,5	11,5	87,2	7,2	88,2	8,9	87,6	99,5
Nordeste	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	Média	22,6	7,7	6,8	14,3	51,1	54,8	0,4	55,0	16,0	69,8	34,9	98,0	8,4	78,5	1,1	66,1	9,4	71,4	57,6
	Median	17,7	6,2	6,2	15,2	51,8	61,2	0,4	46,3	16,1	72,6	30,5	99,1	7,7	79,8	0,7	66,4	10,2	69,6	52,3
	DP	12,4	5,5	2,3	1,9	7,4	25,3	0,1	24,0	2,6	16,9	16,5	6,9	6,6	4,7	0,9	10,3	4,5	5,0	19,8
	Mínimo	10,0	1,9	4,3	11,2	40,1	20,2	0,2	23,0	11,9	43,5	13,6	84,0	1,6	72,4	0,3	52,4	3,0	66,2	30,3
	Máximo	51,0	17,4	11,5	16,7	62,6	94,1	0,6	88,5	20,3	99,5	72,7	107,9	23,8	83,9	2,7	83,3	14,8	80,5	84,0
Sudeste	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Média	19,1	2,4	5,4	11,2	72,9	63,5	0,4	74,2	22,6	51,3	32,4	103,9	6,1	53,6	3,1	65,9	8,7	60,7	70,5
	Median	20,1	2,4	5,4	11,1	74,5	54,4	0,5	74,1	22,0	48,4	30,6	101,9	6,3	54,5	2,2	63,9	5,9	69,0	73,2
	DP	6,1	0,9	1,6	1,4	3,4	35,0	0,2	23,6	3,8	13,5	6,8	7,0	2,1	36,1	3,0	8,3	6,8	21,3	11,6
	Mínimo	10,7	1,3	3,8	9,6	67,9	34,1	0,2	48,6	18,7	38,4	26,2	97,8	3,4	14,5	0,7	58,3	4,1	29,0	54,2
	Máximo	25,4	3,4	6,9	12,9	74,8	111,0	0,6	100,0	27,8	70,0	42,1	114,0	8,4	90,9	7,2	77,6	18,7	75,6	81,4
Região Sul	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Média	18,7	2,1	7,4	9,3	74,5	38,9	0,4	71,0	20,6	54,6	12,1	96,7	9,3	79,2	1,3	63,7	7,4	74,5	65,9
	Median	11,1	2,1	4,9	9,2	70,4	36,4	0,4	63,2	18,7	69,0	12,5	90,1	9,2	77,9	0,5	63,2	3,5	74,7	66,9
	DP	14,4	1,2	4,8	0,2	8,6	16,4	0,1	17,1	4,2	31,7	9,0	12,1	3,7	4,4	1,7	12,1	7,7	7,0	12,3
	Mínimo	9,6	0,9	4,4	9,1	68,7	23,9	0,4	59,2	17,8	18,3	3,0	89,3	5,6	75,6	0,3	51,8	2,4	67,4	53,1
	Máximo	35,3	3,3	13,0	9,5	84,4	56,5	0,5	90,6	25,4	76,5	20,9	110,7	13,0	84,1	3,3	76,0	16,3	81,3	77,7
Centro-Oeste	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Média	18,2	4,1	5,8	11,8	67,9	53,7	0,4	51,9	16,3	39,0	33,3	99,4	8,1	79,8	1,6	64,8	3,5	79,9	55,7
	Median	16,5	2,1	6,5	12,3	67,6	55,1	0,4	53,7	16,4	36,6	24,8	96,0	5,4	80,4	1,3	67,7	3,5	77,8	56,3
	DP	15,2	5,3	3,8	2,3	2,4	7,9	0,1	6,1	2,1	5,0	21,6	13,6	6,7	8,1	1,5	8,8	2,4	6,6	23,5
	Mínimo	1,5	0,3	0,7	8,6	65,8	43,7	0,3	43,2	13,7	36,4	18,8	87,1	3,4	70,0	0,1	52,0	0,7	74,9	29,1
	Máximo	38,2	11,9	9,5	14,0	70,5	61,0	0,6	56,8	18,8	46,4	64,7	118,5	18,0	88,3	3,6	71,9	6,4	89,3	80,9

Fontes- SIH, SIM, SINASC, SIAB, SINAN, PNI Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS

NOTA- DP= Desvio Padrão

### 5.3. Indicadores de desempenho - 2008 e 2012

#### 5.3.1. Indicadores de Cobertura - 2008 e 2012

O desempenho das capitais nos indicadores selecionados para verificação da Cobertura em AB e de acompanhamento das condicionalidades do PBF encontram-se descritos na Tabela 4.

*Tabela 4- Cobertura em Atenção Básica e Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012*

REGIÃO	CAPITAL	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - 2008	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - 2012	Variação %	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família - 2008	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família - 2012	Variação %
NORTE	Porto Velho	61,4	57,6	-6,2	27,6	30,6	10,8
	Rio Branco	61,4	75,5	23,0	37,4	56,0	49,7
	Manaus	65,0	46,2	-29,0	38,7	81,2	109,9
	Boa Vista	100,0	56,7	-43,4	90,2	99,5	10,3
	Belém	51,9	38,1	-26,6	24,1	80,4	233,4
	Macapá	70,2	74,9	6,7	17,2	24,9	44,7
	Palmas	60,3	62,6	3,9	38,7	76,5	97,6
NORDESTE	São Luís	40,5	35,0	-13,7	26,4	35,7	35,3
	Teresina	88,7	88,5	-0,2	81,3	84,0	3,3
	Fortaleza	42,4	37,0	-12,8	59,6	52,3	-12,1
	Natal	74,2	46,3	-37,6	23,1	30,3	31,3
	João Pessoa	90,0	80,3	-10,8	23,7	78,6	232,1
	Recife	57,1	55,5	-2,8	38,2	42,0	9,9
	Maceió	45,1	44,6	-1,0	22,5	59,4	163,6
	Aracaju	100,0	85,2	-14,8	21,2	78,4	270,7
Salvador*	28,0	23,0	-17,9	56,5	48,6	-13,9	
SUDESTE	Belo Horizonte	83,1	87,3	5,1	99,2	71,6	-27,8
	Vitória	100,0	100,0	0,0	51,8	81,4	57,2
	Rio de Janeiro*	20,9	48,6	132,9	40,8	54,2	32,7
	São Paulo*	52,6	61,0	16,1	22,7	74,8	230,4
SUL	Curitiba	54,3	59,2	9,0	72,9	77,7	6,7
	Florianópolis	100,0	90,6	-9,4	55,9	53,1	-5,1
	Porto Alegre*	57,3	63,2	10,3	14,2	66,9	369,9
CENTRO	Campo Grande	55,2	56,8	3,0	90,7	80,9	-10,8
	Cuiabá	48,1	52,4	9,0	25,5	43,8	71,6
	Goiânia	86,9	55,0	-36,7	21,3	68,8	223,8
	Brasília*	39,3	43,2	9,9	25,5	29,1	14,1

Fontes: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS

Nota: \*Capitais com experiências de terceirização em APS

Todas as capitais da região Norte apresentavam cobertura de Equipes de AB superiores a 50% da população em 2008, com destaque para os 100% apresentados pela cidade de Boa Vista. A variação percentual para o ano de 2012 mostra aumento importante da capital Rio Branco (23,0%), pouco acréscimo das capitais Macapá e Palmas e decréscimos consideráveis em Manaus, Belém e Boa Vista.

Na região Nordeste, todas as capitais apresentaram redução nos percentuais de cobertura em AB, embora declínio expressivo possa ser observado principalmente em Natal (-37,6%). Importante destacar que as cidades de Natal, Teresina, João Pessoa e Aracaju, esta última com 100% de cobertura em 2008, apresentavam índices superiores a 70% no período inicial de análise, enquanto que a cidade de Salvador, única com experiência de administração por OSS na Região, apresentava 28,0% em 2008 com redução para 23,0% em 2012.

Na Região Sudeste, há evolução do indicador para todas as capitais, com exceção de Vitória, por manter em 2012 os 100% de cobertura apresentado em 2008. As capitais São Paulo e Rio de Janeiro, esta última com a expressiva variação positiva de 132,9% entre os períodos de análise, apresentaram evolução superior à de Belo Horizonte, com 5,1%. Contudo, para o Rio de Janeiro, a cobertura em AB inicial era a mais baixa, entre todas as capitais. As cidades que mantiveram a gestão exclusivamente por meio da AD, Vitória e Belo Horizonte, alcançaram maior cobertura nos anos analisados do que as capitais que tiveram experiência de terceirização. Para o ano de 2012, os índices variam de 87,3% a 100% para o primeiro grupo (AD) enquanto Rio de Janeiro e São Paulo, com experiência em terceirização, tiveram índices de 48,6% e 61%, respectivamente.

Na Região Sul, a cidade de Florianópolis apresenta redução de 9,4% no percentual de cobertura, porém apresentava 100% no indicador para o ano de 2008. Curitiba e Porto Alegre apresentam variação positiva semelhante, em torno de 10% para cada capital, ambas partindo de aproximadamente 55% em 2008 para pouco mais de 60% de cobertura em 2012. Portanto, a capital com experiência de parceria com FEDP, Porto Alegre, obteve desempenho similar a uma das capitais com gestão por AD, Curitiba, e bastante inferior à outra capital, Florianópolis, que manteve o indicador acima de 90% em 2012.

No Centro-Oeste, três capitais – Campo Grande, Cuiabá e Brasília - dentre as quatro da região, apresentam leve evolução no indicador, inferiores a 10% entre 2008 e 2012. A cidade de Goiânia diferenciou-se das demais, com decréscimo de 36,7% no período, saindo de uma cobertura de 86,9% no primeiro ano da análise para 55,0% no período posterior. Brasília, a única capital da Região que teve experiência de terceirização da APS desde 1998, apresentou as menores coberturas da região tanto em 2008 (39,3%) quanto em 2012 (43,2%), enquanto as

demais cidades estão com cobertura superiores a 50% para o último ano da análise. Os gráficos do desempenho das capitais para este indicador estão representados na Figura 2.

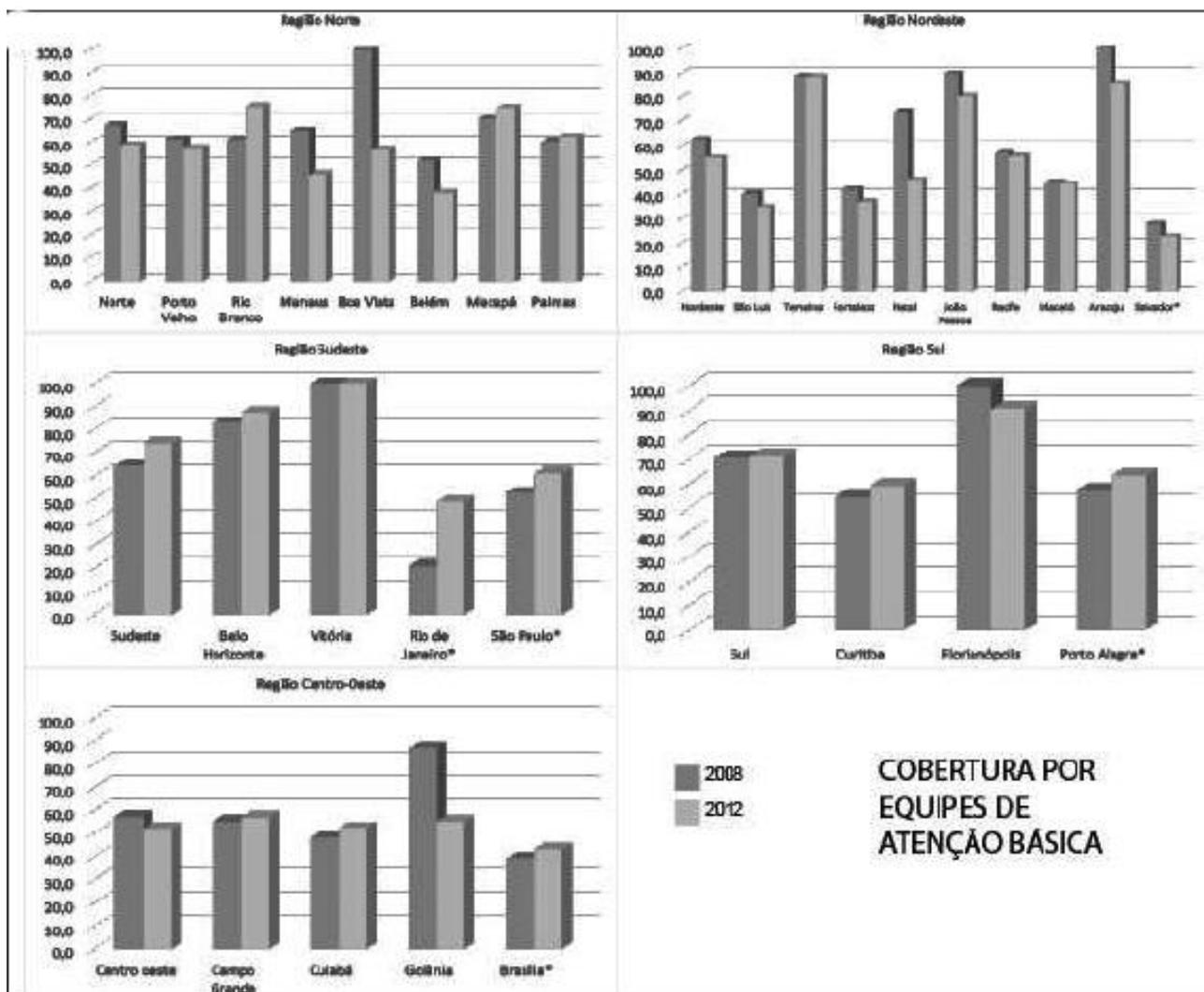


Figura 2- Cobertura por Equipes de Atenção Básica nas Capitais Brasileiras segundo Regiões - 2008 e 2012

Fontes- SCNES/Base Populacional IBGE

Em relação ao indicador de Acompanhamento das Condições em Saúde do Bolsa Família, todas as cidades da Região Norte (onde todas as capitais mantiveram a administração direta), apresentam variação positiva, em percentuais entre 10,3% (Boavista) e 233,4% (Belém). Destaca-se o desempenho de Boavista, com 99,5% de cobertura para o ano de 2012.

Na Região Nordeste, houve variação positiva para sete capitais, e negativa em Fortaleza e Salvador. A capital baiana, com experiência de terceirização, teve a maior variação negativa (-13,9%), embora Natal apresente o menor valor dentre as cidades da região em 2012 (30,3).

Na Região Sudeste, enquanto Belo Horizonte (AD) apresentou significativo decréscimo no período em estudo, chegando em 2012 ao índice de 71,6%; Vitória (AD) e São Paulo (OSS) tiveram desempenho superiores, com destaque para o percentual de 81,4% apresentado pela capital capixaba nesse ano.

Na Região Sul, Curitiba (AD) e Porto Alegre (FEDP), apresentaram variação positiva, enquanto Florianópolis (AD) teve decréscimo de 5,1%, ficando com o menor valor em 2012 (53,1%).

Na Região Centro-Oeste, com exceção de Campo Grande, todas as capitais obtiveram melhoria no indicador, saindo de patamares próximos a 20%, em 2008. A capital do Mato do Grosso do Sul, entretanto, possuía elevado percentual de acompanhamento em 2008 (90,7%), passando para 80,9%, em 2012. Brasília (OSS) obteve a menor cobertura neste ano (29,1%). Ressalte-se ainda que, das três capitais que melhoraram este indicador, a variação da capital com experiência em terceirização foi inferior às das cidades do grupo da AD.

### 5.3.2. Indicadores de Saúde da Criança- 2008 e 2012

Os resultados alcançados pelas capitais nos indicadores selecionados para este segmento da atenção encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5- Indicadores relativos à Saúde da Criança segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012

REGIÃO	CAPITAL	Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos - 2008	Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos - 2012	Variação %	Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos - 2008	Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos - 2012	Variação %	Taxa de mortalidade de infantil por 1.000 nascidos vivos - 2008	Taxa de mortalidade de infantil por 1.000 nascidos vivos - 2012	Variação %	Cobertura de tetravalente em crianças - 2008	Cobertura de tetravalente em crianças - 2012	Variação %	Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo - 2008	Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo - 2012	Variação %
NORTE	Porto Velho	11,0	18,5	68,2	7,2	5,7	-20,2	16,7	14,3	-14,4	106,0	109,5	3,3	87,0	87,6	0,7
	Rio Branco	19,0	12,1	-36,3	6,9	3,1	-54,5	17,7	12,1	-31,6	106,3	90,7	-14,7	74,7	74,9	0,3
	Manaus	16,1	39,1	142,6	10,2	9,9	-2,3	15,8	13,6	-13,9	119,1	107,0	-10,2	69,4	73,9	6,5
	Boa Vista	24,4	33,2	36,1	10,7	8,3	-22,4	13,7	14,2	3,6	93,5	86,1	-7,9	82,0	84,0	2,4
	Belém	44,6	43,4	-2,8	51,4	36,0	-30,0	16,7	17,1	2,4	121,2	82,6	-31,8	85,3	84,5	-0,9
	Macapá	16,7	33,3	98,7	7,6	8,0	4,5	24,9	22,4	-10,0	97,0	94,1	-3,0	77,6	84,8	9,3
	Palmas	17,6	20,8	18,4	8,0	10,0	23,9	14,7	9,3	-36,7	104,4	77,9	-25,4	79,3	79,5	0,3
NORDESTE	São Luís	27,0	17,7	-34,5	11,8	6,2	-47,3	16,5	15,2	-7,9	124,3	102,4	-17,6	79,8	76,9	-3,6
	Teresina	16,7	10,0	-40,3	16,8	7,6	-54,9	17,8	16,2	-9,0	91,2	96,8	6,1	79,6	80,5	1,1
	Fortaleza	23,5	16,2	-31,0	13,7	12,0	-12,5	14,8	11,2	-24,3	95,6	95,0	-0,6	66,7	66,2	-0,7
	Natal	22,3	13,8	-38,1	5,0	1,9	-61,5	16,6	12,6	-24,1	81,5	99,1	21,6	75,9	75,4	-0,7
	João Pessoa	48,1	51,0	6,0	29,1	17,4	-40,2	13,3	14,1	6,0	115,7	102,3	-11,6	70,5	69,9	-0,9
	Recife	27,1	24,4	-10,1	5,5	4,1	-26,4	12,2	12,2	0,0	106,0	107,9	1,8	67,5	67,8	0,4
	Maceió	40,9	31,8	-22,2	18,8	13,8	-26,4	19,4	15,4	-20,6	58,8	84,0	42,9	71,4	69,1	-3,2
	Aracaju	10,9	17,2	58,3	7,1	4,3	-39,3	17,2	15,4	-10,5	110,2	92,8	-15,8	69,4	67,0	-3,5
Salvador*	13,4	21,8	62,5	1,8	2,3	27,9	17,9	16,7	-6,7	71,1	101,6	42,9	69,2	69,6	0,6	
SUDESTE	Belo	24,0	20,9	-12,8	4,3	3,4	-20,3	11,7	10,7	-8,5	89,0	97,8	9,9	735,1	69,3	NA
	Vitória	31,9	19,2	-39,9	11,8	2,5	-78,7	11,2	9,6	-14,3	102,8	114,0	10,9	79,3	68,7	-13,4
	Rio de	10,3	10,7	4,5	1,7	1,3	-24,7	13,7	12,9	-5,8	105,4	101,9	-3,3	75,8	29,0	-61,7
	São Paulo*	22,2	25,4	14,5	2,7	2,4	-12,6	12,1	11,5	-5,0	104,1	101,9	-2,1	74,7	75,6	1,2
SUL	Curitiba	12,2	9,6	-21,3	3,4	2,1	-36,9	9,9	9,5	-4,0	111,7	110,7	-0,9	81,3	81,3	0,0
	Florianópolis	15,3	11,1	-27,4	2,5	0,9	-64,0	9,9	9,1	-8,1	100,2	89,3	-10,9	79,6	74,7	-6,2
	Porto Alegre*	25,0	35,3	41,2	4,6	3,3	-26,9	11,6	9,2	-20,7	99,6	90,1	-9,5	70,3	67,4	-4,1

<b>OESTE</b>	<b>ENTRO-</b>	<b>Campo</b>	24,8	18,7	-24,7	4,6	2,1	-55,7	13,3	8,6	-35,3	105,4	98,8	-6,3	75,8	75,9	0,1
		<b>Cuiabá</b>	14,7	14,4	-2,0	3,3	2,2	-35,5	16,9	14,0	-17,2	99,7	87,1	-12,6	71,9	74,9	4,2
		<b>Goiânia</b>	44,2	38,2	-13,5	18,4	11,9	-35,1	13,9	12,9	-7,2	117,0	93,1	-20,4	84,7	79,6	-6,0
		<b>Brasília*</b>	4,6	1,5	-66,0	1,5	0,3	-79,1	11,9	11,6	-2,5	96,6	118,5	22,7	90,6	89,3	-1,4

Fontes- SIH, SIM, SINASC, SIAB, PNI e Base Demográfica do IBGE

Nota- \*Capitais com experiências de terceirização em APS

Na Região Norte, apenas Belém e Rio Branco conseguiram redução da Taxa de Internação por IRA, a última com decréscimo percentual acima de 30%. Todas as demais capitais tiveram piora no desempenho para este indicador, com destaque para o fato da capital Belém que, mesmo com a redução no índice, manteve o maior valor do grupo para o ano de 2012 (43,4).

Na Região Nordeste, apenas João Pessoa, Aracaju e Salvador não conseguiram melhoria no indicador. As duas últimas tiveram aumento da taxa em torno de 60%, embora apresentassem os menores valores em 2008. Para o ano de 2012, a capital Teresina foi a única a obter o índice inferior a 10%.

Na Região Sudeste, as capitais Belo Horizonte e Vitória conseguiram melhorias nos índices, enquanto Rio de Janeiro, com ligeiro acréscimo, e São Paulo, apresentaram piora no desempenho em relação a 2008. Embora ambas capitais com experiências por OSS tenham aumentado suas taxas de internação por IRA, a capital fluminense apresenta o menor valor do grupo (10,7) enquanto São Paulo detém a maior taxa (25,4) no ano de 2012.

Na Região Sul, Curitiba e Florianópolis obtiveram melhorias superiores a 20 pontos percentuais, atingindo valores próximos a 10,0 em 2012. Porto Alegre, que já apresentava a taxa mais alta em 2008, apresentou aumento considerável, chegando a taxa de 35,3 no segundo período de análise. Nesta região, as capitais administradas pela AD apresentaram desempenhos bem superiores neste indicador.

