

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

André Luis Paes Ramos

Eficiência da Atenção Primária à Saúde e modelos de gestão nas capitais brasileiras

Rio de Janeiro

2022

André Luis Paes Ramos

Eficiência da Atenção Primária à Saúde e modelos de gestão nas capitais brasileiras

Tese 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 Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marismary Horsth de Seta.

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Battesini.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Efficiency of Primary Health Care and Management Models in Brazilian Capitals.

R175e Ramos, André Luis Paes.
Eficiência da Atenção Primária à Saúde e Modelos de Gestão nas Capitais Brasileiras / André Luis Paes Ramos. -- 2022.
143 f. : il.color.

Orientadora: Marismary Horsth De Seta.

Coorientador: Marcelo Battesini.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

Bibliografia: f. 93-108.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Eficiência. 3. Avaliação em Saúde.
4. Serviços Terceirizados. 5. Avaliação de desempenho. I. Título.

CDD 362.10425

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

André Luis Paes Ramos

Eficiência da Atenção Primária à Saúde e modelos de gestão nas capitais brasileiras

Tese 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 Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 29 de junho de 2022.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dra. Ligia Giovanella
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Sheyla Maria Lemos Lima
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Marcelo Battesini (Coorientador)
Universidade Federal de Santa Maria

Prof.^a Dra. Marismary Horsth De Seta (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

A Deus por abençoar com saúde, uma linda família e as condições para realização desta jornada acadêmica.

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; e amada esposa Francineide, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência decorrentes das aulas presenciais e elaboração da Tese.

Agradeço fortemente a Prof^{ra} Dr^a Marismary Horsth De Seta, sempre mais que uma brilhante pesquisadora e orientadora, uma grande amiga para todas as dificuldades encontradas na vida acadêmica e na gestão pública.

Ao Prof. Dr. Marcelo Battesini, por aceitar prontamente o convite para coorientação, fundamental para efetivação da pesquisa, especialmente na exímia participação na etapa de métodos, sempre paciente e gentil no ensino e uso das ferramentas propostas.

A querida amiga e exemplar profissional do SUS, Aline Tremarin, parceira de todas as horas, pela costumeira e habilidosa contribuição, principalmente nos processos de acesso, utilização e organização das bases de dados utilizadas na pesquisa.

A todos os funcionários e professores da ENSP, trabalhadores que dedicam suas vidas para que a formação em saúde pública seja cada vez mais qualificada e mantida a renovação de atores que farão a diferença nas políticas sociais voltadas à população brasileira.

Aos professores que compuseram as bancas de qualificação e exame final, pela honrosa atenção prestada ao trabalho, com discussões e sugestões que aperfeiçoaram a Tese e apresentaram novas possibilidades para a conclusão do estudo.

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. Menção especial à colega Michelle Guiot, pelas palavras fraternas em momentos críticos e liderança na promoção de eventos sociais que ajudaram a superar as agruras de tempo pandêmico associado ao período acadêmico.

Agradecimento a todos que, mesmo não mencionados nominalmente, participaram de momentos acadêmicos e profissionais, 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!

“É obrigação moral e ética de qualquer governo do mundo colocar a saúde do seu povo como prioridade zero, porque, se a pessoa não tem saúde, a pessoa não tem disposição para nada.”

(SILVA, 2005, p. 1)

RESUMO

Este estudo focaliza a eficiência das capitais brasileiras e do Distrito Federal na Atenção Primária à Saúde (APS), entre 2008 e 2019, considerando a experimentação da terceirização dos serviços de atenção básica mediante organizações sociais (OS), empresa pública e fundações estatais de direito privado (FEDP), ou a manutenção da gestão e da provisão mediante administração direta (AD). A metodologia consistiu em estudo analítico 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. A caracterização das cidades considerou dados demográficos e socioeconômicos, enquanto para o desempenho selecionaram-se 7 indicadores representativos da APS (Cobertura em atenção básica, Internações por condições sensíveis a APS, Cura de tuberculose, Mortalidade infantil, materna e prematura por condições crônicas, Incidência de sífilis congênita), que compõem o Pacto de Diretrizes e Metas 2013-2015. A partir destes indicadores e dos gastos em Saúde e em Atenção Básica como insumos, utilizou-se a Análise Envoltória de Dados de Retorno de Escala Variável voltado a *outputs*, portanto sem admitir redução de gastos, para cálculo do Índice de Eficiência nos anos de 2008, 2012, 2016 e 2019, relacionando à experiência de terceirização ou não da APS. Foi também aplicado o Índice de Malmquist (IM), para verificação da eficiência de forma longitudinal nos períodos analisados. As quatro capitais identificadas como de terceirização por modelos alternativos na APS (São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Fortaleza), mediante os indicadores selecionados e no período analisado, de modo geral, não obtiveram maior eficiência perante o modelo de administração direta, tampouco evoluíram quando comparadas com os próprios resultados ao longo do tempo. Tanto no ano mais recente da análise (2019), quanto na abordagem longitudinal, apenas capitais que mantiveram a gestão por AD conseguiram obter índice máximo de eficiência relativa na comparação entre as capitais. Por outro lado, as quatro capitais com modelos gerenciais alternativos à AD, não conseguiram atingir o maior valor de eficiência em nenhum dos anos contemplados na pesquisa.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; terceirização (serviços terceirizados, no DeCS); eficiência; avaliação em saúde; avaliação de desempenho.

ABSTRACT

This study focuses on the efficiency of the Brazilian capitals and the Distrito Federal in Primary Health Care (PHC), between 2008 and 2019, considering the experimentation of outsourcing primary care services through social organizations (SO), public companies and state law foundations or the maintenance of management and provision through public administration. The methodology consisted of an analytical study that made use of secondary data with free and unrestricted access, which served to build indicators for the characterization of cities and their performance. The characterization of the cities considered demographic and socioeconomic data, while for the performance, 7 indicators representing PHC were selected (Coverage in primary care, Hospitalizations due to PHC-sensitive conditions, Tuberculosis cure, Infant, maternal and premature mortality due to chronic conditions, Incidence of congenital syphilis), which make up the Pacto de Diretrizes e Metas 2013-2015. From these indicators and expenditures on Health and Primary Care as inputs, the Data Envelopment Analysis of Return of Variable Scale focused on outputs, therefore without admitting cost reduction, was used to calculate the Efficiency Index in the years 2008, 2012, 2016 and 2019, relating to the outsourcing experience or not of APS. The Malmquist Index (MI) was also applied to verify the efficiency longitudinally in the analyzed periods. The four capitals identified as outsourcing through alternative models in PHC (São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre and Fortaleza), through the selected indicators and in the analyzed period, in general, did not obtain greater efficiency in the face of the direct administration model, nor have they evolved when compared to the results themselves over time. Both in the most recent year of analysis (2019) and in the longitudinal approach, only capitals that maintained management by public administration managed to obtain maximum relative efficiency index in the comparison between capitals. On the other hand, the four capitals with alternative management models to public administration were not able to reach the efficiency frontier in any of the years covered in the research.

Keywords: primary health care; outsourcing (outsourced services, in DeCS); efficiency; health evaluation; performance evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Novos Modelos de Gestão e Legislações, Brasil, 1994 a 2019.....	31
Figura 2 -	Gastos com pessoal segundo Lei de Responsabilidade Fiscal, capitais com gestão por OS na APS, 2006 a 2020.....	65
Figura 3 -	Capitais eficientes e ineficientes, e relações de referências mediante AED, 2019.....	77
Figura 4 -	Quantidade de referências estabelecidas por capital eficiente, 2019.....	78
Figura 5 -	Cobertura por equipes AB capitais com Terceirização. 2008, 2012, 2016 e 2019.....	86
Figura 6 -	Índice Malmquist e seus componentes para os anos 2012, 2016 e 2019.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das Capitais do Brasil (2018, 2020 e 2021).....	58
Tabela 2 - Correlação entre indicadores pré-selecionados de <i>outputs</i> , capitais brasileiras, 2019.....	70
Tabela 3 - Escores de eficiência, capitais brasileiras, 2019.....	74
Tabela 4 - Resultados atuais e Metas para as capitais não eficientes.....	80
Tabela 5 - Escores de eficiência da APS nas capitais brasileiras, 2008, 2012, 2016 e 2019.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistematização da estrutura da Tese em capítulos.....	22
Quadro 2 - Características dos modelos de gestão.....	32
Quadro 3 - Indicadores selecionados para caracterização das cidades.....	50
Quadro 4 - Indicadores pré-selecionados para AED.....	55
Quadro 5 - A terceirização em APS nas capitais brasileiras.....	61
Quadro 6 - Indicadores selecionados como outputs da AED, capitais brasileiras.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACERP	Associação de Comunicação Educativa Roquette Pinto
ACSC	Associação Congregação Santa Catarina
AD	Administração Direta
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AEBES	Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense
AED	Análise Envoltória de Dados
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CDC	Disease Control and Prevention
CEIS	Complexo Econômico e Industrial da Saúde
CEJAM	Centro de Estudos João Amorim
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEA	Data Envelopment Analysis
DMU	Decision Making Unit
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Esf	Equipes de Saúde da Família

FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAPEMESP	Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por condições sensíveis à atenção básica
ICSAP	Internações por condições sensíveis à atenção primária
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
IETS	Índice de Eficiência Técnica em Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
MUNIC	Pesquisa Perfil dos Municípios Brasileiros
NPM	New Public Management
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organização ou Organizações Sociais
OSC	Organizações da Sociedade Civil

OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Direito Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
RREO	Relatório Resumido da Execução Orçamentária
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SECONCI	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
SES-SP	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SSA	Serviço Social Autônomo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MODELOS DE ATUAÇÃO DO ESTADO NAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	28
2.1	INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MODELO NEOLIBERAL NO BRASIL E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO EXPRESSÃO NA SAÚDE.....	34
3	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	40
3.1	AVALIAÇÃO EM APS.....	42
3.2	AVALIAÇÃO ECONÔMICA.....	44
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	48
5	PERFIL DAS CAPITAIS BRASILEIRAS E MODELOS DE GESTÃO.....	58
5.1	A TERCEIRIZAÇÃO NA GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	60
5.2	DISPARIDADES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS.....	64
6	EFICIÊNCIA RELATIVA DAS CAPITAIS BRASILEIRAS.....	70
6.1	EFICIÊNCIA NA APS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS EM ANÁLISE TRANSVERSAL COMPARATIVA SEGUNDO MODELOS DE GESTÃO.....	73
6.2	EVOLUÇÃO DA EFICIÊNCIA DA APS NAS CAPITAIS BRASILEIRAS: 2008 - 2019.....	81
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICE A: ARTIGO 1 - CSP_0891/18.....	109
	APÊNDICE B - SCRIPT NA LINGUAGEM R.....	130
	APÊNDICE C - INDICADORES SELECIONADOS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS, 2006 A 2009.....	131
	APÊNDICE D – DISPERSÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS NA AED.....	141

APÊNDICE E - QUADRO1: POSIÇÃO DA CAPITAL RIO BRANCO NOS INDICADORES DE DESEMPENHO, CONFORME TABELA 1/APÊNDICE C, 2019.....	143
---	------------

1 INTRODUÇÃO

A evolução dos sistemas nacionais de saúde nos diversos países do mundo apresenta características que resultaram em classificações que buscam agrupar os elementos comuns e as distinções entre os principais modelos. Nos países europeus destaca-se a universalidade do acesso a serviços de saúde com financiamento público, em duas modalidades clássicas: o tipo bismarckiano, com base em seguro social financiado por contribuições obrigatórias de empregadores e empregados vinculados ao mercado de trabalho, que tem a Alemanha como principal representante; e o tipo beveridgiano, baseado no princípio da cidadania e custeado por recursos fiscais, com a Inglaterra como maior referência. Ambos os modelos diferem grandemente e apresentam melhores resultados da atenção em saúde do que os centrados no mercado, como no caso do modelo dos Estados Unidos (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Os países que contam com sistemas de saúde universais, de maneira geral, apresentam forte investimento na Atenção Primária à Saúde (APS), que representa o nível de atenção preferencialmente utilizado para entrada no sistema e resolução de necessidades e problemas, onde são abordadas as condições mais comuns. Refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato com responsabilidade longitudinal pelo paciente. O foco da atenção deixa de ser a doença para ser voltada ao indivíduo em sua inserção familiar e comunitária, com reconhecimento dos valores culturais dos grupos populacionais. Deve garantir a coordenação e integração com a atenção fornecida em outros espaços ou por terceiros. Deve ainda organizar os recursos, básicos ou especializados no sentido da promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2006).

Sobre a América Latina, Paim (2019) aponta a priorização de modelos privatizantes por governos ditatoriais nas décadas de 1960 e 1970, período após a criação dos Sistemas Nacionais do Chile em 1952 e de Cuba, com a Revolução Socialista de 1959. Outros países seguiram o modelo de assistência médica previdenciária com expansão dos seguros sociais.

Neste período, o Brasil caracterizava-se pelo acesso aos serviços de saúde mediado por demonstração de vínculo empregatício através da carteira de trabalho. Fora deste contexto, o Ministério da Saúde atuava apenas por meio de poucos hospitais especializados, nos serviços de psiquiatria e tuberculose, além da participação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em regiões como o interior do Norte e Nordeste. Instituições filantrópicas prestavam assistência médico-hospitalar à população definida como indigente em forma de caridade (SOUZA, 2002). Desde os anos 1950 e até 1988, esteve

previsto o apoio financeiro do governo à iniciativa privada (BRASIL, 1954) para colaborar na assistência à saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e pelas leis complementares 8.080 e 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b), fundamentou-se, ao menos no plano formal, no princípio da universalidade sob o modelo da seguridade com financiamento por impostos e contribuições sociais.

Em que pese o caráter primordialmente público, com acesso previsto de forma equânime, gratuita e de qualidade, a participação complementar e suplementar do setor privado legalmente concedida tem se sobreposto à parcela estatal, especialmente quando se trata dos gastos em saúde. Constata-se no Brasil o inusitado caso de um sistema público universal nos moldes de países como Inglaterra e Canadá, com um gasto predominantemente privado como os Estados Unidos, país que assume essa condição como opção de organização das ações em saúde. Há subfinanciamento histórico da saúde em países em desenvolvimento como o Brasil em comparação a percentual do PIB ou gasto *per capita* em saúde, com os países desenvolvidos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (OECD, 2020).

Também é característica do SUS o incentivo normativo e operacional que promoveu gradual processo de descentralização do poder decisório e das ações de planejamento, financiamento, gestão, prestação e controle do ente federal para os entes estaduais e principalmente municipais. Cidades dos mais variados portes populacionais e econômicos vêm assumindo a condição de principais gestoras dos respectivos sistemas de saúde, com maior participação no financiamento e governança, embora a importância do governo federal se mantenha ainda bastante expressiva.

Cabe aos municípios, dentre outras responsabilidades, a gestão e execução das políticas direcionadas à APS para ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde que, no Brasil, tiveram características peculiares por terem sido implementadas tendo como modelo o Programa de Saúde da Família (PSF).

Criado pelo Ministério da Saúde em 1994, o PSF se consolidou como Estratégia de Saúde da Família (ESF) pela Portaria Ministerial n. 648/GM, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nesta política, se passou a considerar equivalentes os termos Atenção Primária e Atenção Básica, posicionamento adotado também no presente trabalho. A PNAB sofreu revisões e republicações nos anos seguintes de 2011 e 2017 (BRASIL, 2006a, 2011a e 2017).

Para além do fortalecimento da APS sob gestão municipal, as capitais dos estados se destacam como relevantes componentes do SUS por suas condições estruturais, econômicas, políticas e sociais que, frequentemente, as colocam como pólos regionais de referência na condução e suporte às políticas de saúde que envolvem os municípios circundantes.

Desde a sua criação, o SUS tem convivido com uma diversidade de projetos, propostas e atos resultantes da constante disputa sobre as melhores formas para gestão e prestação dos serviços em saúde. Diferentes ideologias e experiências vividas colocam o debate sobre a maior ou menor presença do Estado na provisão de políticas sociais como determinante do modelo de gestão adotado.

Necessário ressaltar que os modelos de gestão geralmente são mistos, apresentando unidades geridas exclusivamente pela Administração Pública (AP) direta e indireta e outras concedidas à terceirização da gestão para instituições privadas; ou até mesmo a coexistência de distintas modalidades em um mesmo estabelecimento de saúde. Esses modelos de gestão podem ser mais ou menos concentrados em determinado nível de atenção, tipo de unidade ou ente federativo responsável pela gestão.

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 (RAMOS, 2016, p. 54)

Desta forma, a caracterização de sistemas locais com modelo de gestão por Organizações Sociais (OS), Administração Direta (AD) ou indireta adotada neste estudo se baseou na existência e relevância da terceirização da gestão e na prestação de serviços de saúde (provisão pública de serviços) como opção do gestor municipal.

Na esfera federal, estadual ou municipal, alternativas à administração pública exclusiva do Estado têm proliferado: parcerias público-privadas, fundações estatais de direito público ou privado, empresas públicas, organizações não governamentais (ONG), Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Direito Público (OSCIP), Organizações da Sociedade Civil (OSC), Serviço Social Autônomo (SSA), dentre outras modalidades de natureza jurídico-administrativa.

Entidades como as OS, OSC e OSCIP podem ser classificadas como terceiro setor, ente “não governamental” ou “não estatal”, sem finalidade lucrativa, ao menos no estatuto

formal. São caracterizadas nas normas estatais como de interesse público, com pressupostos de transparência e publicização como características da participação da sociedade civil organizada na administração pública (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018).

No campo da saúde, as OS se destacam pela acelerada expansão e assunção da direção de grande parte dos estabelecimentos públicos, seja em unidades básicas, atenção especializada, unidades de pronto-atendimento, centros de atenção psicossocial ou hospitais. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013, 2019a) apontou forte presença de terceirização por Organizações Sociais de Saúde (OSS) em gestões municipais e estaduais.

Ramos, De Seta e Andrade (2018) identificaram que quase a totalidade da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro e mais da metade dos estabelecimentos deste nível de atenção na capital paulista estão entregues a parcerias deste modelo. No âmbito federal, o governo Bolsonaro apresenta a minuta do Projeto de Lei Future-se (BRASIL, 2019^a)¹, que introduz a contratação de OS em universidades públicas, com possibilidade de atuação em hospitais universitários, mesmo os que são geridos atualmente pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Ideários disseminados mundialmente, especialmente após os anos 1980, apresentavam a Nova Gestão Pública (NPM) com a crença implícita de maior eficiência do setor privado sobre o setor público, com incentivo à privatização de atividades estatais como forma de melhoria do “negócio” a partir da concorrência. Busca-se fortalecer a imagem do serviço público como naturalmente incompetente, egoísta e indiferente aos problemas da população (RAO, 2016).

Apesar de instituídas no Brasil desde 1998, no bojo do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE)² no Governo Fernando Henrique Cardoso, mais de 20 anos se passaram sem que houvesse número considerável de pesquisas com resultados definitivos mediante avaliação de desempenho ou eficiência das OS ou de outros modelos de gestão implantados.

¹ Esse projeto de lei nº 3.076, do Poder Executivo foi distribuído, em 03/12/2020, para diversas comissões, o que configura a necessidade de constituição de uma Comissão Especial. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2254321>, consulta em 27 de março de 2021.

² Esse plano é tido como a tradução do “Governo Reinventado”, de David Osborne e Ted Gaebler (1992), onde a gestão governamental deve buscar os princípios da ênfase em resultados e clientes, descentralização, prevenção e práticas de mercado. Comportamento menos burocrático e mais empreendedor, prontas a fazer mais com menos recursos.

A promessa de maior eficiência em modelos de gestão por meio de entidades privadas não se restringe ao ato institutivo das OS no PDRAE, mas consigna-se como senso comum disseminado por atores representativos do mercado, a partir de conceitos originários de atividades industriais e empresariais. Grande parcela da população, por vezes baseada na difusão deste preceito em importantes meios de comunicação, tende a considerar o poder público como naturalmente incapaz de oferecer serviços com a mesma qualidade auferida à prestação privada.

A eficiência é um dos princípios constitucionais para a administração pública direta e indireta de todos os Poderes e de todas as esferas de governo da federação (BRASIL, 1988, art. 37). Como consta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), a eficiência se refere à razão entre o esforço e os recursos empreendidos; enquanto a eficiência organizacional indica a capacidade de uma organização produzir resultados desejados com um mínimo de gasto (energia, tempo, dinheiro, pessoal, material, etc.).

Em revisão sistemática de Dermindo e colaboradores (2020, p.1), a eficiência foi definida como: “um esforço dos gestores em realizar suas atribuições com diligência e busca de resultados positivos para o serviço, no que tange a aplicação dos recursos financeiros, e satisfatoriedade na entrega dos serviços necessários à comunidade”.

Ramos e Seta (2019) analisaram o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) nas capitais brasileiras, com abordagem sobre as gestões por administração pública direta ou por terceiros. Outros estudos sobre o desempenho na atenção hospitalar gerida por OS ou administração direta, também escassos, geralmente comparam unidades hospitalares por indicadores de cada estabelecimento, sem o enfoque nos resultados e impactos sobre a saúde da população assistida pelo sistema local em que estão inseridos.

Outra dimensão essencial para compreensão da dinâmica dos sistemas de saúde refere-se aos gastos envolvidos na contabilidade pública. Além da promoção da melhoria da qualidade de vida, faz-se necessário observar o comportamento do orçamento do setor saúde, especialmente em cenário de subfinanciamento crônico, crises frequentes e na vigência de políticas de “austeridade”.

Segundo Sancho e Dain (2012), os campos da Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde apresentam pontos em comum quando considerados a partir do conceito de eficiência, por valorizarem a relação entre recursos consumidos versus resultados na avaliação em saúde e entre o custo e os benefícios econômicos advindos de uma intervenção, na avaliação econômica.

Ademais, os importantes debates e embates ideológicos relacionados aos modelos de gestão em saúde não devem ser desconsiderados. Eles versam sobre o grau de 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 e fatos consumados 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 a discussão mediante a análise comparativa da eficiência entre os modelos de gestão da administração direta e terceirização da gestão e da prestação, majoritariamente a cargo das Organizações Sociais de Saúde, na atualidade.

A esse respeito deve ser ressaltado que não se pode atribuir diretamente ao modelo de gestão os resultados observados nos sistemas locais. Há complexidade envolvida na determinação da saúde e isso explica em parte a limitada capacidade dos serviços em resolver problemas, seja pela sua natureza das situações críticas, que exigem intervenções de vários tipos, seja pela ineficácia relativa dos serviços de saúde, evidenciada pelas avaliações científicas disponíveis (DUSSAULT, 1992; ALMEIDA FILHO, 2011).

Reconhece-se a crítica ou ponderações de autores (OCKÉ-REIS, 2008; OLIVEIRA e PAULA, 2014) quanto ao conceito de eficiência ser aplicado de modo a relacionar indevidamente atividades empresariais com ações em saúde, pela evidente incomparabilidade entre os campos, tendo em vista o valor essencial da saúde enquanto direito básico à vida. Neste sentido, não se concebe adequada a mensuração fria e exclusiva de processos ou produtos, tampouco de estratégias de economia de recursos e investimentos, sem que se considere a complexidade dos fatores que interferem na busca por boas condições de saúde.

Por outro lado, importa analisar se as recorrentes menções de maior eficiência pela prestação privada se comprovam por estudos científicos, por meio de métodos embasados no conceito de eficiência constantemente utilizado no meio privado, empresarial ou industrial.

Este estudo focaliza, portanto, a gestão em saúde por meio das OS ou outras instituições terceirizadas, da Administração Direta ou Indireta, e analisa comparativamente o desempenho e a eficiência em APS nas capitais brasileiras, mediante indicadores selecionados. O foco envolverá os sistemas locais de serviços de saúde (e não serviços específicos) das capitais sob os aspectos de gestão e prestação na Atenção Primária, com o cálculo de indicadores de desempenho, gastos e eficiência correspondentes a esses níveis de atenção.

A Tese aqui apresentada é confeccionada no formato tradicional, com Capítulos que incluem esta Introdução, com o tópico Justificativa que traz as motivações pessoais, acadêmicas e sociais para escolha do tema. Em seguida, as duas Questões de Pesquisa norteiam as inquietações que o estudo pretende contemplar a partir dos Objetivos Gerais e Específicos. Os demais Capítulos apresentam breve Revisão de Literatura com os principais conceitos e históricos de publicações para contextualização sobre o objeto da pesquisa. O Capítulo sobre Percurso Metodológico descreve o caminho utilizado para coleta dos dados e análises desenvolvidas na elaboração deste trabalho, além de anunciar as questões sobre as Considerações Éticas. Os resultados e discussão são abordados nos capítulos seguintes e as Considerações Finais apontam os principais elementos percorridos na Tese e a conclusão do autor sobre a pesquisa concretizada. Essa estrutura está sistematizada no Quadro 1.

Quadro 1: Sistematização da estrutura da Tese em capítulos

ESTRUTURA	DESCRIÇÃO
1 INTRODUÇÃO	Este Capítulos fornece uma visão global da pesquisa, apresentando o tema da terceirização e avaliação na APS, contextualizando com o cenário atual do Brasil. Além disso, delimita o problema proposto, bem como a problemática de pesquisa, a questão direcionadora e sua relevância. Por último apresenta os objetivos a serem alcançados e a justificativa da pesquisa.
2 e 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Os Capítulos de revisão bibliográfica abordam os principais estudos que serviram como métrica para a pesquisa, está dividido em duas partes. Na primeira seção são discutidos os principais estudos que abordam os modelos de gestão, estabelecendo características e definições. A segunda seção retoma a pauta da avaliação a partir dos estudos que analisam a saúde no Brasil e no mundo, e apresenta o método Análise Envoltória de Dados (AED) ou <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA), na língua inglesa, utilizado para medir a eficiência.
4 METODOLOGIA	A metodologia descreve o percurso metodológico utilizado para alcançar os objetivos da pesquisa, bem como as variáveis estudadas. Para tal, é descrito as etapas propriamente dita do DEA. E, ainda, apresenta os estágios das fases que compõe a definição dos modelos. Além de definir a maneira do uso do índice Malmquist e do <i>software</i> utilizado para rodar o modelo DEA.
5 e 6 RESULTADOS	Os Capítulos dos resultados inicialmente apresenta uma breve análise da caracterização das capitais estudadas. Em seguida, apresenta a descrição das variáveis, discute os resultados dos escore de eficiência de cada capital, destacando os <i>benchmarks</i> para as cidades ineficientes.
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Neste último Capítulo são apresentadas a avaliação geral do trabalho e algumas considerações finais com limitações e sugestões para desenvolvimento de trabalhos futuros, levando em

	consideração o conhecimento adquirido ao longo do processo de elaboração desta tese.
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Artigo “Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014” (RAMOS; SETA, 2019), elaborado no curso do Doutorado, apresenta resultados que compõem o escopo geral desta Tese, sendo o autor principal o mesmo em ambos os trabalhos acadêmicos.