Na Região Centro-Oeste, todas as capitais obtiveram melhorias nas taxas, com destaque para os baixos índices apresentados por Brasília, tanto em 2008 (4,6) quanto em 2012 (1,5), o que faz com que esta cidade com experiência em OSS tenha o melhor índice para este indicador dentre todas as capitais.

No indicador de Taxa de Internação por Diarreia, grande parte das capitais da Região Norte conseguiu melhorias expressivas, atingindo índices iguais ou inferiores a 10,0 para o ano de 2012, embora Macapá e Palmas tivessem leve piora no desempenho. A exceção foi a cidade de Belém, que apesar da redução de 30,0% em relação a 2008, ainda se manteve com o elevado índice de 36,0.

Na Região Nordeste, as capitais também tiveram consideráveis progressos no desempenho para o indicador, onde parte delas alcançou índices inferiores a 8,0 em 2012, com exceção de Fortaleza (12,0), João Pessoa (17,4) e Maceió (13,8). Salvador foi a única capital da região com elevação da taxa, porém com valores bem reduzidos para os dois anos, 1,8 (2008) e 2,3 (2012).

Na Região Sudeste, o desempenho foi satisfatório para todas as capitais, com alcance geral de valores inferiores a 4,0, em 2012. O mesmo cenário reflete-se na Região Sul, onde as três cidades também evoluíram bastante em relação ao indicador, com patamares semelhantes aos observados na Região Sudeste. Na Região Centro-Oeste o mesmo fenômeno é observado, excetuando-se a situação de Goiânia, onde a importante redução de 35,1% ainda manteve a taxa de 11,9 em 2012.

Quanto à Taxa de Mortalidade Infantil, as capitais da Região Norte apresentaram, de modo geral, relativa estabilidade entre os períodos analisados, situando-se próximas ao valor de 15/1000. Variações positivas baixas foram observadas em Boa Vista (3,6%) e Belém (2,4%). Merecem destaque a situação de Palmas, que conseguiu atingir valor inferior a 10,0 em 2012, e Macapá, por não ter conseguido taxa inferior a 20,0 para o mesmo ano.

A região Nordeste apresenta desempenho semelhante ao da Região Norte. Maceió, Natal e Fortaleza obtiveram reduções significativas, esta última apresentando o melhor indicador da região (11,2) em 2012. A capital, Salvador, que teve experiência de terceirização (OSS), apresenta o maior valor do grupo (16,7) para o mesmo ano.

Na Região Sudeste, todas as capitais apresentaram redução no indicador, com maior variação percentual obtida pela cidade de Vitória (-14,3%). Embora com diferenças não muito elevadas, as duas capitais de gestão exclusivamente pela AD obtiveram taxas mais baixas, portanto com melhor desempenho em relação às capitais com gestão por OSS em 2012.

Na Região Sul, as três cidades apresentaram redução no indicador, encontrando-se em 2012 com o importante resultado de taxa de mortalidade infantil inferior a dois dígitos. A maior redução (-20,7%) foi obtida na capital Porto Alegre, com experiência em terceirização mediante FEDP.

Na Região Centro-oeste, todas as capitais evoluíram em relação ao indicador, notadamente a cidade de Campo Grande (AD), que passou de 13,3 em 2008 para 8,6 em 2012, o que configura o menor índice para este ano dentre todas as capitais do país (Figura 3).

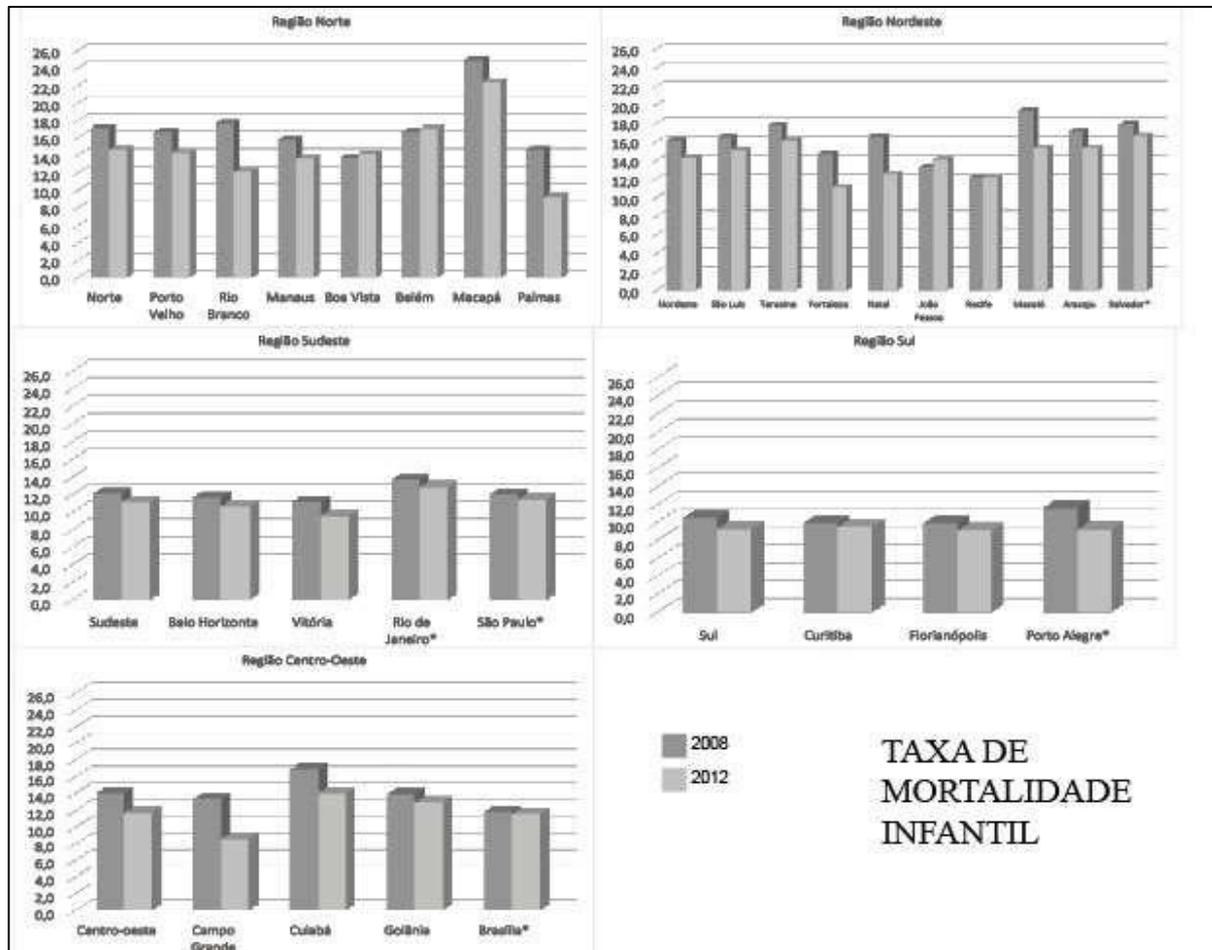


Figura 3- Taxa de mortalidade infantil nas Capitais Brasileiras segundo Regiões – 2008 e 2012

Fontes- SIM/SINASC

Na Cobertura em Tetravalente, a Região Norte apresentou redução em todas as capitais, exceto Porto Velho. As cidades de Boa Vista, Belém e Palmas apresentaram índices inferiores a 90%, com pior desempenho para Palmas, com apenas 77,9% de cobertura em 2012.

No Nordeste, a situação variou entre cidades que reduziram e que aumentaram a cobertura entre os anos de análise, porém todas, com exceção de Maceió, conseguiram valores superiores a 90% em 2012. A capital alagoana, entretanto, apresentou a expressiva variação percentual positiva de 42,9%, similar a evolução obtida por Salvador.

No Sudeste, todas as capitais apresentam resultados favoráveis em 2012, com coberturas superiores a 95%, com destaque para as evoluções em torno de 10% obtidas por Belo Horizonte e Vitória.

Na Região Sul, todas as capitais reduziram a cobertura, porém mantiveram-se em torno dos 90% ou mais em 2012, com destaque para a maior cobertura de 110,7% em Curitiba (AD).

No Centro-Oeste, também houve redução em todas as cidades, porém apenas Cuiabá ficou em patamar inferior a 90%. Destaca-se a cobertura apresentada por Brasília (OSS), de 118,5% em 2012.

No indicador Proporção de Crianças Menores de 4 Meses com Aleitamento Exclusivo, na Região Norte apenas Belém teve variação percentual negativa, embora pequena (-0,9), o que significa que foi a única capital da região com piora nesse indicador. Contudo, em 2012, três capitais apresentam indicadores inferiores a 80% - Rio Branco, Manaus e Palmas.

Na Região Nordeste, grande parte das capitais tiveram redução nesse indicador, e os que apresentaram evolução para melhor, os percentuais foram bem reduzidos. Apenas São Luís, Natal e Teresina obtiveram valores superiores a 75% em 2012.

No Sudeste, as capitais também tiveram variação negativa nesse indicador, com exceção do ligeiro acréscimo apresentado por São Paulo, única a atingir valor superior a 75% em 2012. Destaca-se o elevadíssimo valor de Belo Horizonte para 2008 (735,1), o que sugere inconsistência nos registros do SIAB nesse ano. Enquanto a capital paulista apresentou a maior proporção do grupo em 2012, a outra capital com experiência em OSS, o Rio de Janeiro, obteve a reduzida proporção de 29% neste ano.

No Sul, Curitiba manteve o valor apresentado em 2008, enquanto Florianópolis e Porto Alegre tiveram leves reduções. A capital com gestão por FEDP teve a menor Proporção de Crianças Menores de 4 Meses com Aleitamento Exclusivo, inferior a 70% em 2012. No Centro-Oeste, houve pouca variação entre os anos, com todas as capitais apresentando proporção em torno de 75% ou mais, com destaque para Brasília (OSS), que alcançou a proporção de 89,3% em 2012.

### 5.3.3. Indicadores de Saúde da Gestante- 2008 e 2012

Os resultados dos indicadores relacionados à saúde da gestante estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6- Indicadores relativos à Saúde da Gestante segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012

REGIÃO	CAPITAL	Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal por 1000 nascidos vivos - 2008	Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal por 1000 nascidos vivos - 2012	Variação %	Taxa de Mortalidade Materna - 2008	Taxa de Mortalidade Materna - 2012	Variação %	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre - 2008	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre - 2012	Variação %	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em residentes menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos 2008	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em residentes menores de um ano por 1.000 nascidos vivos 2012	Variação %
NORTE	Porto Velho	38,2	47,4	24,1	64,6	89,5	38,5	79,3	73,5	-7,3	0,4	3,0	650,0
	Rio Branco	38,5	45,9	19,2	28,3	107,2	278,8	62,3	70,8	13,7	5,4	2,6	-51,9
	Manaus	37,4	32,7	-12,6	52,2	53,4	2,3	66,5	69,4	4,3	4,0	3,3	-17,5
	Boa Vista	46,5	44,8	-3,7	65,2	15,7	-75,9	67,4	74,0	9,9	2,0	5,0	150,0
	Belém	45,2	56,9	25,9	33,3	65,5	96,7	66,6	74,0	11,2	2,3	1,6	-30,4
	Macapá	30,9	35,3	14,2	43,8	33,4	-23,7	60,0	63,9	6,5	7,5	8,9	18,7
	Palmas	53,8	62,6	16,4	72,1	21,2	-70,6	82,7	87,2	5,5	5,8	6,8	17,2
NORDESTE	São Luís	37,3	42,9	15,0	82,2	72,0	-12,4	69,5	72,9	4,9	4,9	3,9	-20,4
	Teresina	62,7	51,8	-17,4	57,0	94,1	65,1	79,8	82,5	3,4	0,1	3,0	2900,0
	Fortaleza	39,3	40,1	2,0	41,2	61,2	48,5	64,8	73,6	13,6	9,6	14,6	52,1
	Natal	51,4	54,2	5,4	32,1	49,1	53,0	74,6	79,8	6,9	7,6	10,2	34,2
	João Pessoa	56,4	62,6	11,0	25,5	35,4	38,8	78,6	83,5	6,1	1,9	6,6	247,4
	Recife	54,0	57,5	6,5	71,9	75,1	4,5	76,7	81,3	5,9	9,3	12,0	29,0
	Maceió	61,2	47,5	-22,4	31,1	20,2	-35,0	78,0	76,4	-2,0	5,5	14,8	169,1
SUDESTE	Aracaju	55,7	57,1	2,5	72,7	21,3	-70,7	80,5	83,9	4,3	3,6	12,6	250,0
	Salvador*	45,4	46,5	2,4	96,8	64,6	-33,3	68,5	72,4	5,7	2,0	6,6	230,0
	Belo Horizonte	73,3	74,6	1,8	41,8	40,5	-3,1	0,0	14,5	-	1,8	4,7	161,1
	Vitória	74,6	74,8	0,3	45,6	111,0	143,4	85,2	76,6	-10,1	1,1	7,1	545,5
	Rio de Janeiro*	66,3	67,9	2,4	65,6	68,2	4,0	78,2	32,3	-58,7	9,6	18,7	94,8
SUL	São Paulo*	73,4	74,4	1,4	50,5	34,1	-32,5	84,4	90,9	7,7	2,3	4,1	78,3
	Curitiba	88,2	84,4	-4,3	59,2	23,9	-59,6	78,8	84,1	6,8	1,0	3,5	250,0
	Florianópolis	66,6	68,7	3,2	0,0	36,4		77,3	75,6	-2,3	0,7	2,4	242,9
	Porto Alegre*	70,3	70,4	0,1	43,1	56,5	31,1	77,3	77,9	0,8	6,2	16,3	162,9
CENTRO-OESTE	Campo Grande	73,6	65,8	-10,6	31,2	59,1	89,4	77,6	76,6	-1,2	2,3	6,4	178,3
	Cuiabá	63,3	69,3	9,5	83,3	51,1	-38,7	79,1	84,2	6,4	3,3	4,1	24,2
	Goiânia	75,0	70,5	-6,0	46,3	61,0	31,7	88,8	88,3	-0,5	0,5	0,7	40,0
	Brasília*	62,7	65,8	4,9	58,9	43,7	-25,8	53,1	70,0	31,8	1,5	2,9	93,3

Fontes: SIM/SINASC/SIAB/ SINAN/Base Demográfica IBGE

Nota: \*Capitais com experiências de terceirização em APS

Para o Indicador de Proporção de Nascidos Vivos de Mães que Receberam 7 ou Mais Consultas de Pré-natal, houve variação positiva para grande parte das capitais da Região Norte, com exceção de Manaus e Boa Vista. A capital do Amazonas e a cidade de Macapá apresentaram os menores valores da região para 2012, 32,7% e 35,3%, respectivamente.

Na Região Nordeste, houve variações positivas menores para cinco capitais, e maiores para São Luís e João Pessoa. Os municípios de Teresina e Maceió tiveram expressivas reduções entre os anos de análise. A capital com experiência por OSS, Salvador, juntamente com São Luís, Fortaleza e Maceió, tiveram índices inferiores a 50% para o ano de 2012.

Na Região Sudeste, todas as capitais tiveram variação levemente positiva, mantendo-se com desempenho superiores a 70% em 2012, com exceção do Rio de Janeiro (OSS), que apresentou proporção de 67,9% para este ano.

Dentre as capitais da Região Sul, apenas Curitiba (AD) apresentou variação negativa entre 2008 e 2012, porém é a capital com o maior índice dentre todas do país (84,4%). Florianópolis e Porto Alegre apresentaram desempenho em torno de 70% em 2012.

As capitais do Centro-Oeste alternaram-se entre variações positivas e negativas, mas mantiveram-se com resultados aproximados para o ano de 2012, todas com proporção de 65% a 70% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.

Para o indicador de Mortalidade Materna (Figura 4), a situação das capitais da Região Norte é bastante diversificada entre elas, tanto na variação percentual como no desempenho nos anos analisados. Em 2012, observamos taxas que vão de 15,7 em Boa Vista até 107,2 em Rio Branco.

Na Região Nordeste, houve redução da taxa em quatro capitais, São Luís, Maceió, Aracaju e Salvador. A cidade de Teresina apresenta a maior taxa para 2012 (94,1), enquanto Maceió e Aracaju apresentam os menores índices, ambas em torno de 20,0.

Na Região Sudeste, Rio de Janeiro e Vitória apresentaram variação positiva, embora esta última em grandes proporções, resultando na taxa de 111,0 para 2012. A menor taxa da Região (34,1) para o mesmo ano foi da cidade de São Paulo, componente do grupo com experiência em gestão por OSS.

No Sul, houve expressiva variação negativa da Taxa de Mortalidade Materna para Curitiba (AD) e positiva para Porto Alegre (FEDP), que teve o mais alto valor para 2012 (56,5) em detrimento do menor valor da capital paranaense, com taxa de 23,9. A cidade de Florianópolis, que parece ter tido inconsistência no registro de 2008 (0,0), ficou em situação intermediária em 2012. Na Região Centro-Oeste, também se observam variações discrepantes entre as capitais, com taxas que variam entre 43,7 (Brasília-OSS) e 61,0 (Goiânia-AD) em

2012. O resultado aparentemente mais satisfatório, por ter alcançado a maior variação negativa (-38,7%) para a Taxa de Mortalidade Materna, foi para Cuiabá (AD).

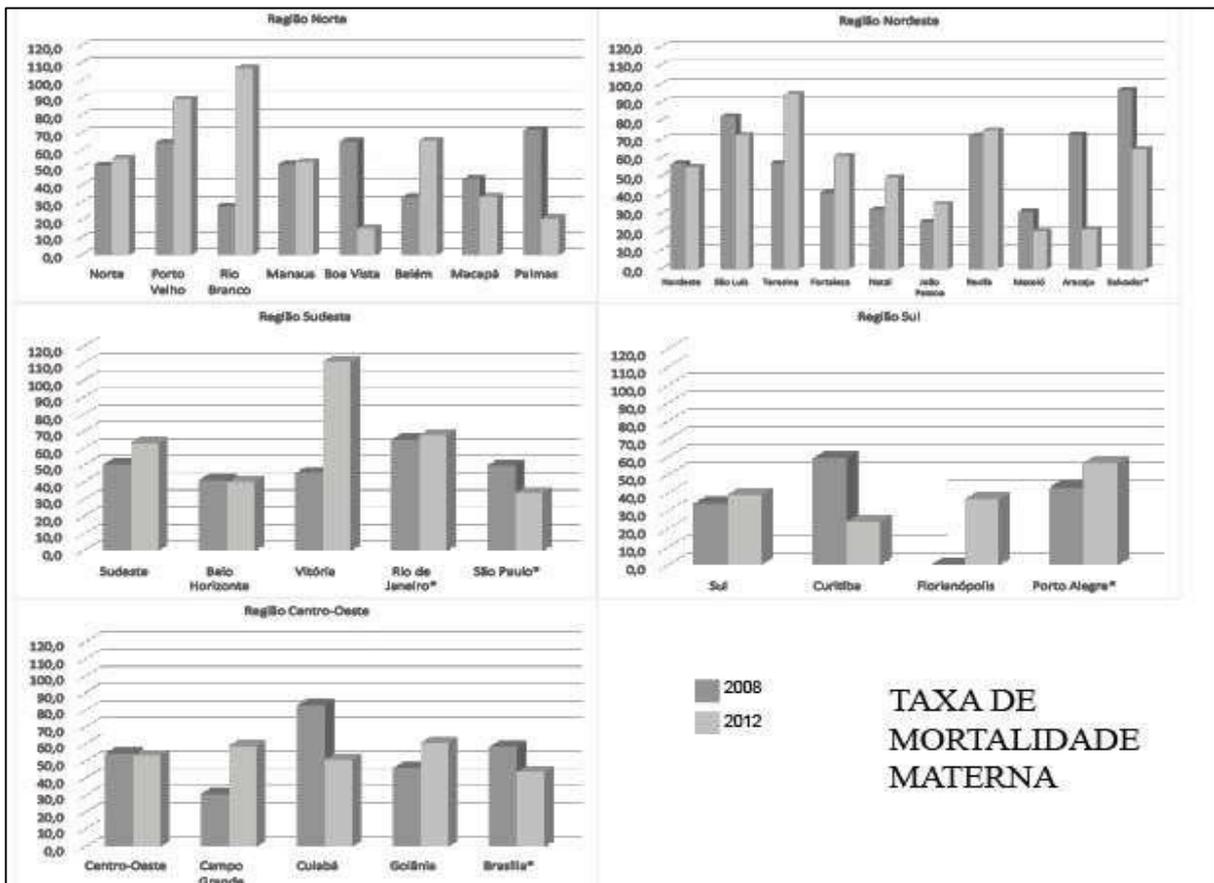


Figura 4- Taxa de Mortalidade Materna nas Capitais e Regiões Brasileiras - 2008 e 2012

Fontes- SIM/Base Populacional IBGE

No Indicador de Proporção de Gestantes que Iniciaram o Pré-natal no Primeiro Trimestre, todas as capitais da Região Norte apresentaram variação positiva entre 2008 e 2012, com exceção de Porto Velho. O menor valor para a região em 2012 foi de 63,9 em Macapá, enquanto o maior foi de 87,2 em Palmas, conforme observado nas Tabelas 3 e 6.

Situação similar pode ser observada na Região Nordeste, onde somente Maceió apresentou variação negativa. Os valores para 2012 ficaram entre 72,4 em Salvador (OSS) e 83,9 em Aracaju (AD).

Na Região Sudeste, apenas São Paulo (OSS) apresentou evolução no indicador, sendo também a capital com maior valor em 2012 (90,9). Rio de Janeiro (OSS) e Belo Horizonte (AD) obtiveram valores bastante reduzidos em 2012, e a capital mineira não apresentou registro para o ano de 2008.

Na Região Sul, a cidade de Curitiba (AD) apresentou a maior variação positiva, além de ter a maior proporção entre as capitais da região em 2012 (84,1).

No Centro-Oeste, Brasília (OSS) apresentou expressiva variação positiva, porém observa-se o maior valor em Goiânia (AD) no ano de 2012 (88,3).

Em relação ao Indicador de Taxa de Incidência de Sífilis Congênita, as capitais da Região Norte apresentaram variações discrepantes nos anos de pesquisa, com desempenhos para 2012 que variam de 1,6 em Belém a 8,9 em Macapá.

Na Região Nordeste, todas as capitais obtiveram variação positiva, com exceção de São Luís. O menor valor verificado em 2012 foi de Teresina (3,0) e maior em Maceió (14,8).

No Sudeste, as capitais também apresentaram variação positiva, porém a cidade do Rio de Janeiro (OSS) apresenta índice bem superior às demais, com taxa de 18,7 em 2012.

Na Região Sul, novamente há variação positiva para todas as capitais, porém com resultados bem diferenciados em 2012. Enquanto Curitiba e Florianópolis apresentam taxa iguais ou inferiores a 3,5, a capital Porto Alegre (FEDP) tem o índice de 16,3 neste ano.

No Centro-Oeste, segue-se o mesmo padrão de variação positiva, com menor taxa em 2012 para Goiânia (0,7) e maior para Campo Grande (6,4).

#### 5.3.4. Indicadores de Saúde da Mulher- 2008 e 2012

Os desempenhos das capitais segundo os indicadores de atenção à saúde da mulher encontram-se descritos na Tabela 7.

Tabela 7- Indicadores relativos à Saúde da Mulher segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012

REGIÃO	CAPITAL	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária - 2008	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária - 2012	Variação %	Taxa de mortalidade por neoplasias maligna da mama - 2008	Taxa de mortalidade por neoplasias maligna da mama - 2012	Variação %
NORTE	Porto Velho	0,5	0,6	0,3	8,8	5,5	-37,5
	Rio Branco	0,9	0,8	-0,2	2,6	13,4	415,4
	Manaus	0,5	0,5	0,0	9,3	12,9	38,7
	Boa Vista	0,8	0,6	-0,3	1,6	12,0	650,0
	Belém	0,3	0,3	-0,2	13,0	10,9	-16,2
	Macapá	0,3	0,1	-0,8	3,8	5,2	36,8
	Palmas	0,9	0,6	-0,3	3,1	8,2	164,5
NORDESTE	São Luís	0,5	0,2	-0,6	11,7	11,9	1,7
	Teresina	1,0	0,5	-0,5	12,0	14,7	22,5
	Fortaleza	0,5	0,4	-0,3	15,9	16,1	1,3
	Natal	0,5	0,3	-0,4	12,7	14,5	14,2
	João Pessoa	0,7	0,6	-0,1	15,2	16,2	6,6
	Recife	0,6	0,5	-0,1	17,6	18,4	4,5
	Maceió	0,6	0,5	-0,2	10,2	13,8	35,3
	Aracaju	0,4	0,3	-0,3	16,4	20,3	23,8
Salvador*	0,6	0,5	-0,1	13,5	18,5	37,0	
SUDESTE	Belo Horizonte	0,4	0,4	-0,1	18,8	18,7	-0,5
	Vitória	0,7	0,6	-0,2	19,0	22,6	18,9
	Rio de Janeiro*	0,3	0,2	-0,1	27,6	27,8	0,7
	São Paulo*	0,6	0,5	-0,1	20,8	21,3	2,4
SUL	Curitiba	0,6	0,5	-0,1	17,4	18,7	7,5
	Florianópolis	0,4	0,5	0,1	11,1	17,8	60,4
	Porto Alegre*	0,4	0,4	-0,1	30,1	25,4	-15,6
CENTRO-OESTE	Campo Grande	0,6	0,6	0,0	18,4	16,9	-8,2
	Cuiabá	0,5	0,3	-0,3	14,5	18,8	29,7
	Goiânia	0,6	0,4	-0,3	10,5	15,8	50,5
	Brasília*	0,3	0,4	0,3	10,9	13,7	25,7

Fontes- SIM/SIA/Base Demográfica IBGE

Nota- \*Capitais com experiências de terceirização em APS

Para o Indicador Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero, as variações positivas podem representar melhoria. Esse indicador apresentou variação negativa em quase todas as capitais da Região Norte, com exceção da variação positiva observada em Porto Velho. Macapá é a capital com menor índice em 2012 (0,1), enquanto Rio Branco tem o melhor desempenho da região (0,8).

Na Região Nordeste, todas as capitais apresentaram variação negativa, alcançando razões entre 0,2 (São Luís) e 0,6 (João Pessoa) em 2012. Na Região Sudeste, da mesma forma; em 2012, para esse indicador, a capital Vitória (AD) apresentou a maior razão (0,6), enquanto o Rio de Janeiro, uma capital com experiência em terceirização, apresentou o menor valor (0,2).

Na Região Sul, apenas em Florianópolis houve variação positiva. As razões, em 2012, nessa região ficaram entre 0,4 e 0,5.

No Centro-Oeste, apenas Brasília apresentou variação positiva, e os valores em 2012 foram de 0,3 (Cuiabá) a 0,6 (Campo Grande).

A evolução comparativa do indicador entre as capitais, por região, pode ser observada na Figura 5.

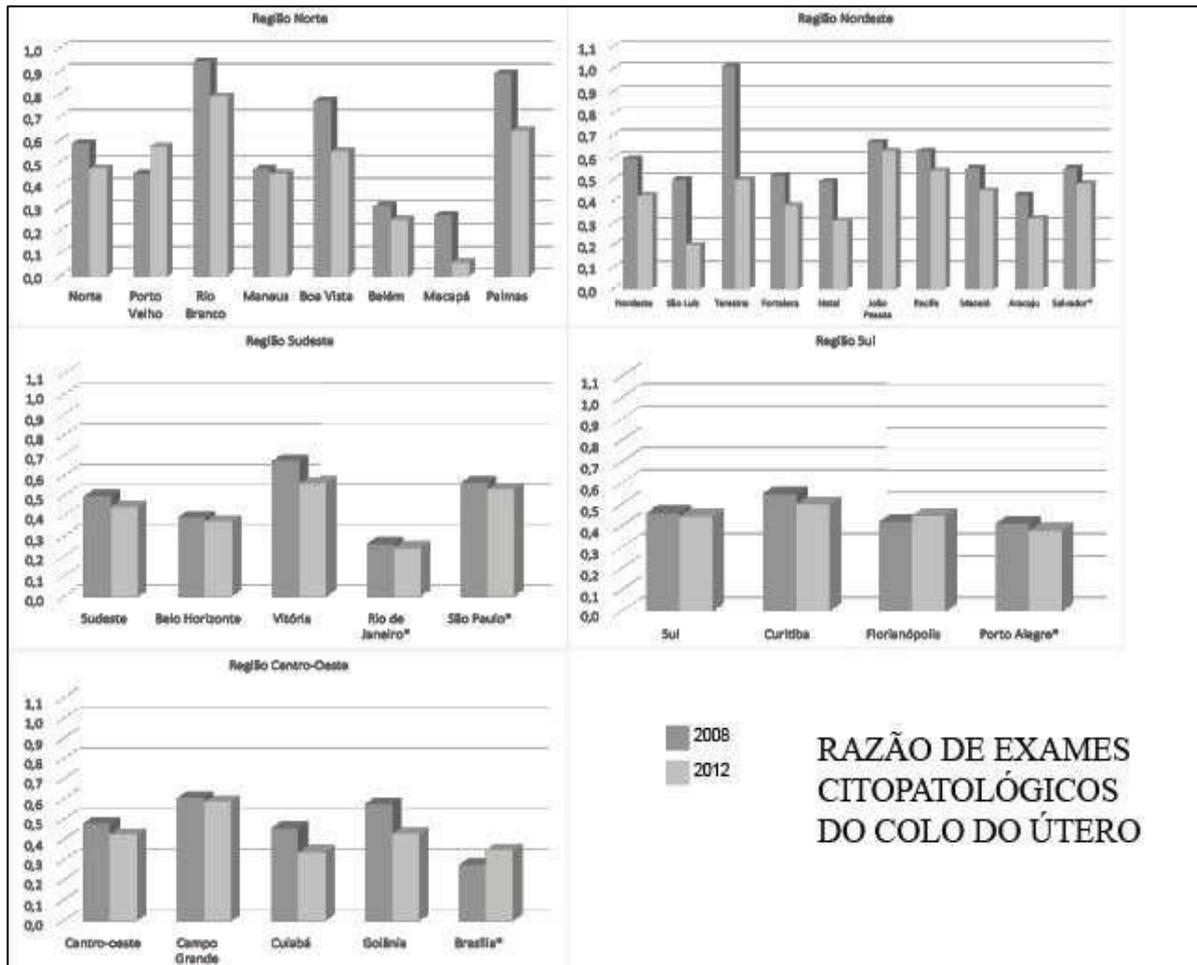


Figura 5- Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero nas Capitais e Regiões Brasileiras - 2008 e 2012

Fontes- SIA-SUS /Base Demográfica do IBGE

Para o Indicador de Taxa de Mortalidade por Neoplasias Maligna da Mama, as variações negativas podem implicar em melhores resultados; contudo, variações positivas podem indicar melhoria no registro. A Região Norte apresentou variação negativa nas cidades de Porto Velho e Belém. Apresentaram as menores taxas da região, em 2012, as cidades de Macapá e Porto Velho, em torno de 5,0.

No Nordeste, houve variação positiva para todas as capitais, com o menor valor em 2012 para São Luís (11,9) e maior para Aracaju (20,3).

No Sudeste, apenas Belo Horizonte (AD) alcançou variação negativa, obtendo o menor valor do grupo (18,7) em 2012. A cidade do Rio de Janeiro (OSS) apresenta o maior índice no ano (27,8).

Na Região Sul, apenas Porto Alegre (FEDP) teve decréscimo entre os anos analisados, porém apresenta a maior taxa para o segundo ano (25,4), enquanto Florianópolis obteve o menor índice (17,8), apesar da expressiva variação positiva.

No Centro-Oeste, apenas Campo Grande reduziu o indicador, alcançando valores próximos às demais capitais em 2012. Brasília (OSS) obteve o menor índice da região (13,7).

#### 5.3.5. Indicadores de Condições de Saúde Seleccionadas- 2008 e 2012

O desempenho das capitais brasileiras com base nos indicadores escolhidos relativos a diabetes, hipertensão, tuberculose e condições sensíveis a APS, encontram-se descritos na Tabela 8.

Tabela 8- Indicadores selecionados de Condições de Saúde segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012

REGIÃO	CAPITAL	Taxa de Mortalidade por diabetes 2008	Taxa de Mortalidade por diabetes 2012	Variação %	Taxa de Mortalidade por hipertensão - 2008	Taxa de Mortalidade por hipertensão - 2012	Variação %	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera - 2008	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera - 2012	Variação %	Taxa de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por mil habitantes em 1 ano - 2008	Taxa de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por mil habitantes em 1 ano - 2012	Variação %
NORTE	Porto Velho	90,5	63,8	-29,5	14,9	27,7	86,2	74,0	63,3	-14,4	4,1	5,8	41,4
	Rio Branco	74,2	66,5	-10,4	35,5	44,1	24,4	81,7	88,2	8,0	9,1	5,5	-39,6
	Manaus	47,0	56,1	19,4	27,8	22,0	-20,7	72,2	72,1	-0,2	6,9	8,1	16,9
	Boa Vista	44,9	72,0	60,4	26,2	60,0	128,8	86,0	81,0	-5,8	11,0	9,5	-13,9
	Belém	51,4	69,9	36,0	15,6	27,1	74	75,7	73,6	-2,8	11,0	11,2	1,8
	Macapá	35,6	48,7	36,8	29,7	59,3	99,8	67,1	68,4	2,0	6,3	7,0	10,8
	Palmas	35,8	44,7	24,9	71,5	26,6	-62,8	88,2	87,5	-0,8	5,6	5,6	0,4
NORDESTE	São Luís	89,5	78,3	-12,5	42,3	22,0	-48,1	78,9	66,4	-15,9	4,8	4,3	-10,8
	Terresina	71,1	81,0	13,9	50	39,4	-21,2	74,0	83,3	12,6	11,9	7,8	-34,3
	Fortaleza	44,4	43,5	-2,0	31,2	29,4	-5,8	73,1	68,9	-5,8	8,9	7,7	-13,5
	Natal	80,8	77,5	-4,1	36,8	30,5	-17,1	69,6	54,4	-21,9	5,2	4,8	-8,0
	João Pessoa	79,3	64,2	-19,0	40,9	40,2	-1,7	52,8	58,1	10,0	13,6	11,5	-15,2
	Recife	54,8	60,2	9,9	18,4	13,6	-25,7	71,5	64,3	-10,1	9,0	8,5	-5,3
	Maceió	74,8	99,5	33,0	71,6	72,7	1,6	74,6	68,8	-7,7	5,1	6,1	18,7
	Aracaju	59,9	72,6	21,2	47,5	29,3	-38,4	70,3	77,9	10,8	4,2	4,5	6,8
Salvador*	47,7	51,8	8,6	36,4	37,1	1,8	68,4	52,4	-23,4	3,4	6,2	81,9	
SUDESTE	Belo Horizonte	38,9	45,8	17,7	45,3	30,6	-32,5	72,1	62,3	-13,5	7,5	6,9	-7,5
	Vitória	46,9	50,9	8,5	36,7	30,6	-16,7	76,6	77,6	1,3	5,3	4,2	-21,0
	Rio de Janeiro*	78,1	70,0	-10,4	49,9	42,1	-15,6	60,6	65,4	7,9	3,7	3,8	3,1
	São Paulo*	40,7	38,4	-5,7	31,8	26,2	-17,6	73,6	58,3	-20,8	5,9	6,5	10,5
SUL	Curitiba	47,8	76,5	60,0	15,8	20,9	32	63,6	76,0	19,4	4,9	4,9	-0,5
	Florianópolis	31,5	18,3	-41,9	5,2	3,0	-42,5	58,8	63,2	7,4	6,0	4,4	-26,2
	Porto Alegre*	57,2	69,0	20,6	13,2	12,5	-5,5	64,5	51,8	-19,7	11,4	13,0	13,7
CENTRO-OESTE	Campo Grande	36,9	36,4	-1,4	37,4	30,3	-19	73,6	52,0	-29,3	5,3	5,4	2,5
	Cuiabá	54,7	46,4	-15,2	47	64,7	37,8	74,8	67,8	-9,3	7,7	7,5	-3,0
	Goiânia	42,8	36,6	-14,5	14,8	18,8	27,4	74,3	67,6	-9,0	12,6	9,5	-24,4
	Brasília*	37,6	36,5	-2,9	21	19,2	-8,8	83,7	71,9	-14,1	2,0	0,7	-64,4

Fontes: SIM/SIH/SINAN/Base Demográfica IBGE

Nota: \*Capitais com experiências de terceirização em APS

Na Taxa de Mortalidade por Diabetes, a Região Norte mostrou variação negativa em Rio Branco e Porto Velho, justamente as cidades que apresentaram taxas mais elevadas em 2008. A capital Palmas apresenta o menor índice para 2012 (44,7), enquanto a capital Boa Vista possui o maior valor (72,0).

Na Região Nordeste, houve variação negativa em São Luís, Fortaleza, Natal e João Pessoa. Cabe destacar a menor taxa em 2012 apresentada por Fortaleza (43,5) e a maior taxa apresentada por Maceió (99,5), ambas cidades sem experiência de terceirização em APS.

No Sudeste, houve variação positiva nas cidades de gestão exclusiva por AD (Vitória e Belo Horizonte) e negativa nas que terceirizaram a gestão (Rio de Janeiro e São Paulo). Entretanto, a capital fluminense permanece com a maior taxa em 2012 (70,0), enquanto São Paulo apresenta a menor (38,4).

Na Região Sul, a capital Florianópolis (AD), que apresentava o menor índice em 2008 (31,5), teve variação negativa que resultou na menor taxa (18,3) dentre todas as capitais do país em 2012.

No Centro-Oeste, houve variação negativa em todas as capitais, que apresentaram valores próximos a 36,5 em 2012, com exceção de Cuiabá (AD), que teve taxa de 46,4 neste mesmo ano.

No indicador de Taxa de Mortalidade por Hipertensão, a Região Norte mostrou variação percentual negativa em Manaus e Palmas, que resultaram nas menores taxas da região em 2012, 22,0 e 26,6, respectivamente. Boa Vista e Macapá tiveram as maiores taxas neste ano, em torno de 60,0.

Na Região Nordeste, apenas Salvador (OSS) e Maceió (AD) apresentaram variação positiva, esta última com a maior taxa em 2012 (72,7). A capital São Luís (AD), apresentou a maior variação negativa, embora Recife (AD) tenha obtido o menor índice no segundo ano da análise (13,6).

No Sudeste, todas as capitais tiveram variação negativa. As cidades com gestão por OSS, Rio de Janeiro e São Paulo, apresentaram a maior (42,1) e a menor taxa (26,2) em 2012, respectivamente.

No Sul, apenas Curitiba (AD) apresentou variação positiva, resultando na maior taxa em 2012 (20,9). A menor taxa neste ano foi de Florianópolis, também de gestão por AD, com o menor índice dentre todas capitais do país (3,0).

No Centro-Oeste, Brasília (OSS) e Campo Grande (AD) obtiveram variação negativa, embora o menor índice da região em 2012 tenha sido o de Goiânia (18,8). O maior valor para este ano ficou com Cuiabá (AD) (64,7).

Na Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, as capitais da Região Norte obtiveram variação positiva apenas em Rio Branco e Macapá, a primeira com a maior proporção em 2012 (88,2%). O menor índice no ano coube a Porto Velho (63,3%).

Na Região Nordeste, as cidades de João Pessoa, Teresina e Aracaju apresentaram variação positiva, as duas últimas com as maiores proporções em 2012, 83,3% e 77,9%, respectivamente. A única capital com experiência de terceirização na região, Salvador, apresentou a maior variação negativa (-23,4) e o menor índice em 2012 (52,4%).

No Sudeste, Rio de Janeiro (OSS) e Vitória (AD) apresentaram variação positiva, esta última com a maior proporção em 2012 (77,6%). A capital com menor índice neste ano foi São Paulo (OSS), com 58,3% de proporção de cura, que também apresentou a maior variação negativa nesse indicador, na região.

No Sul, apenas Porto Alegre (FEDP) teve variação negativa, apresentando a menor proporção dentre todas as capitais brasileiras em 2012 (51,8%). A maior proporção da região no ano foi de Curitiba (AD), com 76,0% de cura.

No Centro-Oeste, todas as capitais apresentaram variação negativa. A capital Brasília (OSS) obteve o maior índice em 2012 (71,9%), enquanto Campo Grande (AD) obteve o menor valor (52,0%).

A Figura 6 demonstra o desempenho das capitais no Indicador de Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial por mil habitantes em 1 ano. Observa-se que na Região Norte, Rio Branco e Boa Vista apresentaram variação negativa no período em análise, a primeira com a menor taxa em 2012 (5,5), enquanto Belém obteve a maior (11,2).

No Nordeste, Maceió (AD), Aracaju (AD) e Salvador (OSS) apresentaram variação positiva, esta última com o maior percentual (81,9%). Em 2012, a maior taxa foi de João Pessoa (11,5) e a menor de São Luís (4,3), ambas de gestão exclusiva por Administração Direta.

No Sudeste, Belo Horizonte e Vitória, ambas de gestão por AD, apresentaram variação negativa, enquanto as capitais com gestão por OSS, Rio de Janeiro e São Paulo, apresentaram variação positiva. Em 2012, o Rio de Janeiro obteve o menor índice (3,8) e Belo Horizonte o maior (6,9).

No Sul, apenas Porto Alegre (FEDP) apresentou variação positiva, sendo também a capital com maior taxa dentre todas capitais do Brasil, com 13,0 em 2012.

No Centro-Oeste, apenas Campo Grande (AD) apresentou variação positiva. Destaca-se a menor taxa das capitais brasileiras apresentada por Brasília (OSS) em 2012 (0,7), enquanto

Goiânia apresentou a maior taxa da região no mesmo ano (9,5). Brasília também apresentou a maior melhoria nesse indicador (-64,4%).

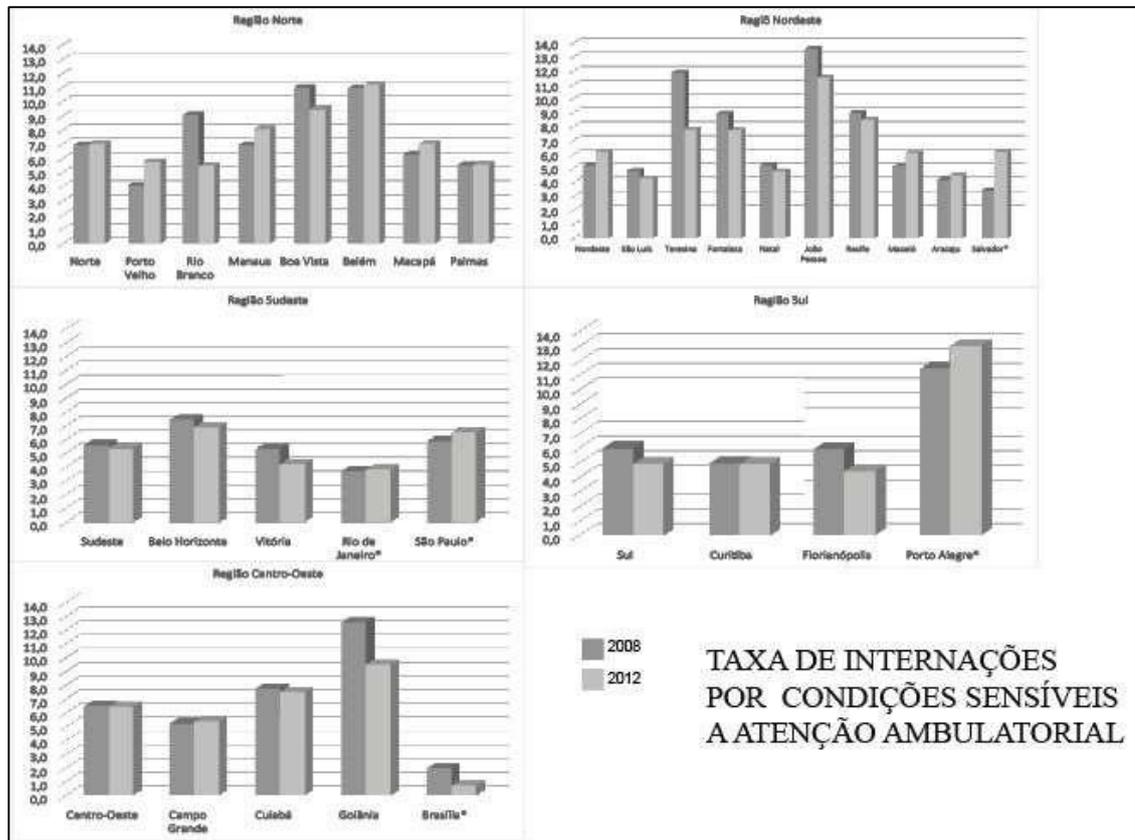


Figura 6- Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial por Mil Habitantes em 1 ano nas Capitais e Regiões Brasileiras – 2008 e 2012

Fontes- SIH-SUS/Base Demográfica do IBGE

## 5.3.6. Indicadores de Saúde Bucal- 2008 e 2012

A Tabela 9 apresenta os resultados dos indicadores de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica e Média Mensal de Participantes na Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada obtidos pelas capitais, nos anos em análise.