Houve forte impacto da pandemia por Covid 19 que atravessou o período deste Doutorado, trazendo transtornos tanto na programação das aulas quanto na elaboração da tese, por todas as questões inerentes ao quadro de Emergência Pública em Saúde de tamanha gravidade. Além dos abalos físicos, mentais, emocionais envolvendo alunos, professores e orientadores; o contexto de trabalho profissional de combate à pandemia e demais condições estruturais trouxeram alteração ao escopo inicial previsto no Projeto de Tese, com adequação de formato e abrangência do tema à nova realidade imposta para execução da pesquisa.

JUSTIFICATIVA

As motivações pessoais para escolha deste tema se dão pelo interesse, desde a infância e a adolescência, por questões que envolvam as condições sociais, mesmo que os conceitos e aplicações no âmbito das políticas públicas não tivessem ainda surgido como forma organizada de conhecimento. No âmbito profissional, advém da trajetória no serviço público a partir da aprovação em concurso para cirurgião-dentista da APS no município do Rio de Janeiro, em 2002. As atribuições envolviam 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 (ESF), que iniciava sua implantação 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 pela ESF. 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 da Área de Planejamento (AP) 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, onde representantes da gestão de área faziam a interlocução com as gerências e equipes de saúde das unidades a partir do território de localização e redes estabelecidas. Fui convidado a liderar o grupo que executaria esta atividade de suporte aos gerentes e/ou diretores das unidades no Complexo do Alemão. Nesse 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 como parceiras da gestão pública, não só na área estrutural como também na dotação de recursos humanos para as atividades finalísticas, como a assistência por consultas e demais procedimentos em saúde. Em 2013, outro mecanismo foi aprovado, a empresa pública Rio Saúde. Embora implantada no Governo do então Prefeito Eduardo Paes, essa empresa assumiu a gestão de mais unidades de saúde, em substituição a contratos rompidos com as OS no mandato de Marcelo Crivella. Atualmente, está sendo recuperada a gestão de unidades por OS, além de novos editais publicados para terceirização por parcerias público-privadas e Organizações da Sociedade Civil.

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.

Fui convidado em seguida para assumir a coordenação do setor de contratualização da Secretaria Municipal de Saúde, responsável por estabelecer os contratos com os prestadores privados de serviços complementares ao SUS. Posteriormente, passei a apoiar a gestão do

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, que aderiu ao modelo de Empresa Pública através da EBSEH, criada em 2010 pelo governo federal para administração de hospitais de ensino federais (BRASIL, 2011b). Estive ainda em cargo de gestão na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, onde também há presença de OS e Fundação Estatal na administração de determinados serviços.

No Mestrado, desenvolvi um estudo sobre o desempenho com base em indicadores da APS nas 27 capitais brasileiras considerando a experiência (ou não) com a terceirização da gestão e da provisão por organizações sociais ou fundações estatais. Nesse estudo se destacou a região sudeste para pesquisa publicada em artigo científico (RAMOS; SETA, 2019) pela paridade numérica entre capitais que terceirizam (ou não), e também pelo tempo de implantação e desempenho via de regra inferior nas capitais que adotaram a terceirização (Rio de Janeiro e São Paulo).

No doutorado, se busca dar continuidade e aprofundar os estudos iniciados desde a dissertação de mestrado. À atualização temporal dos indicadores selecionados para caracterização e desempenho das capitais no âmbito da APS foi acrescida a avaliação de eficiência, considerando os resultados de todas as capitais brasileiras identificadas de acordo com o modelo de gestão adotado.

O tema deste estudo é de relevante interesse na área da saúde coletiva, pois a definição do modelo de gestão adotado é fator preponderante no desenvolvimento das práticas oferecidas à população. Os diferentes tipos de vinculação empregatícia dos trabalhadores da saúde interferem em fatores do cotidiano dos serviços, como a rotatividade de profissionais, vínculos com os usuários, motivação profissional, relações hierárquicas, educação permanente, 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. Desse modo, 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; podem influenciar diretamente a qualidade do cuidado prestado ao usuário do serviço de saúde.

No âmbito do planejamento e gestão governamental, a política definida tem 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. A relevância do tema se dá, ainda, por haver importante embate ideológico sobre as questões motivadoras e os efeitos 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 são os estudos que busquem fornecer alguma evidência do que ocorre na vida real (RAMOS, 2016).

Segundo Paim (em entrevista à Vaitsman *et al.*, 2009, p.901) avaliações baseadas em evidências deveriam substituir os embates ideológicos alicerçados em crenças.

As decisões deveriam ser fundamentadas 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.

As inquietações motivadoras deste estudo são sintetizadas por Scheffer e Bahia (2014, p.8), 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.

Dados tabulados da Pesquisa Perfil dos Municípios Brasileiros – MUNIC (IBGE, 2013) evidenciaram a presença de OS em 1.215, dos 5.751 municípios pesquisados, distribuídos em 24 dos 26 estados da federação; as exceções foram os estados do Acre e do Amapá. No âmbito estadual, a recente pesquisa ESTADIC (IBGE, 2019a) aponta que 20 dos 27 estados possuíam unidades de saúde estaduais sob gestão de terceiros em 2018, a maioria por OS (256 estabelecimentos em 15 estados).

Em São Paulo capital, segundo Nogueira (2010) as OS gerenciavam cinco hospitais municipais e 300 equipamentos públicos de saúde. Mesmo assim, existem poucos estudos comparativos conclusivos sobre a eficiência e a efetividade de desempenho entre os hospitais de OS e os hospitais da administração direta.

Discussões e estudos abordam o imbricamento das OS com as relações típicas do mercado em suas características de setor privado, questões críticas quanto aos mecanismos de participação social (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015) e aos aspectos regulatórios (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018). A relação com o Poder Público é complexa também pela diversidade de interesses políticos e econômicos dos atores envolvidos (Executivo, Legislativo, Judiciário, sociedade civil).

Mensurar a eficiência de modelos alternativos à AD torna-se importante para o aprimoramento da gestão do SUS, considerando também o advento da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), serviço social autônomo federal para provisão de médicos para a APS (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2020).

Diante da diversidade de possíveis abordagens sobre o tema, esta tese busca analisar a eficiência da APS nas capitais considerando os modelos de gestão predominantes na atenção em cuidados básicos de âmbito municipal.

QUESTÕES DE PESQUISA

As questões norteadoras que balizam a Tese podem ser definidas da seguinte forma:

- 1- Houve ganho de eficiência na utilização dos recursos financeiros em APS das capitais brasileiras nos últimos 11 anos?
- 2- Os novos modelos de gestão auferiram maior eficiência na APS das capitais que adotaram mecanismos alternativos à Administração Direta?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a eficiência da Atenção Primária à Saúde nas capitais brasileiras, considerando os modelos de gestão adotados.

Objetivos Específicos

Caracterizar as capitais brasileiras quanto a aspectos socioeconômicos, demográficos e assistenciais;

Verificar o desempenho em APS das capitais brasileiras, no que tange aos indicadores selecionados;

Calcular os índices de eficiência dos sistemas de saúde em APS das capitais brasileiras em anos selecionados e sua evolução temporal.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MODELOS DE ATUAÇÃO DO ESTADO NAS POLÍTICAS SOCIAIS

As questões que envolvem a relação entre as sociedades capitalistas e a atuação do Estado em prol do Bem-Estar Social estão presentes desde o século XIX, mesmo que ainda não houvesse clareza sobre a existência dessa dinâmica posteriormente aprofundada em diversos estudos sobre o tema (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Fiori (1997) aponta que após o período áureo do pós-guerra, os *welfares states* passaram por período de críticas (anos 60/70) e crises (anos 73/75), marcados pelo crescimento de grupos conservadores com diagnóstico de excesso de demandas democráticas, peso, lentidão e ineficiência do Estado de Bem-Estar. Reformas sucederam-se em diversos países, sob diversas formas e matizes, mas com aspectos comuns, tais como a desregulação dos mercados, mercantilização da força de trabalho, enfraquecimento de sindicatos e incentivo à maior participação do setor privado nos serviços sociais que predominavam no seio do Estado provedor.

No final do século XX, o New Public Management (NPM) apresentou-se como nova forma de resgatar antigos ideais que buscam levar características de empresa privada à administração pública. A promessa de maior eficiência e eficácia na prestação de serviços, bem como a redução de custos, fez com que houvesse grande aceitação pela população, agora tratada como clientes. As propostas do NPM expandiram-se rapidamente em clima de otimismo diante de um novo gerencialismo em um mundo contemporâneo que exigia práticas flexíveis no setor público (MOTTA, 2013).

A terceirização da gestão e prestação de serviços nas áreas sociais, incluindo a saúde, está inserida no contexto do avanço da ideologia neoliberal nos países periféricos, que ganhou força na América Latina nos anos 90, influenciada pela ascensão de governos adeptos deste pensamento em países centrais, como George Bush nos Estados Unidos e Margareth Thatcher na Inglaterra. Outros países pelo mundo também adotaram modelos que inseriam a participação do setor privado e da sociedade civil na gestão, prestação ou financiamento dos serviços de saúde, em diferentes proporções e condições de controle estatal.

Pereira (2018) revisou documentações do Banco Mundial que apontam a importância desta e de outras agências multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) na consolidação da agenda que envolvia a privatização das políticas sociais como forma de

garantia aos empréstimos financeiros concedidos por essas instituições aos países em desenvolvimento na América latina.

O Terceiro Setor, composto por instituições de naturezas jurídicas distintas, vem ganhando cada vez mais espaço como representantes da sociedade civil organizada e participantes da administração pública como entidades não estatais sem fins lucrativos. A opinião disseminada em senso comum trata essas iniciativas como ações de cunho humanista, voluntariada, por vezes relacionadas a práticas religiosas (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018).

Autores como Cecchini e colaboradores (2015) e Viana, Fonseca e Silva (2017) relatam uma inflexão com relativa retomada do poder do Estado na Proteção Social em estudos sobre a América Latina, após vitórias eleitorais de partidos de origens trabalhista e progressista, a partir dos anos 2000, em países como Brasil, Argentina, Equador, Bolívia e Uruguai. Recentemente, nova onda conservadora atinge grande parte destes países, revigorando os debates, projetos e ações no sentido da redução do tamanho do Estado.

No Brasil, Fagnani (2017) aponta a ofensiva do ideário liberal contra os avanços no campo da cidadania social instituídos pela Constituição de 1988, tida neste pensamento como incompatível com a preconizada redução do tamanho do Estado. Especialistas brasileiros vinculados com agências internacionais recomendavam a restrição da questão social à programas de transferência de renda para pobres, reforçando a tensão entre Estado Mínimo versus Estado Social.

Saltman (2003), em estudo que analisou importantes sistemas de saúde dos países da Europa nos anos 90, como Suécia, Dinamarca, Reino Unido e Alemanha, constatou forte peso dos valores ideológicos na avaliação de eventual superioridade entre modelos predominantemente públicos ou privados, além da dificuldade em estabelecer clara distinção pela complexidade dos arranjos entre os modelos. O autor aponta a necessidade da continuidade de avaliações que mensurem os efeitos da ampliação da participação privada nos sistemas europeus.

Em relação às reformas que implantaram políticas de flexibilização na área dos recursos humanos, Ugalde e Homedes (2005) não identificaram avanços em estudo realizado através de revisão bibliográfica, fontes secundárias e entrevistas com profissionais de saúde na América Latina.

Berendes e colaboradores (2011) realizaram estudo de revisão sistemática que apontou forte presença de prestadores privados (com ou sem fins lucrativos) na APS de países pobres ou em desenvolvimento, principalmente no sul da Ásia e na África. Os autores

não observaram diferenças significativas em aspectos estruturais ou de satisfação dos usuários. Houve melhor desempenho discretamente apresentado pelo setor privado em alguns estudos que abordaram acesso, tempo de espera para consulta ou entrega de determinados serviços, porém sem conclusão de efetiva superioridade entre os formatos de prestação.

A revisão semelhante de Basu e colaboradores (2012) abordou temas como acessibilidade e capacidade de resposta, qualidade, desempenho, transparência, regulação, equidade e eficiência, sem desconsiderarem os componentes ideológicos nas pesquisas revisadas. Os autores também não corroboraram o discurso comum de maior eficiência do setor privado, ao constatarem maiores gastos e piores desfechos em diversos estudos analisados. O setor público apresentou fragilidades em aspectos como estrutura e humanização do atendimento, porém novamente sem diferenças gerais significativas entre os formatos de prestação nos sistemas. Para os autores, crises globais como a iniciada em 2007 proporcionam tensionamentos nos debates entre defensores da maior ou menor participação estatal ou privada, em decorrência das restrições orçamentárias que atingem também o setor saúde.

Odendaal e colaboradores (2018) atualizaram estudo anterior que analisou a terceirização em atividades assistenciais de saúde no Camboja e na Guatemala, não encontrando diferenças significativas em relação aos serviços prestados pela administração direta nas áreas de imunização, planejamento reprodutivo, cuidados pré-natais, diarreia ou mortalidade infantil. Em alguns casos houve menores gastos associados à prestação de serviços curativos por organizações não governamentais, porém com elevada tendência para casos de fraudes e corrupção.

Com enfoque sobre a percepção dos usuários do sistema público ou de seguros privados na utilização de serviços de saúde, pesquisa anual realizada pelo Ministério da Saúde, Consumo e Bem-estar Social da Espanha, identificou a preferência da população para o acesso aos serviços públicos em todos os níveis de atenção (atenção primária, especializada, hospitais e urgências). Os que optavam por adquirir seguro privado apontam como principal vantagem a maior rapidez para conseguir atendimento (ESPAÑA, 2018). Conill, Giovanella e Almeida (2011) apontam a preocupação dos usuários do sistema nacional de saúde espanhol com as tendências privatizantes de movimentos de mudanças nos mecanismos de gestão.

No Brasil, relatório do Banco Mundial citado em estudo elaborado por Costa e Ribeiro (2005), apontava a Constituição Federal de 1988 e leis complementares como responsáveis pelo crescimento da carga fiscal vinculada ao sistema de aposentadorias e

pensões do serviço público, comprometendo as receitas do Poder Executivo em virtude do que consideram como elevada generosidade.

Ainda no Brasil, a geração de novos modelos de gestão se intensificou a partir dos anos 90 pela emissão de normas legais que que institucionalizaram diversos formatos organizacionais com natureza jurídica alternativa à Administração Direta estatal. A Figura 1 destaca as principais entidades em sua cronologia de criação e respectivas leis promulgadas.

Figura 1: Novos Modelos de Gestão e Legislações, Brasil, 1994 a 2019



Fonte: Elaboração própria a partir da publicação em Diário Oficial das normas mencionadas

Houve acelerada expansão da terceirização em estabelecimentos públicos: Unidades básicas, especializadas e de pronto-atendimento, centros de atenção psicossocial, hospitais e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), estão entre os serviços terceirizados em todas as esferas da gestão pública em saúde.

Giovanella e colaboradores (2019), ao comentarem o Programa Médicos pelo Brasil, que destina a prestação médica a um serviço social autônomo de natureza privada criado recentemente, reforçam a inexistência de evidências científicas de maior efetividade ou eficiência dos serviços privados em relação a provisão similar pelo setor público.

Outro modelo alternativo que propunha melhorias na gestão pública, com mecanismos legais de maior autonomia sem perda do controle do Estado, foi o de Fundação Estatal, de direito público ou privado, previsto no Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/07 (BRASIL, 2007a, 2007b). Um exemplo dessa modalidade na APS é a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), instituída por 69 municípios da Bahia em 2009, cujo

principal objetivo era expansão qualificada da Estratégia de Saúde da Família neste estado (CAVALCANTE; FRANCO, 2016).

Nesta tese, serão abordadas principalmente as Organizações Sociais, pela mencionada expansão e forte presença nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro; considerando também o formato da Empresa Pública, que vem ganhando espaço na gestão dos serviços de saúde da capital fluminense através da Rio Saúde, além da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) IMESF, responsável pela gestão da APS em Porto Alegre.

O Quadro 2 apresenta as características destes modelos e os diferenciais em relação à administração direta sobre um conjunto de características.

Quadro 2: Características dos modelos de gestão

Características	Administração Direta	Organização Social	Empresa Pública	Fundação Estatal de Direito Privado
Personalidade jurídica	Direito Público	Direito Privado	Direito Privado	Direito Privado
Relação com a Administração Pública	Administração Direta	Associação civil, sem fins lucrativos (não pública)	Administração Indireta	Administração Indireta
Forma de ingresso	Concurso Público	Sem mecanismos delimitados	Concurso Público	Concurso Público
Regime de emprego	Estatutário	CLT	CLT	CLT
Lei de Responsabilidade e Fiscal	Observa	Não observa	Observa	Observa
Licitações e contratos	Lei nº 8./93	Regulamento próprio	Lei nº 13.303/16	Lei nº 8.666/93 e Regulamento próprio
Autonomia orçamentária e financeira	Não possui	Orçamentária e financeira	Orçamentária e financeira	Orçamentária e financeira
Financiamento e fomento	Orçamento Geral da União	Ente de estado mediante contrato de gestão	Programa de Dispêndio Global	Ente de estado mediante Contrato de gestão

Controles interno e externo	Controladoria Geral e Tribunal de Contas	Comissão de Avaliação sobre o contrato de gestão	Controladoria Geral e Tribunal de Contas	Controladoria Geral e Tribunal de Contas
Qualificação	Não se aplica	Decreto do Chefe do Poder Executivo. Discricionária	Na própria Lei de criação	Não se aplica
Patrimônio	Público	Público, recebido para execução do contrato de gestão. Incorporação patrimonial torna-se público	Próprio	Público, concedido pelo Estado mediante comodato
Instrumento relacional	Relatório de Gestão, Protocolo Compromisso Entes Públicos, Contrato	Contrato de Gestão	Contrato de Gestão	Contrato de Gestão
Cessão de servidores	Permitida	Permitida, com ônus para a origem	Permitida	Permitida

Fonte: Elaboração própria com base em Duarte (2009) e Ministério do Planejamento (2009)

O regime de emprego é um dos importantes diferenciais entre a administração direta e os vínculos estabelecidos pelas OS e empresas públicas. Enquanto na AD os trabalhadores adquirem maior estabilidade como servidores públicos em regime estatutário, os profissionais da administração indireta ou do terceiro setor são contratados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), modelo que confere maior flexibilidade para admissão e demissão de recursos humanos.

Publicação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018) baseada em entrevistas com especialistas, pesquisadores e gestores no âmbito do SUS, e também com representantes do setor privado, revelou que 73% dos entrevistados defendem a criação de planos de carreira com vínculo em regime privado pela CLT para todas as categorias profissionais da saúde e 24% apoiavam a implantação de uma Carreira de Estado (federal), mas apenas na Atenção Primária.

Para Campos (2017) há inadequação grave na política de recursos humanos do SUS pela transferência da gestão da rede de saúde para a iniciativa privada. Para o autor, a

implantação de uma política de pessoal unificada sob a coordenação de um órgão público como uma fundação ou autarquia com fundo orçamentário próprio, deveria substituir a miríade de comandos gerenciais que aglutinam diversas formas de contrato de trabalho, muitas vezes em mesmo local, com distintas condições e remunerações para funções similares.

Outro ponto frequentemente apontado como questão relevante em favor dos modelos alternativos à AD é a autonomia orçamentária e financeira, com a descentralização do poder de decisão sobre os gastos e operações administrativas para a unidade prestadora do serviço como forma de agilizar os processos de gestão.

Para Costa e Ribeiro (2005), a maior autonomia decisória sobre a organização e finanças é um diferencial essencial nas relações de governança por OS, fortalecendo e agilizando os processos de gestão sobre o uso de ativos, da força de trabalho e da destinação dos excedentes das receitas contratualizadas com o Poder Executivo.

Grande parte dos estudos de avaliação e revisões sistemáticas, aqui apresentados, apontaram a necessidade de mais pesquisas que abordem os impactos sobre os sistemas de saúde com predominância de gestão e prestação por entes públicos ou privados. Até o momento, não há claras evidências científicas de que a maior participação do setor privado na gestão e prestação de serviços de saúde tenha auferido maior qualidade de vida à população ou tornado os sistemas mais eficientes.

2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MODELO NEOLIBERAL NO BRASIL E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO EXPRESSÃO NA SAÚDE

Relatórios publicados pelo Banco Mundial (2019) sobre o sistema de saúde no Brasil relatam ineficiências do setor público, não obstante reconheçam a influência da restrição orçamentária e baixo gasto governamental na dificuldade de consolidação do SUS. Segundo os autores do estudo, com maior grau de eficiência, poder-se-ia obter melhores resultados em saúde para a população, mesmo sem incremento de recursos financeiros em contexto de crise fiscal no país. Em coro ao ideário neoliberal, propõem reformas nos modelos de financiamento, atenção e gestão, preconizando a modalidade de Organizações Sociais para maior autonomia e flexibilidade administrativa (GRAGNOLATI *et al*, 2013).

O governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), havia institucionalizado o movimento neoliberal através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado

(PDRAE), que projetava a mudança do modelo burocrático para o modelo gerencial na Administração Pública. 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, 1997). A implementação de Organizações Sociais, 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 ocasionar uma “verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social” (BRASIL, 1997, p.15).

Na tipologia sugerida por Maarse (2006), que aborda a privatização sob os aspectos do financiamento, gestão, prestação e investimentos, o modelo das OS se enquadraria como uma forma de privatização por terceirização, onde a gestão e a prestação de serviços em equipamentos públicos são destinadas a entidades privadas com a intencionalidade das políticas no nível central ou local. Para Elias e colaboradores (2004, p.68), trata-se de “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”.

No campo da Educação, instituições como a Associação de Comunicação Educativa Roquette Pinto (ACERP) foram pioneiras na qualificação como OS junto ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), embora com fragilidades evidenciadas na conformação e monitoramento dos contratos de gestão (RAPTOPOULOS; SIMAENS; SILVA, 2019).

Segundo Sodré e Bussinguer (2018), as OS assumem uma condição de “não lugar”, como entidades sem fins lucrativos não caracterizadas nem como estado, nem como mercado, se beneficiando dos aspectos positivos de ambos os estatutos jurídicos e servindo como importante ferramenta de consolidação das reformas liberais. Originaram-se principalmente de grandes e tradicionais instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia, instituições de ensino, grupos empresariais médicos e hospitalares evangélicos, que constituíram outros cadastros de pessoa jurídica para diversificação da captação de recursos públicos.

Morais e colaboradores (2018) inserem as OS como componentes do Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS), com características que envolvem a obtenção de certificados de filantropia para maior variabilidade na obtenção de isenções fiscais e recursos públicos. Ao atuarem em hospitais com maior densidade tecnológica, efetuarem pagamentos de elevados valores aos corpos diretivos, aplicarem excedentes financeiros em mercados de capitais ou buscarem a oferta de parte da capacidade instalada dos serviços gerenciados para

clientes particulares ou de operadores de planos privado; conformam-se em importantes atores no cenário de mercantilização da saúde.

Andreazzi e Bravo (2014) criticam o modelo de OS ao identificarem que credenciamentos junto à gestão pública coincidiram com favorecimentos a atores políticos relacionados à organização contratada, seja em financiamentos de campanha eleitoral, seja em “quarteirização” na contratação ou compra de materiais e serviços em estabelecimentos de propriedade ou indicados pelo agente articulador. Sinalizam ainda a tentativa de reserva de 25% dos leitos dos hospitais públicos gerenciados por OS na cidade de São Paulo para utilização de usuários de plano de saúde, que embora fracassada nesta ocasião, representaria risco potencial de configuração de dupla porta de entrada em serviço público, com prejuízo à assistência de usuários do SUS.

Há também casos de corrupção envolvendo a gestão por OS, muitos deles no setor saúde, refletindo a fragilidade do controle do Estado sobre estas contratualizações, bem como irregularidades mediante ausência de licitações, de prestação de contas, improbidades administrativas ou salários exorbitantes dos diretores das organizações remunerados com recursos públicos (ANDREAZZI, 2022).

Mesmo com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923/98 impetrada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT) logo após sua lei de criação, o modelo de OS se expandiu de forma acelerada com adesão de gestores e apoio político, inclusive em governos destes partidos. Após 17 anos, a ADI foi julgada improcedente pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que decidiu que a prestação de serviços públicos não exclusivos, ou seja, aqueles como da área de saúde, previdência social e assistência social, possam ser realizados por organizações sociais mediante autorização do Poder Público (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2015).

O Estado de São Paulo, além de ser pioneiro na implantação do modelo, possui o maior número de contratos com as OS e o maior volume de recursos financeiros envolvidos nas parcerias. Instituições como a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci) e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo estão entre as maiores OS em arrecadação de recursos estatais no país. O segundo estado com maior número de OS contratadas, sediadas e com elevados valores contratualizados é o Rio de Janeiro (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018).

Algumas destas OS, como a SPDM, figuram em revistas especializadas como empresas de grande capital arrecadado, dentre outras empresas de diversos ramos produtivos

(MORAIS *et al*, 2018). Os autores demonstraram a expansão geográfica das dez maiores OS com presença em 17 estados do país, com maior concentração no eixo sul-sudeste, muito provavelmente pelo grande poder econômico-financeiro destas regiões.

A partir de 2006, a capital paulista qualificou como Organização Social junto à Secretaria Municipal de Saúde, instituições como a Casa de Saúde Santa Marcelina, Santa Casa de São Paulo e o Centro de Estudos João Amorim (CEJAM).

Segundo Contreiras e Matta (2015), a parceria com OS já se dava por meio de convênios antes da lei municipal que normatizou a qualificação destas entidades em São Paulo. Em 2011, os autores mapearam a presença das OS em 61% das unidades de saúde, predominantemente na Atenção Básica, mas também em grande número de hospitais e ambulatórios especializados. O potencial de expansão das OS nesta cidade seria favorecido por experiências anteriores similares e pela inspiração da precoce e expressiva adoção do modelo pelo governo do estado desde 1998.

No município do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde adotou o modelo da terceirização por Organizações Sociais com promulgação de lei municipal em 2009, assumindo a gestão de novas unidades de saúde e as que eram administradas diretamente por servidores estatutários ou por meio de convênios com Organizações Não Governamentais (ONG) e associações de moradores. A criação da empresa pública Rio Saúde, em 2013, seguiu a mesma justificativa de maior flexibilização para estruturação dos serviços, como também na dotação de recursos humanos para as atividades finalísticas, 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.

Turino e colaboradores (2016) estudaram a implantação das OS no estado do Espírito Santo a partir de 2009, verificando a presença da instituição paulista Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública (IAPEMESP), da PróSaúde, originária de Minas Gerais, da Associação Congregação Santa Catarina (ACSC), além da Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES); configurando um perfil de atuação do terceiro setor que extrapola a participação da sociedade civil de caráter local. Até o momento não há registros de adoção de OS na gestão municipal da capital capixaba. Em relação aos recursos humanos em hospitais desse estado, Fernandes e colaboradores (2018) apontam que as OS promovem precarização do trabalho em processos de fragilização de vínculos contratuais por meio de “quarteirização” e “pejotização”, descaracterizando a condição de trabalhadores do SUS.

A alegação de possíveis implicações decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (Lei Complementar n. 101, de 4/5/2000) (BRASIL, 2000a), que limita as despesas de governos com pessoal em 56% da receita corrente líquida (receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços, descontadas as transferências constitucionais); 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.