Tabela 9- Indicadores de Saúde Bucal segundo capitais e regiões - Brasil - 2008 e 2012

REGIÃO	CAPITAL	Cobertura de primeira consulta odontológica - 2008	Cobertura de primeira consulta odontológica - 2012	Variação %	Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada 2008	Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada 2012	Variação %
NORTE	Porto Velho	29,3	7,8	-73,4	0,4	3,1	782,9
	Rio Branco	7,6	6,3	-17,1	5,0	7,2	43,9
	Manaus	7,5	4,2	-44,0	0,3	0,5	85,2
	Boa Vista	55,4	11,5	-79,2	0,0	0,0	200,0
	Belém	32,3	8,6	-73,4	0,0	0,2	350,0
	Macapá	44,7	2,9	-93,5	0,2	0,0	-86,7
	Palmas	104,6	6,9	-93,4	1,5	2,3	54,8
NORDESTE	São Luís	20,4	9,3	-54,4	7,7	0,4	-95,3
	Teresina	17,9	9,3	-48,0	1,5	0,9	-39,2
	Fortaleza	2,9	1,6	-44,8	2,4	2,7	14,4
	Natal	11,9	4,2	-64,7	1,4	0,6	-54,9
	João Pessoa	18,6	23,8	28,0	0,8	2,2	175,0
	Recife	10,0	7,2	-28,0	1,0	0,4	-58,2
	Maceió	5,0	2,2	-56,0	2,8	2,0	-27,6
	Aracaju	49,0	10,3	-79,0	2,5	0,7	-73,6
	Salvador*	15,7	7,7	-51,0	0,2	0,3	50,0
SUDESTE	Belo Horizonte	2,8	6,6	135,7	0,3	3,3	943,8
	Vitória	7,7	8,4	9,1	6,0	7,2	21,0
	Rio de Janeiro*	2,4	3,4	41,7	0,4	0,7	86,5
	São Paulo*	4,6	5,9	28,3	0,6	1,0	70,0
SUL	Curitiba	9,5	9,2	-3,2	4,7	3,3	-29,2
	Florianópolis	4,1	5,6	36,6	0,0	0,5	-
	Porto Alegre*	5,2	13,0	150,0	0,3	0,3	-0,2
OESTE	CENTRO-Campo Grande	12,0	18,0	50,0	2,3	3,6	0,6
	Cuiabá	5,8	4,7	-19,0	0,0	0,8	26,7
	Goiânia	4,4	3,4	-22,7	0,1	1,8	25,3
	Brasília*	7,6	6,1	-19,7	0,1	0,1	-0,1

Fontes: SIA, Base Demográfica do IBGE

Nota: \*Capitais com experiências de terceirização em APS

O desempenho das cidades, por região, relativos ao Indicador de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica, está representado na Figura 7. Observa-se variação negativa em todas as capitais da Região Norte, com menor cobertura em 2012 para Macapá (2,9) e maior para Boavista (11,5). As cidades de Boavista e Palmas apresentaram valores que parecem inconsistentes para o ano de 2008.

Na Região Nordeste, situação similar de variação foi encontrada, com exceção da variação positiva apresentada por João Pessoa (AD), sendo esta a capital com maior cobertura em 2012 (23,8). O menor índice dentre todas as capitais brasileiras neste ano foi de Fortaleza (AD) (1,6).

No Sudeste, todas as capitais apresentaram variação positiva, com destaque para o maior valor apresentado em 2012 por Vitória (AD) (8,4) e o menor apresentado pelo Rio de Janeiro (OSS) (3,4). Contudo, melhoria mais expressiva para esse indicador, nos anos considerados, se deu em Belo Horizonte, com a maior variação percentual positiva na região (135,7%).

No Sul, apenas Curitiba (AD) obteve variação negativa. A maior cobertura em 2012 foi de Porto Alegre (FEDP) (13,0), que também apresentou a maior variação positiva (150,0%).

No Centro-Oeste, apenas Campo Grande (AD) obteve variação positiva e apresenta a maior cobertura em 2012 (18,0), enquanto Goiânia (AD) apresentou o menor valor (3,4) e a maior variação negativa no indicador (-22,7%). Contudo, Brasília (OSS) apresentou variação negativa expressiva (-19,7%).

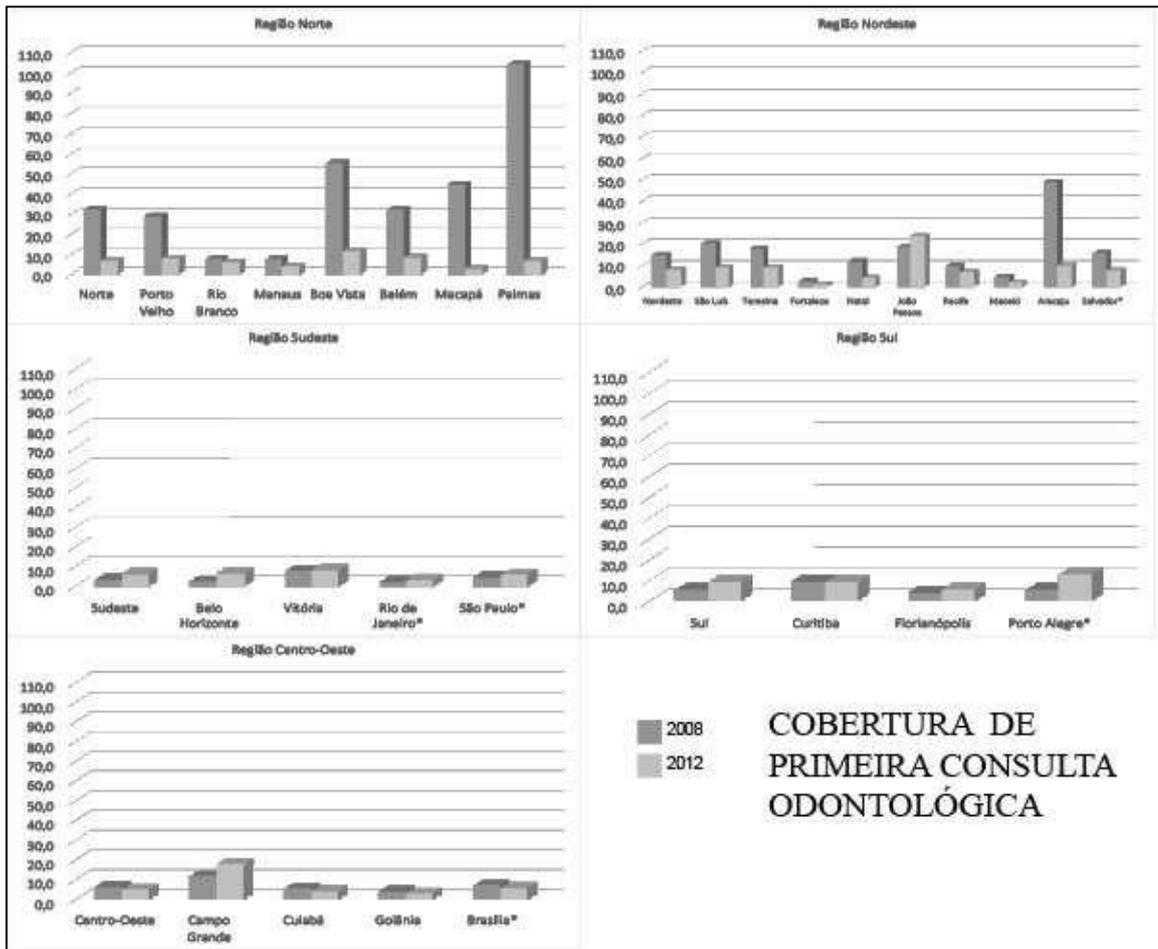


Figura 7- Cobertura de Primeira Consulta Odontológica nas Capitais Brasileiras e Regiões - 2008 e 2012

Fontes- SIA-SUS/Base Demográfica IBGE

Em relação ao Indicador de Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada, destacam-se o maior valor apresentado em 2008 por Rio Branco (5,0) e os valores zerados para Boa Vista e Belém<sup>7</sup>, em virtude do arredondamento para uma casa decimal. Todas as capitais apresentaram variação positiva, com exceção de Macapá, que não demonstra melhora nesse indicador, enquanto Rio Branco seguiu com a maior média de escovação na região neste ano (7,2), e uma das duas maiores do país, ao lado de uma capital de outra região, Vitória, que obteve o mesmo valor (7,2).

<sup>7</sup> Em Boa Vista, apesar de constarem zeros na tabela, a evolução foi de 200%, na medida em que o cálculo se referia à evolução do valor de 0,01 – apresentado em 2008, para 0,03, em 2012. Em Belém os valores evoluíram 250%, de 0,0 para 0,2.

Na Região Nordeste, a maior média em 2012 foi de Fortaleza (AD) (2,7), enquanto Salvador (OSS) obteve a menor (0,3). São Luís teve expressiva variação negativa, saindo de 7,7 em 2008 para 0,4 em 2012.

No Sudeste, a menor média em 2012 é do Rio de Janeiro (OSS) (0,7), enquanto a maior é de Vitória (AD)(7,2).

No Sul, destacam-se o menor valor em 2012 de Porto Alegre (FEDP) (0,3) e o maior de Curitiba (AD) (3,3).

No Centro-Oeste, a menor média em 2012 foi de Brasília (OSS), com 0,1, enquanto Campo Grande (AD) obteve o maior valor (3,6).

A seguir, a Tabela 10 consolida a avaliação do desempenho dos indicadores segundo o modelo de gestão terceirizado ou administração direta, para o ano de 2012<sup>8</sup>. A Região Norte não consta na tabela pois nela não existe caso de terceirização da APS.

Conforme consta na seção de Procedimentos Metodológicos, o desempenho foi considerado melhor quando a cidade da respectiva região atingiu o maior valor em indicadores onde valores mais altos representam melhor desempenho. Como exemplo, os indicadores de Cobertura, de Proporção, de Razão de exames citopatológicos do colo do útero e de Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação supervisionada.

De forma análoga, as cidades que foram consideradas como de pior desempenho por região foram aquelas que apresentaram as mais altas taxas (de ICSAP, internação por diabetes e IRA, incidência de sífilis e mortalidade).

---

<sup>8</sup> A Tabela 10 consolida a avaliação de todos os indicadores para todas as capitais, efetivada no Apêndice C.

*Tabela 10- Distribuição regional das capitais quanto ao modelo de gestão e avaliação do desempenho observado nos 19 indicadores do estudo, nas regiões com pelo menos um caso de terceirização da APS- 2012.*

<b>Região</b>	<b>OS e AD na região</b>	<b>Número de indicadores com Melhor desempenho</b>	<b>Número de indicadores com Pior desempenho</b>
<b>Nordeste</b>	AD (n=8)	19	14
	OSS (n=1)	0	5
<b>Sudeste</b>	AD (n=2)	10	5
	OSS (n=2)	9	14
<b>Sul</b>	AD (n=2)	18	9
	FEDP	1	10
<b>Centro - Oeste</b>	AD (n=3)	11	15*
	OSS (n=1)	8	5*

*Fonte: Elaboração própria com base no desempenho das capitais descritos no Apêndice C*

*Nota: \*Brasília e Campo Grande têm o pior desempenho em Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal.*

A tabela em questão, da qual foram excluídas as sete capitais da Região Norte por todas terem mantido o modelo de AD, sintetiza a avaliação do desempenho das demais capitais segundo os 19 indicadores. Ela evidencia um expressivo número de indicadores em situação de pior desempenho nas cidades que tiveram experiência de terceirização, apesar delas serem em menor número (5 em 27) e da já citada exclusão da região Norte. A contribuição de três capitais com experiência de terceirização – Brasília, Rio de Janeiro e Porto Alegre – nesse cômputo é grande. A primeira, que desloca para cima o desempenho do conjunto das capitais com experiência de terceirização, ao apresentar melhores resultados em oito indicadores; o Rio de Janeiro, que apresenta o pior desempenho em 12 dos 19 indicadores; e Porto Alegre que contribuiu apenas com um indicador em situação de melhor desempenho e com 10 indicadores com pior desempenho.

De modo geral, não se observaram melhores resultados regionais para os indicadores selecionados, nos anos em estudo, entre as capitais com experiência de terceirização, exceto na Região Centro-Oeste, pela contribuição de Brasília. Esta, ademais, apresenta, dos oito indicadores com melhor desempenho regional, cinco com os melhores resultados para todas as capitais do Brasil. São eles: Taxa de Internação por IRA, Taxa de Internação por diarreia,

cobertura de tetravalente, proporção de aleitamento exclusivo e Taxa de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Ambulatorial.

A sua situação também é diferenciada em relação aos indicadores de caracterização (PIB *per capita*, o segundo maior do país; gasto por habitante na Função Saúde, o maior entre todos os estados<sup>9</sup> e capitais dos estados; terceiro mais alto IDH entre todas as capitais), o que pode indicar a influência de outros fatores, que não a terceirização, para esses resultados positivos.

---

<sup>9</sup> Como abordado anteriormente, o Finbra, fonte das informações sobre execução financeira dos municípios Brasileiros, não contém dados de Brasília, pelas suas características de município e estado. Ademais, como também disposto na metodologia, os termos Brasília e DF são considerados como intercambiáveis. Essas opções não parecem comprometer o dado, tendo em vista que a fonte desse dado na pesquisa do CFM (2014), é o Relatório Resumido da Execução Financeira (RREO), também disponível no sítio da Secretaria do Tesouro Nacional.

## 6. DISCUSSÃO

Buscou-se responder aos objetivos da pesquisa, no que diz respeito à caracterização das cidades, ao seu desempenho em APS em 2012, e à evolução dos indicadores de desempenho no período 2008 a 2012, considerando a experiência atual ou prévia do que neste estudo se denominou como terceirização da APS, embora não se tenha pretendido vincular o desempenho observado à sua adoção.

Quanto às respostas às questões de investigação, o estudo revelou que as cinco capitais identificadas com experiência prévia ou atual em terceirização por meio de Organizações Sociais em Saúde ou Fundação Estatal de Direito Privado (Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Brasília), mediante os indicadores selecionados e no período analisado, de modo geral, não obtiveram melhor desempenho perante as capitais que mantiveram a provisão e a gestão da APS por meio da administração direta. E que, a despeito das variações positivas apresentadas pelas cidades que mantiveram a terceirização da APS após o ano de 2008 – São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro, esta última com elevado percentual (132,9%), que sugerem expansão de cobertura em AB por meio da terceirização, capitais que mantiveram a AD alcançaram coberturas maiores no último ano de análise.

É necessário ressaltar o caráter dinâmico dos achados do estudo quanto à adoção ou não da terceirização da gestão e da prestação de serviços em APS nas capitais. Além dessa adoção ter se dado em períodos distintos, revelou-se processo de reversão do modelo em Salvador e Brasília, ao passo que Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre encontram-se em situação de vigência da terceirização. Apesar das perguntas elaboradas nas pesquisas realizadas pelo IBGE tenham sido diversas, a comparação do número de municípios que declararam parcerias com OS na gestão da saúde nas pesquisas MUNIC 2013 e 2014; 1.215 e 996, respectivamente (IBGE, 2013b, 2014), pode sugerir um movimento recente de redução da implantação do modelo no país.

Na capital Salvador, a terceirização de mão de obra em APS se deu a partir do ano 2000, com a contratação de Agentes Comunitários de Saúde por meio de convênio com a Associação Baiana de Medicina (ABM). Em 2004, foram assinados contratos de gestão de unidades básicas com as instituições- Fundação Monte Tabor, Sociedade Portuguesa de Beneficência, Hospital Evangélico e Hospital Sagrada Família (SANTOS *et al.*, 2012a). Em 2008, houve rompimento de contrato de trabalhadores terceirizados da ESF, vinculando-se novamente a

gestão das unidades de saúde da família à administração direta do município, embora ainda permaneça a terceirização nas UBS com serviços de pronto atendimento (SANTOS, 2009).

No caso de Brasília (Distrito Federal), a resposta à pergunta remetida aos gestores da APS- “Em caso positivo, a partir de que ano iniciou-se a parceria?” - trouxe o relato de parcerias com o Instituto Candango de Solidariedade (ICS) e Fundação Zerbini entre os anos de 1998 e 2009, a partir de quando teria dado início a retomada da gestão pela Administração Direta. Segundo Costa (2012), batalhas judiciais derivadas de questionamentos do Ministério Público a respeito de processos licitatórios e suspeitas de gastos irregulares por meio das OSS, causaram o rompimento do modelo no período. Em 2011, a Secretaria de Saúde do DF estabeleceu nova parceria com a OSS Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE), único processo verificado na atualidade, porém no âmbito hospitalar, visto se tratar de gestão da assistência à saúde no Hospital da Criança de Brasília José Alencar – HCB.

O processo de terceirização da gestão por meio de OSS na Atenção Primária do Rio de Janeiro, iniciado em 2009, é descrito em pesquisa avaliativa de implantação das Clínicas da Família na cidade a partir deste ano, como ferramenta para maior agilidade administrativa e de execução financeira para aquisição de mão de obra e insumos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Em São Paulo, as parcerias adotadas no início dos anos 2000 entre a SMS e instituições como a Casa de Saúde Santa Marcelina, Santa Casa de São Paulo e o Centro de Estudos João Amorim (CEJAM); representam para Elias e colaboradores (2003) “uma modalidade de gestão cujo núcleo consiste na transferência para o setor privado não lucrativo da responsabilidade pela administração dos recursos humanos envolvidos no projeto”.

Além da Fundação Estatal IMESF e dos convênios para gestão de unidades de AB com os hospitais Ernesto Dorneles, Mãe de Deus, Divina Providência e com a Pontifícia Universidade Católica (PUC) - apurados na pesquisa telefônica com o gestor local de Porto Alegre - relatórios do TCE-RS apontam parcerias com Associações de Moradores desde 1996, no início das atividades da ESF no município. Posteriormente, estabeleceram-se relações conveniadas com a FAURGS, de setembro/2000 a agosto/2007, Termo de Parceria com o Instituto Sollus, entre agosto/2007 a setembro/2009 e com a Fundação Universitária de Cardiologia a partir de 02/09/2009 (TCE-RS, 2010).

As capitais com experiência de terceirização estão entre as dez com maior IDH e PIB *per capita*, com exceção de Salvador. A Tabela 2 mostra ainda que todas estão entre as capitais mais populosas, acima de 1 milhão de habitantes. Os dados da MUNIC 2014 (IBGE, 2015),

vinculam o peso da participação das Organizações Sociais no total de estabelecimentos terceirizados ao tamanho da população.

De maneira geral, as melhores condições socioeconômicas refletidas pelos maiores IDH e PIB *per capita* nas cidades das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste tem relação inversa com a participação do FPM nas receitas orçamentárias do município, o que sugere maior poder de arrecadação própria e conseqüentemente menor dependência de transferências federais para financiamento das políticas públicas locais. Segundo Santos e Santos (2014), o montante de 10% do FPM – principal repasse obrigatório da União – é reservado às capitais, e sua distribuição é feita em proporções que beneficiem as cidades mais populosas e de menores renda *per capita*, buscando cumprir um dos objetivos da criação do Fundo, qual seja a redução das disparidades econômicas entre os municípios das diferentes regiões do país.

Vale mencionar que, no âmbito específico dos recursos da união para execução das ações de Atenção Básica, o repasse se dá essencialmente através do Piso de Atenção Básica (PAB), fixo e variável. Estudo de série histórica em publicação do Instituto Sul- Americano de Governo em Saúde - ISAGS (2014) demonstra aumento constante da representatividade dos gastos com APS no total de gastos do Ministério da Saúde, partindo de 12,8% em 2000 para 23,5% em 2012.

Maior proporcionalidade dos gastos em Atenção Primária, tanto a nível federal quanto estadual e municipal, pode significar maior priorização do rol de atividades ligadas a este nível do cuidado à saúde, a valorização da promoção, prevenção e resolutividade dos principais agravos e, conseqüentemente, uma mudança gradual do modelo de atenção historicamente predominante, baseado na busca e oferta por serviços de especialidades médicas e de urgência/emergência, em unidades de pronto atendimento ou hospitalares. Entretanto, há que se estar atento pois uma maior proporção de gastos em AP pode também inferir que outros gastos em saúde não estão se realizando e a causa pode ser a não assunção pela capital, da responsabilidade pela atenção integral a seus munícipes.

As capitais das regiões mais desenvolvidas economicamente não necessariamente correspondem às que realizam maiores gastos com saúde em relação aos gastos com outras funções, o que pode corresponder também a gastos elevados nas demais atribuições essenciais do governo municipal. Vitória, São Paulo e Rio de Janeiro, por exemplo, encontram-se entre as cidades que apresentam valores inferiores a 20% neste indicador. Outro aspecto curioso observado neste trabalho, é de que duas capitais mencionadas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-MS) como exemplos exitosos em construção de forte rede de APS, Belo Horizonte e Aracaju (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE,

2011a), apresentam em 2012 percentuais de gastos em AB próximos ou inferiores a 10% do total de gastos em saúde, o que pode ser explicado por essas cidades terem se responsabilizado, inclusive, pela atenção de alta complexidade. As outras duas cidades mencionadas no estudo da OPAS, Curitiba e Florianópolis, apresentam gastos proporcionais bem maiores, próximos a 40% e 50% respectivamente, com possível influência de maior participação da gestão estadual na atenção hospitalar. As quatro capitais analisadas pela OPAS pertencem ao grupo de gestão exclusiva por Administração Direta.

Quanto ao Gasto por habitante na Função Saúde, Goiânia, Belo Horizonte e Porto Alegre, cidades entre as de maior IDH, estão entre as seis capitais que apresentam os maiores gastos *per capita*, com valores acima de 733 reais por habitante/ano. O resultado deste estudo se assemelha ao levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2014), relativo ao ano de 2013, onde essas mesmas capitais aparecem com os maiores gastos. Campo Grande e Teresina também aparecem nas primeiras posições em ambos os estudos. O Distrito Federal teve o dado obtido pelo CFM em pesquisa com os estados no mesmo ano, com o maior valor para o gasto governamental em saúde dentre todas as unidades federadas do Brasil (1.042,20 por habitante). Ainda segundo o CFM, a Organização Mundial de Saúde aponta o Brasil como o país de menor participação do Estado no financiamento da saúde entre os países de sistema universal, com gasto *per capita* bem inferiores a Inglaterra, Alemanha, França, Canadá e Argentina, por exemplo.

Uma das limitações do presente trabalho foi a dificuldade de obtenção de dados correspondentes aos gastos em contratação de pessoal e serviços terceirizados na saúde, especialmente na APS. Além da fragilidade das informações sobre o processo das parcerias com OSS ou FEDP relatadas anteriormente, consulta ao SIOPS para os anos da pesquisa mostraram alimentação inconsistentes em campos como “Contratação por Tempo Determinado do Programa Saúde da Família – PSF”, “Serviços de Terceiro do PSF” e “Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização”.