Entretanto, o gasto com pessoal em empresas públicas como a Rio Saúde também incide no cômputo do gasto total com pessoal do poder executivo. E o caso das OS, que até então não tem contabilizado os gastos com recursos humanos como parte integrante do limite máximo permitido, pode sofrer alteração. Foram publicadas as Portarias 06/2018 e 233/2019 do Tesouro Nacional, com indicação para necessidade de inclusão dos gastos com OS no cômputo das despesas com pessoal, o que ensejou novas discussões sobre o teto estabelecido pela LRF (BRASIL, 2018, 2019b). Em junho de 2022, o Decreto Legislativo nº 79, do Senado Federal, sustou os efeitos das referidas Portarias, mantendo as OS livres do cômputo de gastos no âmbito da LRF (BRASIL, 2022).

Em Porto Alegre, a gestão da APS se dá majoritariamente pelo Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família (IMESF), uma Fundação Pública de Direito Privado criada em 2011 no intuito de gerenciar a estratégia de saúde da família, sendo responsável pela contratação de médicos, enfermeiros, agentes de saúde da família, profissionais do serviço social, entre outros (RAMOS, 2016, SANDMANN DE DEUS *et al*, 2021).

Por outro lado, outras capitais como Belo Horizonte, Curitiba, Florianópolis e Aracaju, 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, 2011), não lançaram mão desta prerrogativa, a terceirização, para a expansão de cobertura em saúde da família ou gerenciamento de unidades básicas, optando pela gestão com servidores concursados no regime estatutário (RAMOS, 2016).

Não são muitos os estudos que abordam o nível do gasto, maior ou menor, quando se adota o modelo da terceirização da gestão, uma lacuna sinalizada por Berendes e colaboradores (2011). Na atenção hospitalar, o Tribunal de Contas do Estado (TCE) de São Paulo apontou custos mais altos na administração por OS, com variações em torno de 39% na comparação com hospitais da Administração Direta.

No Mato Grosso, o Conselho Estadual de Saúde constatou que um dos hospitais administrados por OS recebeu valores oito vezes maiores do que quando era gerido diretamente pelo Estado, além de 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 e que coincide com o início da grande ampliação de cobertura em ESF nesta cidade (SORANZ, PINTO e PENNA, 2016).

Rodrigues e colaboradores (2014) relatam valores de custeio de até 52% a mais para hospitais gerais administrados por OS no estado de São Paulo, em relação aos da Administração Direta. Nesse estudo, os hospitais geridos por OS apresentaram melhores resultados em indicadores, a exemplo do tempo médio de permanência, taxa de ocupação e infecção hospitalar, com menores gastos nos valores diários de internação.

3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

No início dos anos 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu relatório que, embora criticado quanto ao método, colocou a avaliação de desempenho de sistemas de saúde no centro do debate internacional (VIACAVA *et al*, 2004).

Para Sancho e Dain (2012), a avaliação em saúde vem se consolidando como importante ferramenta no campo do planejamento e da gestão em saúde. Além da análise de resultados, da efetividade de ações e da eficiência no uso dos recursos disponíveis, direciona-se também à satisfação dos usuários dos sistemas sob o enfoque da equidade esperada nas intervenções.

Antes, Bernardo e Claas (2013) documento elaborado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) com abordagem prática para avaliação sob normas da saúde pública e etapas como envolvimento das partes interessadas, descrição dos programas, formato da avaliação, coleta de dados, conclusões e divulgação de resultados. Para os autores, a publicação deve servir como modelo para inspiração na criação ou aperfeiçoamento de outros métodos de avaliação de programas.

Para Donabedian (1990), um sistema eficiente é aquele que obtém a máxima melhora em saúde com o menor dispêndio. Viacava e colaboradores (2012) destacam que a mensuração da eficiência envolve a relação entre o custo e o impacto dos serviços prestados com qualidade sobre a saúde da população.

No Brasil, sucederam-se propostas metodológicas no âmbito da avaliação: matrizes de indicadores, como a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess), além de Pactos como de Atenção Básica, pela Saúde e do Rol de Diretrizes e Metas 2013-2015, bem como avaliações estruturadas do tipo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Recentemente, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (2020) emitiu a Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, definindo sete indicadores que serão monitorados para avaliação da efetividade da Atenção Básica e servirão de base de cálculo para o incentivo financeiro do componente de pagamento por desempenho instituído pelo Programa Previne Brasil, em substituição ao PMAQ. O novo modelo de financiamento modifica as formas de repasse para os municípios, que passam a ser distribuídas sobre os critérios de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações

estratégicas. Os indicadores para 2020 são referentes à atenção à saúde da mulher, gestantes e crianças e de controle das doenças crônicas hipertensão e diabetes (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2019).

No campo do financiamento e da economia da saúde, torna-se relevante mensurar, além do desempenho, as receitas destinadas ao setor saúde e os gastos efetuados nos sistemas de APS municipais. A quantificação dos gastos em saúde permite visualizar se houve progressão nos aportes financeiros ao longo dos anos analisados, a distribuição dos recursos entre as subfunções e níveis de atenção, o cumprimento dos percentuais mínimos constitucionalmente exigidos, além da observação de eventuais discrepâncias de custos referentes aos modelos de gestão adotados.

As avaliações podem ainda conter abordagem comparativa, destacando aspectos diferenciais entre os elementos avaliados e os respectivos resultados apresentados. Marmor e Wendt (2012) consideram que a Avaliação em Saúde em perspectiva comparada pode estar direcionada às políticas ou aos sistemas de saúde. Quanto a este último, os aspectos abordados vão desde a organização, financiamento e regulação até os sistemas de atenção à saúde e seus resultados. Alertam ainda que determinadas unidades de saúde com bom desempenho não necessariamente refletem a eficiência do sistema geral de saúde.

Conill, Fausto e Giovanella (2010) abordaram as contribuições da análise comparada na avaliação de sistemas centrados na APS da América Latina. Uma das etapas focalizou as experiências municipais nos países avaliados. As autoras afirmam que os principais modelos internacionais de avaliação utilizam matrizes que envolvem três grandes dimensões de indicadores para os resultados dos serviços: as condições de saúde da população, como morbidade e mortalidade; os determinantes, sejam ambientais, socioeconômicos, biológicos, dentre outros; e a estrutura, sob aspectos como financiamento e recursos despendidos.

A avaliação comparativa de desempenho possibilita a identificação de pontos frágeis da gestão e podem servir como referência para outros entes federativos em países como o Brasil, tendo em vista a diversidade de experiências em sistemas de saúde municipais (VARELA; MARTINS; FÁVERO, 2012). A proliferação de modelos de gestão em saúde, em substituição, ou de forma complementar, ao exercício do poder público pela administração direta, ensejam avaliações que contemplem as variações presentes no setor saúde.

No entanto, ainda são reduzidas as publicações com foco nos modelos de gestão em saúde, especialmente no âmbito da abordagem comparada. Em revisão sistemática, Ravioli e colaboradores (2018) encontraram 33 artigos com tema referente a modalidades gerenciais

no SUS, concentradas no Estado de São de Paulo, onde apenas 10 possuíam caráter comparativo. Segundo Giovanella e colaboradores (2019), a produção científica é insuficiente para concluir se as novas modalidades de gestão garantem melhores resultados na qualidade da prestação ou na eficiência do setor saúde.

Para avaliação de estabelecimentos de saúde, Turino (2016) comparou os dados de produção e financiamento entre seis hospitais estaduais do Espírito Santo, sendo três da Administração Direta e três geridos por OS. Tanto a análise agrupada 2 a 2, comparando um hospital de cada modelo com outro de perfil semelhante, quanto no somatório, identificaram-se gastos com valores duas vezes maiores para as unidades terceirizadas, com menor número de internações. As unidades geridas diretamente obtiveram, portanto, menor custo médio por procedimentos e internações realizadas.

Por outro lado, autores como Mendes e Bittar (2017), assessores da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, apontam melhores resultados em hospitais administrados pelas Organizações Sociais de Saúde neste estado, quanto a tempo médio de permanência, taxa de ocupação, rotatividade de leitos, uso de sala de operação, taxa de partos cesáreos, infecção hospitalar e gastos por produção. Os autores relatam similaridade a estudos comparativos anteriores que demonstram melhor desempenho em unidades administradas pelas OS.

Os poucos estudos com estas características tendem a avaliar os resultados comparados entre estabelecimentos de saúde a partir dos respectivos modelos de gestão. Desta forma, obtém-se o retrato focalizado em unidades que podem se constituir em ilhas de excelência ou casos de insucesso que, avaliados de forma isolada, não possibilitam a verificação do impacto sobre a população assistida.

3.1 AVALIAÇÃO EM APS

Considerando os principais atributos da APS, os processos avaliativos deste nível de atenção devem abordar as condições relativas à atuação dos cuidados primários sobre a população assistida. Para Conill, Fausto e Giovanella (2010), os mecanismos de avaliação desenvolvidos em vários países, inclusive no Brasil, possuem grandes similaridades no reconhecimento das variáveis do contexto como condicionantes do desempenho dos serviços. O acesso, a efetividade e eficiência e equidade estão entre as categorias mais frequentemente mensuradas. Segundo as autoras, podem ser utilizados indicadores sobre financiamento

público, proporção de gastos com a atenção primária e quantitativo de profissionais para cobertura em APS.

A avaliação destinada à APS constitui um campo em ascensão, condição comprovada pelo número crescente de estudos envolvendo essa temática nos últimos anos (RIBEIRO; SCATENA, 2019).

No âmbito do SUS, projetos como 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, compuseram os movimentos iniciais para institucionalização da avaliação no país. Com a participação da Fiocruz e outras sete instituições acadêmicas, foram desenvolvidas metodologias de análise sobre as práticas de Saúde da Família no Brasil (BODSTEIN *et al*, 2006).

A evolução da institucionalização da avaliação é representada pelo PMAQ-AB e pelo IDSUS, este último contendo também elementos da atenção especializada, hospitalar, urgências e emergências. O PMAQ, criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, tornou-se referência em modelo de avaliação de desempenho das equipes de atenção básica vinculadas a transferências financeiras para os municípios buscando ampliação do acesso, melhores condições de trabalho e maior qualidade da atenção (BRASIL, 2012a, FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013); enquanto que o IDSUS, implantado pelo Ministério da Saúde em 2012, contribuiu para identificação das principais deficiências no quadro da saúde nos municípios do Brasil. (BRASIL, 2012b).

Recentemente, com a instituição do Programa Previne Brasil (Ministério da Saúde, 2020), os incentivos financeiros do PMAQ foram substituídos por repasses condicionados ao desempenho em sete indicadores, referentes a processos e resultados em Saúde da Gestante, da Mulher, da Criança e Doenças Crônicas. Programou-se para 2022 a evolução do número de indicadores até o total de 21, incluindo o monitoramento sobre Tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Bucal (SETA; OCKÉ-REIS, RAMOS; 2020).

Ribeiro e Scatena (2019) realizaram revisão integrativa da literatura e identificaram 41 artigos sobre avaliação da APS no Brasil entre os anos de 2007 e 2017. A grande maioria dos estudos (88%) realizaram pesquisas de campo, frequentemente utilizando a ferramenta Primary Care Assessment Tool (PCATool), com questionários direcionados a usuários e trabalhadores das unidades básicas de saúde. Apenas 10% eram oriundos de análise de dados secundários provenientes de bancos de domínio público relacionados à avaliação da APS, como o Proesf e o PMAQ-AB.

Dentre os estudos baseados em dados secundários, está o de Bousquat e colaboradores (2017), que utilizou dados quantitativos em triangulação com abordagem qualitativa, lançando mão de dados referentes à ocorrência de Acidente Vascular Encefálico (AVE) em grande região de saúde do estado de São Paulo. Esse agravo é uma das condições evitáveis por efetivo monitoramento pela APS sobre pacientes com hipertensão arterial. Os autores concluíram pela fragilidade da APS no papel de coordenação do cuidado em todas as dimensões analisadas.

Outra pesquisa que utilizou indicador referente à Internações por Condições Sensíveis a APS (ICSAP), clássica abordagem sobre o tema, foi a de Pinto e colaboradores (2019), que analisou o desempenho do Distrito Federal comparativamente às demais capitais brasileiras entre os anos de 2009 a 2018. Com base em dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), os autores identificaram que no Distrito Federal ainda era impossível detectar efeitos esperados de redução na proporção de internações das ICSAP, possivelmente pela recente expansão da APS, a partir do ano de 2016.

No cenário internacional, Tanzil e colaboradores (2014), realizaram pesquisa qualitativa no Paquistão acerca da terceirização da gestão, concluindo que os serviços primários de saúde foram melhor geridos nas unidades administradas por organizações não governamentais, em relação às administradas pelo setor público; e que a participação destas organizações, atores não estatais ou entidades autônomas dentro do sistema de governo tendem a se expandir em países de renda baixa e média, onde os governos têm capacidade limitada para gerenciar os serviços de saúde.

3.2 AVALIAÇÃO ECONÔMICA

A avaliação econômica objetiva o suporte para tomadas de decisão socialmente eficientes em cenário de incertezas, reduzindo a probabilidade de riscos e contribuindo para maior equidade e ganhos nas intervenções em saúde. É baseada na relação entre os recursos utilizados e os resultantes de ganhos em saúde. É necessário estender seu uso ao nível da atenção à saúde municipal para qualificar a efetividade dos gastos com inovação nos critérios decisórios e rompimento de continuidade pragmática por manutenção de *status quo* ou interesses políticos (SANCHO; VARGENS, 2009).

O objetivo da avaliação pode ter como perspectiva a racionalidade, a partir da minimização do custo de produção em relação a um nível de saúde. Pode-se também almejar

a eficiência e a equidade, pela maximização do nível de saúde em relação ao orçamento destinado. Neste sentido, a avaliação econômica pode representar continuidade à abordagem proposta pela avaliação em saúde, ao considerarem a relação entre recursos consumidos e resultados alcançados; assim como a relação entre o custo e os benefícios econômicos decorrentes de uma intervenção (SANCHO; DAIN, 2012).

Ocké-Reis (2008), alerta que a busca por maior eficiência no SUS não pode passar por redução ou estagnação do financiamento sob o risco de sérios problemas na provisão pública da assistência à saúde. Segundo o autor, os problemas de gestão também derivam do subfinanciamento crônico e os formuladores das políticas em todas as instâncias federativas devem aprimorar a alocação de recursos com base nas necessidades de saúde da população, em busca de equidade e melhor qualidade dos serviços prestados.

Oliveira e colaboradores (2016) propuseram um modelo de avaliação que confrontou as notas obtidas pelos municípios brasileiros em desempenho no IDSUS, com as receitas totais e as dos blocos de financiamento em saúde existentes à época (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde). Buscaram identificar grupos homogêneos de municípios e a relação entre resultados em saúde com os respectivos gastos *per capita*.

Charnes, Cooper e Rhodes (1978) utilizaram a técnica *Data Envelopment Analysis* (DEA) ou Análise Envoltória de Dados (AED) como ferramenta estatística não paramétrica de abordagem sobre múltiplos insumos e produtos para avaliar programas escolares nos Estados Unidos e auxiliar a tomada de decisões por gestores da área, extensivo a outras políticas públicas.

Nos anos 2000, uma série de estudos se destinaram à avaliação de eficiência na gestão pública em saúde no Brasil, concentrando-se principalmente sobre o desempenho de municípios, em virtude do processo constitucional de descentralização, e sobre a Atenção Básica, atribuição mais diretamente ligada à gestão municipal.

Em avaliação da eficiência na APS dos municípios brasileiros, Dias (2010) lançou mão da DEA envolvendo indicadores constituintes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). Os processos e resultados em indicadores do Pacto foram considerados como produtos, enquanto estruturas de estabelecimentos, profissionais e investimentos foram utilizados como insumos na análise.

Varela, Martins e Fávero (2012) propuseram uma metodologia de avaliação de desempenho em municípios do estado de São Paulo em 2006, com foco na eficiência técnica

da alocação de recursos na APS, considerando a capacidade dos gestores locais em obter máximos produtos com o menor consumo de insumos. Os autores aplicaram a ferramenta DEA dividida em dois estágios, onde os índices de eficiência estimados para os municípios eram posteriormente ajustados quanto a influência de fatores externos como a proporção de idosos ou grau de urbanização. A despesa com Atenção Básica foi o único insumo utilizado, com mensuração de seis produtos que envolviam cadastramento de famílias e procedimentos ambulatoriais de médicos, dentistas e enfermeiros.

Estudo semelhante analisou o desempenho na alocação de recursos em APS de municípios da região sudeste do Brasil entre os anos de 2007 e 2010. Santos, Gonçalves e Figueiredo (2013) propuseram um modelo analítico, também com a utilização da DEA, nos quais os insumos eram o número de equipes de saúde da família (ESF) e de unidades de atenção básica e os produtos mensurados referiam-se à produção ambulatorial, além de cadastros e visitas domiciliares. A pesquisa ressaltou a análise comparativa e a abordagem longitudinal como importantes elementos da avaliação de eficiência e na busca da maior oferta de serviços.

Alves e Costa (2013) pesquisaram a eficiência da APS nos municípios do estado do Espírito Santo, entre 2007 e 2009, aplicando a DEA com número elevado de variáveis, sendo inicialmente sete variáveis para insumos e 24 para produtos, a maioria composta por indicadores do Pacto pela Saúde. Entre os insumos estavam elementos estruturais como número de estabelecimentos de saúde, de profissionais de saúde e de equipes da ESF; e financeiros, como o gasto *per capita* em saúde. Os indicadores de produtos mensuravam acesso, processos e resultados como cobertura de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), número de exames citopatológicos, mortalidade materna e infantil, cura de tuberculose pulmonar, dentre outros.

David, Shimizu e Silva (2015), sobre o mesmo objeto, analisaram a eficiência da APS relacionando os gastos em saúde com o desempenho medido pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), ferramenta instituída pelo Ministério da Saúde (MS) com indicadores que abordam o acesso e a efetividade (resultados esperados) da atenção primária e dos demais níveis de complexidade (BRASIL, 2012b).

Silva e colaboradores (2018) identificaram os fatores que poderiam influenciar a eficiência na destinação de recursos em Atenção Básica nos municípios do Brasil, encontrando correlação positiva entre melhores condições de saneamento básico e maior porte populacional com maior eficiência média no primeiro nível de atenção em saúde. Os

autores citam a DEA como ferramenta de ampla utilização na mensuração de eficiência no campo da saúde.

Santos-Neto e colaboradores (2019), por sua vez, avaliaram a eficiência técnica em sete municípios de mesma região de saúde no estado de São Paulo, entre os anos de 2009 e 2012. Os autores utilizaram o Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS), composto pela consolidação de indicadores estruturais e de resultados, oriundos principalmente do Pacto de Diretrizes e Metas 2013-2015. Para mensuração dos aspectos estruturais, foram selecionados o Gasto *per capita* em saúde, a Cobertura por equipes de atenção básica e Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. Os indicadores Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), razão de procedimentos ambulatoriais e internações de média complexidade, exames citopatológicos do colo do útero e de mamografia, proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, cobertura vacinal e cura de casos novos de tuberculose pulmonar foram escolhidos para composição do IETS no que tange aos resultados dos sistemas avaliados.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta tese é utilizada uma abordagem quantitativa, adotado um objetivo analítico e realizada uma análise descritiva da situação de saúde. Foram utilizados múltiplos bancos de dados de acesso público e irrestrito, com grande gama de informações extraídas e articuladas entre si, mas que podem implicar em limitações na confiabilidade de registros e comparabilidade. Assim, o estudo pode ser caracterizado como um estudo avaliativo *ex-post facto* de natureza comparativa.

Esta pesquisa se configura em no aprofundamento do autor sobre o tema, que envolveu uma sequência de estudos prévios: Dissertação de Mestrado intitulada “Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores” (RAMOS, 2016); capítulo de livro “Terceirização e Desempenho da Atenção Primária à Saúde nas Capitais Brasileiras” (RAMOS; DE SETA; ANDRADE, 2018); além do artigo científico “Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014” (RAMOS; SETA, 2019), como produto dos estudos relacionados ao início do curso de Doutorado em março de 2018.

Foram utilizados indicadores para caracterização e avaliação da eficiência das capitais brasileiras. Os índices de eficiência foram avaliados em recorte transversal e na evolução longitudinal por períodos intervalados de anos em série histórica. Houve comparação dos resultados considerando o modelo de gestão em APS. A abordagem proposta extrapola a comparação entre duas ou mais unidades de saúde, para conhecer os resultados em APS alcançados sobre a população assistida pelo conjunto dos serviços que compõem os sistemas municipais de saúde. A análise da eficiência utilizou a AED, técnica multivariada, baseada em programação matemática linear utilizada para obter avaliações da eficiência relativa dos gestores. É indicada para a análise de diferentes Unidades Tomadoras de Decisão (UTD) – do inglês *Decision Making Unit* (DMU) - quando há o interesse em avaliar a eficiência em um dado momento do tempo (RAY, 2004). Neste estudo, as UTD serão cada uma das 27 capitais analisadas.

O trabalho se realizou em duas etapas, descritas a seguir, sendo que a primeira etapa subsidiou a etapa seguinte.

Etapa 1: Caracterização das capitais e do modelo de gestão da APS

Na primeira etapa foram caracterizadas as vinte e sete unidades analisadas (26 capitais estaduais e o Distrito Federal) em relação aos modelos de gestão da APS por elas adotados. As Pesquisas Informações Básicas Municipais (~~Munic~~), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013, 2019b), trazem informações sobre a existência de terceirização no setor saúde nos municípios brasileiros. Entretanto, a cada ano foram utilizados questionários diversos. Especialmente a de 2018, mais recente disponível, informa o número de unidades municipais administradas por terceiros, porém sem discriminar o tipo de estabelecimento - se hospitais, unidades básicas, policlínicas, serviços diagnósticos - sob gestão de terceiros. Nela os terceiros são classificados em: OS, OSCIP, empresa privada, cooperativa, fundação, consórcio público ou consórcio de sociedade.

Portanto, para a classificação das cidades segundo o modelo de gestão adotado para a APS, fez-se necessário a complementação com os dados obtidos no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e os achados de estudo que se utilizou de busca bibliográfica e de informação junto a gestores locais quanto ao status da terceirização na APS das capitais (RAMOS, 2016). Nesse aspecto, as capitais foram classificadas como possuindo parcerias terceirizadas para a gestão da APS ou como tendo gestão exclusiva da AD nesse nível de atenção.

As cidades foram caracterizadas também quanto a aspectos socioeconômicos e demográficos, e por indicadores referentes a gastos governamentais em saúde e subfunção atenção básica; à importância dos recursos financeiros partilhados pela esfera federal (Fundo de Participação Municipal – FPM) nos orçamentos municipais. O Indicador Taxa de Cobertura por planos de saúde expressa o peso do sistema de saúde suplementar em cada capital estudada, e o percentual de gastos com pessoal em atendimento à LRF foi mensurado, pela sua importância na decisão referente ao modelo de gestão adotado. Outro indicador é o referente ao gasto constitucional (Quadro 3). Para essas análises não foi considerada a atualização monetária referente à perda de valor da moeda.

Quadro 3: Indicadores selecionados para caracterização das cidades

Variável	Cálculo	Fonte
População residente – cálculo para o TCU (hab)	Indicador disponível	IBGE
PIB <i>per capita</i> (R\$)	Produto Interno Bruto (PIB) /população residente	
Percentual do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) no total das Receitas orçamentárias (%)	Cota FPM / Receita Orçamentária *100	Finbra e/ou Siops / população IBGE
Percentual dos recursos próprios destinados à saúde (%)	Despesas de recursos próprios em saúde / Receitas de impostos e transferências constitucionais * 100.	
Gasto por habitante na Função Saúde (R\$/hab)	Despesa com ações e serviços públicos de saúde / População	
Gasto por habitante na Atenção Básica (R\$/hab)	Despesa com ações e serviços públicos de AB / População	
Taxa de Cobertura por Planos de Saúde (%)	Número de beneficiários de planos de saúde / População	SIB-ANS / IBGE
Número de estabelecimentos de APS sob gestão de terceiros (un)	Número de estabelecimentos de saúde em APS com gestão por OS, FEDP ou Empresa Pública	SCNES
Percentual de gastos com pessoal em observância à LRF (%)	Total de gastos com pessoal / Receita Corrente Líquida (RCL) * 100	RREO - Relatório Resumido da Execução Orçamentária

Fonte: elaboração própria

O ano de 2020 foi elencado para os dados de caracterização na grande maioria dos indicadores, pela disponibilidade da fonte com data mais recente, com exceção do SCNES que dispunha de dados para 2021. Quando não estava disponível a informação para esses anos, foi utilizado o dado do ano imediatamente anterior.

Os dados e indicadores que permitiram visualizar os gastos de cada capital no orçamento destinado à saúde foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), institucionalizado pelo Ministério da Saúde com a publicação da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1163/2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 446/2004. O SIOPS disponibiliza informações sobre as despesas

totais em saúde de todos os entes federados, e permite o detalhamento em subfunções como Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, dentre outras.

Alguns Indicadores do SIOPS são calculados pelo sistema e fornecidos prontos, por exemplo, o percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que demonstra a situação relativa ao cumprimento da Constituição Federal, com base nos parâmetros mínimos definidos. Considerando-se as disparidades socioeconômicas das cidades analisadas, mesmo que todas sejam capitais dos seus estados, foram utilizados os dados de gastos *per capita* a fim de minimizar os efeitos referentes aos patamares de recursos financeiros e populações envolvidas. Todos os indicadores compuseram a base de dados analisada e armazenada em planilha eletrônica.

Os resultados da primeira etapa estão apresentados no Capítulo 5 (Perfil das capitais brasileiras e modelos de gestão).

Etapa 2: Avaliação da Eficiência em APS (Análise Envoltória de Dados)

A eficiência é um dos princípios constitucionais para a administração pública direta e indireta de todos os Poderes e de todas as esferas de governo da federação (BRASIL, 1988, art. 37). A análise custo-eficiência é entendida como a avaliação da relação entre gastos econômicos e sociais da atenção à saúde e os efeitos e resultados obtidos a partir da intervenção. Nesse sentido, quando entendida no contexto da saúde, e alinhada com o princípio da Constituição cidadã de 1988, as ações financiadas pelos entes públicos, seja da saúde ou não, devem ser eficientes e suscitam uma avaliação econômico-financeira das despesas públicas realizadas para a obtenção dos resultados.

A avaliação da eficiência pode ser realizada a partir de diferentes estratégias que visam operacionalizar um conceito abstrato, seja pela análise longitudinal ou em um dado momento do tempo; podendo ser tomado como referência uma meta administrativamente definida, uma referência com eficiência reconhecida ou a comparação com os próprios resultados passados.

Nesta Tese foi adotada a Análise Envoltória de Dados (AED, em inglês Data Envelopment Analysis —DEA), técnica/método muito utilizado para estimar eficiência de organizações públicas e indicada para a análise de diferentes unidades tomadoras de decisão (UTD) quando há o interesse em avaliar a eficiência em um dado momento do tempo. Nesta tese, as UTD são cada uma das 27 capitais brasileiras. A AED utiliza uma noção de

eficiência relativa originada na microeconomia, na qual o administrador deve comparar a razão entre *outputs* (resultados) e *inputs* (recursos) de sua UTD com àquela dada por uma fronteira de melhores práticas (OZCAN, 2007). A eficiência assim determinada é relativa e se refere à comparação da eficiência de uma dada UTD com uma referência real e alcançável, que é determinada a partir do conjunto das UTD investigadas (RAMANATHAN, 2003).

A AED, ferramenta não paramétrica de abordagem sobre múltiplos insumos e produtos, foi inicialmente utilizada na área social para avaliar programas escolares nos Estados Unidos, extensivo a outras políticas públicas (CHARNES; COOPER; RHODES, 1978). Outros autores também adotaram a AED para análises de políticas públicas de saúde e da eficiência no âmbito da APS em municípios brasileiros (Alves e Costa, 2015; David, Shimizu e Silva, 2015; Silva e colaboradores, 2018).

Os modelos clássicos de AED podem ser com Retorno à Escala Constante (REC, em inglês *Constant Return to Scale* —CRS) ou Retorno à Escala Variável (REV, em inglês *Variable Returns to Scale* – BCC). Ambos são modelos radiais que podem ter retornos de escala constante, crescente ou decrescente e demandam solução computacional por meio de programação matemática de uma função objetivo restringida; que representa a razão entre *outputs* e *inputs* (não linear) e precisa ser linearizada para a sua solução por métodos lineares. As eficiências dadas nos modelos REC e REV podem ser orientadas ao *input* ou ao *output*, sendo uma escolha do pesquisador. No caso de orientação aos *inputs* é assumido que uma DMU não eficiente possa alterá-los ao buscar se tornar eficiente, enquanto no caso de orientação aos *outputs* é assumido que eles possam ser alterados na busca pela eficiência.

Neste estudo optou-se pela análise orientada à maximização dos *outputs*, pois o objetivo é avaliar a eficiência com os melhores resultados possíveis sem a diminuição dos *inputs*. O modelo REV orientado ao output pode ser expresso pelo sistema indicado na Equação 1.

Max θ

Sujeito a:

$$x_{i0} - \sum_{k=1}^n x_{ik} \lambda_k \geq 0, \quad \forall i$$

$$-\theta y_{j0} + \sum_{k=1}^n y_{jk} \lambda_k \geq 0, \quad \forall j$$

$$\sum_k \lambda_k = 1$$

$$\lambda_k \geq 0 \quad \forall k$$

Equação 1

As análises foram implementadas no ambiente R com o auxílio do pacote *benchmarking* e suas funções, implementadas a partir do *script* básico indicado no APÊNDICE B.

A AED foi utilizada para análise da eficiência do sistema municipal em APS. Investigou-se a eficiência das 27 capitais brasileiras em termos das ações de administração pública ao realizar a gestão da APS, quando considerado um conjunto selecionado de indicadores, por serem relevantes e representativos do desempenho em APS.

A avaliação foi realizada em duas abordagens distintas: transversal e longitudinal. Inicialmente, com o recorte transversal e resultado da eficiência para todas as capitais no ano de 2019. Em seguida, o estudo para cada cidade, a partir de 2008 e até 2019. O primeiro momento é condicionado pela data de mudança do modelo de gestão na primeira capital a adotar modo de administração alternativa à AD: São Paulo, em 2006.

Os *inputs* são os recursos financeiros liquidados alocados às ações e os *outputs* são os resultados alcançados, ambos expressos por indicadores selecionados. Os indicadores referentes a gastos em Saúde e em Atenção Básica, utilizados na etapa de caracterização, compõem nesta etapa uma série histórica a partir de 2008, para alimentar a análise envoltória de dados (AED) enquanto *inputs*.

Para os *outputs*, foram pré-selecionados indicadores de desempenho em APS, como a Cobertura por Equipes de Atenção Básica e das condicionalidades do Programa Bolsa Família – PBF, Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica – ICSAB ou a Proporção de nascidos vivos com mais de 7 consultas de pré-natal; além dos impactos em Mortalidade Infantil e Materna, dentre outros que integram as metas dos Pacto de Diretrizes e Metas (PDM) 2013-2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Esse documento norteia a pactuação tripartite no âmbito do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)³, e figura nos relatórios de gestão anuais das secretarias municipais de saúde.

Houve publicações posteriores do Pacto de Diretrizes nas versões 2016-2019 e 2017-2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016 a, b), com redução progressiva do número de indicadores a cada publicação. Considerando que os indicadores das edições mais recentes estavam presentes na versão 2013-2015, porém em grande parte foram suprimidos, foi mantido o rol de indicadores selecionados nas versões iniciais, propiciando uma gama maior de dados e abrangência de mais situações monitoradas no campo do desempenho. Como os

³ O COAP foi publicado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e representa a assunção dos entes signatários de compromisso para organização das ações e os serviços na Região de Saúde, respeitadas as autonomias federativas para garantia da integralidade da assistência, com foco no cidadão (BRASIL, 2011c).

indicadores deixaram de ser tabulados pelo Tabnet Datasus a partir de 2016, optou-se por extrair toda a base de dados do Tabwin Datasus e construir os indicadores pelo software Excel, seguindo as notas técnicas elaboradas na documentação descritiva do Pacto de Diretrizes. A exceção se deu no indicador ICSAB, onde utilizou-se o resultado elaborado pelo PROADESS, a fim de favorecer a interpretação e discussão dos dados, tendo em vista as diferentes metodologias empregadas na obtenção deste indicador. Os indicadores escolhidos são relevantes e representativos do desempenho em APS.

A base de dados dos sistemas de informação do Datasus está disponível a partir de 2006, porém não para todos os indicadores escolhidos neste estudo. O número de casos de sífilis congênita, por exemplo, só é registrado de 2008 em diante, o que corroborou a escolha de avaliação sobre os anos finais de mandato municipal. Foi realizada ainda a análise de correlação estatística, para evitar a sobreposição de indicadores que descrevem situações similares e, portanto, com impacto duplicado sobre a modelagem por AED. Esta redução contribui também para o alcance da proporção ideal entre variáveis analisadas e UTD. Para Banker *et al* (1989), o número ideal de DMUs deve ser de três vezes a soma total do número de variáveis. Nesta pesquisa, a soma entre *inputs* e *outputs* não excedeu este número, tendo sido adotados 9 indicadores para as 27 capitais analisadas.

As análises envolveram a investigação de modelos de retornos constantes e variáveis orientados a *outputs*, dado os *inputs* considerados serem o gasto público em saúde, não sendo esperado, ou desejável, a redução dos recursos investidos em APS.

Foi comparada a eficiência relativa das capitais, considerando também o modelo de gestão predominante na APS (conforme apurado na etapa 1), embora não se pretenda atribuir diretamente ao modelo de gestão a variação na eficiência. A cidade de Fortaleza, tem legislação municipal de terceirização por OS mais recente (2013) dentre as capitais, portanto, seis anos anteriores ao último período analisado (2019).

O Quadro 4 apresenta os 2 indicadores de caracterização pré-selecionados como *inputs* e os 13 indicadores de desempenho que compõem os *outputs* para análise de eficiência proposta por meio da AED, que foram posteriormente reduzidos para 7 indicadores (Quadro 6).

As diretrizes do Pacto que foram descartadas referem-se a especificidades regionais, tais como, Atenção ao Indígena, Atenção de Média e Alta Complexidade ou a dimensões mais afastadas da relação direta com a gestão e assistência em saúde primária.

Os indicadores de mortalidade materna e casos de sífilis congênita, expressos em números absolutos, foram calculados também sob a forma de taxa, para que a análise fosse realizada sob a proporcionalidade nos respectivos portes populacionais.

Tanto os indicadores de *inputs* quanto os de *outputs* escolhidos para este estudo são frequentemente utilizados em pesquisas com AED no contexto da APS. Rodrigues, Gontijo e Gonçalves (2021) utilizaram o Gasto *per capita* em AB como entrada para estudo sobre municípios do Rio de Janeiro, e indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas enquanto produtos, como a Cobertura por equipes de atenção básica e Proporção de ICSAB. Varela, Martins e Fávero (2012) escolheram a despesa com atenção básica como único insumo, enquanto Barbosa e colaboradores (2021) apresentaram quadro de indicadores de insumos e produtos indicados para AED que incluem os gastos municipais com APS, Proporção de ICSAB e mortalidade precoce, dentre outros.

Utilizou-se os dados a partir de 2008, e posteriormente em 2012, 2016 e 2019, considerando a análise longitudinal dos escores de eficiência ao final de cada ano de gestão municipal. A exceção se dá na antecipação de 2020 para 2019, a fim de evitar viés por impactos decorrentes da Pandemia por Covid-19.

A eficiência ao longo do tempo foi o índice Malmquist (IM), método desenvolvido por Färe e colaboradores (1994) para mensurar a produtividade das UTD entre dois períodos distintos. O IM possui dois componentes e captura os efeitos: do emparelhamento, que analisa mudanças (aumento ou redução) da distância das UTD em relação à fronteira de eficiência ao longo do tempo (Catch-Up, mudança técnica da UTD); e do deslocamento da fronteira de eficiência, que reflete os avanços na produtividade de UTD devido às inovações tecnológicas (Frontier Shift, mudança na eficiência tecnológica). O cálculo do emparelhamento, deslocamento da Fronteira e IM para estudos orientados ao *output* é dado, respectivamente, pelas Equações 2, 3 e 4 (COSTA; NETO; SAMPAIO, 2014), nas quais insumo (x), produto (y) e as notações $\delta^{t+1}((x_0; y_0)^{t+1})$ e $\delta^t((x_0; y_0)^t)$ representam o escore de eficiência das DMUs no período t+1 e t.

$$\frac{\delta^{t+1}((x_0, y_0)^{t+1})}{\delta^t((x_0, y_0)^t)}$$

Equação 2

$$\left[\frac{\delta^t(x_o, y_o)^t}{\delta^{t+1}(x_o, y_o)^t} \times \frac{\delta^t(x_o, y_o)^{t+1}}{\delta^{t+1}(x_o, y_o)^{t+1}} \right]^{\frac{1}{2}}$$

Equação 3

$$\left[\frac{\delta^t(x_o, y_o)^{t+1}}{\delta^t(x_o, y_o)^t} \times \frac{\delta^{t+1}(x_o, y_o)^{t+1}}{\delta^{t+1}(x_o, y_o)^t} \right]^{\frac{1}{2}}$$

Equação 4

O IM e os seus componentes são interpretados da mesma forma, sendo que um valor maior que 1 significa melhora na produtividade do período t para o período t+ 1; menor que 1 indica queda na produtividade; e igual a 1 indica que a produtividade se mantém constante (COELLI et al., 2005).

Os resultados da Etapa 2 estão apresentados no Capítulo 6 (Eficiência relativa das capitais brasileiras).

Esta pesquisa não foi submetida ao Conselho de Ética e Pesquisa por utilizar apenas dados quantitativos de acesso público irrestrito em sítios de livre acesso, em conformidade com as Resoluções CNS 466/2012 e 510, de 07 de abril de 2016.

5 PERFIL DAS CAPITAIS BRASILEIRAS E MODELOS DE GESTÃO

A informação sobre os aspectos populacionais, socioeconômicos e questões relacionadas ao setor saúde são fundamentais para que estudos avaliativos de natureza comparativa, como proposto no presente trabalho, sejam contextualizados com elementos que favoreçam a compreensão dos resultados encontrados. Embora o universo de análise seja restrito às capitais de estados brasileiros, ainda assim há diferenças significativas que precisam ser descritas para que os indicadores de desempenho e eficiência encontrados não sejam interpretados de forma isolada, mas com a devida expressão das particularidades esperadas pela grandeza territorial e disparidades conhecidas no âmbito das grandes regiões do país.

Diversos estudos destacam a necessidade de caracterização de cidades ou estados nos processos avaliativos em saúde. De Seta (2007) utilizou o porte populacional e as transferências federais do FPM para análise da construção do sistema nacional de vigilância na esfera municipal. Miclos, Calvo e Colussi (2017), Oliveira e colaboradores (2016), Varela, Martins e Fávero (2012), Santos-Neto e colaboradores (2019), estão entre os autores que utilizaram dados demográficos, de desenvolvimento econômico, receita em saúde, cobertura de plano de saúde e outros indicadores similares aos deste trabalho para a descrição do público-alvo pesquisado.

Os dados de caracterização são referentes ao ano de 2020, o mais recente disponível para a grande maioria dos indicadores, com exceção do PIB *per capita*, cuja última disponibilização se deu em 2018 e das unidades de APS em terceirização, extraído do CNES com atualização em 2021 (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização das Capitais do Brasil (2018, 2020 e 2021)

Gran de Regi ão	Capital	U F	Unidad es em terceiri zação 2021 (1)	Popul ação 2020 (2)	PIB per capita em Reais 2018 (2)	% FPM (3)	Gasto per capita em Saúde em Reais (2020) (3)	Gasto per capita em Atenção Básica (2020) (3)	Cobertu ra populaci onal Saúde Supleme ntar (DEZ 2020) (4)	% Gastos Pessoa 1 LRF (2020) (3)	% Rec Própri os aplicad os em Saúde 2020 (3)
N	Porto Velho	R O	0	53935 4	32.042 ,66	17,6 8	706,62	R\$ 52,12	18,2	50,79	23,1
	Rio Branco	A C	0	41341 8	22.287 ,70	35,5	R\$ 319,46	R\$ 267,98	11,2	41,92	16,1
	Manaus	A M	0	22195 80	36.445 ,75	10,8 3	R\$ 503,11	R\$ 163,07	27,6	40,86	23,6

	Boa Vista	RR	0	41965 2	26.752 ,67	32,8 3	R\$ 593,62	R\$ 154,42	9,8	43,14	19,3
	Belém	PA	0	14996 41	21.191 ,47	15,5 2	R\$ 514,26	R\$ 78,92	28,6	45,25	27,1
	Macapá	AP	0	51290 2	22.181 ,72	33,6 6	R\$ 438,60	R\$ 206,17	12,8	50,35	17,5
	Palmas	TO	0	30629 6	32.293 ,89	20,5	R\$ 841,52	R\$ 264,63	21,9	48,46	21,1
NE	São Luís	MA	0	11089 75	30.699 ,57	17,4 2	R\$ 819,87	R\$ 58,49	29	44,78	21,6
	Teresina	PI	0	86807 5	24.333 ,00	19,5 6	R\$ 1.677,84	R\$ 127,39	30,8	47,17	42,2
	Fortaleza	CE	20	26866 12	25.356 ,73	12,8 4	R\$ 958,16	R\$ 172,42	36,4	46,03	28,7
	Natal	RN	0	89048 0	27.122 ,37	13,5 5	R\$ 836,78	R\$ 41,25	37,1	50,62	30,7
	João Pessoa	PB	0	81751 1	25.035 ,80	14,1 2	R\$ 880,55	R\$ 150,46	31,9	47,58	21,1
	Recife	PE	0	16534 61	31.994 ,38	10,5 8	R\$ 936,57	R\$ 390,40	39,9	46,99	23,2
	Maceió	AL	0	10253 60	22.126 ,34	16,6 2	R\$ 765,92	R\$ 59,01	29,2	43,72	21,3
	Aracaju	SE	0	66490 8	26.622 ,38	17,0 6	R\$ 757,37	R\$ 202,57	39,5	46,46	22,3
	Salvador	BA	1	28866 98	22.232 ,68	12,6 6	R\$ 635,05	R\$ 30,04	29,7	36,93	22,2
	Gran de Região	Capital	UF	Unidades em terceiro 2021 (1)	População 2020 (2)	PIB per capita em Reais 2018 (2)	% FPM (3)	Gasto per capita em Saúde em Reais (2020) (3)	Gasto per capita em Atenção Básica (2020) (3)	Cobertura populacional Saúde Suplementar 2020 (4)	% Gastos Pessoa LRF (2020) (3)
SE	Belo Horizonte	MG	0	25215 64	36.759 ,66	4,86	R\$ 1.463,70	R\$ 317,00	48,7	41,85	22,9
	Vitoria	ES	0	36585 5	73.632 ,55	11,7 3	R\$ 756,80	R\$ 308,54	64,2	46,31	18,3
	Rio de Janeiro	RJ	217	67478 15	54.426 ,08	1,56	R\$ 630,30	R\$ 132,45	47,5	56,24	16,8
	São Paulo	SP	74	12325 232	58.691 ,90	0,54	R\$ 1.042,83	R\$ 403,64	50,5	33,58	21,8
S	Curitiba	PR	0	19486 26	45.458 ,29	4,57	R\$ 1.030,94	R\$ 350,04	55,3	42,25	20,1
	Florianópolis	SC	0	50882 6	42.719 ,16	7,61	R\$ 705,89	R\$ 517,22	42	48,68	17,6
	Porto Alegre	RS	109	14882 52	52.149 ,66	4,27	R\$ 1.180,80	R\$ 196,45	43,6	41,81	18,1
CO	Campo Grande	MS	0	90609 2	32.942 ,46	4,35	R\$ 1.535,96	R\$ 263,26	30,5	50,39	25,4
	Cuiabá	MT	0	61784 8	39.043 ,32	5,88	R\$ 1.597,80	R\$ 101,29	40,7	45,63	34,7
	Goiânia	GO	0	15360 97	33.004 ,01	7,04	R\$ 1.037,47	R\$ 55,66	38,9	44,12	19,9
	Brasília	DF	0	30551 49	85.661 ,39	0,74	R\$ 1.137,83	R\$ 47,70	34,3	42,05	17,75

Fontes: CNES (01), IBGE (02), SIOPS (03_despesas_liquidadas), ANS (04)

Uma análise de impacto comparativa adequada requer a definição do contexto das cidades estudadas, incluindo o modelo de gestão adotado, ainda mais quando este aspecto é objeto de análise do estudo (MOITA, 2021). Pela centralidade deste aspecto no presente trabalho, esta é a primeira definição destacada sobre as características das capitais.

5.1 A TERCEIRIZAÇÃO NA GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), expressa na Tabela 1, aponta a presença de unidades terceirizadas na APS de quatro capitais em 2021: Fortaleza, Rio de Janeiro, Porto Alegre e São Paulo. Apesar de Salvador ter uma única unidade de saúde cadastrada como administrada por terceiro, considerou-se como suposta inconsistência de registro.

A constatação no CNES em 2021 da terceirização na APS destas capitais precisa ser relativizada no que diz respeito ao quantitativo de estabelecimentos informados, uma vez que, tal registro pode ser negligenciado pelas equipes locais por motivos de diversas ordens. No entanto, o predomínio da terceirização foi ratificado por Ramos (2016), a partir do cruzamento de informações constantes em pesquisas do IBGE (2013), revisão de literatura, normativas vigentes, sítios eletrônicos e contato telefônicos com representantes das secretarias municipais de saúde, além do próprio CNES consultado à época.

Neste estudo se adotou a classificação indicada por Ramos (2016), corroborada pela busca recente. As análises seguintes consideram as quatro capitais sinalizadas no Quadro 5 como as que têm predomínio de gestão de unidades de APS por entes terceirizados, com as respectivas legislações, modelo de gestão e ano de início da terceirização.

Salvador e Brasília, que tiveram períodos com substituição da administração direta, reverteram o modelo posteriormente, enquanto Fortaleza tem como característica a presença de OS na gestão e áreas de apoio e logística, mantendo servidores públicos estatutários na prestação direta de serviços finalísticos. A capital Teresina, cuja estrutura similar à Secretaria Municipal de Saúde é exercida por uma Fundação Estatal (GIOVANELLA; ALMEIDA; FACCHINI, 2019), será tratada como representante da AD por guardar características inerentes a este modelo, como a composição do quadro de recursos humanos no regime estatutário.

Quadro 5: A terceirização em APS nas capitais brasileiras

Capitais	Modelo de Gestão em APS	Legislação	Ano de Início
São Paulo	OS	Lei nº 14.132/ 2006	2006
Rio de Janeiro	OS e Empresa Pública	Lei nº 5.026/ 2009 e Decreto nº 38.125/2013	2009
Porto Alegre	FEDP	Lei nº 11.062/11	2011
Fortaleza	OS	Lei nº 8.704/2003 e 10.029/2013	2013

Fontes: Ramos (2016) e elaboração própria do autor

Em pesquisa qualitativa realizada pela OPAS (2018) com atores estratégicos envolvidos com a temática da gestão em saúde (ex-ministros e secretários de saúde, pesquisadores e representantes do setor privado de planos e seguros), 57% dos entrevistados afirmaram que tanto a AD quanto modelos alternativos têm condições de trazer bons resultados, desde que focados na qualidade e eficiência dos serviços prestados.

Destaca-se que as duas capitais mais populosas, São Paulo e Rio de Janeiro, estão entre as que têm predomínio de gestão por OS. Este achado vai ao encontro da Pesquisa Munic 2018 (IBGE, 2019), que apontou percentuais maiores de municípios com estabelecimentos de saúde administrados por terceiros naqueles de maior porte populacional, com forte predomínio das OS como 83,3% das instituições terceirizadas. A maior parte dos estabelecimentos municipais de saúde administrados por terceiros (72,4%) estão na Região Sudeste, seguido da Região Sul com 15,2% e da Região Nordeste com 8,0%, mesmas regiões das capitais com terceirização na APS identificadas neste estudo. As OS predominam na Região Sudeste e as Fundações na Região Sul, tal qual nas capitais representadas nesta pesquisa.

Reitera-se que a presença de modelos de gestão alternativos em unidades básicas nestas capitais não se dá de forma exclusiva, havendo casos de unidades mantidas sob gestão e prestação por recursos humanos da Administração Direta, bem como a ocorrência de modelos híbridos no mesmo estabelecimento. Considera-se ainda a histórica fragilidade reconhecida como limitação dos dados inseridos no CNES, tendo em vista a dificuldade das

equipes locais manterem a atualização dos registros neste sistema de informação, seja pela sobrecarga de atribuições, capacitação deficitária, alta rotatividade ou demais problemas estruturais.

No caso da capital paulista, os primeiros movimentos em busca da participação da sociedade civil como parceiras da administração pública se deram a partir de convênios firmados na área da assistência social e saúde no ano de 2002. A utilização do modelo para expansão do PSF em São Paulo sofreu fortes resistências nos anos seguintes, até a publicação da lei municipal, em 2006, que flexibilizava os mecanismos de seleção das OS e reduzia as exigências para a participação das entidades sem fins lucrativos. No ano seguinte, 39 postos de saúde e unidades do Programa Saúde da Família estavam sob administração terceirizada por meio de contratos de gestão (COELHO; SZABZON; DIAS, 2014).

Ramos (2016) identificou que 62% das 442 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São Paulo eram geridas por entidades da sociedade civil em alternativa à Administração Direta. Atualmente, em consulta ao sítio eletrônico da secretaria de saúde (CIDADE DE SÃO PAULO, 2022), constata-se a presença de 271 contratos de gestão em total de 469 UBS, mantendo-se o percentual de 58% sob gestão terceirizada, próximo ao encontrado no estudo anterior.

Na cidade do Rio de Janeiro, Soranz, Pinto e Penna (2016) descrevem o cenário observado em 2008, quando a capital fluminense apresentava apenas 3,5% de cobertura em ESF, percentual bastante inferior a outras importantes capitais do país naquele ano. A opção do modelo de gestão por OS foi inserida em eixo de reforma administrativa pelo governo local em 2009, como mecanismo autorizado pela Câmara de Vereadores para possibilitar a redução dos tempos de compra de material e viabilizar a contratação de profissionais para expansão da ESF por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Segundo pesquisa avaliativa publicada pela OPAS (2013), os servidores municipais estatutários da Administração Direta foram considerados desqualificados para participação relevante no processo de ESF, por histórico de descumprimento de carga horária, falta de motivação e desconhecimento dos atributos da APS.

O Rio de Janeiro está entre as cidades com mais forte presença de terceirização na APS, conforme observado por Ramos (2016), onde 98% das UBS eram geridas por OS em 2015, restando apenas quatro unidades com servidores concursados na gestão e assistência dentre os quase duzentos estabelecimentos de rede básica de serviços. A partir de 2017, novo grupo político assume o governo municipal e passa a transferir parte da força de trabalho terceirizada das OS para a Empresa Pública Saúde de Direito - Rio Saúde, em detrimento da

realização de concursos públicos para a implantação da governança por servidores estatutários.

Em Porto Alegre, Martins e Carbonai (2021) apontam a histórica presença de diversos vínculos empregatícios com profissionais temporários, estatutários, terceirizados e a ocorrência de entidades intermediárias de direito privado em contratos para prestação de serviços na rede de APS na capital gaúcha. A criação da Fundação Pública de Direito Privado IMESF, em 2011, consolida a diretriz de formalização de parcerias para gestão de unidades básicas de saúde, após movimentos anteriores envolvendo convênios com Associações de Moradores, Instituto Sollus e a Fundação Universitária de Cardiologia (HAMERSKI, 2018). Importa diferenciar do caso mencionado da capital Teresina, cuja Fundação Estatal cumpre o papel da própria secretaria de saúde, enquanto Porto Alegre delega a administração de parte de suas unidades de APS para a FEDP por meio de contrato de gestão.

A partir de 2013, com o aumento da resistência do Conselho de Saúde e de Sindicatos de profissionais quanto a questões como o vínculo celetista para contratação pelo IMESF, iniciou-se longo processo judicial pautando a inconstitucionalidade da Lei Municipal que transferia a prestação dos serviços públicos para uma fundação, culminando com a determinação da extinção do IMESF pelo STF, em 2019.

Em clima de incerteza, o governo municipal porto alegreense vem promovendo a transição do modelo e firmando Termos de Colaboração com Organizações Sociais para execução de atividades de APS, como as pactuações com os grupos hospitalares Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Associação Hospitalar Vila Nova e Sociedade Sulina Divina Providência (MARTINS; CARBONAI, 2021). De acordo com o Relatório de Gestão do 2º Quadrimestre de 2021 da Secretaria Municipal de Saúde (PORTO ALEGRE, 2021), 84% das 132 Unidades Básicas de Saúde são terceirizadas, percentual acima dos 67% encontrado por Ramos (2016).

Em Fortaleza, houve início de tentativa de implantação do modelo de terceirização na APS com aprovação de lei que regulamenta a qualificação das OS no ano de 2003, porém sem resultado efetivo por mudança da gestão municipal no ano seguinte. Posteriormente, OS que atuavam em parceria de gestão com a secretaria estadual de saúde do Ceará, como o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), passaram a assumir a administração de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e a gestão de atividades-meio, que não envolviam a assistência em saúde direta aos usuários, como o controle de insumos em farmácia e recepção de todas as 113 unidades básicas da cidade. A Lei Municipal n.10.029/2013 (sucedânea da

Lei nº 8.704/2003) atualiza a regulamentação da gestão por OS e, em 2020, o Executivo municipal propõe a terceirização das atividades assistenciais em 19 UBS, processo que vem avançando em meio a resistência do Conselho Municipal de Saúde (MOITA *et al*, 2021).