Ainda não são muitos os estudos que verifiquem se há maiores gastos quando se adota o modelo da terceirização da gestão. No âmbito da atenção hospitalar, o TCE de São Paulo apontou custos mais altos na administração por OSS, com variações em torno de 39% na comparação com hospitais da Administração Direta. No Mato Grosso, o Conselho Estadual de Saúde também constatou gasto maior, corroborado pelo caso onde um dos hospitais recebeu valores oito vezes maiores do que quando era gerido diretamente pelo Estado e por possíveis ocorrências de superfaturamentos investigados pelo Tribunal de Contas deste estado (CORREIA; SANTOS, 2015). Segundo Oliveira (2015), o orçamento da saúde do município

do Rio de Janeiro praticamente dobrou entre 2009 e 2013, período de expansão de valores destinados às Organizações Sociais.

Embora a luta permanente dos que militam pelo fortalecimento da saúde pública seja a reversão do histórico subfinanciamento do setor, não se deve esperar que modelos alternativos cujo um dos objetivos seria de aumento de eficiência na prestação de serviços, com melhor desempenho a menores custos, tornem mais caras as ações anteriormente executadas por meio da Administração Direta. Discutiremos a seguir os resultados das capitais nos indicadores selecionados em seus respectivos grupos, conforme definido no Quadro 7.

### 6.1. Indicadores de Cobertura

Os indicadores de Cobertura por Equipes de Atenção Básica e Acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família permitem observar a expansão da oferta de serviços de atenção primária, da possibilidade de maior acesso às ações de promoção, prevenção e resolução de grande parte dos principais problemas em saúde; e também o monitoramento da atenção prestada à grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social, como os beneficiários do PBF. Dentre as condicionalidades acompanhadas, estão a imunização de crianças e gestantes, atenção ao pré-natal e à curva de crescimento infantil.

Variações negativas expressivas no indicador de Cobertura em Atenção Básica podem estar ligadas a situação de cadastro das equipes no SCNES ou dificuldade para manutenção de ESF ou parametrizadas completas, principalmente no caso de Boa Vista, que apresentou redução de 43,4 % em relação ao valor de 2008. Outra possibilidade seria a de inconsistência no dado informado neste mesmo ano. A capital mais densamente povoada da Região Norte, Belém (Tabela 2), não conseguiu ultrapassar os 40% de cobertura populacional.

Embora as variações positivas apresentadas pelas cidades que mantiveram as parcerias com OSS ou FEDP após o ano de 2008, São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro, esta última com elevado percentual (132,9%), possam sugerir a expansão em cobertura de AB por meio da terceirização, capitais sem adoção do modelo conseguiram coberturas maiores no último ano de análise.

Os estudos dos casos de aumento de cobertura em AB nas cidades do Rio de Janeiro (OSS) e de Belo Horizonte (AD), demonstram as distintas diretrizes adotadas pelas gestões locais, especialmente na área dos recursos humanos. Na capital fluminense, os servidores municipais concursados foram considerados inaptos para liderar o processo de expansão e

qualificação da ESF, por questões que envolveriam descumprimento de carga horária, desmotivação e desconhecimento dos atributos da APS, de modo que priorizou-se a contratação de profissionais pelas OSS por vínculo CLT (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Por outro lado, a capital mineira criou o Projeto BH-Vida em 2002, com intuito principal de implementação e expansão da ESF, e atingiu rápida evolução de cobertura, com o patamar de 70% em 2004 mediante utilização dos servidores estatutários que atuavam na AB e abertura de novos concursos públicos em 2004, 2006 e 2007. O vínculo CLT era empregado para complementação das equipes e contratação de ACS, por dificuldades legais de incorporação desta categoria ao quadro permanente (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009).

Mendonça e colaboradoras (2010) encontraram predominância de vínculos estatutários entre médicos e enfermeiros da ESF, em torno de 80% em Belo Horizonte, Aracaju, Vitória e Florianópolis, à exceção dos médicos na capital catarinense (66%).

Dentre as quatro regiões que apresentam capitais com diferentes experiências de modelos de gestão, em todas elas observaram-se os maiores índices de cobertura para o ano de 2012 em cidades de Administração Direta- Teresina (88,5%) na Região Nordeste, Vitória (100%) no Sudeste, Florianópolis (90,6%) na Região Sul e Campo Grande (56,8%) na Região Centro-Oeste.

As outras duas capitais com experiência prévia em terceirização, Brasília e Salvador, obtiveram as menores coberturas nas respectivas regiões, destacando-se ainda que a capital baiana apresenta o menor índice do país em 2012, com apenas 22,6% da população coberta.

Fausto, Mendonça e Giovanella (2013) relataram a difusão da Estratégia SF por meio da indução financeira federal, estimando uma cobertura de 53% da população nacional em 2012, embora tenham destacado a menor expansão nos grandes centros urbanos.

Tendo em vista o parâmetro de 100% de cobertura definido pelo IDSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), a maioria das cidades ainda pode evoluir bastante no referido indicador, considerando-se a priorização dada pelos gestores a esse nível de atenção, as condições estruturais, e ainda a proporção populacional coberta por planos de saúde. Apesar do princípio de universalidade do SUS, gestões locais utilizam a proporção de afiliação a planos de saúde para balizar a meta de cobertura para usuários desprovidos de assistência por meio da prestação privada.

Cumprir lembrar que a flexibilização para contratação de recursos humanos, a não incidência do orçamento para este fim no limite estabelecido pela LRF e a possibilidade de aquisição de equipamentos e insumos sem a rigidez exigida pela Lei de Licitações, são alguns

dos argumentos comumente utilizados por gestores municipais como justificativa para adoção do modelo da terceirização e ampliação da rede assistencial. Entretanto, apesar de capitais com gestão por OSS estarem ampliando a cobertura em Atenção Básica, outras cidades conseguiram elevados índices sem lançar mão dessa prerrogativa.

Para o indicador de Cobertura de Acompanhamento de Condicionalidades do Bolsa Família, a meta sugerida pelo Pacto de Diretrizes e Metas 2013-2015 (BRASIL, 2013a) é de 73%, portanto fica evidenciado que a maioria das capitais apresenta índices satisfatórios no referido indicador em 2012. Na Região Norte, as capitais Porto Velho e Macapá apresentaram Cobertura com valores próximos ou inferiores a 30%, o mesmo observado em Natal, na Região Nordeste e em Brasília, no Centro-oeste. Na Região Sudeste, o Rio de Janeiro apresenta valores bem inferiores às demais capitais (54, 2%). O considerável aumento de cobertura em AB na capital fluminense correspondeu a maior cobertura de acompanhamento das famílias em vulnerabilidade do PBF, embora em percentuais ainda bem abaixo dos padrões esperados.

Em 2009, relatório apresentado no Seminário Regional do Programa Bolsa Família na Saúde, apresentou os percentuais de cobertura por Unidades da Federação para a 2ª vigência de 2008, com resultados que variaram entre 24,3% no Amapá e 73,0% no Rio Grande do Norte. A média para o Brasil ficou em 58,2% de famílias beneficiárias acompanhadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

## 6.2. Saúde da Criança

O cuidado a saúde da criança constitui-se como aspecto prioritário em qualquer sistema de saúde que se pretenda garantidor de melhores condições de vida da população ao qual se tem responsabilidade. Segundo Mello e Colaboradores (2012), a atenção primária a saúde deve ter enfoque em ações de vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança, orientações quanto a alimentação e aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância.

As capitais da Região Norte e Nordeste apresentam, em média, as maiores taxas de Internação por IRA e Diarreia nos anos analisados, embora grande parte delas tenham reduzido o índice do segundo indicador em 2012. De um modo geral, estas mesmas capitais possuem o menor IDH-M e maior dependência do FPM nas receitas municipais (Tabela 2).

A Tabela 5 mostra que as capitais Belém e João Pessoa apresentaram as maiores taxas do país em 2012 para os dois indicadores, 43,4/51,0 para Internação por IRA e 36,0/17,4 para Internação por Diarreia, bem superiores aos parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde no período de realização do PROESF, que era de 22 Internações por IRA e 7 por Diarreia a cada 1.000 crianças menores de cinco anos (PROESF, sem data).

Estudo realizado por Roncalli e Lima (2006) em municípios de grande porte da Região Nordeste, constatou redução nas internações por IRA entre 2000 e 2004 associadas a condições socioeconômicas das famílias, bem como à localidades com cobertura pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>10</sup> e redução nas internações por diarreia associadas a maiores cobertura pelo PACS e pelo PSF.

Considerando o modelo de gestão, a cidade de Porto Alegre, com parceria de FEDP, teve expressiva variação positiva na internação por IRA, com taxa elevada de 35,3 em 2012. Por outro lado, Brasília, com experiência em terceirização por OSS, teve os menores valores do país em 2012, tanto na internação por IRA quanto por diarreia. A capital do DF possui um dos IDH-M mais elevados, assim como Florianópolis, de gestão por AD, que também apresentou taxas bem reduzidas, principalmente na internação por diarreia. Estes dados reforçam a possível correlação dos indicadores com as condições socioeconômicas da população local, inclusive no que tange à utilização de planos de saúde, cujas internações não são mensuradas por estes indicadores. Por outro lado, variações positivas podem ser também influenciadas por uma ampliação de acesso aos serviços de internações hospitalares.

Indicadores relativos à Mortalidade Infantil são tidos mundialmente como referenciais de desenvolvimento social das nações, de modo a compor um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos pelas Organizações das Nações Unidas (ONU) para o século XXI (AGNU, 2000). Eles expressam, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade, especialmente do grupo materno-infantil. A atenção prestada pelas equipes de AB desde ações ligadas à saúde da mulher, acompanhamento de pré-natal, cuidados pós-parto e puericultura, podem ser determinantes para melhores desempenho no referido índice.

A Figura 3 demonstra redução no indicador em quase todas as capitais do país, de modo que a média obtida nas capitais em todas as regiões no ano de 2012 foram inferiores a 15,0

---

<sup>10</sup> Em 1991, a Fundação Nacional de Saúde (FNS) implantou o PACS nas áreas rurais das regiões Norte e Nordeste, mediante seleção local de ACS para ações prioritárias de combate à epidemia de cólera, casos de diarreia e orientações quanto à imunização. Posteriormente, o programa foi associado aos serviços de saúde, com incorporação de outros profissionais de nível técnico e superior, aumentando o rol de atividades desenvolvidas e contribuindo para formação e expansão do PSF (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

(Tabela 3). Este dado vai ao encontro do resultado anunciado no Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM (IPEA, 2014), que mostra a queda da taxa de mortalidade infantil no País, de 1990 a 2011, de 47,1 para 15,3, quando a meta estipulada pela ONU para 2015 era de 15,7 óbitos por mil nascidos vivos. O documento relaciona o feito, amplamente divulgado em sites de jornais de grande circulação à época (O GLOBO, ESTADÃO, 2014), à melhorias nas condições sanitárias e sociais, a criação do SUS, a implantação do PBF e à expansão da cobertura em AB, principalmente por meio da ESF.

Neste sentido, pode-se supor que o baixo desempenho em cobertura de AB apresentado em Salvador, com experiência em gestão por OSS, contribua para que a cidade seja uma das três capitais a manterem taxas de mortalidade infantil superiores à meta da ONU, juntamente com Belém e Macapá, ambas de gestão exclusiva por Administração Direta. O caso da capital paraense parece refletir a fragilidade no cuidado à criança já demonstrada nos indicadores anteriormente discutidos. Já para a capital do Amapá, com a maior taxa do país (22,4), ressalta-se o menor Gasto *per capita* em saúde dentre todas as cidades capitais estudadas, bem como o terceiro menor IDH-M e o segundo maior percentual de participação de FPM nas receitas municipais (Tabela 2).

No indicador de Cobertura por vacina tetravalente em menores de um ano, o parâmetro estipulado pelo IDSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) é de 95%, valor atingido em média por todas as regiões em 2012 (Tabela 3), com exceção da Região Norte. Esta região alcançou média bem próxima da estipulada (92,6%), o que corrobora o êxito do Programa Nacional de Imunização (PNI) criado pelo Ministério da Saúde na década de 70, citado por Silva Junior (2013) como referência de Programa em Saúde Pública para vários países.

Belém aparece novamente como uma das capitais que apresentam indicador abaixo do esperado na área da saúde da criança, porém o menor índice do país em 2012 foi encontrado em Palmas (77,9). Esses achados contrariam a tendência de cobertura favorável (patamares próximos a 100% entre 2008 e 2011) dos municípios brasileiros, conforme resultado apresentado em estudo ecológico de abrangência nacional desenvolvido por Domingues e Teixeira (2013). Os resultados superiores a 100% apresentados por algumas capitais pode estar relacionado à vacinação em crianças não residentes no município ou contagem de doses não utilizadas em frascos descartados por alguma intercorrência.

Quanto ao Aleitamento Exclusivo em crianças menores de 4 meses, a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009) constatou aumento da prevalência de 35,5% para 51,2%, entre 1999 e 2008, com aumentos mais expressivos nas regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste. Estas foram as três

regiões com maiores médias, em 2008, para o Indicador de Proporção de Aleitamento Exclusivo, utilizado no presente estudo (Tabelas 3 e 5).

Para este indicador, o PMAQ (BRASIL,2012b) apresentou uma média nacional de 76% em 2010, proporção média alcançada pelas regiões Norte e Centro-Oeste em 2012, conforme verificado na Tabela 3. As capitais com experiências em terceirização, Salvador, Porto Alegre e Rio de Janeiro, este último com a menor cobertura dentre todas as cidades (29,0), ficaram abaixo da média apresentada no referido estudo. Além do resultado bem inferior do Rio de Janeiro em 2012, deve-se destacar o elevado valor observado em Belo Horizonte no ano de 2008 (735,1), o que novamente pode representar inconsistência nos registros do SIAB (Tabela 5).

Embora se observe tendência de melhorias nas práticas de aleitamento, estudos ressaltam que o Brasil ainda se encontra abaixo das metas estipuladas pela OMS para Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de 6 meses<sup>11</sup>. Isso aponta a necessidade de novas abordagens, e valorização das ações de promoção, proteção e apoio à alimentação exclusiva do lactente com leite humano nos primeiros meses de vida (BRASIL, 2009; PEREIRA *et al*, 2010).

### 6.3. Saúde da gestante

A assistência pré-natal adequada é outro pilar fundamental da atuação das Equipes de Atenção Básica. O processo do cuidado à saúde da gestante compreende a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica com a rede e agilidade na referência hospitalar. Juntamente com a atenção ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde com potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna, também definido como Objetivo de Desenvolvimento do Milênio pela ONU (BRASIL, 2012c). Roncalli e Lima (2006) apontam estudos que associam a implantação da ESF ao maior número de consultas e qualidade do pré-natal.

Os resultados apresentados na Tabela 6 demonstram que nenhuma capital atingiu o parâmetro de 90% no Indicador de Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais

---

<sup>11</sup> O PMAQ (BRASIL,2012b) e o presente estudo adotam a idade de 4 meses para este indicador por ser a faixa etária utilizada nos registros do SIAB para acompanhamento das crianças pelas ESF, embora seja reconhecida a recomendação da OMS de aleitamento exclusivo no mínimo até os 6 primeiros meses de vida.

consultas de pré-natal, definido pelo IDSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A cidade de Curitiba (AD) é a que mais se aproxima do padrão recomendado, com o índice de 84,4% em 2012, embora tenha reduzido levemente o patamar atingido em 2008 (88,2%). O estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (2011a) destacou o bom desempenho da capital paranaense, em virtude principalmente da implantação do Programa Mãe Curitibana, que coloca a APS como responsável pela coordenação e monitoramento da qualidade do pré-natal, garantia de acesso aos demais níveis de assistência, bem como aos exames e medicamentos necessários.

A média alcançada pelas capitais da Região Norte e Nordeste neste indicador são bem inferiores às demais regiões, em torno de 50% (Tabela 3). Com relação ao modelo de gestão, apenas São Paulo atingiu valor superior à média da região em 2012, quando observamos as capitais com terceirização. Brasília e Rio de Janeiro possuem os patamares mínimos de suas respectivas regiões. O desempenho da capital fluminense, apesar da variação positiva, contrasta com o resultado do inquérito domiciliar realizado por Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006) em 2005, que encontrou coberturas superiores a 80% de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal em quatro municípios não identificados do Estado do Rio de Janeiro.

No Indicador de Taxa de Mortalidade Materna, a Tabela 3 demonstra que apenas a média das capitais da Região Sul se aproxima em 2012 da meta do ODM para 2015, de 35 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos (BRASIL, 2012c). Este resultado é fortemente influenciado pelos baixos valores apresentados por Curitiba, cujo êxito nas ações de pré-natal foi sinalizado anteriormente, e Florianópolis, ambas do grupo da Administração Direta (Tabela 6 e Figura 4). Por outro lado, os elevados valores da cidade de Vitória, também de AD, contribuem para que a média das capitais da Região Sudeste seja a maior dentre as regiões (63,5). Este valor é próximo ao atingido pelo Brasil em 2012 (61,0), após significativa redução do indicador apresentado em 1990, de 143 óbitos por mil nascimentos. Políticas como o Pacto de Redução da Mortalidade e a Rede Cegonha contribuem para esta melhoria, embora ainda esteja bem distante da meta assumida (SENADO FEDERAL, 2015).

Na Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, observa-se na Tabela 3 que a menor média nas capitais está na Região Sudeste, fortemente influenciadas pelos baixos índices de Belo Horizonte (14,5) e Rio de Janeiro (32,3) neste indicador em 2012. A falta de informação na capital mineira em 2008 e os valores bem discrepantes em relação às demais capitais, pode significar inconsistência na alimentação das bases do SIAB por estas cidades nos anos analisados. Do contrário, se traduziria em grande fragilidade na captação precoce das gestantes para início do pré-natal em tempo oportuno, com patamares bem abaixo

dos dados nacionais extraídos pelo PMAQ em 2010, que apontou uma média de 79% das gestantes com início do acompanhamento no primeiro trimestre (BRASIL, 2012b). A cidade de São Paulo, com gestão por OSS, acompanhou o bom resultado apresentado pelo estado de São Paulo neste mesmo levantamento, em torno de 90%, os maiores índices de ambos os estudos.

Em relação à Taxa de incidência de sífilis congênita em residentes menores de um ano, a Tabela 3 mostra que nas médias das capitais por Grandes Regiões, os índices estão bem superiores ao parâmetro definido pelo IDSUS, de 1 caso por mil. A tendência de aumento no Brasil é também observada no site do IDSUS, com maiores progressões nas Regiões Nordeste e Sudeste entre 2008 e 2011, as mesmas regiões com maiores médias de capitais identificadas em 2012 pelo presente estudo. O maior número de casos encontrados no país estaria ligado à melhoria do diagnóstico, o que poderia indicar um relativo avanço nas medidas iniciais para o controle da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Na comparação por modelo de gestão neste indicador, a cidade do Rio de Janeiro, com experiência em OSS, apresenta a maior taxa do país (18,7) em 2012. A tendência de aumento no número de casos na capital fluminense, entre 2007 e 2011, foi descrita no estudo da ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (2013) como sinal de ocorrência de grande proporção de gestantes com pré-natal inadequado, posto que está acompanhado de aumento de casos de sífilis em gestantes, embora ressalve-se que também possa decorrer de maior acesso aos exames diagnósticos.

#### 6.4. Saúde da mulher

Para além das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) reforça a prioridade das ações no âmbito da saúde da mulher, que contribuam para a garantia dos direitos humanos do gênero e redução da morbimortalidade por causas preveníveis. Dentre as atribuições da AB, estão o planejamento familiar e prevenção do câncer de mama e de colo uterino, pela alta incidência e mortalidade destas doenças. A partir do cadastro e identificação da população alvo, as mulheres que têm risco aumentado devem realizar o exame diagnóstico e ter o acompanhamento integral coordenado pelas equipes de saúde do primeiro nível de atenção (BRASIL, 2013b).

A média das capitais, de todas as regiões, não alcançou o parâmetro definido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCa) para o Indicador de Razão de exames citopatológicos do

colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, que é de 1 exame para cada mulher na faixa etária prioritária, no período de 3 anos (Tabela 3). A Tabela 7 corrobora a dificuldade para que o padrão seja atingido, quando indica que nenhuma capital obteve o índice em 2012. Santos e colaboradores (2012b) em pesquisa que analisou espacialmente os indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, verificaram regiões de piores condições socioeconômicas com desempenho desfavoráveis nos indicadores, em virtude de possíveis dificuldades para acesso geográfico e sensibilização para procura aos serviços de saúde. Também relataram episódios de distinção no padrão, onde baixa cobertura em regiões mais desenvolvidas poderia significar maior utilização de serviços privados para realização do exame.

Situações diversas no desempenho desse indicador são mostrados na Tabela 7 e na Figura 5. Enquanto Macapá, que possui um dos menores IDH, apresenta o menor índice do país em 2012 (0,1), a capital Rio Branco, também de IDH baixo, possui a maior Razão de exames entre todas as capitais (0,8). Ambas pertencem ao grupo de cidades com gestão exclusiva por AD e em sua região (Norte) observou-se a maior média das capitais (0,5), enquanto todas as outras regiões tiveram média das capitais de 0,4. Dentre as cidades com terceirização, o Rio de Janeiro foi a que obteve o menor valor em 2012 (0,2). O estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (2013) apontou a APS como importante ferramenta para ampliação do rastreamento de mulheres fluminenses na faixa etária definidas como prioritárias.

Quanto à Taxa de Mortalidade por neoplasia de mama, principal causa de morte por neoplasias em mulheres do Brasil (SOUZA *et al.*, 2013), maiores médias por região foram encontradas nas regiões Sul e Sudeste (Tabela 3). Seus valores são bem superiores à taxa de mortalidade brasileira por essa causa, de 6,6 mortes por 100.000 mulheres, e à taxa mundial (8,3/1.000). O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2014) relata grande heterogeneidade na mortalidade por câncer de mama, mas aponta maiores taxas nas Regiões Sul e Sudeste e menores nas Regiões Norte e Nordeste, tal como o resultado encontrado neste estudo com relação às capitais brasileiras.

A menor taxa observada entre capitais do país em 2012 na cidade de Macapá (5,2) e a maior no Rio de Janeiro (27,8), permitem confirmar a observação de maiores taxas em regiões mais desenvolvidas, provavelmente por maior qualificação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Segundo o PROADESS (2012), esse indicador apresenta limitações, especialmente para as Regiões Norte e Nordeste, pela elevada ocorrência de óbitos sem assistência médica ou por causas maldefinidas. No entanto, o alto índice apresentado pela capital fluminense, comparativamente às capitais das regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste, pode

sugerir dificuldades para exames de detecção precoce, acesso a realização de mamografias e qualidade da imagem mamográfica, coordenação da APS no direcionamento do usuário na rede e conseqüentemente menor efetividade no tratamento.

### 6.5. Condições de saúde

Os indicadores das condições de saúde selecionadas, dentre eles as Internações por Condições Sensíveis à APS, permitem monitorar a situação apresentada pelas capitais em relação a agravos que poderiam ser evitados ou minimizados por meio de uma atuação mais efetiva e a maior acesso da população aos cuidados básicos em saúde, como o controle de doenças crônicas ou prevenção de doenças infecciosas (MACINKO, 2007).

No Indicador de Taxa de Mortalidade por Diabetes, a Tabela 3 mostra as menores médias das capitais nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, únicas com índices inferiores à taxa descrita para população de 30 anos ou mais no Brasil em 2009, de 54 mortes por 100.000 habitantes (PROADESS, 2012). A maior média por capitais da Região Nordeste em 2012 é similar ao resultado encontrado pelo PROADESS em 2009, onde a mesma região apresenta também o maior índice. O elevado índice observado na Tabela 8 para a cidade de Maceió (99,5), o mais alto do país em 2012, também é coerente com o resultado da pesquisa citada, que apresentou o estado de Alagoas com o maior valor entre os estados, em 2009 (93,4), provavelmente influenciado pela alta taxa da sua capital.

Em contrapartida ao valor máximo da capital alagoana, de administração direta, outra cidade deste grupo apresenta a menor taxa de mortalidade por Diabetes no país. Em 2012, Florianópolis alcançou o índice de 18,3, após expressiva variação negativa em relação a 2008. Rio de Janeiro e Porto Alegre, com experiências em terceirização, apresentam valores elevados, próximos a 70,0 neste ano. Altas taxas para este indicador podem refletir parcialmente a atuação pouco efetiva da APS no que tange ao seu escopo de ação para o acompanhamento da doença, como medidas educativas de prevenção e promoção de hábitos saudáveis, atividades físicas, bem como o controle do peso e da glicemia. Também deve se considerar a subnotificação devido a registros de óbitos por causas associadas à diabetes, como as doenças cardiovasculares (PROADESS, 2012).

O indicador de Taxa de Mortalidade por Hipertensão mostrou perfil de distribuição semelhante ao observado na mortalidade por diabetes, o que pode demonstrar consistência no

diagnóstico da atuação da AB nas capitais brasileiras no controle das principais doenças crônicas que acometem a população. A Tabela 3 mostrou novamente a Região Nordeste com a maior média das capitais em 2012, fortemente influenciada pelo alto índice de Maceió, também o maior do país no ano para este indicador, conforme descrito na Tabela 8. O valor apresentado na região (38,1) é similar a média do Brasil em 2009, apontada pelo PROADESS (2012) com o valor de 37,1.

Os baixos valores se destacam na Região Sul, com média das capitais de 12,1. Esta mesma região apresentou a menor média da pesquisa do PROADESS, que informa haver maior ocorrência de mortalidade por hipertensão em populações não brancas (WING *et al*, 1983 *apud* PROADESS, 2012). A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) de 2012 apontou que a proporção da população branca no Sul é a maior do país, em torno de 78% (IBGE, 2013c). Florianópolis reaparece como a capital de menor taxa do Brasil em 2012 (3,0), o que pode estar relacionado ao bom desempenho da APS no controle do agravo, na promoção de dieta saudável, práticas de exercícios e acesso a consultas regulares e medicamentos.

Em relação à Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (TB), a Região Norte é a única com média das capitais superior a 70% em 2012, com índice bem similar ao alcançado pelo Brasil em 2010 (73,2), porém ainda inferior ao recomendado pela OMS, que preconiza taxa de 85% de cura para efetiva reversão da situação epidemiológica local (IDSUS, 2015). As capitais Rio Branco e Palmas, ambas de gestão por AD, influenciaram na alta do indicador, sendo as únicas do país a atingirem o padrão indicado (Tabela 8).

Nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, as capitais com experiência em terceirização foram as que apresentaram as menores proporções de cura de TB. Salvador, São Paulo e Porto Alegre obtiveram índices entre 50% e 60% em 2012. Baixas proporções de cura em tuberculose podem representar fragilidade no tratamento desenvolvido pelas equipes da atenção primária, que tem papel fundamental na disponibilização e monitoramento da ingestão dos medicamentos indicados, bem como na vigilância da transmissão da doença aos grupos de convivência mais próxima. A atuação dos ACS nesta tarefa é um importante diferencial, por permitir a entrega e acompanhamento do uso da medicação diária na residência do paciente. As elevadas coberturas por equipes de AB em Vitória, Aracaju e Rio Branco podem ter influenciado no bom desempenho neste indicador. Cabe registrar que as grandes cidades apresentam maiores maiores números de casos de TB pela sua relação com as condições de vida, bem como pelos índices de coinfeção por HIV.

Para a Taxa de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por mil habitantes em 1 ano, a maior média de capitais, em 2012, se deu na região Norte. Destaque para

a alta taxa de Belém (11,2), que pode ter sofrido influência dos altos valores apresentados pela cidade nas taxas de internação por IRA e Diarreia em crianças, na medida que estas doenças compõem o rol das condições de saúde mensuradas neste indicador. Henrique e Calvo (2008), em pesquisa de avaliação do PSF em municípios de Santa Catarina, consideraram como baixo número de internações os escores menores ou iguais a 8,2, ao afirmarem que não há parâmetro consistente definido na literatura para este indicador.

Em relação aos modelos de gestão, duas cidades do grupo de terceirização apresentam os valores mínimos e máximos do indicador entre todas as capitais, em 2012. Brasília com índice de 0,7 e Porto Alegre com a taxa de 13,0 internações por mil habitantes. Este resultado vai de encontro aos achados da avaliação de Costa e Calvo (2014), também sobre a implantação da ESF em Santa Catarina, onde municípios com mais de 100 mil habitantes obtiveram evolução neste indicador relacionados à expansão da cobertura em saúde da família. A Tabela 4 mostra que Porto Alegre tem cobertura em AB bem superior à capital do DF (63,2 contra 43,2) em 2012, o que não resultou em maior efetividade no controle de doenças fortemente relacionadas a APS, como a asma, pneumonia, insuficiência cardíaca e infecções intestinais.

## 6.6. Saúde Bucal

Os Indicadores de Saúde Bucal selecionados podem refletir o desempenho dos serviços de AB em acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), que define responsabilidades como ampliação do acesso ao acompanhamento odontológico e o desenvolvimento de ações de higiene bucal supervisionada para combate às doenças bucais mais prevalentes como a cárie e a gengivite.

Na Cobertura de primeira consulta odontológica, a Tabela 3 apresenta a maior média das capitais em 2012 na Região Sul (9,2), mesma região descrita na pesquisa SB Brasil 2010 como a que possui menor quantidade de pessoas nas faixas etárias analisadas que relataram jamais terem ido a uma consulta odontológica (BRASIL, 2012d). Ainda assim, o valor é bastante inferior à meta definida pelo Pacto da Atenção Básica, de 30% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006<sup>12</sup>), e à cobertura média nacional de 17%, em 2010 (PMAQ, 2012).

Os elevados e discrepantes índices observados em grande parte das cidades da Região Norte em 2008, sugerem inadequação nos registros do procedimento, como a possível inserção

---

<sup>12</sup> Portaria MS/GM 493 de 10 de março de 2006, revogada pela PRT GM/MS nº 91 de 10 de janeiro de 2007.

de consultas subsequentes ou de urgência no código destinado à primeira consulta. As inconsistências parecem reduzidas em 2012, quando as capitais apresentam resultados mais próximos da média. Ainda assim, há grande distância entre o valor mais baixo de Fortaleza (1,6) e mais alto em João Pessoa (23,8), ambas de administração direta. Em relação às capitais com terceirização, destaca-se o menor índice da Região Sudeste no Rio de Janeiro (3,4). Expressiva variação foi encontrada também nos dados apresentados pelo PMAQ (2012) em relação aos estados no Brasil, com coberturas entre 5,9% em Rondônia e 64% no Tocantins.

O bom desempenho da capital paraibana muito provavelmente estabelece relação com o fato do município ter a maior cobertura por equipes de saúde bucal do país em 2012, em torno de 85%, (DATASUS, 2016), acompanhando a alta cobertura por Equipes de AB, conforme visto na Tabela 4. Isto demonstra que o município mantém proporções equivalentes entre ESB e ESF, enquanto em outras localidades pode-se encontrar equipes de saúde bucal responsáveis pelo acompanhamento de duas ou mais equipes de saúde da família. Segundo Castro e Fausto (2012) haviam 20.424 ESB para 31.160 ESF no Brasil em 2010. Moradores de áreas cobertas por ESB tem maiores chances de conseguir uma consulta odontológica em relação aos de áreas descobertas (PATRÍCIO, 2007 *apud* VIANA, 2011) embora unidades básicas tradicionais também possam ter profissionais de saúde bucal em seus quadros de recursos humanos.

Finalmente, com relação ao Indicador de Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada, a maior média de capitais na Região Sudeste (Tabela 3) foi impulsionada pelo alto índice de Vitória, o mesmo de Rio Branco (7,2), ambas de administração direta, constituindo-se os maiores do país em 2012 (Tabela 8). Esta região também foi a de índice mais alto no levantamento apresentado pelo IDSUS (2015) nos de 2008 a 2010, com média mensal de 2,8 participantes no último ano. O parâmetro descrito no estudo é de 8,0, patamar não alcançado por nenhuma capital do Brasil.

O bom desempenho da capital capixaba na ação de prevenção às doenças bucais por meio da promoção do hábito da escovação, normalmente acompanhado de atividades educativas e com acesso ao uso do flúor presente no dentifrício, mostra relação com os achados do estudo sobre a saúde bucal no Brasil, realizado em 2010 (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil)<sup>13</sup>. Nele, Vitória aparece como a cidade de menores índices de dentes perdidos entre adolescentes e adultos (PERES *et al*, 2013). Dentre as capitais com experiência em

---

<sup>13</sup> As Pesquisas SB Brasil, de 2003 e 2010, foram realizadas pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Brasil Sorridente, consistindo em estudos epidemiológicos de base nacional.

terceirização, o Rio de Janeiro teve novamente o menor valor da sua região, bem como Porto Alegre e Brasília, esta última com a menor média de todas as cidades analisadas.

Com os dados apresentados nas Tabelas 4 a 9, verifica-se que, de maneira geral, a adoção dos modelos de terceirização para gestão da APS não se relacionou a melhores resultados nos indicadores analisados, com base no ano mais recente da pesquisa. O número de capitais representantes do grupo de parceria com OSS ou FEDP é bastante inferior ao de capitais de administração direta (n=5 e n=22), o que também ocorre nas regiões Nordeste (n=1 e n=8) e Sul (n=1 e n=2). Na região Norte não há representação do grupo OSS/FEDP e no Sudeste a proporção é igual ao grupo AD (n=2 e n=2). Entretanto, as capitais do grupo com terceirização apresentaram por muitas vezes, desempenho inferiores às demais capitais da mesma região, considerando os valores mínimos e máximos, na medida em que representem melhor ou pior situação no referido indicador (Tabela 10).

Na região Nordeste, a capital Salvador obteve os piores resultados em 5 dos 19 indicadores, incluindo a Cobertura por Equipes de Atenção Básica, a menor dentre todas as capitais. Embora esteja em processo de reversão do modelo, o longo período anterior parece não ter contribuído para redução de importantes indicadores como a Taxa de Mortalidade Infantil, onde apresenta o maior valor da região.

No Sudeste, o Rio de Janeiro, em 12 ocasiões, e São Paulo, em outras duas, tiveram os piores resultados da região em 14 indicadores. A capital fluminense havia sido apontada como a de pior desempenho dentre as grandes cidades avaliadas pelo IDSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), no ano de 2012, em indicador que agregava dados referentes a ações da atenção básica, especializada, urgências e emergências. Deve-se levar em conta o pouco tempo de implantação do modelo de OSS na cidade, mas há que se destacar o aumento ou estagnação em elevados patamares, de indicadores como a Taxa de Incidência em Sífilis Congênita e de Mortalidade por Neoplasias da Mama, com os maiores índices entre todos da pesquisa.

Ademais, é importante ressaltar que a expressiva evolução na Cobertura em Atenção Básica no Rio de Janeiro representa um indicativo de melhoria nos cuidados primários em saúde. A expansão da cobertura, realizada por meio do modelo de OS, pode ser também atribuída à mudança nas prioridades, que beneficiaram esse nível de atenção, a despeito da tradicional priorização dos serviços de média e alta complexidade, na medida em que outras cidades apresentam coberturas bem superiores não obstante a manutenção da gestão pública direta.

O caso de São Paulo é mais emblemático, visto ser a capital (e o Estado) com longa experiência e grande expansão do modelo. No entanto, em indicadores como Proporção de Cura da Tuberculose e Taxa de Internação por IRA em menores de 5 anos, a cidade se mantém com os piores resultados da região. Por outro lado, destaca-se positivamente com o maior índice das capitais do país no indicador Gestantes com Pré-Natal iniciado no primeiro trimestre.

Na Região Sul, a cidade de Porto Alegre tem o pior desempenho em 10 indicadores, incluindo os de monitoramento do cuidado materno infantil, como a Taxa de Incidência de Sífilis Congênita e de Internação por IRA e Diarreia em menores de 5 anos. Com diversas experiências em parcerias de gestão, e com a implantação da FEDP, que seria um modelo alternativo às OSS para suprir a suposta ineficiência da gestão por AD, a capital do Rio do Grande do Sul não obteve os melhores resultados na sua região, para os indicadores selecionados e nos anos estudados, exceto para o indicador Cobertura de Primeira Consulta Odontológica.

Quanto à região Centro-Oeste, a cidade de Brasília, com seu perfil híbrido de características municipais e estaduais, apresenta padrão irregular no desempenho comparativo com as demais capitais da região e mesmo do país. Possui o pior desempenho regional em cinco indicadores, como Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal e Proporção de gestantes com pré-natal iniciados no 1º trimestre; ao mesmo tempo em que tem os melhores índices de todas as capitais do Brasil, principalmente naqueles indicadores relacionados à saúde da criança.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o estudo tenha buscado suprir certas lacunas existentes na literatura, apontada por autores tais como Paim (2009) e Scheffer e Bahia (2014), ele apresenta limitações que devem ser aqui enunciadas. Além da limitação citada na Discussão e que decorre da falta de transparência quanto aos gastos com a terceirização, e a esse respeito deve ser ressaltado que o Siops, para os anos estudados, não apresenta dados confiáveis, devem ser acrescidas outras. Por ser um estudo baseado em dados secundários, algumas bases de dados podem apresentar fragilidade ou inconsistência, em alguns anos e, nos mesmos anos, em alguns indicadores. Outra limitação decorre do fato de a historicidade dos sistemas de saúde de cada município não ter sido considerada. Fatores condicionantes e determinantes da saúde, além de aspectos conjunturais e estruturais influenciam as condições de saúde da população dos municípios analisados, embora alguns destes elementos estejam descritos na fase de caracterização.

O pouco tempo da adoção do modelo de terceirização em algumas das capitais descritas neste estudo, pode não ser suficiente para que se atribuam mudanças significativas nos indicadores analisados. Dito de outra forma, não se atribuiu ao modelo adotado – terceirizado ou não – o crédito correspondente a melhor ou pior desempenho. Assim, apresentou-se nos resultados deste estudo, o desempenho demonstrado, sem que se pretendesse estabelecer relação direta entre esses resultados e o modelo adotado. Na nossa avaliação, isso somente seria possível em um estudo longitudinal, que ultrapassasse o recorte dos indicadores de desempenho provenientes das bases de dados secundários utilizados.

As diversas propostas e experiências de novos modelos de gestão surgiram no escopo da expansão do ideário neoliberal nos países periféricos, e foram reproduzidas em áreas como a saúde e educação, culminando com a criação das Organizações Sociais. O discurso de ineficiência do Estado, tratado pelas agências multilaterais e seus representantes ideológicos como pesado e oneroso, e a implementação das diretrizes preconizadas de redução do estado em prol do setor privado parece estar contribuindo para o enfraquecimento do acesso a saúde enquanto direito universal, a despeito de alguma expansão da cobertura pelas equipes de saúde da família.

A opção do Estado brasileiro de fortalecer o setor privado na saúde não é nova. Ressalta-se a sua recorrência ao longo do tempo- a compra de serviços, leitos privados na época do INAMPS (embora anterior ao SUS) com os esquemas fraudulentos de registro de

procedimentos não realizados até os mecanismos de subsídios aos planos de saúde, não ressarcimento ao SUS, isenção no IR para pagamento a saúde privada, perdão de dívidas de operadoras. A promulgação da Lei n. 13.097 de 19/01/2015 (BRASIL, 2015), que permite a participação de empresas e do capital estrangeiro na oferta de serviços em saúde, reforça a tendência histórica de favorecimentos à iniciativa privada. A diferença é que os repasses para OSS, quando não se destinam ao fim proposto ou geram gastos maiores do que os necessários, desperdiçam recursos que seriam fundamentais para ampliação e qualificação da oferta de serviços pela rede pública.

A Constituição de 1988 permitiu possibilidades legais de complementação do serviço oferecido pelo poder público por meio de contratos e convênios com prestadores privados. Movimentos posteriores como o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado trataram de normatizar e gerar mecanismos formais de maior participação do mercado e da sociedade civil como parceiros do Estado na provisão de serviços. Vale destacar novamente um dos trechos da legislação que criou as OSS:

A implantação das Organizações Sociais ensejará verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social [...] onde o Estado tenderá à redução de sua dimensão enquanto máquina administrativa, alcançando, entretanto, maior eficácia na sua atuação (BRASIL, 1997a, p.15).

No entanto, ao menos no âmbito da gestão e prestação de serviço em Atenção Básica, campos de atuação abordados nesta pesquisa, e no período analisado, a adoção do modelo proposto não parece ter causado a revolução esperada. De modo geral, os indicadores selecionados não demonstraram maior eficiência perante o modelo de administração direta, tampouco o modelo alternativo da Fundação Estatal de Direito Privado obteve melhor desempenho comparativamente às cidades que não terceirizaram a gestão da APS.

A cidade de São Paulo, tida por vezes como caso de sucesso na implantação das OSS, não apresentou resultados que se destaquem amplamente em relação às demais capitais. Com mais de dez anos de adoção do modelo e grande expansão nos diversos níveis de atenção, respondendo por 72% da atenção básica, 59% da atenção hospitalar, 40% da atenção especializada e 1% do restante da rede em 2010 (CONTREIRAS; MATTA, 2015), a cidade não desponta como as principais do país em importantes indicadores de condições de saúde como a Taxa de Mortalidade Infantil ou de Mortalidade por neoplasias da mama.

É bem verdade que se deve resguardar os preceitos trazidos por Costa e Calvo (2014), sobre o quão desafiador é uma avaliação de resultados em Atenção Básica por meio de

indicadores de saúde, tendo em vista a forte determinação social de fatores que vão além da efetividade da Atenção Primária. Características loco-regionais, histórico de formação da rede assistencial, proporção da população usuária de planos de saúde, podem ser outros elementos de influência no desempenho dos sistemas de saúde municipais.

Considerando que a maior eficiência presumida com os novos modelos, por conceito, associa ao melhor desempenho a redução de custos, novamente a panaceia desenhada não parece ter se demonstrado nos casos estudados. Primeiramente, pelas imensas dificuldades já descritas para obtenção de informações relativas a gastos específicos com os processos ligados a terceirização, donde urge a necessidade de maior transparência e detalhamento dos repasses destinados às parcerias para melhor controle social. Além do mais, relatos de Tribunais de Contas e artigos de autores que tratam do tema reforçam a percepção de gastos maiores do que na administração direta.

Em estados que também utilizam parcerias com OSS, como o Rio de Janeiro, são apontados expressivos aumentos no orçamento da saúde, em torno de 116% entre 2009 e 2016, com despesas correntes de 71% em 2014, gastos onde incluem-se os repasses para as Organizações Sociais. O secretário de saúde do estado, que deixou recentemente o cargo, afirmou que o modelo é caro e necessita de reavaliação (O GLOBO, 2016). Contreiras e Matta (2015), apesar da imprecisão de dados anteriores a 2010, relatam gradativa evolução da participação da gestão por OSS no orçamento da saúde em São Paulo, representando 41% do total informado em 2012.

Demais elementos importantes que não foram objeto principal deste trabalho merecem ser apontados para melhor contextualização e enriquecimento do debate acerca do tema. Diversos autores (CORREIA; SANTOS, OLIVEIRA, LIMA; BRAVO, 2015); e publicações na grande mídia tem informado sobre gastos excessivos, por vezes identificados pelos Tribunais de Contas como originários de processos de superfaturamento e sobre preços praticados pelas OSS na aquisição de insumos e equipamentos utilizados na gestão das unidades de saúde conveniadas. Alguns casos resultaram em prisão de dirigentes destas entidades sob acusação de desvios de recursos públicos (G1 RIO, 2015).

Representantes das organizações argumentam que muitas vezes pagam valores superiores aos praticados pela AD por comprarem material em menor quantidade do que uma secretaria municipal. Tal fato, *per se*, constitui-se em aspecto negativo atribuído ao modelo, na proporção em que se perde o poder de barganha na negociação para redução de preços quando da fragmentação da gestão em diversas OSS. Outro possível elemento complicador da existência de diferentes OSS em unidades primárias ou de maior complexidade nos municípios é a

dificuldade de coordenação e integração das ações por meio da gestão central, como a existência de prontuários eletrônicos distintos ou dificuldades de comunicação entre as unidades sob diversos comandos de direção.

Andreazzi e Bravo (2014) ressaltam ainda dois aspectos de extrema importância nesta discussão. As autoras identificaram casos em que a escolha das OSS a serem credenciadas para parceiras na gestão pública coincidiu com favorecimentos a atores políticos relacionados à organização contratada, por meio de financiamento de campanha eleitoral, ou de “quarteirização” na contratação ou compra de materiais e serviços pela OSS junto a estabelecimentos de propriedade do agente articulador, ou de parentes próximos. Outra situação de extrema gravidade é a tentativa implementada em São Paulo, e que pode ser reproduzida em outras localidades pelo caráter privado destas entidades, de reserva de 25% dos leitos dos hospitais públicos gerenciados pela OSS para utilização de usuários de plano de saúde. Tal estratégia tem o potencial de permitir a utilização do espaço financiado pelos impostos da população para economicidade das corporações da saúde suplementar.