5.2 DISPARIDADES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

Em termos populacionais, as capitais brasileiras demonstram a sua centralidade e importância nos respectivos Estados, de modo que todas são municípios de grande porte segundo a classificação do IBGE, com mais de 100 mil habitantes. Mesmo Palmas, a capital menos populosa, possui mais de 300 mil habitantes, e mais da metade das capitais (15) tem população acima de 900 mil de habitantes, configurando-se como grandes metrópoles segundo outras formas de classificação (NATALINO, 2020). As duas capitais mais populosas, São Paulo, com mais de 12 milhões de habitantes e Rio de Janeiro, com quase 7 milhões de habitantes, são as duas maiores representantes do modelo de terceirização da gestão por OS, seja pelo tempo de adoção do modelo, pelo número de unidades terceirizadas e pela presença expressiva do modelo também nos respectivos entes estaduais.

Segundo Miclos, Calvo e Colussi (2017), em análise a partir dos resultados do PMAQ, municípios de pequeno porte apresentam alto percentual de ineficiência na APS, possivelmente por questões que envolvem economia de escala na estruturação dos serviços de saúde em relação ao tamanho da população, alta rotatividade de profissionais, áreas rurais com baixa densidade populacional e dificuldade de cobertura pelas equipes de Saúde da Família, além da esperada dificuldade de arrecadação tributária.

Por outro lado, Costa (2016) discorre sobre as dificuldades de expansão da ESF em grandes centros e metrópoles nos anos iniciais de implantação sob a justificativa de ao menos três argumentos: tendência à focalização sobre grupos de maior vulnerabilidade e risco social, insuficiência de incentivos federais com necessidade de elevadas contrapartidas municipais e as limitações legais com restrição de gastos com pessoal como as estipuladas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

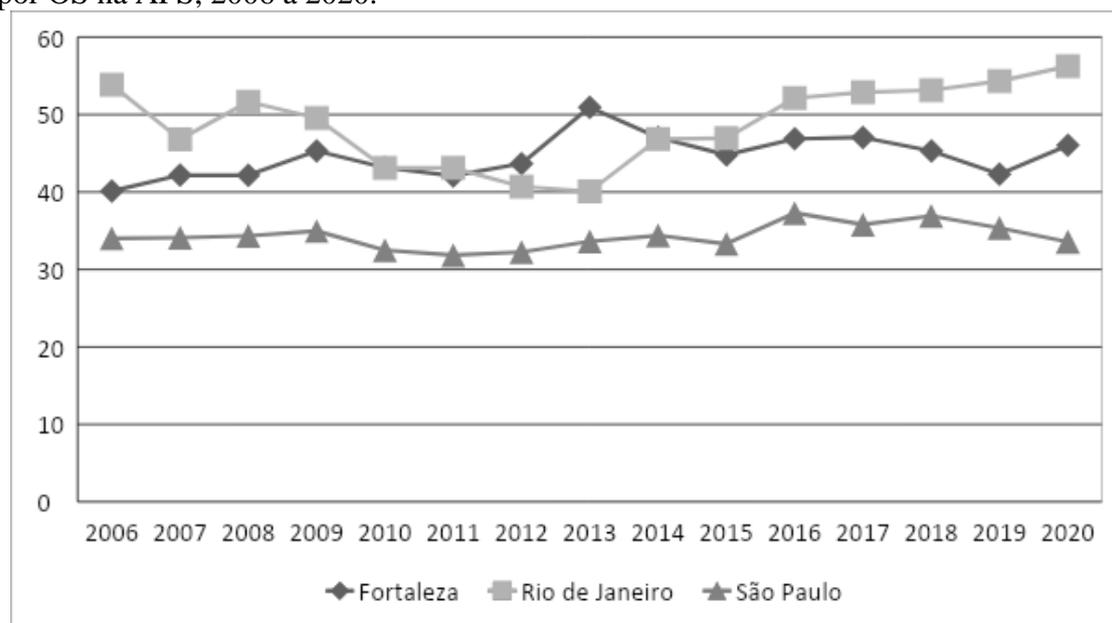
Esse último fator merece destaque especial tendo em vista tratar-se de uma das mencionadas justificativas para adoção da terceirização por meio de OS pelos gestores de saúde municipais e estaduais. Barbosa e colaboradores (2021), a partir de estudos no âmbito do PMAQ, relatam uma forte tendência de gestões municipais por modelos alternativos à administração pública tradicional como forma de evitar atingir o limite máximo definido pela LRF.

Rodrigues (2016), considera que o teto de gastos com pessoal estabelecido pela LRF é uma estratégia de repasse dos recursos públicos para contratação de entidades privadas, na medida da impossibilidade de execução de políticas sociais sem intensidade em mão de obra. Para o autor, não há redução de gastos, portanto, mas a sua transferência para o setor privado.

No ano de 2020, a capital Rio de Janeiro, com forte presença do modelo de gestão por OS, foi a que apresentou maior percentual de gastos com pessoal no poder executivo municipal (56,2%), ultrapassando o limite máximo de 54% estipulado pela LRF para esta esfera de poder. Apenas Porto Velho, Natal, Campo Grande e Macapá também estão acima de 50% neste indicador, porém sem atingir o limite estipulado como prudencial (51,3%).

Os achados secundários encontrados no presente estudo ensejaram a análise sobre os efeitos da mudança do modelo de gestão no limite de gastos com pessoal das capitais que adotaram as organizações sociais como parceiras preponderantes: São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza (Figura 2). Porto Alegre foi excluída desta análise por menorizada pois a parceria com as fundações estatais estão configuradas como administração indireta, observando, portanto, o cômputo de gastos na LRF equivalente ao previsto para a administração direta.

Figura 2: Gastos com pessoal segundo Lei de Responsabilidade Fiscal, capitais com gestão por OS na APS, 2006 a 2020.



Fonte: RREO

Evidencia-se na Figura 2 que um dos principais pressupostos para adoção ao modelo de gestão por OS resultou em efeitos similares nas capitais Rio de Janeiro e Fortaleza, com importante redução dos percentuais de gastos com pessoal após os primeiros anos de

implantação do modelo alternativo, 2009 e 2013, respectivamente, porém com retomada a percentuais maiores nos anos mais recentes, especialmente para o Rio de Janeiro. A expansão da contratação de profissionais por OS na capital fluminense, que chegou a 31% do corpo de trabalho em saúde em 2012 (COSTA *et al*, 2021) e seguiu com aumento nos anos seguintes, não foi suficiente para consolidar o distanciamento dos limites de segurança previstos na LRF. Por outro lado, a grande maioria das capitais que mantiveram a administração direta se encontram abaixo do limite de alerta definido na referida legislação (48,6%) em 2020 (Tabela 1). São Paulo capital não demonstrou grandes variações percentuais desde a adoção de modelos alternativos a partir de 2006, mantendo-se sempre em patamares inferiores a 40% de gastos com pessoal no poder executivo.

Em relação aos fatores que consideram os bens e serviços finais produzidos nas capitais, a cidade de Brasília desponta como de maior PIB por habitante (R\$ 85.661,39), refletindo sua condição de capital nacional e conjugação de características de ente estadual e municipal. Dentre os seis maiores valores desta relação, encontram-se três capitais com modelo de gestão terceirizada: São Paulo (R\$ 58.691,90), Rio de Janeiro (R\$ 54.426,08) e Porto Alegre (R\$ 52.149,66). A exceção é Fortaleza (R\$ 25.356,73), que se encontra em posição inferior neste quesito como grande parte das capitais das regiões Norte e Nordeste.

As capitais com maior PIB per capita tendem a ser menos dependentes de transferências federais para financiamento das políticas públicas a nível local. As capitais São Paulo (0,54%), Brasília (0,74%), Rio de Janeiro (1,56%) e Porto Alegre (4,27%) aparecem como as de menor percentual de FPM, em consonância com a caracterização de grande produção de bens e serviços. A capital Vitória tem comportamento diferenciado, aparecendo na segunda colocação em relação ao PIB por habitante (R\$ 73.632,55), mas em posição intermediária quando se trata da dependência de incentivos federais como os representados pelo FPM (11,73%). David, Shimizu e Silva (2015) relatam que as transferências federais têm atingido um padrão de equidade, na medida que identificaram maior repasse de recursos aos municípios mais vulneráveis no período de 2008 a 2010.

A presença expressiva do modelo de gestão por OS em cidades ou estados de maior poder econômico foi constatada por Sodr e e Bussinguer (2018), que informam a origem e maior número de organiza es sociais na gestão em saúde no Estado de São Paulo, com externalidade para a respectiva capital. O caráter empresarial conferido às organiza es sociais pelas referidas autoras, no que tange   localiza o inserida nos principais polos econômicos do país,   outra constata o do presente estudo onde as capitais com maior percentual de cobertura por planos de saúde são exatamente as sete cidades das regiões Sul e

Sudeste, com a primeira posição de Vitória com 64,2% até Florianópolis, com 42% de cobertura em saúde suplementar.

Morais e colaboradores (2018) corroboram esse achado, ao demonstrarem a expansão geográfica das dez maiores OS do país em 17 estados e algumas de suas cidades e capitais, com notável concentração no eixo sul-sudeste, devido ao dinamismo econômico regional. Mattos, Sauerbronn e Cruz (2017) identificaram grande parte do orçamento destinado à saúde no Estado do Rio de Janeiro direcionado para 50 contratos de gestão com 10 OS entre 2012 e 2015, com valor global de mais de 3,5 bilhões de reais, comprometendo 34% do orçamento em 2014 e 37,5% em 2015.

Em âmbito internacional, o orçamento do National Health Service (NHS), sistema universal de saúde da Inglaterra, sofreu aumento estimado em até 3 vezes dos valores inicialmente empregados em seu financiamento, a partir de constantes processos de privatização da oferta assistencial (KRISHNA, 2020), ainda que se mantenha como uma das maiores referências mundiais em termos de serviço público de saúde.

Os indicadores de maior poder econômico e menor dependência financeira do ente federal não necessariamente se refletem em maiores gastos públicos na função Saúde. A capital Teresina, que apresentou o maior gasto em saúde por habitante, 1.677,84 reais em 2020, aparece apenas na 22ª posição entre as capitais de maior PIB per capita. Dentre as capitais com modelo de gestão terceirizado, para o mesmo ano, Porto Alegre (R\$ 1.180,80) e São Paulo (R\$ 1.042,83) aparecem com gasto per capita em saúde acima de mil reais, enquanto Fortaleza gasta pouco abaixo deste patamar (R\$ 958,16) e o Rio de Janeiro teve o reduzido gasto de R\$ 630,30, o menor valor dentre as capitais do eixo Sul-Sudeste.

Embora os gastos públicos municipais em saúde estejam em processo de evolução em série histórica com o maior incremento dentre as três esferas de governo, em termos globais o Brasil persiste com o subfinanciamento crônico do setor quando comparados a países da OCDE ou dentro da América Latina.

Houve um aumento de 437% nas despesas com saúde por parte dos municípios brasileiros entre os anos de 1995 e 2015, bastante superior aos acréscimos percentuais dos gastos estaduais e federal. No entanto a comparação de gasto público per capita em saúde entre países, para o ano de 2015, com valores pareados em dólares internacionais, evidenciou a diferença do valor de 595 dólares aplicados no Brasil contra 1.157 do Chile, 993 na Argentina, 1.762 em Portugal, 3.330 no Reino Unido e 2.261 dólares internacionais na Espanha (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

O alto gasto *per capita* em saúde verificado em Teresina coloca esta capital também na primeira posição no indicador referente ao percentual de recursos próprios alocados em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), alcançando 42,2 % no ano de 2020. Mesmo a capital Rio Branco, de menor percentual de gasto em saúde dentre as capitais brasileiras (16,1%), conseguiu executar os valores mínimos de 15% estabelecidos desde a aprovação da Emenda Constitucional n.29 de 2.000 (BRASIL, 2000b). Esses dados vão ao encontro das análises apresentadas por Vieira, Piola e Benevides (2019), na qual o conjunto de municípios brasileiros supera o percentual mínimo 15% desde o ano de 2004, com média de aplicação de 22,5% em 2017.

Considerando as capitais com terceirização na gestão da APS, Fortaleza aparece com o maior percentual de recursos próprios aplicados em ASPS no ano de 2020 (28,7%), enquanto o Rio de Janeiro fica na penúltima posição dentre todas as capitais brasileiras, com 16,8% neste mesmo ano. Costa e colaboradores (2021) apontam a redução do esforço fiscal na capital fluminense, que chegou a aplicar 25,5% de receita própria em 2016, e o posterior enfraquecimento do setor saúde na agenda política do governo iniciado em 2017. Neste ano, o município do RJ investiu em saúde R\$3,31 per capita/dia, abaixo da média nacional de R\$ 3,38 per capita/dia (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Outro elemento de fundamental relevância para a caracterização das capitais analisadas neste estudo diz respeito ao financiamento da atenção básica. Cidades com maiores gastos em saúde que não mantêm elevado valor *per capita* no investimento em APS, podem refletir a priorização da atenção por outros níveis de complexidade (especialidades, urgência e emergência, hospitalar) ou a concentração de recursos em outras subfunções da saúde como vigilância, atenção farmacêutica, apoio à gestão, dentre outros. A cidade de Teresina, como exemplo, que aparece como a primeira capital em gastos em saúde por habitante em 2020 (R\$ 1.677,84), está apenas na décima oitava posição dentre os gastos em atenção básica (R\$ 127,39 por habitante). Giovanella, Almeida e Facchini (2019) destacam o elevado gasto em saúde desta capital, e a concentração de serviços públicos e privados contratados pelo SUS, configurando-se como referência em média complexidade para todo o estado do Piauí.

O maior gasto por habitante em atenção básica no ano de 2020 foi alcançado por Florianópolis, com R\$ 517,22, seguida por São Paulo, que gastou de R\$ 403,64 por cada cidadão em Atenção Básica neste ano. A capital catarinense é citada como uma das referências nacionais de forte rede de APS com ênfase na ESF com êxito reconhecido pelo Ministério da Saúde (OPAS, 2011).

Relatório elaborado pela OPAS (2018) no contexto dos 30 anos de implantação do SUS no Brasil, reforça o conjunto de evidências que demonstram a necessidade de APS forte e resolutiva para a garantia da sustentabilidade dos sistemas de saúde, o que passa pelos gastos públicos compatíveis com o cuidado proposto para que se obtenha melhores resultados de saúde.

Em síntese, considerando-se os modelos de gestão, há uma capital de gestão por AD (Florianópolis) e uma capital com predomínio de OS (São Paulo), como as duas cidades com maiores gastos em Atenção Básica para o ano de 2020. As demais cidades com gestão terceirizada, Porto Alegre (R\$ 196,45), Fortaleza (R\$ 172,42) e Rio de Janeiro (R\$ 132,45), encontram-se em posições intermediárias (décimo segundo, décimo terceiro e décimo sétimo, respectivamente) no conjunto das capitais, demonstrando não haver impacto significativo sobre maior ou menor gasto nos modelos alternativos comparativamente ao gasto em APS das capitais da AD, embora Oliveira (2015) tenha identificado o aumento do valor orçamentário para a saúde do município do Rio de Janeiro no período de expansão das OS e da cobertura de ESF na capital fluminense.

Os indicadores de gastos em saúde por habitantes e gastos em atenção básica por habitante requerem atenção especial nesta pesquisa, pois foram escolhidos na metodologia adotada como *inputs* na análise de eficiência cujo resultado será apresentado no Capítulo a seguir.

6 EFICIÊNCIA RELATIVA DAS CAPITAIS BRASILEIRAS

Para a avaliação de eficiência das capitais brasileiras referentes à gestão e provisão de serviços em APS, foi utilizada a AED, a partir da relação entre *inputs* que representam as condições estruturais fornecidas pelo financiamento em saúde, e *outputs*, expressos por um conjunto de indicadores de APS selecionados do PDM 2013-2015 (BRASIL, 2013) (Quadro 4).

Foi realizada uma análise prévia para verificação da correlação de Pearson, tanto entre os dois indicadores escolhidos como *inputs*, quanto entre os 13 indicadores de *output* pré-selecionados. Recomenda-se evitar a utilização de indicadores com forte correlação entre si, de modo a prevenir viés nos escores de eficiência de AED, pela sobre importância de indicadores que carregam a mesma informação.

A correlação entre os indicadores de *inputs* (Gasto em Saúde por Habitante e Gasto em Atenção Básica por Habitante) apresentou valor 0,11 (muito fraca), demonstrando a adequação da utilização dos indicadores de *inputs* selecionados. O exemplo apontado da capital Teresina no Capítulo 5 ilustra esse achado, dado que um maior gasto em saúde, muitas vezes, não corresponde à priorização da APS como a ação de saúde destinatária dos maiores recursos aplicados.

A mesma análise para os indicadores de *outputs*, mostrou correlações fortes (acima de 0,7) entre os indicadores de: Cobertura em atenção básica e cobertura por equipes de saúde bucal (0,76) e da Proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal e a Taxa de mortalidade infantil (-0,78), o que não ocorre com os demais indicadores (Tabela 2).

Tabela 2: Correlação entre indicadores pré-selecionados de *outputs*, capitais brasileiras, 2019

	CO B_A B	ICSAB_PRO ADESS (↓)	COB_ SB_A B	PROP_NAS _CONS_PN	TX_MORT _INF (↓)	PROP_C OB_VAC	PROP_C URA_TB	COB_ CAPS	TX_MORT_ PREM (↓)	TX_MORT _MAT (↓)	TX_SIFI LIS (↓)	RAZ_ CITO	COB _PB F
COB_AB	1,00												
ICSAB_PROA DESS (↓)	0,10	1,00											
COB_SB_A B	0,76	-0,18	1,00										
PROP_NAS _CONS_PN	0,29	-0,25	0,10	1,00									
TX_MORT_I NF (↓)	0,27	0,10	-0,04	-0,78	1,00								
PROP_COB _VAC	0,07	0,04	0,06	0,03	-0,20	1,00							
PROP_CUR A_TB	0,11	0,06	-0,01	-0,32	0,47	-0,08	1,00						
COB_CAPS	0,39	-0,02	0,46	0,32	-0,28	0,17	-0,06	1,00					
TX_MORT_P REM (↓)	0,02	-0,23	-0,15	0,43	-0,25	0,21	-0,11	0,19	1,00				
TX_MORT_ MAT (↓)	0,02	0,23	0,07	-0,25	0,36	0,03	0,50	-0,20	0,00	1,00			
TX_SIFILIS (↓)	0,04	0,08	-0,04	-0,02	0,06	0,15	-0,19	0,08	0,52	-0,20	1,00		
RAZ_CITO	0,31	0,11	0,26	0,00	-0,32	0,08	0,18	0,41	-0,08	0,00	-0,13	1,00	
COB_PBF	0,14	0,00	0,22	0,42	-0,29	0,36	0,13	0,28	0,19	0,10	-0,09	0,15	1,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do e-gestor, Proadess, IBGE, SINASC, SIM, SIA, SIH, SINAN, CNES e PBF

Legenda: COB_AB = Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica; ICSAB_PROADESS = Proporção Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica; COB_SB_AB = Cobertura por equipes saúde bucal; PROP_NAS_CONS_PN = Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos; TX_MORT_INF = Taxa de mortalidade infantil; PROP_COB_VAC = Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas; PROP_CURA_TB = Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar; COB_CAPS = Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial; TX_MORT_PREM = Taxa de mortalidade prematura (70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (DNCT); TX_MORT_MAT = Taxa de Mortalidade Materna; TX_SIFILIS = Taxa de incidência de casos sífilis congênita; RAZ_CITO = Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária; COB_PBF = Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família .

A Cobertura por equipes de saúde bucal está fortemente atrelada à expansão da Cobertura por equipes de atenção básica (correlação positiva forte), visto que os dentistas e técnicos de saúde bucal atuam nas mesmas unidades de saúde das equipes de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das equipes de saúde da família ou atenção no modelo tradicional. Ramos e Seta (2019) haviam identificado, em estudo sobre as capitais da região Sudeste, maiores coberturas em atenção básica acompanhadas de equipes de saúde bucal nas cidades de Belo Horizonte e Vitória, embora seja comum a proporção de 1 equipe de saúde bucal para cada 2 ou 3 de saúde da família.

A forte correlação negativa entre a Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal e a Taxa de mortalidade infantil, também há coerência considerando os efeitos positivos do adequado acompanhamento do período de gestação nas condições de saúde das crianças no parto e meses subsequentes de vida. Essa relação foi encontrada em revisão integrativa de literatura de Figueiredo e colaboradores (2012), na qual os estudos analisados demonstravam que maus resultados em mortalidade infantil, episódios de prematuridade ou baixo peso ao nascer, referiam-se ao número insuficiente de consultas ou à baixa qualidade do atendimento prestado.

Ainda em relação à mortalidade infantil, cogitou-se o uso do componente neonatal, que compreende os primeiros 28 dias de vida, cujo resultado poderia estar mais relacionado à atenção à saúde pré-natal e menos influenciado por importantes determinantes sociais ao longo do primeiro ano após o nascimento. No entanto, a análise de correlação entre a taxa de mortalidade infantil - indicador agregado e tradicional marcador de desempenho de sistemas de saúde – se mostrou muito forte (0,912) com a taxa de mortalidade neonatal precoce e forte (0,85) com a de neonatal tardia.

Diante disso, optou-se por suprimir da AED os indicadores Cobertura por equipes de saúde bucal e Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, dado eles proporcionarem informação muito similar àquela dos indicadores a eles fortemente correlacionadas; que são clássicos nas avaliações em APS e de sistemas de saúde.

Além desses, decidiu-se ainda excluir outros quatro indicadores pré-selecionados, de modo a garantir a proporção máxima de nove indicadores, (soma de *inputs* e *outputs*), que representam 1/3 do total de 27 UTDs, conforme recomendado na literatura de AED. Assim, foram retirados os indicadores de Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, Razão de exame citopatológico do colo do útero, Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas e Cobertura de CAPS; por inconsistências nos dados ou serem considerados menos representativos do objeto analisado.

Dessa forma, para a condução da AED foram utilizados os sete indicadores de resultado listados no Quadro 6, que descreve a sua relevância e o sentido de melhora. De modo a facilitar a interpretação e aproximar a proporção entre os resultados obtidos, os indicadores do tipo “menor é melhor” foram tomadas em seu inverso multiplicado por 1000, sendo eles: Proporção Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), Taxa de mortalidade materna, Taxa de mortalidade infantil, Taxa de incidência de casos sífilis congênita, Taxa de mortalidade prematura (70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis –DCNTs.

Quadro 6: Indicadores selecionados como *outputs* da AED, capitais brasileiras

Indicador de output	Relevância	Melhor sentido	Fonte
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Disponibilidade de recursos humanos da APS para a população. Potencial de oferta de ações e serviços básicos. Indica o acesso a esse nível de atenção.	Maior é melhor	E-gestor
Proporção Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	Condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da APS.	Menor é melhor	SIH
Taxa de mortalidade materna	Condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. Mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério são geralmente passíveis de	Menor é melhor	SIM/SINASC

	prevenção e evitáveis.		
Taxa de mortalidade infantil	É um dos principais indicadores de saúde pública. Expressa a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades entre grupos sociais e regiões. Revela as condições de saúde materno-infantil.	Menor é melhor	SIM/SINASC
Taxa de incidência de casos sífilis congênita	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada ao longo do período de gestação.	Menor é melhor	SINAN
Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar	Êxito no tratamento de tuberculose com a consequente redução na transmissão. Qualidade da assistência aos pacientes. Proporções baixas de cura de casos podem indicar dificuldades no monitoramento dos casos identificados.	Maior é melhor	SINAN
Taxa de mortalidade prematura (70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs	Monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e seus fatores de risco.	Menor é melhor	SIM/IBGE

Fonte: Elaboração própria com base no Pacto de Diretrizes de Metas 2013-2015.

Os indicadores do Quadro 6 foram analisados quanto a presença de *outliers* por meio de gráficos de *boxplot*, que estão indicados no Apêndice D, não tendo sido identificados ocorrências que poderiam produzir vieses na AED.

6.1 EFICIÊNCIA NA APS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS EM ANÁLISE TRANSVERSAL COMPARATIVA SEGUNDO MODELOS DE GESTÃO

A avaliação de eficiência das capitais brasileiras foi conduzida a partir dos resultados dos indicadores estudados no ano de 2019. Análise transversal se refere ao ano mais recente com dados disponíveis e sem eventuais fatores de confundimento em virtude da pandemia por Covid 19, que teve início no ano de 2020.

Como resultado, 15 capitais tiveram escore de eficiência máximo e 12 inferiores a 1,0, demonstrando serem ineficientes comparativamente às demais capitais. Com isso, acima de 36% da população das capitais brasileiras, consideradas em 2020, são atendidos por APS classificadas como não eficientes.

As eficiências de cada capital são apresentadas na Tabela 3 para o ano de 2019, na qual se observa que há capitais não eficientes em todas as grandes regiões do país. Nela fica evidenciada uma eficiência técnica média de 0,965 (n=27), de 0,971 quando considerados apenas as capitais AD (n=23) e de 0,873 para as capitais OS/FEDP (n=4).

Tabela 3: Escores de eficiência das capitais brasileiras por região, 2019

Grande Região	Capitais (DMUs)	Eficiência	Modelo de Gestão
Norte	Porto Velho	1,00	AD
	Rio Branco	1,00	AD
	Manaus	0,97	AD
	Boa Vista	0,94	AD
	Belém	0,94	AD
	Macapá	1,00	AD
	Palmas	1,00	AD
Nordeste	São Luís	1,00	AD
	Teresina	1,00	AD
	Fortaleza	0,84	OS
	Natal	0,87	AD
	Joao Pessoa	0,98	AD
	Recife	0,91	AD
	Maceió	1,00	AD
	Aracaju	0,91	AD
	Salvador	1,00	AD
Sudeste	Belo Horizonte	1,00	AD
	Vitoria	1,00	AD
	Rio de Janeiro	0,85	OS
	São Paulo	0,91	OS
Sul	Curitiba	1,00	AD
	Florianópolis	1,00	AD
	Porto Alegre	0,89	FEDP
Centro-oeste	Campo Grande	0,81	AD
	Cuiabá	1,00	AD
	Goiânia	1,00	AD
	Brasília	1,00	AD

Fonte: Elaboração própria

Nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, houve equilíbrio entre o número de capitais com eficiência 1,0 e àquelas com escore inferior a 1,0. Nas regiões Sul e Centro-oeste, apenas 1 capital não atingiu o valor máximo em cada região. A capital Campo Grande obteve o menor escore geral em 2019 (0,81). Em estudo sobre os índices no IDSUS obtidos por municípios brasileiros, as regiões Norte e Nordeste tiveram o maior número de municípios considerados eficientes na APS, embora as capitais de estado tenham apresentado resultados inferiores em relação aos demais grupos de municípios (DAVID, SHIMIZU, SILVA, 2015).

Quanto ao aspecto populacional, as duas capitais mais populosas, São Paulo e Rio de Janeiro, não obtiveram valor máximo de eficiência. Silva e colaboradores (2018) encontraram resultado distinto em AED com ênfase na APS de municípios brasileiros, de modo que o porte populacional influenciou positivamente a eficiência média, embora Costa (2016) tenha discorrido sobre os desafios para expansão da ESF em grandes centros e metrópoles.

Em relação ao modelo de gestão, destaca-se que as quatro capitais com terceirização na APS encontram-se entre as que não obtiveram escore máximo de eficiência em 2019, sendo que três destas apresentando resultados inferiores a 0,90: Porto Alegre (0,89), Rio de Janeiro (0,85) e Fortaleza (0,84). Além disso, todas as capitais eficientes (escore igual a 1) mantiveram a administração direta como principal modelo para gestão e prestação de serviços na APS.

A cidade de São Paulo, com índice de 0,91, também não figura entre as mais eficientes. Contreiras e Matta (2015) afirmam que a experiência de administração gerencial pelo setor privado na capital paulista está distante de cumprir as promessas de combate ao patrimonialismo e de maior eficiência, mesmo com as OS configuradas como grandes atores econômicos empresariais, embora formalmente de natureza filantrópica.

A média de eficiência das capitais com gestão por AD foi de 0,97, enquanto as que terceirizam a gestão obtiveram a média de 0,87. Esse resultado vai de encontro aos achados de Garmatz, Vieira e Sirena (2021), que usaram AED para avaliação da gestão de hospitais de ensino no Brasil com índices de 0,95 para entidades empresariais, 0,93 para entidades sem fins lucrativos e 0,91 nas unidades de administração pública.

Souza, Scatena e Kehrig (2016) encontraram resultados semelhantes em avaliação por EAD em hospitais do Mato Grosso, onde as unidades públicas tiveram média de 0,81 e as unidades privadas prestadoras ao SUS obtiveram média de 0,93.

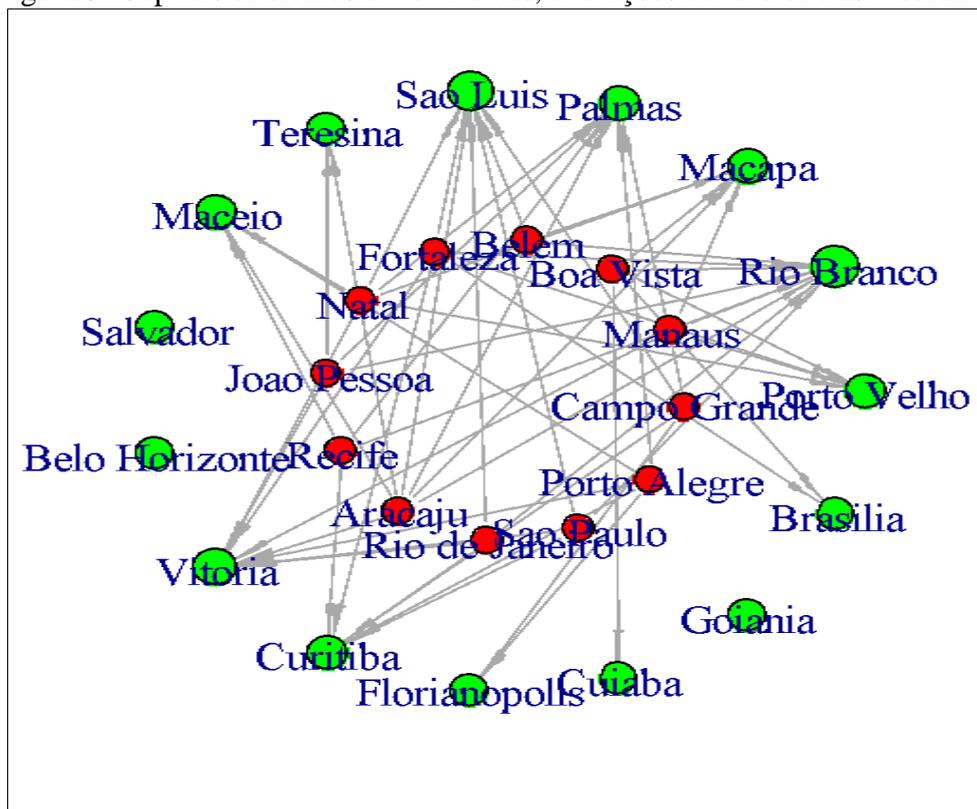
Cumprir recordar as diferentes abordagens dos estudos, onde as pesquisas sobre casos de estabelecimentos de saúde podem ser influenciados por condições específicas de investimentos e priorização de unidades hospitalares como “ilhas de excelência”, enquanto o presente trabalho aborda os resultados sobre toda uma população assistida em indicadores impactados pela APS. Barbosa e colaboradores (2021), destacam a importância da observação sobre os diversos formatos institucionais nas pesquisas avaliativas de eficiência na APS.

Revisão de literatura internacional não encontrou evidências de maior eficiência em prestação pública ou privada no setor saúde em países de baixa, média e alta renda. No entanto, destaca-se melhor prestação em hospitais filantrópicos sobre os privados com fins lucrativos (RAO, 2016).

Ravioli, Soares e Scheffer (2018), a partir de revisão da literatura, afirmam que são escassas na produção acadêmica brasileira as evidências sobre impactos positivos de modelos de gestão alternativos em arranjos público-privados, tampouco há comprovação de superioridade entre administração por AD ou terceirização, exceto por estudos de casos isolados e contextos específicos. Soares e colaboradores (2016) também apresentam revisão integrativa de estudos publicados até 2015, sem que haja comprovação de maior eficiência pelas OS em relação à gestão pública.

A ferramenta da AED permite identificar as UTDs que são referências às demais, o que pode ser observado graficamente na Figura 3. Nela, os círculos externos representam as capitais referência (eficientes) e os internos as demais capitais (ineficientes), enquanto as setas caracterizam as suas relações. Exemplificando, a capital Rio Branco apresenta o maior número de setas por se constituir em uma referência para outras nove capitais.

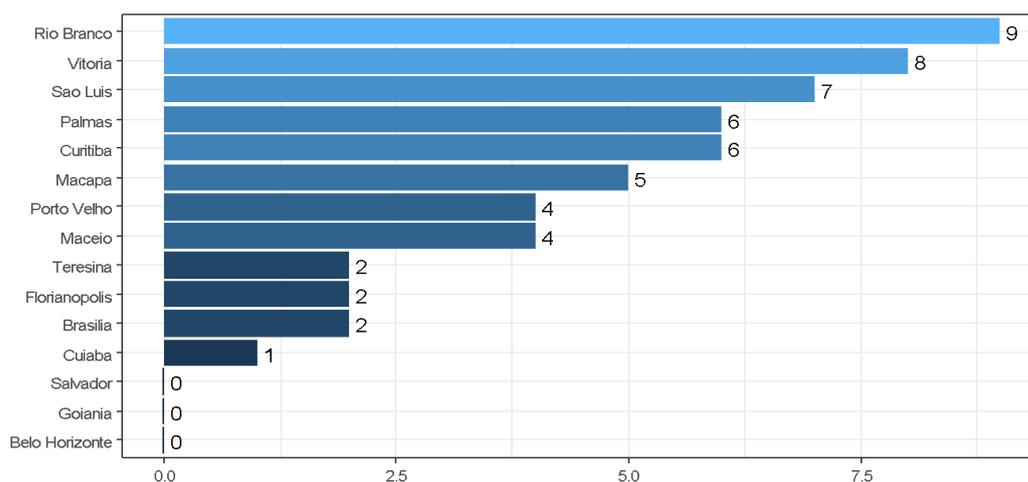
Figura 3: Capitais eficientes e ineficientes, e relações de referências mediante AED, 2019



Fonte: Elaboração própria do autor

A quantidade dessas relações entre as UTDs pode ser utilizada como critério para identificar as cidades de melhor desempenho, por meio da observação sobre quantas vezes cada capital aparece como referência para as demais capitais nos indicadores analisados, o que está indicado na Figura 4. Nela, merece destaque várias capitais que têm sido destacadas como referência na AB e ESF (Vitória, Curitiba, Teresina, Florianópolis, Brasília), o que corrobora os resultados obtidos por meio da AED. Além disso, a capital Rio Branco se mostrou referência, experiência exitosa ainda não apontada nos estudos acadêmicos consultados.

Figura 4: Quantidade de referências estabelecidas por capital eficiente, 2019.



Fonte: Elaboração própria do autor

O resultado da capital Rio Branco pode estar relacionado ao menor gasto em saúde por habitante entre todas as capitais em 2019 (R\$ 302,12), dado ter produzido mais *outputs* com menor gasto (*input*), embora não se configure como *outlier* em relação às demais capitais neste indicador (Apêndice D). Dentre os resultados dos indicadores de produtos para 2019, destaca-se a primeira colocação em Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar, com 88,43% (Apêndice C), além de configurar no primeiro tercil dos melhores resultados dentre as capitais nos demais indicadores de *outputs*, com exceção da Taxa de mortalidade materna (Apêndice E).

Por outro lado, as três capitais com maiores gastos em Saúde por habitante tiveram resultados distintos em eficiência. Teresina (R\$ 1.677,84) e Cuiabá (R\$ 1.597,80) se posicionaram como eficientes, enquanto Campo Grande (R\$ 1.535,96) ficou entre as capitais não eficientes, com o menor escore dentre todas as cidades analisadas. Já entre as 3 capitais com maior gasto em saúde na atenção básica, apenas Florianópolis (R\$ 517,21) atingiu o valor de 1,0; enquanto São Paulo (R\$ 403,63) e Recife (R\$ 390,40) foram classificadas como não eficientes. Raciocínio que exemplifica a noção de eficiência, que depende não só dos *inputs*, mas da sua relação com os *outputs*, no caso o desempenho em indicadores de saúde.

As duas capitais (Brasília, R\$ 85.661,39 e Vitória, R\$ 73.632,55) – com valores mais elevados de PIB *per capita* estão entre as de maior eficiência. Na terceira, quarta e quinta posição dentre as capitais com maiores PIB por habitante, estão São Paulo (R\$ 58.691,90), Rio de Janeiro (R\$ 54.426,08) e Porto Alegre (R\$ 52.149,66), nesta ordem. Porém, essas capitais foram classificadas como não eficientes, o que corrobora os achados de Rodrigues, Gontijo e Gonçalves (2021), que não encontraram correlação entre o PIB *per capita* e

melhores escores de eficiência nos municípios do estado do Rio de Janeiro. Entretanto, Santos-Neto e colaboradores (2019) apresentam resultados de Índice de Eficiência Técnica em municípios de região de saúde em São Paulo, onde a maior receita disponível e maior gasto *per capita* estão relacionados à melhores indicadores de saúde.

As cidades de Vitória e Curitiba são tradicionalmente bem avaliadas no desempenho em APS, aparecendo no presente estudo entre as cinco capitais melhor posicionadas em termos de serem referência para as demais capitais, com 8 e 6 aparições respectivamente. Destaca-se o bom desempenho em indicador de grande relevância como a Taxa de Mortalidade Infantil, no qual Curitiba (6,50) e Vitória (6,69) aparecem com as menores taxas, acima apenas de Florianópolis, que tem a menor taxa de mortalidade infantil dentre as capitais brasileiras em 2019 (5,38) (Apêndice C).

Curitiba é tida como referência brasileira em APS, com adoção de instrumentos gerenciais para avaliação e gratificações por desempenho, sistemas de informações consistentes e padronização de cuidados básicos de acordo com protocolos que garantem o êxito dos resultados no primeiro nível de atenção à saúde (MATZUDA *et al*, 2008). O Termo de Compromisso estabelecido por contratualização entre entes públicos, aproxima a gestão estratégica da administração direta municipal com as direções e equipes de saúde das unidades próprias e traz efeitos positivos nos serviços prestados à população da capital paranaense (LIMA, 2010; COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2012; DITTERICH *et al*, 2015).

Teresina e Brasília, que aparecem na Figura 4 como referência para outras capitais por duas vezes, são descritas como cidades com experiência exitosas em estudos de caso sobre redes fortes na APS. Segundo Giovanella, Almeida e Facchini (2019), a capital piauiense inova ao garantir a universalização do acesso com 100% de cobertura ESF por meio de gestão e provisão de serviços públicos municipais, sem terceirizações ou privatizações, incluindo laboratório próprio para exames diagnósticos, com bom desempenho nos principais indicadores de saúde. A capital do Distrito Federal destacou-se pela iniciativa de conversão do modelo de atenção tradicional para a ESF, em processo de gestão com política efetiva de recursos humanos na APS, incentivos como estratégia para a fixação dos profissionais em prol da longitudinalidade e continuidade do cuidado, em ambiente institucional favorável (BOUSQUAT; BARROS; GOMES, 2019).

Além disso, outra informação importante produzida pelo AED são as metas para as capitais, como indicado na Tabela 4, que se referem aos valores que os indicadores deveriam assumir para que elas se tornem eficientes.

Exemplificando para a capital Rio de Janeiro, que deveria aumentar 10,05% (64,90-54,85) a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (COB_AB), 11,95% a Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar (PROP_CURA_TB), assim como reduzir 2,11 a Internação por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB), 1,88 a Taxa de mortalidade infantil (TX_MORT_INF), 341,04 a Taxa de mortalidade prematura (70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis -DCNTs (TX_MORT_PREM), 33,62 a Taxa de mortalidade materna (TX_MORT_MAT) e 10,56 a Taxa de incidência de casos sífilis congênita (TX_SIFILIS).

Metas que podem direcionar as ações de atenção à saúde, pois representam oportunidades de melhora compatíveis com aquelas obtidas pelas capitais eficientes, ou seja, são metas alcançáveis considerada a tecnologia existente.

Tabela 4: Resultados atuais e Metas para as capitais não eficientes, 2019.

DMU	COB_AB		ICSAB		TX_MORT_INF		PROP_CURA_TB		TX_MORT_PREM		TX_MORT_MAT		TX_SIFILIS	
	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M
Manaus	46,30	69,1	24,00	13,99	13,81	13,42	69,90	77,82	524,16	509,46	68,53	47,52	16,00	5,06
Boa Vista	61,10	66,79	28,00	14,36	14,21	12,05	71,40	76,34	530,32	496,22	55,95	52,36	4,59	4,29
Belém	39,43	51,22	21,90	10,15	15,49	13,57	70,20	74,60	649,10	558,57	69,94	46,24	6,40	5,09
Fortaleza	44,22	60,65	16,90	14,23	11,67	9,83	60,30	71,56	617,85	520,2	40,05	33,72	15,99	4,73
Natal	52,52	60,55	13,00	11,28	12,88	10,50	57,80	68,63	706,15	612,54	37,59	32,61	26,50	6,15
Joao Pessoa	92,91	94,72	14,80	14,12	12,65	9,39	66,80	68,14	721,82	548,74	57,89	45,52	9,35	5,05
Recife	64,8	70,91	14,30	12,92	11,50	10,51	64,90	71,04	811,28	543,25	28,39	25,95	26,88	4,46
Aracaju	70,74	77,97	14,40	13,07	16,94	14,16	66,80	73,65	579,30	525,61	46,42	42,12	16,36	5,86
Rio de Janeiro	54,85	64,90	13,60	11,49	12,15	10,27	65,00	76,95	926,40	585,36	80,73	47,11	14,84	4,28
São Paulo	62,64	68,73	13,30	12,12	11,21	10,22	73,80	81,02	739,82	574,91	62,43	48,93	7,52	3,71
Porto Alegre	67,87	75,86	17,10	13,19	8,72	7,80	52,60	58,74	928,52	644,50	24,21	21,66	25,36	6,49
Campo Grande	48,44	64,74	14,80	12,06	9,26	7,54	51,10	62,78	706,54	575,52	49,86	22,47	8,48	5,41

Fontes: Elaboração própria por AED com dados do E-gestor, Proadess, SIM, SINASC, IBGE, SINAN

Legenda: R = Resultado; M = Meta

Observa-se que algumas capitais precisariam de elevado esforço para alcance das metas da AED em determinados indicadores. Dentre as capitais com gestão por AD, Campo Grande (48,44%) deveria aumentar para 64,74% em Cobertura populacional das equipes de Atenção Básica. Boa Vista precisaria aumentar vários indicadores, podendo até reduzir a proporção de ICSAB para 14,36%. O mesmo ocorrendo para Recife (26,88) que deveria dedicar especial atenção para alcançar a taxa de 4,46 a incidência de Sífilis congênita de modo a ter a mesma eficiência das capitais de referência.

Quanto as capitais que adotam modelos alternativos àquele da AD, destacam-se o esforço necessário para que Fortaleza (44,22%) alcance a meta de 60,65% e o Rio de Janeiro, que precisaria passar de 65% para 76,95% de Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar, de 926,40 para 585,36 na Taxa de mortalidade prematura e de 80,73 para 47,11 na Taxa de mortalidade materna.

Sumarizando, as quinze capitais identificadas como eficientes neste estudo apresentaram as melhores relações entre os insumos utilizados e os *outputs* obtidos, ou seja, conseguiram converter os investimentos em saúde em resultados objetivos em termos dos indicadores de saúde. Além disso, muitas delas eles também são apontados na literatura prévia como referência em APS. Consistência interna e externa que reforçam a ausência de comprovação de que a terceirização da gestão produz melhores resultados à saúde dos usuários do SUS ou menores gastos. Argumentos que têm sido utilizados para justificar a migração da gestão da AD para outras formas.

Apesar da importância desses resultados, eles produzem informação apenas para o ano de 2019 (transversal), sendo importante estudar a estabilidade dessa eficiência ao longo do tempo, o que é realizado na seção seguinte.

6.2 EVOLUÇÃO DA EFICIÊNCIA DA APS NAS CAPITAIS BRASILEIRAS: 2008 – 2019

Além do recorte transversal sobre o ano de 2019, mais recente com dados disponíveis e anterior à pandemia por Covid-19, realizou-se análise do comportamento temporal dos índices de eficiência das capitais, considerando os anos de 2008, 2012, 2016 e 2019. Períodos que são posteriores à efetivação do modelo de gestão por OS na cidade de São Paulo, tomado como marco inicial nesta pesquisa.

As eficiências são apresentadas na Tabela 5, na qual se observa que há capitais ineficientes em todas as grandes regiões do país. Nela fica evidenciada uma eficiência média das capitais sob gestão AD (n=23) que se mantém estável, enquanto para as capitais sob gestão OS/FEDP (n=4) ela reduz no período.

Tabela 5: Escores de eficiência da APS nas capitais brasileiras, 2008, 2012, 2016 e 2019.

DMU	2008	2012	2016	2019
Porto Velho	1,00	1,00	1,00	1,00

Rio Branco	1,00	1,00	1,00	1,00
Manaus	1,00	1,00	1,00	0,97
Boa Vista	1,00	1,00	1,00	0,94
Belem	0,88	1,00	0,85	0,94
Macapa	1,00	1,00	1,00	1,00
Palmas	1,00	1,00	1,00	1,00
Sao Luis	1,00	1,00	1,00	1,00
Teresina	1,00	1,00	1,00	1,00
Fortaleza	0,86	0,94	0,89	0,84
Natal	0,84	0,95	0,90	0,87
Joao Pessoa	1,00	0,87	1,00	0,98
Recife	1,00	1,00	0,84	0,91
Maceió	1,00	1,00	1,00	1,00
Aracaju	1,00	1,00	0,92	0,91
Salvador	0,99	1,00	1,00	1,00
Belo Horizonte	1,00	1,00	1,00	1,00
Vitoria	1,00	1,00	1,00	1,00
Rio de Janeiro	0,87	0,79	0,83	0,85
São Paulo	0,99	0,92	0,90	0,91
Curitiba	1,00	1,00	1,00	1,00
Florianópolis	1,00	1,00	1,00	1,00
Porto Alegre	0,94	0,97	0,84	0,89
Campo Grande	0,95	1,00	0,90	0,81
Cuiabá	0,80	1,00	1,00	1,00
Goiânia	0,94	1,00	1,00	1,00

Brasília	1,00	1,00	1,00	1,00
Média (n=27)	0,97	0,98	0,96	0,96
Media AD (n=23)	0,98	0,99	0,97	0,97
Media OS/FEDP (n=4)	0,91	0,90	0,87	0,87

Fonte: Elaboração própria

Uma importante informação da Tabela 5 é que os municípios que não realizam a gestão AD (Fortaleza, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre) são consistentemente não eficientes em APS desde 2008, ou seja, em todo o período estudado a relação entre investimentos e resultados de saúde é inferior àqueles eficientes.

Observa-se que a média geral dos escores de eficiência manteve-se relativamente estável entre os períodos avaliados, variando entre 0,96 e 0,98. Lobo e colaboradores (2016) realizaram análise longitudinal por AED para mensuração de eficiência em Hospitais Universitários nos anos de 2010 a 2013, identificando aumento nos três primeiros anos de análise e discreto declínio no último ano.

Alves e Costa (2013), ao avaliarem a eficiência em APS nos municípios do Estado do Espírito Santo entre 2007 e 2009, apontaram a evolução dos resultados onde 23,08% dos 78 municípios foram eficientes em 2007, 30,77% em 2008 e 34,62% em 2009.

As políticas públicas devem prover inovações tecnológicas e processos de melhorias no âmbito da gestão e prestação de serviços em saúde com esperado avanço contínuo em prol da população assistida.

Em 2008 e 2016, houve 10 cidades sem o valor máximo e em 2019 o maior quantitativo, com 12 capitais com escores inferiores a 1,0. Dentre as cidades que mantiveram a AD como modelo de gestão predominante, apenas Natal não obteve escore máximo em nenhum dos anos analisados. Manaus (0,97) e Boavista (0,94) estão entre as capitais que não mantiveram em 2019 os escores máximos obtidos nos anos anteriores, enquanto Recife e Aracaju conseguiram o valor de 1,0 apenas nos anos de 2008 e 2012. Belém e Campo Grande obtiveram escore 1,0 apenas em 2012, enquanto João Pessoa intercalou escores máximos e inferiores entre os anos de análise e Salvador obteve escore de 0,99 em 2008 e 1,0 nos anos seguintes.

A análise quanto ao modelo de gestão alternativo à AD demonstra que as capitais que terceirizaram a gestão da APS não obtiveram o escore máximo de eficiência em nenhum dos

anos avaliados, mesmo após a adoção do modelo alternativo à administração direta. Ademais, a média de eficiência das capitais com gestão por AD variou entre 0,99 e 0,97 entre os anos analisados, enquanto as capitais com terceirização tiveram média de eficiência de 0,91 em 2008, regredindo para 0,87 em 2019.

A capital São Paulo, com lei de implantação das OS datada de 2006, apresentou piora no escore de eficiência, que era próximo a 1,0 (0,99) em 2008 e variou de 0,90 a 0,92 nos demais anos da análise.

O município do Rio de Janeiro, que iniciou o modelo de gestão em 2009, apresentou redução do escore em 2012 (0,79) em relação ao ano de 2008 (0,87), com recuperação em evolução nos anos seguintes: 0,83 em 2016 e 0,85 em 2017, porém ainda inferiores ao ano inicial da análise, anterior à implantação do modelo.

Segundo Melo, Mendonça e Teixeira (2019), a implementação do modelo jurídico de gestão por OS, mais custosa que a gestão por AD, comprometeu a sustentabilidade da APS na capital fluminense, sugerindo que o esforço para admissão de profissionais concursados poderia favorecer a manutenção da adequada assistência à saúde em período de crise econômica e política.

A cidade de Porto Alegre, por sua vez, com a consolidação do IMESF a partir de 2011, apresentou o escore de 0,97 no ano seguinte a legislação municipal (0,97 em 2012) e escores de eficiência inferiores nos anos subsequentes, com 0,84 em 2016 e 0,89 em 2019; enquanto em 2008 apresentava o resultado de 0,94. Em que pese não atingir valores superiores de eficiência, a capital gaúcha teve menção positiva como inovadora em sistemas de telessaúde para qualificação do acesso a consultas especializadas e redução das filas de espera de usuários encaminhados pela APS (THUMÈ *et al*, 2019).

A capital Fortaleza também apresenta redução dos escores de eficiência após a promulgação da lei municipal em 2013, com 0,89 em 2016 e 0,84 em 2019; inferiores ao valor de 0,94 em 2012. Em 2008 o escore de eficiência da capital cearense era de 0,86.

Depreende-se dessa análise que as quatro capitais que terceirizaram o modelo de gestão em APS, tendo como um dos pressupostos a melhoria de eficiência, não obtiveram ganhos nos resultados posteriores à implantação de gestão alternativa à administração direta, seja no modelo por OS, seja com FEDP.

Apesar disso, a opção por não realizar a AD tem aumentado, dado que o percentual de municípios brasileiros com estabelecimentos de saúde administrados por terceiros passou de 10,6% em 2014 para 13,2% em 2018 (IBGE, 2019b).

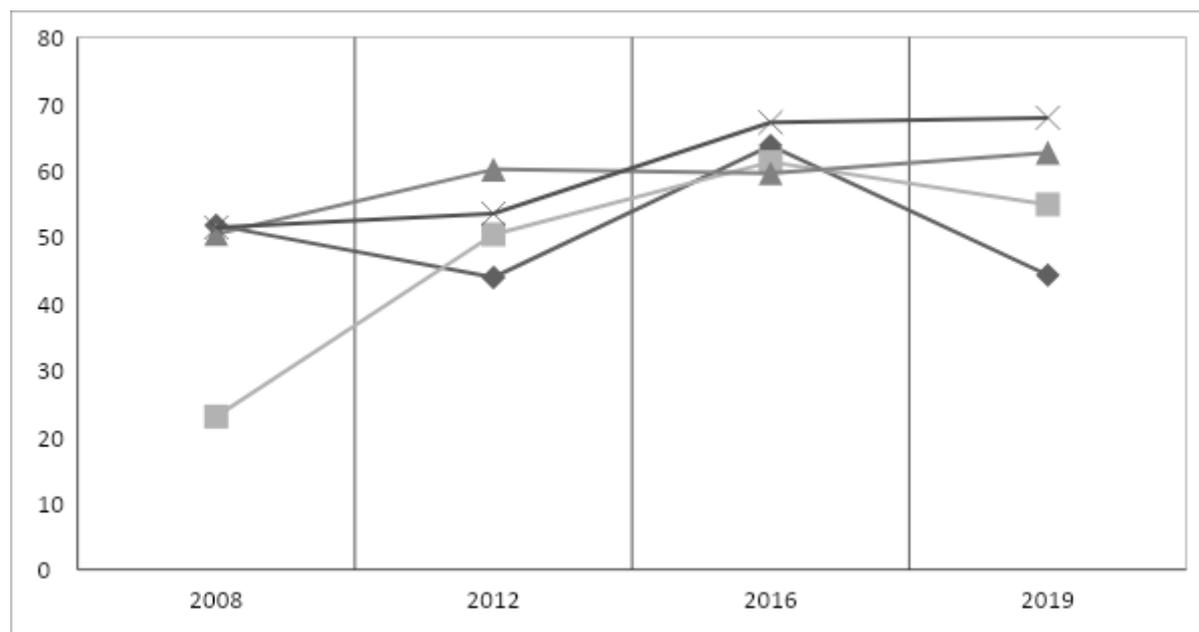
Reformas em prol da ampliação da participação do mercado privado na gestão de hospitais do NHS no início dos anos 90, também não representaram o aumento de eficiência esperado nos primeiros anos de análise por AED. Apesar do ganho em produtividade encontrado, não houve significativa evolução em eficiência que possa ser atribuída às reformas implantadas (MANIADAKIS; HOLLINGSWORTH; THANASSOULIS, 1999).