Não se pode deixar de mencionar também as questões ligadas aos vínculos trabalhistas dos profissionais de saúde e suas repercussões na condição do trabalhador, bem como no cuidado prestado ao usuário. Dentro da proposta de flexibilização e agilidade para aquisição de recursos humanos, a forma de contratação pelas OSS e FEDP se dá pelo regime celetista, o que tem sido considerado por sindicalistas<sup>14</sup> como uma precarização da relação de trabalho, tendo em vista a estabilidade e os direitos garantidos pelo RJU.

Ademais, Nogueira (2008, *apud* Mendonça et al., 2010) chama a atenção para a especificidade do termo precariedade de vínculos quando se trata de trabalhadores no serviço público, ao considerar irregular a admissão em instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, com exceção do trabalhador terceirizado que atua em áreas não-finalísticas (serviços gerais, segurança). Porém, o vínculo regido pela CLT pode ser considerado um avanço quando comparado às relações de trabalho informais ou contratos temporários com ONGs ou associações de moradores.

---

<sup>14</sup> “Segundo entendimento do CONASS e do CONASEMS, trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. Por sua vez, para as Entidades Sindicais que representam os trabalhadores do SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.”(Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, MS,2006, p. 13).

Como dito anteriormente, o serviço em saúde tem especificidades no contato profissional-paciente que demandam construções de vínculos altamente correlacionados com maior adesão do usuário às ações que propiciem uma vida mais saudável. No entanto, Fausto, Mendonça e Giovanella (2013) e Oliveira (2015) relatam grande rotatividade entre os profissionais contratados por vínculos instáveis ou sem concurso público, o que gera desmotivação e prejudica a humanização da relação com o paciente e a prática da integralidade pela inexistência de laços contínuos, ferindo um dos princípios da APS definidos por Starfield (2002).

Nesta temática, situam-se ainda a ocorrência de conflitos e criação de ambientes de trabalho desfavoráveis quando se institui a presença de trabalhadores geridos pela AD e terceirizados numa mesma unidade de saúde. As diferentes relações de trabalho, condições e processos de atividades diárias e remunerações discrepantes para a mesma função, são ingredientes que deterioram qualquer espaço de convivência que se pretenda (e se necessite) harmonioso, com evidente repercussão na qualidade da assistência ao cidadão que utiliza o SUS. A cobrança exacerbada pelo cumprimento de metas essencialmente relacionadas à produção de procedimentos, característica ligada a gestão de setores empresariais, podem refletir na desconsideração de aspectos qualitativos essenciais ao cuidado em saúde, bem como resultar em situações de stress nas equipes de profissionais e impactar negativamente a assistência prestada.

Não se trata aqui de ignorar as imensas fragilidades e reprodução de iniquidades ainda presentes na execução das políticas de saúde, inclusive na Atenção Básica, quando da gestão e prestação dos serviços unicamente por meio da Administração Direta. Muitas adversidades podem derivar de processos históricos, de desigualdades sociais, do subfinanciamento crônico da saúde, da escassez de formação profissional voltada para a saúde coletiva, e de outros elementos de caráter geral. Ainda assim, destaca-se possibilidade de êxitos em determinadas áreas da atenção à saúde primária, como o cuidado às gestantes desenvolvido em Curitiba ou a saúde bucal em João Pessoa e Vitória, e demais indicadores que se apresentaram dentro dos parâmetros preconizados.

Os argumentos utilizados pelos defensores de modelos alternativos devem ser analisados com maturidade para busca de ajustes necessários ao melhor funcionamento das ações desenvolvidas no âmbito da gestão em saúde. A burocracia apontada para aquisição de recursos materiais ou serviços pela Lei de Licitações, mereceria estudos ou propostas legislativas para alterações com redução de entraves processuais, desde que não fragilizem ao extremo as condições de controle pelo estado e pela sociedade, como visto recorrentemente nas

situações descritas com a flexibilização possibilitada com a Lei das OSS. Planejamentos organizados e monitoramento constante das necessidades e dinâmicas das redes de serviços, poderiam minimizar a utilização de expedientes aligeirados que podem não guardar os preceitos recomendáveis à boa gestão pública.

Com relação a Lei de Responsabilidade Fiscal, tramitam projetos de lei no Congresso Nacional que excluem as despesas da saúde da obrigatoriedade de atendimento ao limite máximo para gasto em pessoal, porém ainda sem aprovação (CARVALHO, 2014 *apud* MENDES; MARQUES, 2014). Entretanto, como a LRF não determina o limite para cada Função ou Secretaria Municipal, e considerando a saúde (e a educação) como intensiva em mão de obra, a redução em recursos humanos deveria se dar em áreas onde não precisaria predominar esta utilização, restando aos campos sociais o número suficiente de profissionais para execução de serviços de qualidade.

No que tange aos servidores da saúde, problemas sinalizados como decorrentes da estabilidade funcional - corporativismo, descumprimento de carga horária ou falta de comprometimento com a população assistida – poderiam ser trazidos a amplo e franco debate. O diálogo poderia se dar em mesas de negociação abordando estratégias que consubstanciarium uma maior adesão do corpo profissional à missão estatal de prover o bem estar ao público; com ferramentas de valorização das diversas categorias, provimento de salários e condições dignas de trabalho, criação de Planos de Cargos e Carreiras e garantia de atividades de educação permanente. Mecanismos de contratualização, com gratificações por desempenho em metas estabelecidas, não são exclusividade do setor privado, conforme experiência executada dentro da administração direta em Curitiba (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2011a). Desde que pactuadas entre gestores, profissionais e atendendo às necessidades da população local, podem servir de estímulo adicional à complexa rotina do trabalhador da saúde.

Apesar da pesquisa MUNIC 2013 ter mostrado uma diminuição do número de municípios que relataram parcerias com OSS (996 contra 1.215 em 2012) e os casos de reversão das parcerias aqui apresentados, que poderiam sugerir uma recente diminuição da adoção do modelo, ainda é cedo para afirmar esta tendência. Todavia, o caminho da destinação de recursos financeiros e entrega da gestão dos equipamentos públicos para entidades de direito privado, cujo interesse em contribuir para melhoria das condições de saúde da população deve ser encarado com a maior cautela possível, não parece ser o mais recomendado, inclusive pela conjuntura de crise financeira do Estado, declarada oficialmente desde 2015.

A busca de melhores resultados das ações desenvolvidas no âmbito do SUS, incluindo o fortalecimento da APS, passa inevitavelmente pela continuidade da luta em processos

exaustivamente abordados por diversos atores envolvidos no contexto da Saúde Pública, e vai mais além, ao implicar em questões que envolvem a necessária redução de desigualdades em nossa sociedade, com a garantia de recursos governamentais suficientes para o provimento das políticas sociais.

O histórico subfinanciamento da Saúde precisa ser revertido com medidas como a definição das fontes que garantam o mínimo de 30% do orçamento para o setor dentro do valor global da Seguridade Social; efetivação de propostas como a do Movimento “Saúde Mais Dez”, que estipula a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para o SUS por meio de taxações de grandes fortunas e grandes transações financeiras; não prorrogação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que permite a utilização de recursos da Seguridade para pagamento da dívida pública; a própria auditoria da dívida; fim dos subsídios, isenções fiscais, perdões de dívidas, concedidas as operadoras de saúde suplementar. O maior montante destinado ao orçamento da Saúde do governo federal permitiria maior aporte aos entes federativos subjacentes, incluindo a majoração dos valores referentes aos PAB fixo e variável. As demais esferas de governo também necessitam ampliar suas participações nos gastos públicos em saúde, visto o investimento do Estado brasileiro ser ainda bem inferior aos países que adotaram sistemas universais de saúde (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

A formação de profissionais voltados para a saúde coletiva deve ser estimulada, no sentido de expandir a oferta de recursos humanos com o perfil adequado principalmente para atuação na atenção básica, responsável pela grande maioria das necessidades em saúde da população e pela coordenação da rede de cuidados. Os processos de pactuações regionais precisam ser intensificados com forte atuação dos estados no processo organizativo, onde também as capitais exercem importante papel na execução de procedimentos não ofertados por municípios de menor porte.

O investimento nos demais níveis de complexidade não pode ser desconsiderado, sob o risco de estrangulamento do fluxo assistencial, tendo em vista o esperado aumento a curto prazo da demanda por consultas e serviços especializados decorrentes da ampliação do acesso à APS, que gera maior número de usuários com pedidos de exames diagnósticos complementares ou encaminhamentos em casos que extrapolem o campo de atuação do nível primário.

O presente estudo espera contribuir nas discussões e proposições que venham retomar o rumo preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária em detrimento do crescimento de mecanismos de incrementos ao setor privado, que tem se ampliado de forma a colocar em risco os princípios de universalidade, integralidade e equidade estabelecidos em nossa Constituição Federal.

## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M.E. et al. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária- a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**[online]. 2009, vol.25, n.6, pp. 1337-1349.
- ANDREAZZI, M.F.S.; BRAVO, M.I.S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez.2014.
- ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS - AGNU. Declaração do Milênio. Resolução A/RES/55/2 8 de setembro de 2000. Lisboa- United Nations Information Centre.
- BARBOSA, N.B.; ELIAS, P.E.M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500023&script=sci_arttext)>. Acesso em fev 2015.
- BODSTEIN, R.; FELICIANO, K.; HORTALE, V.A.; LEAL, M.C. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf)- considerações sobre seu acompanhamento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 725-731, Sept. 2006.
- BRAGA, I.F. **Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. 186 p.
- BRASIL. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; prorroga os benefícios previstos nas Leis nos 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.440, de 14 de março de 1997, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.196, de 21 de novembro de 2005, 12.024, de 27 de agosto de 2009, e 12.375, de 30 de dezembro de 2010; altera o art. 46 da Lei no 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõe sobre a devolução ao exterior ou a destruição de mercadoria estrangeira cuja importação não seja autorizada; altera as Leis nos 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.546, de 14 de dezembro de 2011, 12.973, de 13 de maio de 2014, 9.826, de 23 de agosto de 1999, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004, 11.774, de 17 de setembro de 2008, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 12.249, de 11 de junho de 2010, 10.522, de 19 de julho de 2002, 12.865, de 9 de outubro de 2013, 10.820, de 17 de dezembro de 2003, 6.634, de 2 de maio de 1979, 7.433, de 18 de dezembro de 1985, 11.977, de 7 de julho de 2009, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.076, de 30 de dezembro de 2004, 9.514, de 20 de novembro de 1997, 9.427, de 26 de dezembro de 1996, 9.074, de 7 de julho de 1995, 12.783, de 11 de janeiro de 2013, 11.943, de 28 de maio de 2009, 10.848, de 15 de março de 2004, 7.565, de 19 de dezembro de 1986, 12.462, de 4 de agosto de 2011, 9.503, de 23 de setembro de 1997, 11.442, de 5 de janeiro de 2007, 8.666, de 21 de junho de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 5.991, de 17 de dezembro de 1973, 12.850, de 2 de agosto de 2013, 5.070, de 7 de julho de 1966, 9.472, de 16 de julho de 1997, 10.480, de 2 de julho de 2002, 8.112, de 11 de dezembro de 1990, 6.530, de 12 de maio de 1978, 5.764, de 16 de dezembro de 1971, 8.080, de 19 de setembro de 1990, 11.079, de 30 de dezembro de 2004, 13.043, de 13 de novembro de 2014, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, 10.925, de 23 de julho de 2004, 12.096, de 24 de

novembro de 2009, 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, a Lei Complementar no 123, de 14 de dezembro de 2006, o Decreto-Lei no 745, de 7 de agosto de 1969, e o Decreto no 70.235, de 6 de março de 1972; revoga dispositivos das Leis nos 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 7.789, de 23 de novembro de 1989, 8.666, de 21 de junho de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 10.150, de 21 de dezembro de 2000, 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.973, de 13 de maio de 2014, 8.177, de 1o de março de 1991, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004 e 9.514, de 20 de novembro de 1997, e do Decreto-Lei no 3.365, de 21 de junho de 1941; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 jan. 2015. Disponível em: </www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm>. Acesso em: jan 2016

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais- **Cadernos do Mare**, 2. Brasília- Mare, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Estatal- metas, gestão profissional e direitos preservados / Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. – Brasília- Editora do Ministério da Saúde, 2007. 16 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília- Ministério da Saúde, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher- princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília- Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. – Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família- expansão com qualidade & valorização de resultados- relatório das atividades- Recife- PE, 13 a 15 de dezembro 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília- Ministério da Saúde, 2008. 208 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília - Editora do Ministério da Saúde, 2009. 108 p. - il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília- Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.- il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)- manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília- Ministério da Saúde, 2012b. 62 p. - il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília- Editora do Ministério da Saúde, 2012c. 318 p.- il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília- Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 124 p.- il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal- resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília- Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS- DesprecarizaSUS - perguntas & respostas - Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília - Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. - il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores- 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília- Ministério da Saúde, 2013a. 156 p.- il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90- lógica e mecanismos de controle. **Cadernos MARE da reforma do estado**; v. 1. Brasília- MARE, 1997, 58 p.

CASTRO, A.L.B.; FAUSTO, M.C.R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro- Editora Fiocruz; 2012. p. 31-60.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Governo gasta em média R\$ 3,05 ao dia na saúde de cada habitante.07 de julho de 2014. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=24847-governo-gasta-em-media-r-305-ao-dia-na-saude-de-cada-habitante](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=24847-governo-gasta-em-media-r-305-ao-dia-na-saude-de-cada-habitante)>. Acesso em: jan 16.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro- FIOCRUZ/Hartz, ZA, 1997.p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Cad Saúde Pública** v. 15, n. 2, p. 253-256, Apr. 1999.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G.C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 285-297, Feb. 2015

CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V.M. Privatização da Saúde via novos modelos de gestão- Organizações Sociais (OSS) em questão. In: **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro/Organizadoras**, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza. 1ª. ed. Rio de Janeiro- UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

COSTA, A.C.M. **A participação e o controle social na reforma administrativa no Brasil: Um estudo sobre a Organização Social ICIPE no Distrito Federal**. Monografia (bacharelado) Universidade de Brasília, Departamento de Administração, Brasília, 2012. 56f. - il.

COSTA, F.F.; CALVO, M.C.M. Avaliação da implantação da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina em 2004 e 2008. **Rev Bras Epidemiol** v. 17, n. 2, p. 557-570, jun. 2014.

COSTA, F.L. **Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2010, p. 137-254.

COSTA, N.R. Estudo comparativo do desempenho das OSS - Estado de São Paulo. Seminário "Em busca da excelência: Fortalecendo o desempenho hospitalar no Brasil. Resultado do programa de pesquisa do Banco Mundial", realizado na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 10 de fevereiro de 2006.

DATASUS. Indicadores municipais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2014 – Brasil. Cob equipes saúde bucal por Ano segundo Capital Período 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2014/cnv/coapmunbr.def>>. Acesso em jan 16.

DINIZ, E. Em Busca de um Novo Paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, Fundação Seade, v.10, n.4, out/dez. 1996.

DINIZ, E.; BOSCHI, R. (2007). **A Difícil Rota do Desenvolvimento: Empresários e a Agenda Neoliberal**. Rio de Janeiro/Belo Horizonte, Iuperj/Editora UFMG, 2007.

DOMINGUES, C.M.A.S.I.; TEIXEIRA, A.M.S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012- avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiol. Serv.Saúde** . 22, n. 1, p. 9-27, mar. 2013.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality- a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring**. v. 1- the definition of quality and approaches to its assessments. A. Donabedian. Ann Arbor, Michigan- Health Administration Press, 1988. P. 3-31.

DRAIBE, S.M. O Welfare State no Brasil- características e perspectivas. **Caderno de pesquisa**, nº8. NEPP/UNICAMP, 1993.

ELIAS, P.; BOUSQUAT, A.; NAKAMURA, E.; COHN, A. A implantação do Programa Saúde da Família na metrópole paulista 2001-2003. **Rev Bras Saúde Fam.**;Ano V, n. 7 (ed. esp.), pp 62-71. 2004

ESPING – ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova** n.24. p. 85-115, 1991. Disponível em- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451991000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006). Acesso em 21 fev. 2015.

ESTADÃO. Brasil atinge meta da ONU e reduz mortalidade infantil. Disponível em- <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-atinge-meta-da-onu-e-reduz-mortalidade-infantil,1170645>. Acesso em 07/01/16.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil- avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 11, n. 3, p. 669-681, Sept. 2006

FAUSTO, M.C.R.; MENDONÇA, M.H.M.; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil- notas para um debate. In: FAUSTO, MCR e FONSECA, HMS. **Rotas da atenção básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. pp. 289-309. Rio de Janeiro- Saberes Editora, 2013. Disponível em: < [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_432317170.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_432317170.pdf)>. Consulta em: jan 2014.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG (Orgs). **Avaliação em Saúde**: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro- MedBook, 2010.

FIORI, J.L. Estado do Bem-Estar Social- padrões e crises. **Physis Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, nº7, vol 2, 1997. P. 129-147.

FIORI, J.L. Para uma economia política do Estado brasileiro. In- FIORI, JL. **Em busca do dissenso perdido**: Ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro- Insight, 1995. P.121-161.

FIORI, J.L. Sobre a Crise do Estado Brasileiro. **Revista de Economia Política**, vol. 19, núm. 3, 1989.

G1 RIO. Operação prende suspeitos de pertencer a 'máfia da saúde' no Rio. G1. **O Globo**. Rio de Janeiro, 09 dez. 2015. Disponível em- <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/12/operacao-prende-suspeitos-de-pertencer-mafia-da-saude-no-rio.html>. Acesso em 28/01/16.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia- Configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, May 2006

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. Coordenadores. **Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**. Relatório Final. Rio de Janeiro- Fiocruz, Ensp, Daps, Nupes; 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro- Ed. Fiocruz; 2012. p. 493-545. (Cap. 16)

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 783-794, June 2009

GLOBO. Brasil atinge meta de redução da mortalidade na infância, diz relatório. **O Globo**. Disponível em- <http://oglobo.globo.com/brasil/brasil-atinge-meta-de-reducao-da-mortalidade-na-infancia-diz-relatorio-12580158>. Acesso em 07/01/2016.

HENRIQUE, F; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 809-819, Apr. 2008

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas de Saúde- assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro- IBGE, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/ams/2009/default\\_pdf.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/ams/2009/default_pdf.shtm)>. Acesso em: set 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2013b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/munic2013/index.php>>. Acesso em out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de indicadores 2012. Rio de Janeiro 2013c.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2014. Disponível em <http://munic.ibge.gov.br/index.php?ano=2014>. Acesso em 29 nov. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais- Uma análise das condições de vida da população brasileira. n. 32. Rio de Janeiro, 2013a.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão- Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília - Ipea - MP, SPI, 2014. 208 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2014- incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE - ISAGS. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, junho de 2014.

ISTÚRIZ, O.F. Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos. In: **Atención primaria de salud en Suramérica** / organizado por Lúgia Giovanella. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.

LIMA, J.B; BRAVO, M.I.S. O percurso do financiamento das organizações sociais no município do Rio de Janeiro. In: **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro/Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza. – I ed. Rio de Janeiro- UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

LIMA, J.C.F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro (RJ) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, L.D.; QUEIROZ, L.F.N. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro- Editora Fiocruz; 2012. p. 31-60.

LIU, X.; HOTCHKISS, D.R.; BOSE, S. The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries- a review of the evidence. **Health Policy Plan**. Jan; v 23 n. 1 pp 1-13 2008. Epub 2007 Nov 13.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In- Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). **O Trabalho em Saúde-abordagens quantitativas e qualitativas**. 1ª.ed. Rio de Janeiro- CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116.

MACINKO, J. III Seminário Internacional de Atenção Primária - Saúde da Família. Relatório de atividades. Brasília- Ministério da Saúde (MS); 2007. []. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III\\_seminario\\_atencao\\_primaria\\_familia\\_recife.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_seminario_atencao_primaria_familia_recife.pdf)>. Acesso em: jan 2015.

MARCH, C. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. p 175-186, Abr. 2011.

MARTINS, M.I.C; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, jun 2013, vol.18, no.6, p.1667-1676.

MELLO, D.F.; FURTADO, M.C.C.; FONSECA, L.M.M.; PINA, J.C. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. bras.enferm**. vol.65 no.4 Brasília July/Aug. 2012.

MELO, C.M.M.; COSTA, H.O.G.; SANTOS, T.A.; SOARES, E.S.; SANTANA, G.R.S. Avaliação da gestão terceirizada em uma unidade básica de saúde- resultados preliminares. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, p. 45-56, jan./dez. 2008, jan./dez. 2009

MENDES, A.; MARQUES, R.M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, OUT-DEZ 2014.

MENDONÇA, M.H.M.; MARTINS, M.I.C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, Aug. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acompanhamento das Condiçionalidades do Programa Bolsa Família Na Saúde. Seminário Regional Programa Bolsa Família na Saúde na Saúde – 2009. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/apresentacaoSeminarioBolsaNorte.pdf>>. Acesso em jan 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento Base do IDSUS. [Internet]. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>>. Acesso em: fev 15.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 493 DE 10 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0493\\_10\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0493_10_03_2006.html)>. Acesso em jan 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. FICHA TÉCNICA DE INDICADORES DAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. Rio de Janeiro Dezembro / 2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665fa8/FICHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f26080469faa79859bed5120665fa8>>. Acesso em 03/01/16.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Comissão de Juristas. Proposta de organização da Administração Pública e das relações com entes de colaboração. Resultado final. Brasília- Ministério do Planejamento, 2009.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro- Cebes, p. 24-47, 2010.

OLIVEIRA, C.A. Saúde, Cidade e a Lógica do Capital: O município do Rio de Janeiro em questão. In: **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro/Organizadoras**, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza. – I ed. Rio de Janeiro- UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração de Alma-Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Contribuições para o debate./Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília- Organização Pan-Americana da Saúde, 2011b.111 p.- il. (NAVEGADORSUS, 2).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro**

capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília- Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a.137 p.- il. (NAVEGADORSUS, 3).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Série Técnica Inovação da Gestão. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro**: avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativas sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS- OPAS, 2013.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, Oct. 2013.

PEREIRA, R.S.V.; OLIVEIRA, M.I.C.; ANDRADE, C.L.T.; BRITO, A.S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo- o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, Dec. 2010.

PERES, M.A.; BARBATO, P.R.; REIS, S.C.G.B.; FREITAS, C.H.S.M; ANTUNES, J.L.F. Perdas dentárias no Brasil- análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Rev Saúde Pública** 2013; v. 47, supl. 3, p. 78-89, dez. 2013.

PNUD. Reduzir a Mortalidade na Infância. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM4.aspx>. Acessado em dez 2015.

PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro- indicadores para monitoramento. Relatório. Laboratório de Informações em Saúde – LIS Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia –ICICT. Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

PROESF. Manual Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Operacional\\_VOLUM E2\\_Componente\\_Municipal\\_Revisao\\_4.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Operacional_VOLUM E2_Componente_Municipal_Revisao_4.pdf)> Acesso em dez. 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório do Desenvolvimento Humano 2007/2008. Brasília- Edições Almedina; 2007

PUCINI, P.T. As Organizações Sociais e o Direito à Saúde. [Internet]. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/img/File/SUS%20OS%20Paulo%20Puccini%20Fim%206\\_4\\_2011.pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/SUS%20OS%20Paulo%20Puccini%20Fim%206_4_2011.pdf)>. Acesso em: ago 13.

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.12, p. 4755-4766.

RIPSA. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil- conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília- Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.- il.

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

RONCALLI, A.G.; LIMA, KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 713-724, Sept. 2006

RONDINELLI, D.; NELLIS, J.R.; CHEEMA, G.S. **Decentralization in developing countries**: a review of recent experience. Washington- World Bank, 1983.

SÁ, M.C. A fraternidade em questão- um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl 1, p.651-64, 2009.

SAMPAIO, L.F.R. Debate sobre o artigo "Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.19-21, 2008.

SANTOS, H.S. **Análise da implantação do processo de terceirização no sistema municipal de Saúde em Salvador**. 2009. 86 f. (trabalho de conclusão de curso). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

SANTOS, H.S.; MELO, C.M.M.; SANTANA, G.R.S.; SANTOS, T.A. Análise da implantação do processo de terceirização da saúde no sus municipal: uma abordagem metodológica. In: **Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação** / Cristina Maria Meira de Melo, Norma Carapiá Fagundes, Tatiane Araújo dos Santos, (organizadoras); prefácio, Michel Perreault. - Salvador- EDUFBA, 2012a. 310 p.

SANTOS, K.G.B.; SANTOS, C.E.R. Dependência municipal das transferências do fundo de participação dos municípios: uma análise para os municípios do Sul da Bahia entre 2008 e 2012. IV Semana do Economista e IV Encontro de Egressos. 07 a 10 de outubro de 2014. Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC Ilhéus – Bahia.

SANTOS, M.A.B. **Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS**: o caso das análises clínicas. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, R.S.; ENIRTES, C.O.M.; KEITT, M.S. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 800-810, Dec. 2012b.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014- notas preliminares para o debate. **Cebes**. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/07/proposta-saude-presidenciaes-2014.pdf>>. Acesso em: set 2015.

SENADO FEDERAL. Brasil não cumpre metas do milênio para redução de mortes maternas. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/07/01/brasil-nao-cumpre-metas-do-milenio-para-reducao-de-mortes-maternas>>. Acesso em jan 2016

SILVA JUNIOR, JB. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações- uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiol. Serv.Saúde** v.22 n.1 Brasília mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100001>

SILVA, V.C. **Terceiro setor e parcerias na saúde**: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família. / Vanessa Costa e Silva. - 2014. 150 f.- il.; graf.; mapas. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, V.M. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde**: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, Mariane Marinho de et al . Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres residentes da região Carbonífera Catarinense no período de 1980 a 2009. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 384-390, 2013

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Bárbara Starfield. - Brasília- UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Convênio do poder público com organizações sociais deve seguir critérios objetivos. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678>>. Acesso em: jun 2015.

SZWARCWALD, C.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Cienc Saude Colet**, v. 11, n. 3, p. 643-655, Sept. 2006.

TANZIL, S.; ZAHIDIE, A.; AHSAN, A.; KAZI, A.; SHAIKH, B.T. A case study of outsourced primary healthcare services in Sindh, Pakistan- is this a real reform? **BMC Health Serv Res**. 2014 Jun 25;14-277. doi- 10.1186/1472-6963-14-277.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - TCE. Relatório de auditoria operacional. Processo de Auditoria n. 5809-0200/09-0. Porto Alegre, 2010.

UGÁ, M.A.D; PORTO, S.M.; PIOLA, S.F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012. p.395-425.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J.C.; NOVAES H.M.D.; OLIVEIRA, E.S.; PORTO, S.M.; SILVA, L.M.V.; SZWARCOWALD, C.L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Cienc Saude Colet** 2004; 9(3)-711-724.

VIANA, A.L.; MACHADO, C.V. Capitalismo e estado social- qual o sentido do SUS? A doença holandesa da política social brasileira. In: SUS: Entre o Estado e o Mercado. Caderno Temático n.4. **Plataforma Política Social**. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/plataforma-politica-social/noticias/2013/05/14/capitalismo-e-estado-social-qual-o-sentido-do-sus/>>. Acesso em jul 2014.

VIANA, A.L.A.; ROCHA, J.S.Y.; ELIAS, P.E; IBAÑEZ, N.; BOUSQUAT, A. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas- efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, jul./set.2006.

VIANA, I.B. **Análise do acesso na estratégica saúde da família a serviços odontológicos no estado de Pernambuco**: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009 / Italene Barros Viana. — Recife- I. B. Viana, 2011. 61 f.- il. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

VIANA, M.L.A.; SILVA, H.P. Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In- Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro- Editora Fiocruz; 2012. p. 31-60.

WERNECK VIANNA, M.L.T. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica? **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro- UFRJ, n. 18, p.120-144, jan./jun. 2008.

## APÊNDICES

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*Análise comparativa do desempenho em APS de capitais brasileiras*”, desenvolvida por André Luis Paes Ramos, aluno do Mestrado em Saúde Pública, área de concentração Política, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Doutoras Marismar Horst De Seta e Carla Lourenço Tavares de Andrade

O objetivo central do estudo é “*Analisar o desempenho na Atenção primária à saúde (APS) nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, no contexto da terceirização da gestão e da prestação de serviços.*” Essa análise será realizada com informações públicas, de acesso irrestrito por meio da Internet.

O convite a sua participação se deve à sua inserção na gestão da Secretaria Municipal de Saúde e à necessidade de precisar o modelo de gestão e prestação de serviços em APS mediante o mapeamento da existência ou não – bem como a data de início e o número de unidades abrangidas – de Organizações Sociais (OS) ou Fundação Estatal (FE) na gestão e na prestação de serviços nas Unidades Básicas de Saúde de seu município, e o número de OS envolvidas na prestação de serviços e na gestão das unidades básicas.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. Essa participação não é contínua, e sim pontual, por telefone,

consistindo na resposta às quatro perguntas acima sugeridas, cujo conteúdo não é pessoal, e sim institucional.

Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir em participar ou desistir a qualquer tempo. Contudo, sua participação é muito importante para o alcance dos objetivos da pesquisa, na medida em que ela referendará a classificação de seu município em um dos grupos do estudo. Esses grupos abrangem- municípios com parcerias com OS ou FE e municípios cuja gestão e/ou prestação de cuidados em APS se dá mediante a Administração Direta, municípios sem informação obtida por contato telefônico.

Página 1 de 3

Rubrica pesquisador:  \_\_\_\_\_

Tendo em vista que as informações buscadas com você são exclusivamente institucionais e o fato de ser gestor, há um risco baixo de sua identificação como respondente. Primeiro, as informações demandadas podem ser prestadas por mais de um servidor da Secretaria; você será identificado como respondente do município X, e também porque apenas o nome do município será veiculado. Assim, em certa medida, a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas serão asseguradas.

Tão logo seja feita a classificação do município nos grupos, as anotações sobre o cargo ocupado pelo respondente serão armazenadas sob a guarda do pesquisador, e ficarão disponíveis para que, a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você possa solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Ao final da pesquisa, o material – incluídos os dados coletados por você – será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Suas respostas serão transcritas no mesmo instante e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e suas orientadoras.

A coleta dos dados por telefone é estimada em cinco minutos, excluído o tempo para a leitura do TCLE e os esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa que você demandar.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o poder situar o seu município em relação às demais capitais.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e na dissertação.

Este Termo lhe será encaminhado em meio eletrônico juntamente com as perguntas para seu conhecimento prévio e agendamento do contato telefônico. Ele também será lido no momento da realização do contato telefônico quando, a resposta às perguntas será considerada como a aceitação em participar da pesquisa. Essa leitura, a sua anuência ou recusa, assim como as respostas serão registradas em áudio.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863E-Mail- [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –

Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP- 21041-210

Página 2 de 3

Rubrica pesquisador:  \_\_\_\_\_

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)-

Tel- (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail- conep@saude.gov.br

-----  
André Luis Paes Ramos\_-Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo)

***Contato com o(a) pesquisador(a) responsável***

Endereço-

Escola Nacional de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Sala 728

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP- 21041-210

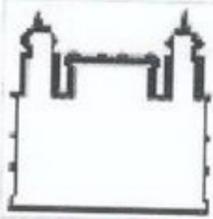
***Tel- ou (21) 2598 2607 ou Celular do pesquisador (21)97914-6914 e-mail-  
andrepaesramos@ig.com.br***

**Rio de Janeiro,            de            de 2015**

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa, que a resposta às perguntas e o meu consentimento e recusa serão registrados em áudio, e que nessa ocasião verbalizarei a concordância (ou não) em participar.

Rubrica pesquisador:  \_\_\_\_\_

## Apêndice B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise comparativa do desempenho em APS de capitais brasileiras que adotaram o modelo de terceirização ou priorizaram a administração direta para gestão e prestação dos serviços em saúde.

**Pesquisador:** André Luis Paes Ramos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44048015.5.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.065.365

**Data da Relatoria:** 06/05/2015

### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado de André Luis Paes Ramos, orientado pelas Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marismary Horsth De Seta e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Lourenço Tavares de Andrade, já qualificado. As despesas ocorrerão por conta do próprio pesquisador. Segundo o autor, o projeto pretende analisar o desempenho da Atenção Primária em Saúde (APS)

em 27 capitais dos estados e DF. Evidenciou-se a presença de OS em 1.215 municípios, na Saúde, sendo 10 capitais e o Distrito Federal. As informações obtidas com o uso do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos Relatórios de Gestão e dos sites das Secretarias Municipais de Saúde apontaram inconsistências e provável subdimensionamento do registro de unidades geridas por Organizações Sociais (OS) ou a Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). Sendo assim, é necessário investigar se a contratação de Organização Social informada pelo município ocorre para a APS e/ou para outro nível de atenção, mediante a exploração das páginas das Secretarias e contato com as SMS para definição mais acurada do processo de adoção das parcerias e para classificação das cidades. A unidade de análise será a cidade e o grupo a que pertencem, as primeiras serão classificadas em três possíveis grupos: 1- cidades que mantiveram a administração pública direta (APD) na provisão e na gestão desses serviços oferecidos à população; 2- cidades que delegaram a gestão e a prestação a Organizações Sociais (OS) ou a

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

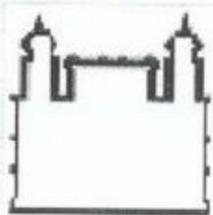
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.065.365

Fundações Estatais de Direito Privado Privado (FEDP); e 3- cidades para as quais não se dispõe de informação específica da cidade sobre a terceirização ou não da APS. A delegação para OS ou FEDP representa uma situação genericamente designada como terceirização. O desempenho em APS de cada cidade será medido por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado, incluindo as causas sensíveis à APS, verificados nos anos de 2008 e 2013, e analisados comparativamente dentro de cada grupo e entre os grupos. Análise estatística será realizada para comparar a evolução do desempenho em APS das cidades em cada um dos grupos, e para verificar a existência de associação entre a terceirização e o resultado em APS. O método envolverá tipo de estudo exploratório do tipo ecológico, baseado em dados secundários de acesso livre e irrestrito e pesquisa em sítios eletrônicos ou por telefone em busca de dados institucionais para conformação de grupos de cidades. O estudo se desenvolve em duas etapas, a primeira, de caráter exploratório visando: 1) busca na base bibliográfica SciElo para identificar artigos sobre avaliação da APS por meio de indicadores construídos a partir de dados secundários de acesso livre e irrestrito; 2) exploração da Pesquisa Perfil dos Municípios 2013, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (MUNIC/IBGE), para identificação do grau de disseminação do modelo de terceirização da gestão e da prestação de serviços em APS. A segunda etapa corresponderá ao desenvolvimento da pesquisa que envolverá a confirmação e esclarecimento sobre a adoção do modelo de terceirização nos três grupos já citados por meio de contato telefônico com o Gabinete dos Secretário Municipal de Saúde, com as seguintes perguntas: A SMS estabelece parcerias com OS e/ou FEDP para gestão e/ou prestação de serviços em APS? Em caso positivo, a partir de que ano iniciou-se a parceria? Qual o número de UBS envolvidas na parceria com as OS e/ou FEDP? Quantas OSS tem contrato para participar da prestação e da gestão da APS? A resposta obtida a essas questões (ou a sua falta) inserirá a cidade em um dos três grupos: Capitais que adotaram a terceirização, capitais que mantiveram a administração direta e capitais sem informação sobre a terceirização na APS, para aquelas que não se obtiver a informação. Para a caracterização das cidades com base em indicadores serão utilizados alguns de domínio público referentes a despesas e receitas governamentais, em saúde e para a APS: ao tamanho da Administração Pública Municipal e dados demográficos e socioeconômicos. Para a análise do desempenho em APS serão utilizados indicadores de estrutura, processo e resultado, de acesso livre irrestrito, disponíveis nas bases de dados do SUS. Dentre esses, a Taxa de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (asma, insuficiência cardíaca, pneumonia, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível) por mil habitantes em 1 ano. Os indicadores comporão uma base de dados no SPSS e será realizada análise de correlação

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

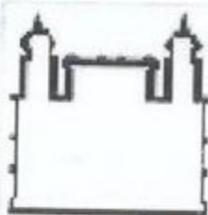
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.065.365

de Pearson para balizar a exclusão dos indicadores altamente correlacionados entre si. Para a caracterização das cidades e de seu modelo de gestão em APS, os indicadores tanto quanto possível serão calculados para o ano de 2013 e

analisados com base nas medidas descritivas, segundo os grupos a que pertencem. A análise comparativa do desempenho em APS levará em conta a evolução dos indicadores nos anos 2008 e 2013, segundo o grupo a que pertencem. A associação entre o modelo de gestão da APS e o desempenho implicará em análise bi-variada e regressão logística. O projeto está dentro do cronograma apresentado.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Segundo o autor, o objetivo primário será "Analisar o desempenho na Atenção Primária em Saúde (APS) nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, no contexto da terceirização da gestão e da prestação de serviços, nos anos 2008 e 2013". Já os objetivos secundários serão:

- Caracterizar as capitais brasileiras e seu modelo de gestão e prestação dos serviços em APS.
- Comparar o desempenho entre as capitais no que tange aos indicadores selecionados.
- Verificar a associação entre o modelo de gestão adotado nas capitais e seu desempenho em APS.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo relato do autor extraído do PB:

"Neste estudo não haverá idas a campo e a maioria das informações serão obtidas das bases de dados secundários, de acesso amplo e irrestrito, ou de dados institucionais que, se não são, pela sua natureza deveriam ser de domínio público. Apesar dessas considerações, este projeto está sendo submetido, após a qualificação, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública em conformidade com a Resolução CNS 466/2012, por se requerer a confirmação mediante contato telefônico sobre a terceirização ou a contratação de OS para a Atenção Primária, mediante contato com o Gabinete do Secretário. Nessa ocasião serão buscados os meios de contato com o respondente, que poderá ser o próprio Secretário, o Coordenador da Atenção Primária ou profissional indicado pelo Secretário. Para o futuro respondente serão enviados por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e as perguntas para que seu teor seja conhecido previamente, objetivando respeitar direitos e reduzir a duração do telefonema. No contato telefônico, agendado segundo a indicação do respondente, que será registrado em áudio, será lido o TCLE. A resposta às perguntas, bem como a anuência ou a recusa em participar serão assim registradas. As informações a serem buscadas são exclusivamente institucionais. Contudo, pelo fato de serem os respondentes gestores, há um risco baixo de sua identificação, para o que

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

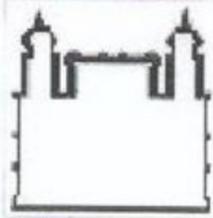
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.065.365

serão adotadas medidas para redução desse pequeno risco. Primeiro, as informações demandadas podem ser prestadas por mais de um servidor da Secretaria; o respondente será identificado apenas pelo cargo ocupado, e também porque somente o nome do município será veiculado. Assim, em certa medida, a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas serão asseguradas. Tão logo seja feita a classificação do município nos grupos, os dados sobre o cargo ocupado pelo respondente e as suas respostas serão armazenadas sob a guarda do pesquisador, e ficarão disponíveis para que, a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, possam ser acessadas para informações sobre a participação do respondente e/ou sobre a pesquisa".

Por outro lado os benefício apresentados pelo autor: "O benefício para o respondente relacionado com a participação na pesquisa é o de poder situar o seu município em relação às demais capitais."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa possui valor científico, por abordar um tema relevante à saúde pública, ligados aos modelos de gestão no setor da saúde, ainda mais na atenção primária. O instrumento de coleta de dados foi apresentado no conjunto de documentos e o TCLE está bem redigido, a pesquisa aponta os riscos e busca desenvolver estratégias para minimizá-lo, faltando apenas inserir local para rubrica nas folhas por parte do participante.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos foram apresentados:

- a) Projeto de Pesquisa na íntegra;
- b) TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) Instrumento de coleta de dados;
- d) Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável
- e) PB gerado pela plataforma

#### **Recomendações:**

Recomenda-se inserir a assinatura e data nos Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos antes do envio.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

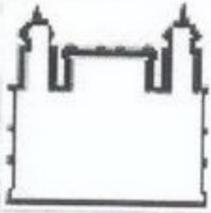
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.065.365

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP/ENSP se encontra disponível em [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica).

RIO DE JANEIRO, 15 de Maio de 2015

*Mônica Carvalho de Mesquita Werner*

Assinado por:  
Mônica Carvalho de Mesquita Werner  
(Coordenador)

Mônica Carvalho de M. W. Wermelinger  
Coordenadora Adjunta  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEPI/ENSP

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

Apêndice C – Avaliação dos Indicadores quanto a Melhor/Pior desempenho para todas as capitais - 2012

INDICADOR	Indicador 1 Melhor ou Sentido: ↓	Indicador 2 Melhor ou Sentido: ↓	Indicador 3 Melhor ou Sentido: ↓	Indicador 4 Melhor ou Sentido: ↓	Indicador 5 Melhor ou Sentido: ↑	Indicador 6 Melhor ou Sentido: ↓	Indicador 7 Melhor ou Sentido: ↑	Indicador 8 Melhor ou Sentido: ↑	Indicador 9 Melhor ou Sentido: ↓	Indicador 10 Melhor ou Sentido: ↓	Indicador 11 Melhor ou Sentido: ↓	Indicador 12 Melhor ou Sentido: ↑	Indicador 13 Melhor ou Sentido: ↑	Indicador 14 Melhor ou Sentido: ↑	Indicador 15 Melhor ou Sentido: ↑	Indicador 16 Melhor ou Sentido: ↑	Indicador 17 Melhor ou Sentido: ↓	Indicador 18 Melhor ou Sentido: ↑	Indicador 19 Melhor ou Sentido: ↑	Totalização
Região e capital																				
<b>Norte</b>																				
Porto Velho												M				P		M		M=2 P=1
Rio Branco	M	M	M			P	M	M	P						M	M				M=7 P=2
Manaus					P						M							P		M=1 P=2
Boa Vista						M				P	P		M		P				M	M=3 P=3
Belém	P	P	P					P									M			M=1 P=4
Macapá				P			P		M				P	P	P		P		P	M=1 P=7
Palmas				M	M					M			P	M						M=4 P=1
<b>Nordeste</b>																				
São Luís			M				P		M											M=2 P=1
Teresina	M					P		M							M	M	M	M		M=5 P=1
Fortaleza				M	P					M			P		M			P		M=3 P=3
Natal		M																	P	M=2 P=1
João Pessoa	P	P	P		M		M						M							M=3 P=3
Recife											M	M								M=2 P=0
Maceió						M				P	P	P					P			M=1 P=4
Aracaju									P					M						M=1 P=1
<b>Salvador*</b>				P				P						P	P	P				M=0 P=5
<b>Sudeste</b>																				
Belo Horizonte		P	P						M			P		P						M=1 P=4
Vitória				M	M	P	M	M				M	M		M	M			M	M=9 P=1
Rio de Janeiro*	M	M	M	P	P		P	P	P	P	P		P		P		P	P	P	M=3 P=12
São Paulo*	P					M				M	M			M		P	M	M		M=6 P=2
<b>Sul</b>																				
Curitiba	M			P	M	M	M	P		P	P	M		M	M	M		M	M	M=10 P=4
Florianópolis		M	M	M	P		M	M	M	M	M	P	P	P			M		P	M=9 P=5
<b>Porto Alegre*</b>	P	P	P			P	P		P				M		P	P	P	P		M=1 P=10
<b>Centro-oeste</b>																				
Campo Grande				M	P		M	M		M			M		M	P	P		M	M=7 P=3
Cuiabá				P			P		P	P	P	P						P		M=0 P=7
Goiânia	P	P	P		M	P					M		P	M			M			M=4 P=5
<b>Brasília*</b>	M	M	M		P	M		P	M			M		P	P	M		M	P	M=8 P=5

## LEGENDA

Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos	Indicador 1 Melhor Sentido: ↓		
Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos	Indicador 2 Melhor Sentido: ↓		
Taxa de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (asma, insuficiência cardíaca, pneumonia, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível) por mil habitantes em 1 ano	Indicador 3 Melhor Sentido: ↓		
Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos	Indicador 4 Melhor Sentido: ↓		
Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos	Indicador 5 Melhor Sentido: ↑	M	Melhor
Taxa de mortalidade Materna	Indicador 6 Melhor Sentido: ↓	P	Pior
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Indicador 7 Melhor Sentido: ↑		
Cobertura por Equipes de AB	Indicador 8 Melhor Sentido: ↑		
Taxa de mortalidade por neoplasias maligna da mama	Indicador 9 Melhor Sentido: ↓		
Taxa de Mortalidade por diabetes	Indicador 10 Melhor Sentido: ↓		
Taxa de Mortalidade por hipertensão	Indicador 11 Melhor Sentido: ↓		
Cobertura de tetravalente em crianças	Indicador 12 Melhor Sentido: ↑		
Cobertura de primeira consulta odontológica	Indicador 13 Melhor Sentido: ↑		
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	Indicador 14 Melhor Sentido: ↑		
Média de participantes escovação dental supervisionada	Indicador 15 Melhor Sentido: ↑		
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Indicador 16 Melhor Sentido: ↑		
Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em residentes menores de 1 ano	Indicador 17 Melhor Sentido: ↓		
Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo	Indicador 18 Melhor Sentido: ↑		
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	Indicador 19 Melhor Sentido: ↑		