Conill, Giovanella e Almeida (2011), ao entrevistarem gestores e profissionais do Sistema Nacional de Saúde da Espanha, identificaram que a maioria dos entrevistados aponta o sistema público como de melhor qualidade e escolheriam seus serviços em caso de doenças graves, além de demonstrarem inquietação com propostas privatizantes de modelos de gestão, embora mencionem maior rapidez no atendimento em serviços privados.

De acordo com Motta (2013), a introdução da eficiência privada preconizada como nova gestão pública com a perspectiva de sucesso imediato não passou de mera ilusão. As práticas privadas se mostraram fragmentadas, com busca excessiva por lucros e causadoras de desmotivação em profissionais por não garantirem patamares de remuneração e gratificação tidos como comuns na atividade empresarial.

Assim como o detalhamento proposto com a análise da LRF nos indicadores de caracterização das capitais, elaborou-se a pormenorização do indicador de *output*, Cobertura por Equipes de Atenção Básica, considerando-se que a expansão da APS por meio da ESF é também uma das justificativas para adoção de modelos de terceirização. A Figura 5 apresenta graficamente a evolução da Cobertura por Equipes de AB nas capitais com terceirização neste nível de atenção.

Figura 5: Cobertura por equipes AB capitais com Terceirização. 2008, 2012, 2016 e 2019



Fonte: E-gestor

Observa-se que São Paulo obteve aumento de cobertura em relação ao ano inicial de 2008 (50,43), chegando a 62,64% de cobertura em 2019. O Rio de Janeiro apresenta a evolução mais expressiva com a implantação da gestão por OS a partir de 2009, saindo de 22,98 % de cobertura em 2008 e chegando a 61,22 em 2016. No entanto, a capital fluminense demonstra queda para 54,85 % em 2019, sugerindo a instabilidade para manutenção das Esf no modelo adotado.

Melo, Mendonça e Teixeira (2019) destacam o reconhecimento nacional da expansão da cobertura em APS no Rio de Janeiro, com as unidades básicas denominadas Clínicas da Família, passando de 128 equipes de saúde da família em 2008 para 958 Esf em 2016. No entanto, descrevem também a extinção de 184 Esf e 55 equipes de Saúde Bucal em 2018, levando à demissão de aproximadamente 1400 profissionais de saúde.

Fortaleza apresenta oscilação entre os anos analisados, com cobertura em 2019 (44,22) inferior ao 51,72% observado em 2008. A capital gaúcha apresenta evolução sustentada, saindo de 51,38 % em 2008 até 67,87 % em 2019. Há de se atentar para os desdobramentos da decisão judicial que extingue o IMESF, FEDP responsável pela gestão da APS em Porto Alegre.

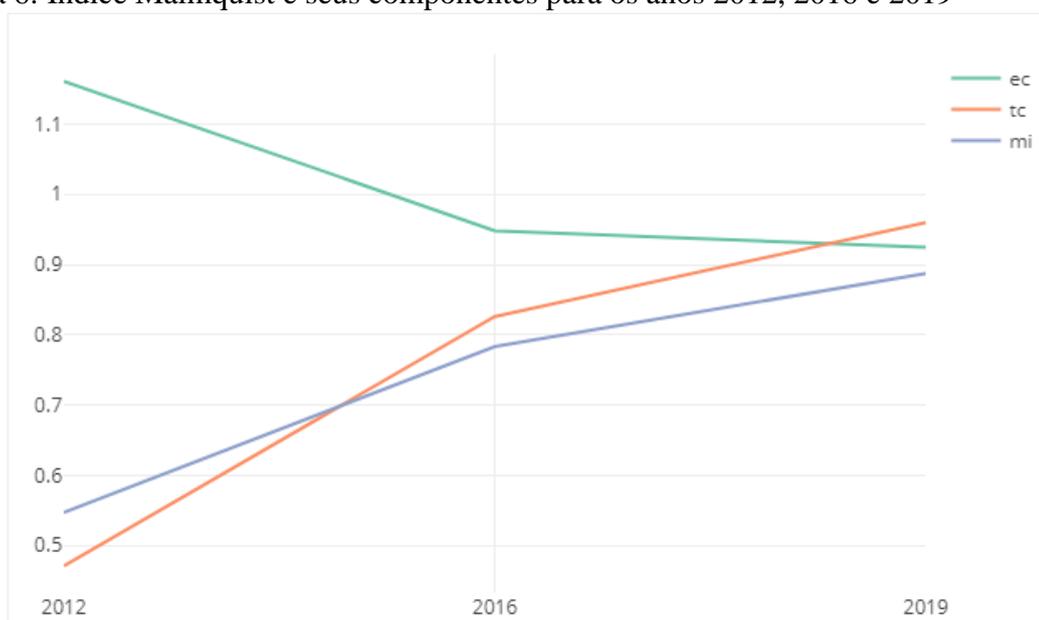
Cumprе destacar que, em que pese os avanços observados nestas capitais (à exceção de Fortaleza), nenhuma alcança cobertura superior a 70% com os modelos alternativos, enquanto que capitais com manutenção da AD preponderante na APS, atingem e mantêm percentuais superiores a 90%. É o caso de Florianópolis, Belo Horizonte, Palmas e Teresina,

todas com 100% de cobertura em 2019, bem como João Pessoa e Vitória, com 92,91% e 90,52% de cobertura, respectivamente, neste mesmo ano.

A análise longitudinal foi complementada pela utilização do Índice Malmquist - IM, que carrega a informação sobre a evolução de mudanças de emparelhamento e de deslocamento da Fronteira, que são os seus dois componentes. Na Figura 6 se observa três períodos, sendo que cada um deles indica a comparação com o período anterior.

Por exemplo, 2012 se refere à comparação com 2008, e 2019 com 2016. Entre 2008 e 2012 houve mudança (incremento) na fronteira de eficiência (1,16), porém, um recuo em termos de mudanças tecnológicas (0,47), resultando conjunto que produziu um Índice Malmquist de 0,55. A comparação entre 2016 e 2012 mostra um aumento da fronteira tecnológica (tc) e uma queda da fronteira de eficiência (ec), componentes que conjuntamente provocaram um aumento no IM. Análise similar para 2019 indica uma queda na eficiência (0,92) e aumento na mudança tecnológica (0,96), valores similares e inferiores a 1, que resultaram em um IM de 0,89. Assim, a fronteira tecnológica (tc) se deslocou no período, apresentando um crescimento que foi concomitante à queda na eficiência das UTDs (emparelhamento), resultando em um aumento no IM entre 2008 e 2019, o que ocorreu em menor intensidade ao final do período.

Figura 6: Índice Malmquist e seus componentes para os anos 2012, 2016 e 2019



Fonte: Elaboração própria

Nota: ec = fronteira de eficiência; tc = fronteira tecnológica

Em síntese, as capitais que mantiveram escore máximo de eficiência ao longo dos anos analisados foram aquelas que optaram por manter a AD como modelo de gestão predominante na APS. As capitais que adotaram modelos alternativos de gestão por OS ou

FEDP, se mantiveram sempre abaixo do maior valor de eficiência nos indicadores selecionados, sem evolução após a mudança de modelo, inclusive em ações que teoricamente justificariam as terceirizações, como redução dos gastos com pessoal e alta cobertura em APS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As limitações deste estudo dizem respeito ao rol de indicadores selecionados, no sentido de que outros indicadores também representativos da APS poderiam trazer resultados distintos dos encontrados nesta tese. Além disso, pode haver problemas de confiabilidade dos dados secundários extraídos dos sistemas de informações oficiais do SUS. Por envolverem dinâmicas distintas referentes aos diversos processos de trabalho para registro e notificações em saúde, estão sujeitos a incompletudes ou inadequações, especialmente nas capitais de menor porte socioeconômico. Ademais, a avaliação de eficiência em APS de grandes centros urbanos como as capitais brasileiras é desafiadora e complexa por envolver outras questões relevantes, para além da organização do sistema de saúde e deste nível de atenção, tais como, desigualdades sociais, saneamento, violência e demais condicionantes e determinantes da saúde.

Neste estudo analisamos a eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) nas capitais brasileiras, considerando os modelos de gestão adotados, por meio da caracterização das Capitais brasileiras em relação a aspectos sociodemográficos e indicadores assistenciais. Calculamos a eficiência dos sistemas de saúde em APS transversal e longitudinalmente.

A caracterização das capitais buscou evidenciar as suas especificidades para melhor contextualização dos resultados de eficiência encontrados. Os resultados indicados nos Capítulos 5 e 6 contemplam a intenção de responder às questões direcionadoras desta pesquisa:

- 1- Houve ganho de eficiência na utilização dos recursos financeiros em APS das capitais brasileiras nos últimos 11 anos?
- 2- Os novos modelos de gestão auferiram maior eficiência na APS das capitais que adotaram mecanismos alternativos à Administração Direta?

Enquanto a média geral dos escores de eficiência em unidades que mantiveram a gestão em APS por meio da AD permaneceu relativamente estável nos anos analisados, os modelos alternativos não trouxeram ganho de eficiência àquelas capitais que fizeram esta opção gerencial. As cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Fortaleza não alcançaram o valor de referência em eficiência comparada a outras capitais no ano de 2019, tampouco evoluíram positivamente em relação aos próprios resultados a partir da implementação das novas formas gerenciais.

Faz-se necessário retomar a disseminação da ideologia neoliberal e seus pressupostos da nova gestão pública, reproduzidas no Brasil por meio do PDRAE, onde se garantia peremptoriamente o ganho de eficiência com a adoção de fundamentos e inclusão de instituições privadas na “qualificação” da prestação de serviços públicos, especialmente nas políticas sociais.

Entidades como o Banco Mundial seguem preconizando a ampliação da participação privada em detrimento da atuação estatal, definida por esses grupos como ineficiente, lenta e despreocupada com os princípios da boa administração. Quase 25 anos após a promulgação da Lei das Organizações Sociais, tanto os achados em revisão de literatura quanto os resultados deste estudo demonstram que não se alcançou a “revolução na gestão” prometida, ao menos no que tange aos benefícios vastamente anunciados.

Sequer foram atingidos os objetivos de questões centrais apontadas como justificativas pela decisão por modelos alternativos à administração pública direta. Os limites de gasto com pessoal não foram delimitados pela adoção destes modelos, visto que cidades como o Rio de Janeiro seguem em situação crítica neste quesito, mesmo com predominância de profissionais contratados por OS, enquanto que municípios geridos pela AD permanecem distantes do teto estipulado pela lei.

Também não houve grande diferencial para expansão da cobertura em APS, pela perspectiva de facilidade para contratação de recursos humanos e aquisição de bens materiais e insumos. Muitas capitais com gestão por AD apresentaram cobertura superior àquelas geridas por OS ou fundações, com a sustentabilidade necessária para resistir em momentos de crises e com maior garantia de permanência de vínculo entre equipe concursada e famílias atendidas, princípio tão caro quando se fala em atenção primária à saúde.

Embora não represente o foco deste estudo, a literatura encontrada para discussão nesta pesquisa trouxe relatos de desvantagens e inconformidades de modelos como as OS, com relatos de sobrepreços, auferição de lucros, denúncias de patrimonialismo, altos salários para corpo diretivo, ausência de transparência e controle social; configurando-se mais como ferramenta de transferência dos escassos recursos públicos para instituições privadas do que como panaceia para tornar os serviços públicos mais eficientes.

O modelo de gestão pela administração indireta, como o representado pela FEDP em Porto Alegre durante a gestão pelo IMESF, demonstra ter mais proximidade com a administração pública central do que as OS, embora ainda careça de marco legal. A insegurança jurídica deste formato pode ter contribuído para que a capital gaúcha não tenha alcançado os patamares de eficiência de capitais de referência em APS mediante a AD.

Não se trata de considerar a gestão pela administração pública como exitosa ou livre de problemas, mas da importância da participação do Estado como ente imbuído por natureza de prover as melhores condições de saúde para a população sob sua responsabilidade. A estabilidade da força de trabalho do SUS também é fator preponderante para fortalecimento da atenção prestada, principalmente no primeiro nível assistencial.

Nos tempos atuais, não se imagina um sistema de saúde composto integralmente por entes exclusivamente estatais, mas sim a ocorrência de *mix* público-privados onde haverá maior ou menor participação do Estado na condução das políticas sociais. Episódios recentes na realidade brasileira corroboram a atuação fundamental do poder público estatal na garantia da gestão e provisão adequada dos serviços, sob os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Nos casos conhecidos como os “Guardiões do Crivella” ou no escândalo da vacina Covaxin, demonstrou-se a relevância de profissionais de carreira pública com estabilidade funcional para denúncia de irregularidades, em detrimento ao predomínio de cargos em comissão ou contratações temporárias à mercê de interesses por vezes escusos em governos da ocasião.

Sugere-se o aprofundamento de estudos de outros casos exitosos, como na APS de capitais como Vitória, Curitiba, Belo Horizonte e Florianópolis, no sentido de compreender as formas de obtenção de bom desempenho e eficiência, superando entraves de leis reguladoras de gastos e burocracias para contratações e compras. Outras capitais como Rio Branco, São Luís e Palmas, pouco estudadas sob o tema da eficiência em APS, merecem pesquisas que possam aprofundar os resultados encontrado nesta Tese. Atualizações sobre a Lei de Licitações e Contratos Administrativos como proposto na Lei Nº 14.133/2021 devem buscar mais celeridade e menor burocratização de processos, sem que se perca o necessário controle sobre os mecanismos que envolvem a utilização de recursos públicos.

Processos de planejamento adequado, com previsibilidade da necessidade de contratação de recursos humanos e físicos, podem minimizar os efeitos negativos da burocratização atribuída a AD. Em caso de manutenção da LRF, há possibilidade de se programar os tetos de gastos com pessoal de forma a garantir os limites preconizados com redução dos percentuais em setores menos intensivos em mão de obra para que não ocorra déficit de profissionais em áreas sociais como saúde e educação.

Ferramentas de contratualização entre entes públicos, como as observadas em Curitiba, devem ser expandidas para que a pactuação de responsabilidades e metas se tornem mais presentes na administração direta, com a devida remuneração, planos de cargos e salários e valorização dos servidores envolvidos na gestão e prestação dos serviços.

Propostas de carreira unificada no âmbito do SUS, primordialmente na APS, devem se sobrepor à miríade de novos formatos que fragilizam vínculos de trabalho e de relação com a população assistida, tal como visto no crescimento de contratos diretos com profissionais por meio do instituto da pessoa jurídica, usualmente denominado de “pejotização”. O crescimento de modelos fundamentados na telemedicina tende a cumprir papel mais voltado ao novo meio de inserção mercadológica do que prover acesso à usuários com dificuldades territoriais ou de oferta de serviços.

Finalmente, não se pode pensar em nenhum avanço gerencial ou assistencial sem que se supere um dos principais problemas e historicamente debatido entre os diversos atores que militam em prol do SUS mais forte: o crônico subfinanciamento do setor saúde. Não haverá fórmulas mágicas ou milagrosas que tornem o nosso sistema tão eficiente quanto outros sistemas universais de países desenvolvidos, sem a garantia de orçamento coerente (por meio de planejamento e sob responsabilidade dos poderes executivos, não desviados como moeda de troca em emendas parlamentares) com as enormes necessidades da população brasileira no sentido da redução das iniquidades enquanto direito básico de cidadania.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C.; MÔNICA, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 118-137, Mar. 2017. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500118&lng=en&nrm=iso. access on 20 Aug. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s10>.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011,160 p.
- ALVES, L. A.; COSTA, L. A. **Avaliação da eficiência na Atenção Básica à saúde nos municípios do estado do Espírito Santo**. In: ENCONTRO DA ANPAD, 37., 2013. Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/2/APB565-%20Luiz%20Antonio%20Alves.pdf. Acesso em: 16 fev. 2020.
- 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.2021.
- ANDREAZZI, M.F. S. Introduzindo o tema da corrupção nas análises sobre mudanças dos modelos de gestão da saúde. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. e42822, 2022. DOI: 10.15448/1677-9509.2022.1.42822. Disponível em:
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/42822>. Acesso em: 13 dez. 2022.
- ANTES, D. L; BERNARDO, C. O; CLAAS, B. M. Seis etapas para avaliação eficaz de programas. **Saúde Transform. Soc.**, Florianopolis, v. 4, n. 4, p. 9-14, out. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852013000400004&lng=pt&nrm=iso. acesso em 21 jan. 2020.
- BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. 2019. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em 04 jan. 2020.
- BANKER, R.D.; CHARNES, A.; COOPER, W.W. Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. **Manag Sci** 1984; 30(9):1078-1092.
- BANKER, R. D. *et al.* An Introduction to Data Envelopment Analysis with Some of its Models and Their Uses. **Research in Governmental and Non-Profit Accounting**, v. 5, p. 125-163, 1989.
- BARBOSA, A.C.Q. *et al.* Eficiência e Gestão Pública em Saúde na APS. **APS em revista**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 144–153, 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i2.209. Disponível em:
<https://apsemrevista.org/aps/article/view/209>. Acesso em: 1 maio. 2022.
- BASU, S. *et al.* Comparative performance of private and public health care systems in low and middle-income countries: a systematic review. **PLoS Med** 2012; 9:e1001244.
- BERENDES, S. *et al.* Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. **PLoS Med** 2011; 8:e1000433.

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.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 8 Janeiro 2022], pp. 1141-1154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.

BOUSQUAT, A.; BARROS, N.F.; GOMES, L. **Brasília saudável: a estratégia de saúde da família e a conversão do modelo assistencial** [relatório de pesquisa]. Rede de Pesquisa em APS: OPAS; 2019.

BRASIL. **Decreto nº 35448, de 01 de maio de 1954**. Expede o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. Diário Oficial da União - Seção 1 - 3/5/1954, Página 7493 (Publicação Original).

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990a.

BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, dez. 1990b.

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, 1997.

BRASIL. **Lei complementar 101, de 4 de maio de 2000a**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2017.

BRASIL. **Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006a. Mar 28. [acesso em 2020 fev 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 399**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006b.

BRASIL. **Projeto de Lei Complementar nº 92, de 2007a**. Portal da Câmara dos Deputados.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Projeto Fundação Estatal: principais aspectos**. Brasília-DF: MPOG, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011a. [acesso em 2020 fev 17]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal; e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, 16 dez. 2011b. [acesso em 27 set. 2019]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011** : regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 16 p. – (Série E. Legislação de 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, 2012a. 62 p. - il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/>. Acesso em: 17 set. 2019.

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, 2013. 156 p.- il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2020 fe 17]. Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

BRASIL. Ministério da Fazenda/Secretaria do Tesouro Nacional. **Portaria conjunta nº 6, de 18 de dezembro de 2018**. Aprova a Parte I - Procedimentos Contábeis Orçamentários da 8ª edição do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP). DOU. Dez 2018.

BRASIL. **Minuta de Projeto de Lei**. Institui o Programa Institutos e Universidades Empreendedoras e Inovadoras – FUTURE-SE, e dá outras providências. Disponível em http://estaticog1.globo.com/2019/07/19/programa_futurse_consultapublica.pdf. 2019 a. Acesso em jan 2020.

BRASIL. Tesouro Nacional. **Portaria nº 233, de 15 de abril de 2019**. Estabelece regra transitória em razão da necessidade de definição de rotinas e contas contábeis, bem como classificações orçamentárias para operacionalização do item 04.01.02.01 (3) da 9ª edição do Manual de Demonstrativos Fiscais (MDF), aprovado pela Portaria STN nº 389, de 14 de junho de 2018. Abr 2019b.

BRASIL. Senado Federal. **Decreto Legislativo nº 79 de 30/06/2022**. Susta a Portaria nº 377, de 8 de julho de 2020, da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Economia, que "Estabelece prazos para a definição de rotinas e contas contábeis, bem como classificações orçamentárias para operacionalização do item 04.01.02.01 (3) da 10ª edição do Manual de Demonstrativos Fiscais (MDF), aprovado pela Portaria STN nº 286, de 7 de maio de 2019, e alterações posteriores. Brasília, DF: Senado Federal, 2022. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/36037061#collapseInd>

CAMPOS, G.W.S. **Uma política de pessoal para o SUS-Brasil – Contribuições para o debate do Abrasco-2018**. Abrasco, Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva, número 5. [acessado 2017 Dez 19]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/11/ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS-5_ARTIGO-1.pdf
https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/11/ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS-5_ARTIGO-1.pdf.

CAVALCANTE, J.B., FRANCO, T.B. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 26, n. 1 [Acessado 12 Dezembro 2022], pp. 63-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100006>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100006>.

CECCHINI, S. *et al.* **Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización**.(LC/G.2644-P). Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2015. (Libros de la CEPAL, 136).

CHARNES, A., COOPER, W.W., RHODES, E. Measuring the efficiency of decision-making units. **European Journal of Operational Research**, v. 2, p. 429-444, 1978. Disponível em: <https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a068710.pdf>. Acess on 15 Feb. 2020.

CIDADE DE SÃO PAULO – SAÚDE. **Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS)**. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347. Acesso em 13 Fev 2022.

COELHO, V.S.P.; SZABZON, F.; DIAS, M.F. **Política municipal e acesso a serviços de saúde São Paulo 2001-2012, quando as periferias ganharam mais que o centro**. *Novos Estudos – CEBRAP*, São Paulo, n. 100, p. 139-161, nov. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/PdsvxtK8YB8GSgNCVkwQxzR/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em 13 fev 2022.

COELLI, T. et al (2005). **An introduction to efficiency and productivity analysis**. New York: Springer.

CONILL, E. M; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 10, supl. 1, p. s14-s27, Nov. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500002&lng=en&nrm=iso. access on 09 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500002>.

CONILL, E.M; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2783-2794, June 2011 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600017&lng=en&nrm=iso.access on 09 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017>.

CONTREIRAS, H; MATTA, G.C. Privatization of health care management through Social Organizations in the city of São Paulo, Brazil: description and analysis of regulation. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2015, v. 31, n. 2 [Accessed 27 May 2022] , pp. 285-297. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>.

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 E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V.A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 08 [Acessado 7 Maio 2022] , pp. 3593-3604. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11822013>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11822013>.

COSTA, N.R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 13 Março 2022] , pp. 1389-1398. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>.

COSTA, C. K. F.; NETO, G.B.; SAMPAIO, L. M. B. Eficiência dos estados brasileiros e do Distrito Federal no sistema público de transplante renal: uma análise usando método DEA (Análise Envoltória de Dados) e índice de Malmquist. **Cadernos De Saúde Pública**, 30 (Cad. Saúde Pública, 2014 30(8)), 1667–1679. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00121413>.

COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais de hospitais em regime de organização social** [report for the World Bank. Brasília: 2005.

COSTA, N..R. *et al*. A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online].

2021, v. 26, n. 6 [Acessado 13 Março 2022] , pp. 2075-2082. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.01012021>. Epub 30 Jun 2021. ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.01012021>.

DAVID, G.C.; SHIMIZU, H.E.; SILVA, E.N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. spe, p. 232-245, Dec. 2015 . Available from
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500232&lng=en&nrm=iso. access on 17 Sept. 2019.
<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005512>.

DE SETA, M.H. **A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo** [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

DERMINDO, M. P.; GUERRA, L. M.; GONDINHO, B.V.C. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira: uma revisão integrativa da literatura. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1-17, 13 abr. 2020.

DIAS, R. H. **Eficiência da atenção primária a saúde nos municípios brasileiros**. 2010. 42 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de Brasília, FEAC, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8364>. Acesso em: 13 jan. 2015.

DITTERICH, R.G. *et al.* A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil. **Saúde em Debate** [online]. 2015, v. 39, n. spe [Acessado 7 Maio 2022] , pp. 207-220. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005323>. ISSN 2358-2898.
<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005323>.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, 114:1115-1119. 1990.

DUARTE, IVOMAR GOMES. **Características dos modelos de gestão das organizações sociais contratadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o gerenciamento de hospitais** / Ivomar Gomes Duarte - São Paulo, 2009. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. púb.** 1992; 26 (2):8-19, abr./jun.

ELIAS, P. 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.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Subdirección General de Información Sanitaria. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). **Barómetro Sanitario 2018** (Total oleadas). Disponível em:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS2018_mar.pdf. Acesso em fev 2020.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do welfare state**. Lua Nova, São Paulo , n. 24, p. 85-116, Sept. 1991 . Available from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso. access on 12 May 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>.

FAGNANI, E. **O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015)**. Campinas: IE-UNICAMP (Texto para Discussão 308), Junho de 2017 ISSN 0103-9466.

FARE, R.; GROSSKOPF, S.; NORRIS, M.; ZHANG, Z. (1994). “Productivity Growth, Technical Progress, and Efficiency Change in Industrialized Countries”. **American Economic Review**, 84(1), 66-83.

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. Consulta em: jan 2014.

FERNANDES, L.E.M. *et al.* Recursos humanos em hospitais estaduais gerenciados por organizações sociais de saúde: a lógica do privado. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2018, v. 16, n. 3 [Acessado 7 Maio 2022] , pp. 955-973. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00140>. Epub 02 Ago 2018. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00140>.

FIGUEIREDO, P.P. *et al.* Infant mortality and prenatal care: contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2012, v. 20, n. 1 [Acessado 20 Março 2022] , pp. 201-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100026>. Epub 02 Abr 2012. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100026>.

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.

GARMATZ, A; VIEIRA, G.B.B; SIRENA, S.A. Avaliação da eficiência técnica dos hospitais de ensino do Brasil utilizando a análise envoltória de dados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 26, supl. 2, p. 3447-3457, 2021 . Available from http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001603447&lng=en&nrm=iso. access on 01 May 2022. Epub Aug 30, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.34632019>.

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. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 29 Janeiro 2022] , pp. 1763-1776. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 10, e00178619, 2019. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001200303&lng=en&nrm=iso. access on 07 Jan. 2020. Epub Oct 28, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00178619>.

GIOVANELLA, L. ; ALMEIDA, P.F.; FACCHINI, L.A . **Consolidação da Estratégia Saúde da Família como modelo único e universal de atenção primária à saúde e porta de entrada eletiva do SUS em Teresina**. 2019. (Relatório de pesquisa).

GRAGNOLATI M, LINDELOW M, COUTTOLENC B. **Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde**. Washington: The World Bank; 2013.

HAMERSKI, B. **A presença do setor privado na saúde pública no município de Porto Alegre: o caso do IMESF**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Informações Básicas Estaduais**, 2019a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/habitacao/16770-pesquisa-de-informacoes-basicas-estaduais.html?=&t=resultados>. Acesso em set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos municípios brasileiros: 2018** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101668.pdf>. Acesso em abr. 2022.

KRISHNA, S. S. Privatisation of NHS: When Did It truly Start? **Sushruta Journal of Health Policy & Opinion**, v. 12, n. 1, p. 34-36, 20 Apr. 2020.

LIMA, S.M.L. **Arranjos contratuais no setor saúde**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas São Paulo, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/admin,+23270-42106-1-CE.pdf>. Acesso em mai. 2022.

LOBO, M.S.C *et al.* Dynamic network data envelopment analysis for university hospitals evaluation. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 50, n. 0 [Acessado 1 Maio 2022] , 22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006022>. Epub 13 Maio 2016. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006022>.

LULA DA SILVA, L. I. Discurso do Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva durante inauguração do Complexo Tecnológico de Medicamentos de Farmanguinhos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, em 2005. Brasília: Agência Brasil – Empresa Brasil de Comunicação, 2005. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2005-07-22/saude-publica-nao-pode-ser-subordinada-mercantilismo-imposto-por-laboratorios-diz-lula>. Acesso em 05 Março 2023.

MAARSE, H. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. **J Health Polit Policy Law** 1 October 2006; 31 (5): 981–1014.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. In- Célia 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.

MANIADAKIS, N.; HOLLINGSWORTH, B.; THANASSOULIS, E. The impact of the internal market on hospital efficiency, productivity and service quality. **Health Care Manag Sci.** 1999;2(2):75-85. DOI:10.1023/A:1019079526671.

MARMOR, T; WENDT, C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. **Health Policy**. setembro de 2012;107(1):11–20.

MARTINS, M.B.; CARBONAI, D.V. Atenção Primária à Saúde: a trajetória brasileira e o contexto local em porto alegre (RS)1 1 Recebido em 28/9/2020, aceito em 25/8/2021. . READ. **Revista Eletrônica de Administração** (Porto Alegre) [online]. 2021, v. 27, n. 03 [Acessado 19 Fevereiro 2022] , pp. 725-748. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.331.107905>. Epub 05 Jan 2022. ISSN 1413-2311. <https://doi.org/10.1590/1413-2311.331.107905>.

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

MATTOS, B. M.; SAUERBRONN, F. F.; CRUZ, C. F. (2017). Práticas Governança em Organizações Sociais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Revista De Contabilidade Da UFBA**, 11(2), 24–44. <https://doi.org/10.9771/rc-ufba.v11i2.22666>

MATZUDA, Y. (2008). “**Brazil: Enhancing Performance in Brazil’s Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba.**” Brief Note 116, World Bank, Washington, DC, February. Medici, A. C. 1991.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 12 [Acessado 8 Maio 2022] , pp. 4593-4598. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>.

MENDES, J.D.V.; BITTAR, O.J.N.V. Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde. **Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA)**. 2017;14(164):33-47. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B9ngnnHIhCQSTnpLcnhSRTh3VUE/view>. Acesso em fev 2020.

MICLOS, P.V.; CALVO, M.C. M.; COLUSSI, C.F. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 51 [Acessado 20 Fevereiro 2022] , 86. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006831>. Epub 21 Set 2017. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006831>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2016-2019**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016a. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/22-RESOLUCAO-n-2_16-Indicadores-2016.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/Resolucoes-CIT-n-8-e-10.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. DOU 13 Nov 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. **Nota técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf. Acesso em 06 fev. 2020.

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.

MOITA, G. F. (2021). Gestão da Atenção Primária: uma proposta de avaliação de impacto da APS em duas cidades do Nordeste do Brasil. **Aps em revista**, 3(2), 117–130. <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.210>.

MOITA, G. et al (2021). **Controle social tutelado?** Enfrentamentos e dinâmicas democráticas na implantação de organizações sociais na saúde de capital do Nordeste do Brasil. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. 20. 12. 10.25761/anaisihmt.371.

MORAIS, H.M.M. *et al*. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2018;34(1):e00194916. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194916>.

MOTTA, P.R.M. O estado da arte da gestão pública. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 53, n. 1, p. 82-90, Feb. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902013000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902013000100008>.

NATALINO, M.A.C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil** (setembro de 2012 a março de 2020) [Nota Técnica]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2020. 20 p.

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.

OCKÉ-REIS, CO. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho, educação e saúde**. 2008; 6(3):613-622. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/12.pdf>. Acesso em fev 2020.

ODENDAAL, W.A. *et al.* Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2018, Issue 4. Art. No.: CD008133. DOI: 10.1002/14651858.CD008133.pub2.

OECD. Organisation for Economic Cooperation and Development. **OECD Stat**. Disponível em: <https://stats.oecd.org/>. Acesso em mar 2020.

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.

OLIVEIRA, L.R. *et al.* **Saúde pública no brasil**: proposta de um modelo de avaliação de efetividade do sistema utilizando o IDSUS. IX Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <http://consad.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Painel-12-02.pdf>. Acesso em mar 2020.

OLIVEIRA, K.P.; PAULA, A.P.P. Herbert Simon e os limites do critério de eficiência na nova administração pública. **Cad Gestao Publica Cidadania**, 19: 1-14, 2014.

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, 2011.137 p.- il. (NAVEGADORSUS, 3).

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018.

OSBORNE, D.; Ted G. **Reinventing Government**. Reading, Mass.: Addison- Wesley; 1992.

OZCAN, Y. A. Health Care Benchmarking and Performance Evaluation: An Assessment using Data Envelopment Analysis (DEA). **International Series in Operations Research & Management Science**. Springer, 2007. ISBN: 0387754474,9780387754475.

PAIM, J.S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. spe5 [Acessado 29 Janeiro 2022], pp. 15-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>.

PEREIRA, J.M.M. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 7 [Acessado 12 Janeiro 2020], pp. 2187-2196. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08022018>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08022018>.

PINTO, L. F. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 6 [Acessado 8 Janeiro 2022] , pp. 2105-2114. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08582019>. Epub 27 Jun 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08582019>.

PORTO ALEGRE. **Relatório de Gestão 2º Quadrimestre 2021 Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rg_2_q_2021_1.pdf. Acess em 20 fev 22.

RAMANATHAN, R. **An Introduction to Data Envelopment Analysis - A Tool for Performance Measurement**. Sage: New Deli, 2003.

RAMOS, A.L.P. **Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores**. 2016. 138 f. Dissertação (Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

RAMOS, A.L.P.; DE SETA, M. H; ANDRADE C.L.T. **Terceirização e Desempenho da Atenção Primária à Saúde nas Capitais Brasileiras**. IN: Capítulo do livro. Rio de Janeiro, 2018.

RAMOS, A. P.;SETA, M.H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 35, n. 4 [Acessado 3 Janeiro 2022] , e00089118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>. Epub 08 Abr 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>.

RAO, S. (2016). [Discussion Paper] **Is the Private Sector More Efficient?** A cautionary tale. 10.13140/RG.2.1.1180.1682. (acessado em 08/mar/2022).

RAPTOPOULOS, M. M.; SIMAENS, A.; SILVA, J. (2019). **Performance evaluation of Brazilian social organizations according to the best international practices**. In European Academy of Management Conference, EURAM 2019. Lisboa.

RAVIOLI, A.F.; SOÁREZ, P.C.; SCHEFFER, M.C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 4 [Acessado 1 Janeiro 2022] , e00114217. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114217>. Epub 23 Abr 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114217>.

RAY, S. (2004). **Análise Envoltória de Dados: Teoria e Técnicas para Economia e Pesquisa Operacional** . Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017 / CBO9780511606731.

RIBEIRO, L.A.; SCATENA, J.H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade** [online]. 2019, v. 28, n. 2 [Acessado 8 Janeiro 2022] , pp. 95-110. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>. Epub 01 Jul 2019. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>.

RODRIGUES, P.H.A. **As organizações sociais na saúde, peça-chave para a privatização da saúde**. 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/11/as-organizacoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-aprivatizacao-da-saude/>. Acesso em: 07 mai. 2022.

RODRIGUES, R.C. Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais. **RAS** 2014; 16:111-22.

RODRIGUES, A.C.; GONTIJO, T.S.; GONÇALVES, C.A. Eficiência do gasto público em atenção primária em saúde nos municípios do Rio de Janeiro, Brasil: escores robustos e seus determinantes. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, suppl 2 [Acessado 1 Maio 2022], pp. 3567-3579. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.04342020>. Epub 30 Ago 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.04342020>.

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.

SALTMAN, R. Melting public-private boundaries in European health systems. **European journal of public health**. 13. 24-9. 10.1093/eurpub/13.1.24. 2003.

SANCHO, L.G.; VARGENS, J.M.C. Avaliação econômica em Saúde na esfera de atenção local à saúde. **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p.1513-1525, Oct. 2009. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800025&lng=en&nrm=iso. access on 03 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800025>.

SANCHO, L.G; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, Mar. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300024&lng=en&nrm=iso. access on 28 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300024>.

SANDMANN DE DEUS, E; KERCH, A.; MAIA CASTILHO, A. Novas configurações no mundo do trabalho no Brasil: o caso do IMESF. **Revista de Administração de Roraima - RARR**, [S.l.], v. 10, may 2021. ISSN 2237-8057. Disponível em: <https://revista.ufr.br/adminrr/article/view/5876>. Acesso em: 31 dec. 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.18227/2237-8057rarr.v10i0>.

SANTOS, L. M., GONÇALVES, M. A., FIGUEIREDO, A. C. **Avaliação de desempenho da alocação de recursos públicos na Atenção Básica da saúde**: o caso da região sudeste do Brasil. In: ENCONTRO DA ANPAD, 2013. Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_APB842.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

SANTOS-NETO, J.A. *et al.* Avaliação da eficiência técnica em saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3793-3803, Oct. 2019. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232019001003793&lng=en&nrm=iso. access on 16 Feb. 2020. Epub Sep 26, 2019.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.32232017>.

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-saudepresidenciaves-2014.pdf>. Acesso em: set 2015.

SETA, M.H., OCKÉ-REIS, C.O.; RAMOS, A.L.P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, suppl 2 [Acessado 8 Janeiro 2022] , pp. 3781-3786. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>.

SILVA, C. R. *et al* . Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos municípios brasileiros. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 117, p. 382-391, June 2018 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200382&lng=en&nrm=iso. access on 15 Feb. 2020.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811703>.

SILVA, V.M.; LIMA, S.M.L.; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde debat** 2015; 39(spe):145-159. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005396>.

SOARES, G.B. *et al*. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Rev. G&S** [Internet]. 31º de maio de 2016 [citado 8º de maio de 2022];7(2):Pág. 828-850. Disponível em:
<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3547>.

SODRÉ, F; BUSSINGUER, E.C.A. **Organizações Sociais e privatização da saúde: a discricionariade dos contratos de gestão com o terceiro setor**. In: Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde / organização: Francis Sodré, Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Ligia Bahia.-1.ed – São Paulo, Hucitec, 2018. P.37-65 (Cap.2).

SORANZ, D; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2016/Fev). [Citado em 19/02/2022]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/eixos-e-a-reforma-dos-cuidados-em-atencao-primaria-em-saude-rcaps-na-cidade-do-rio-de-janeiro/15508>.

SOUZA, P.C.; SCATENA, J.H.G.; KEHRIG, R.T. Aplicação da Análise Envoltória de Dados para avaliar a eficiência de hospitais do SUS em Mato Grosso. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 289-308, Mar. 2016 . Available from
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100289&lng=en&nrm=iso. access on 17 Feb. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100016>.

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

SOUZA, R.R. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002, São Paulo. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf. Acessado em: 15 mai. 2020.

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.

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.

THUMÉ, E. *et al.* **O uso da Telessaúde e Telerregulação no apoio à prática clínica na Atenção Primária em Porto Alegre, RS** [relatório de pesquisa]. Rede de Pesquisa em APS: OPAS; 2019.

TURINO, F. Tese de Doutorado. **Hospitais públicos sob gestão de Organizações Sociais de Saúde na Grande Vitória: um estudo comparativo** / Fabiana Turino – 2016.179f. : il. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_9816_2014_Fabiana%20Turino.pdf. Acesso jan 2020.

TURINO, F. *et al.* Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 18(1): 96-101, jan-mar, 2016. Disponível em: <https://docplayer.com.br/47708094-Organizacoes-sociais-de-saude-nos-hospitais-publicos-do-estado-do-espírito-santo.html>. Acesso jan 2020.

UGALDE, A.; HOMEDES, N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**;17(3) 202-209,mar. 2005. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es.

VAITSMAN, J.; MOREIRA, R.; COSTA, N. R. Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Entrevista com Jairnilson da Silva Paim. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, pp. 899-901, 2009.

VARELA, P.S.; MARTINS, G.A.; FAVERO, L.P.L. Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. **Rev. Adm.** (São Paulo), São Paulo, v. 47, n. 4, p. 624-637, Dec. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-21072012000400009&lng=en&nrm=iso. access on 16 Feb. 2020. <https://doi.org/10.5700/rausp1063>.

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci_arttext.
Acesso em: 17 set. 2019.

VIANA, A.L.A.; FONSECA, A.M.M.; SILVA, H.P. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 2, e00216516, 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001400502&lng=en&nrm=iso. access on 12 May 2019. Epub July 27, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00216516>.

VIEIRA, F.S.; PIOLA, S.F.; BENEVIDES, R.P.S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília, DF: Ipea; 2019. (Texto para Discussão n. 2516). [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2JO4lUp>
» <https://bit.ly/2JO4lUp>.

APÊNDICE A: ARTIGO 1 - CSP_0891/18

Atenção Primária à Saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014

RESUMO

Este estudo focaliza o desempenho das quatro capitais da Região Sudeste na Atenção Primária à Saúde (APS), nos anos de 2009 e 2014, em relação a indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas (PDM) 2013-2015. Duas capitais recorreram a Organizações Sociais (OS) e duas mantiveram a prestação e a gerência da APS mediante a Administração Direta (AD), configurando modelos distintos de gestão. Dados secundários de acesso livre e pesquisa em sítios eletrônicos subsidiaram a caracterização das cidades e o seu desempenho em APS. A caracterização baseou-se em dados demográficos e socioeconômicos, modelo de gestão da APS, gastos com saúde e APS, importância do Fundo de Participação Municipal no orçamento e percentual de despesas do Poder Executivo com pessoal. Para medir o desempenho em APS, 13 indicadores foram calculados para 2009 e 2014, em três diretrizes do PDM: Acesso, Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e Redução dos Riscos e Agravos à Saúde. A análise comparativa do desempenho considerou o ano de 2014 e a evolução de cada capital no período analisado. As capitais São Paulo e Rio de Janeiro, de gestão por OS, não obtiveram melhor desempenho no conjunto de indicadores em relação às que mantiveram a gestão por AD. Destaca-se a rápida expansão de cobertura de APS no Rio de Janeiro mediante OS. Na evolução do desempenho houve melhoria em indicadores como Mortalidade Infantil e Internações por Condições Sensíveis à APS em todas as capitais. As cidades são distintas em relação a diversos parâmetros que podem influenciar o desempenho em APS e não se pretendeu estabelecer relação direta entre o modelo de gestão adotado e o desempenho medido.

Publicado pela Revista Cadernos de Saúde Pública em abril de 2019

André Luis Paes Ramos e Marismar Horsth De Seta

INTRODUÇÃO

Ao final da década de 1970, com a progressiva erosão da capacidade gestora do Estado e o crescimento da consciência de desarticulação administrativa, apontava-se a desestatização para superação da crise e germinou a necessidade de reforma do Estado^{1,2}. Novos modelos de gestão e provisão de serviços também foram experimentados em países da Europa, mesmo os de sistemas universais de saúde. Reformas estimularam a concorrência e a conversão dos serviços públicos em mercados públicos como alternativa à privatização, com possibilidade de financiamento e prestação por entes privados, inclusive na Atenção Primária à Saúde (APS)³.

Nos anos 1990, o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganhou força no Brasil, com propostas de superação baseadas em: ajuste fiscal, enxugamento da máquina

pública e modificação de seu relacionamento com o setor privado⁴. No governo de Fernando Henrique (1995-2002) a Nova Administração Pública ganhou institucionalidade, com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE).

A implementação de Organizações Sociais (OS) configurou-se em estratégia central no PDRAE e principal expressão de “organizações públicas não-estatais” que estabelecem contratos de gestão com o Estado para prestação de serviços não-exclusivos, com ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados. O modelo causaria “verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social”⁵.

Uma pesquisa de 2013⁶ evidencia a presença de OS em 1.215 municípios, distribuídos em 24 dos 26 estados da federação; de modo expressivo em capitais como São Paulo e Rio de Janeiro.

Em São Paulo capital, no âmbito da APS, 273 Unidades Básicas de Saúde (UBS) são gerenciadas por parcerias com 17 OS, o que corresponde a 62% das unidades do modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), unidades mistas ou de atenção básica tradicional. No Rio de Janeiro, 193 UBS são administradas por OS e quatro pela Administração Direta (AD), o que representa 98% das UBS em contratos de gestão com quatro OS⁷.

Vitória e Belo Horizonte – esta apontada como um dos quatro exemplos exitosos na construção da rede de APS⁸, mantiveram a gestão e a prestação dos serviços de saúde exclusivamente por meio da AD⁷.

São escassas as informações sobre desempenho dos modelos de gestão experimentados no Brasil e suas vantagens e inconvenientes, especialmente na APS. Revisão de literatura sobre o tema recuperou poucos artigos com o presente enfoque, mormente relacionados a hospitais, nenhum deles com avaliação de desempenho em APS medido por indicadores nas capitais brasileiras, geralmente as cidades de maior porte populacional e econômico nos respectivos estados.

Neste estudo se analisa o desempenho – entendido como o grau de alcance de alguns dos objetivos – da Atenção Primária nas capitais da Região Sudeste que terceirizam a prestação e a gestão da saúde na APS *vis-à-vis* as que mantiveram o modelo de AD na prestação e na gestão.

MÉTODOS

Estudo exploratório e descritivo que analisa o desempenho da APS nas capitais da Região Sudeste, nos anos 2009 e 2014, em relação aos indicadores do Pacto de Diretrizes e

Metas 2013-2015⁹. Esse documento norteia a pactuação tripartite no âmbito do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e figura nos relatórios de gestão anuais das secretarias municipais de saúde.

A região foi escolhida por ser a mais desenvolvida do país e apresentar duas capitais com terceirização da gestão e da atenção em APS; e duas que mantiveram a prestação e a gestão mediante AD.

Na caracterização das cidades utilizaram-se indicadores de gastos em saúde e com a APS; importância dos recursos financeiros partilhados pela esfera federal nos orçamentos; dados demográficos e socioeconômicos. Verificou-se também o percentual de despesas com pessoal do Poder Executivo em relação ao limite estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)¹⁰, apontado como um dos fatores que justificam a adoção do modelo de OS, ao lado da flexibilização para contratação de recursos humanos e para aquisição de equipamentos e insumos sem a rigidez da Lei de Licitações. Referidos ao período 2010 a 2014, esses indicadores com suas fontes e fórmulas de cálculo encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1: Indicadores para caracterização das cidades

Variável	FÓRMULA DE CÁLCULO	Fonte
Densidade demográfica (2010)	População / área geográfica em Km ²	IBGE
População – cálculo para o TCU (2012)	Indicador disponível	
PIB <i>per capita</i> (2011)	Produto Interno Bruto (PIB) /população residente	
IDH municipal (2010)	Indicador disponível	PNUD – Atlas de desenvolvimento humano
Participação % do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) no total das Receitas orçamentárias	(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	
% das despesas com pessoal sobre a Receita corrente líquida - Poder Executivo	Despesa Total com Pessoal/Receita Corrente Líquida*100	Siconfi - 2014

Fonte: Elaboração própria

Os 13 indicadores⁹ selecionados são relevantes, usuais e representativos do desempenho em APS e de fácil obtenção no site do DATASUS. Eles foram agrupados segundo as diretrizes do Pacto: Acesso, Atenção integral à Saúde da Mulher e da Criança e Redução dos Riscos e Agravos à Saúde (Quadro 2). Excluíram-se os indicadores relativos à média e alta complexidade.

Diretriz	Indicador	Relevância	Melhor Sentido
Acesso	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Mensura a disponibilidade de recursos humanos da APS para a população indicando o potencial de oferta de ações e serviços básicos e facilidade de acesso a esse nível da atenção.	↑
	Proporção Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	Representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária.	↓
	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Permite monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza) 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.	↑
	Cobertura por equipes de Saúde Bucal	Estima o acesso 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.	↑

	Média de escovação dental supervisionada	Permite monitorar o acesso à escovação dental orientada por profissional de saúde bucal, visando prevenir doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal). Estima a proporção de pessoas com acesso ao flúor tópico, gel ou presente no dentífrico utilizado para esta ação, assim como a oportunidade de aprimoramento da técnica e do hábito de escovação.	↑
Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança	Razão de exame citopatológico do colo do útero	Avalia a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) do câncer de colo de útero.	↑
	Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos	Indica bom acesso para as gestantes na APS, embora isoladamente não garanta qualidade do cuidado, sendo necessárias avaliações quanto à adequação dos procedimentos	↑
	Número de óbitos maternos	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.	↓
	Taxa de mortalidade infantil	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 materno-infantil.	↓
	Casos de sífilis congênita	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada ao longo do período de gestação.	↓
Redução dos riscos e agravos a saúde	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	Permite monitorar o acesso a imunização a doenças como difteria, coqueluche, tétano, entre outras, 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.	↑
	Proporção de Cura em casos novos de Tuberculose Pulmonar	Representa o êxito no tratamento de tuberculose com a consequente redução na transmissão, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes. Proporções baixas de cura de casos podem indicar dificuldades no acesso aos serviços de saúde.	↑
	Óbitos por dengue	Reflete a qualidade da assistência ao paciente com dengue.	↓

Quadro 2: Indicadores de Desempenho selecionados segundo diretrizes, relevância e sentido valorativo

As análises descritivas das variáveis seguiram a lógica inerente ao alcance de cada um dos objetivos específicos e os indicadores compuseram uma base de dados no Excel®.

O desempenho das capitais no ano de 2014 é enfatizado como dado mais recente do estudo. A análise comparativa do desempenho das cidades em APS considerou os anos 2009 e 2014 e o

modelo de gestão adotado. Calculou-se a variação percentual 2009-2014 para detectar situações de melhoria, estagnação ou piora do desempenho dessas capitais.

Para indicadores que utilizam números absolutos foram calculadas as taxas por população alvo (Mortalidade Materna e Incidência por Sífilis Congênita). Como exceção, o número de óbitos por dengue, por não estarem registrados nos sistemas oficiais na época da coleta de dados os casos notificados em 2014.

Variações positivas nem sempre refletem melhorias no indicador, ou negativas refletem piora no desempenho, tendo em vista os diferentes indicadores e seus significados, como exemplos Cobertura por equipes de AB e Taxa de Mortalidade Infantil. O Quadro 2 apresenta a análise do sentido e da valoração de cada indicador.

RESULTADOS

Existem diferenças importantes entre as capitais quanto à população absoluta e à densidade demográfica. Vitória possui número de moradores e povoamento bem inferiores às demais capitais; por outro lado, é a capital com maior PIB *per capita* e IDH na região.

Rio de Janeiro e São Paulo mostram menor dependência do FPM nas suas receitas orçamentárias e maiores gastos em APS em relação aos gastos totais com Saúde. Belo Horizonte destaca-se pelos maiores percentuais de gastos em Saúde em relação às demais funções e gastos por habitante na função Saúde.

No que tange aos limites da LRF¹⁰, as capitais apresentam índices relativamente similares, com exceção de São Paulo, com o menor percentual (34,39%). Todas estão ainda distantes do limite máximo de 54%, determinado pela lei (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização das Capitais da Região Sudeste do Brasil (2010 a 2014)

CAPITAL	Belo Horizonte	Vitória	Rio de Janeiro	São Paulo
População TCU (2012) *	2.395.785	333.162	6.390.290	11.376.685
Densidade demográfica (2012) *	7.239	3.568	5.405	7.470
PIB per capita (2011) *	23.053,10	85.794,30	32.940,20	42.152,80

IDH municipal (2010) **	0,810	0,845	0,799	0,805
Participação % do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) no total das Receitas orçamentárias – 2012 ***	4,70	6,40	1,20	0,50
% dos Gastos com Saúde nos gastos com todas as funções 2012 ***	29,30	15,50	19,40	17,70
% dos Gastos com Atenção Básica nos gastos com Saúde 2012 ***	4,00	11,20	32,50	33,10
Gasto por habitante na Função Saúde 2012 ***	847,10	678,40	566,70	565,50
% das Despesas com Pessoal sobre a Receita Corrente Líquida - Poder Executivo- 2014****	42,06	46,48	44,30	34,39

A Tabela 2 evidencia variações que caracterizam melhoria no desempenho de grande parte dos indicadores da diretriz Acesso entre os anos analisados para todas as capitais. São Paulo evoluiu com melhoria em menor número de indicadores desta diretriz, com pior resultado em 2 dos 5 indicadores em 2014, comparativamente ao ano de 2009. O Rio de Janeiro expandiu a Cobertura por equipes de atenção básica (126,1%) entre os anos analisados, embora a proporção de população coberta no último ano de análise, 2014 (50,67%), seja inferior à apresentada por Belo Horizonte (94,16%) e Vitória (100%). São Paulo foi a única capital a apresentar variação negativa neste indicador. O melhor desempenho em 2014 foi predominante nas capitais com gestão por AD, como no indicador de Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF, em que Belo Horizonte apresentou 86,90% e Vitória, 87,07%. No Percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica, o Rio de Janeiro apresentou o melhor resultado da região (20,26%).

Tabela 2: Indicadores de Desempenho das Capitais da Região Sudeste, 2009 e 2014.

Diretriz	CAPITAIS INDICADORES	Belo Horizonte			Vitória			Rio de Janeiro			São Paulo		
		2009	2014	Varição %	2009	2014	Varição %	2009	2014	Varição %	2009	2014	Varição %
Acesso	1._Cob_equip es_atenção_b ásica	84,52	94,16	11,41	100	100	0	22,41	50,67	126,1	61,62	27,45	-55,45
	2._%Int.cond. sensív.at._bás	33,97	29,2	-14,04	28,25	26,84	-4,99	27,99	20,26	-27,62	24,73	23,95	-3,15

	ica												
	3._Cob_acomp_condic_saúde_PBF	83,11	86,9	4,56	59,93	87,07	45,29	35,71	73,15	104,84	21,2	80,05	277,59
	4._Cob_equip_saúde_bucal	38,78	46,71	20,45	58,76	71,14	21,07	16,53	26,26	58,86	18,56	19,06	2,69
	5._Média_escov_dental_su_perv	0,31	4,29	1283,87	5,98	8,48	41,81	0,26	0,56	115,38	1,04	0,94	-9,62
Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança	18._Rz_exam_citopat_colo_útero	0,41	0,37	-9,76	0,6	0,64	6,67	0,23	0,02	-91,3	0,57	0,51	-10,53
	21._%NV_c/7+_consult_pré-natal	74,58	76,76	2,92	75,25	78,92	4,88	65,8	71,73	9,01	74,09	75,09	1,35
	23._Número_de_óbitos_maternos	12	11	-8,33	5	4	-20	67	64	-4,48	127	75	-40,94
	24._Tx_mortalidade_infantil	11,05	9,99	-9,59	11,45	9,78	-14,59	13,86	11,32	-18,33	11,98	11,12	-7,18
	28._Casos_sfilis_congênita	44	173	293,18	8	59	637,5	824	1375	66,87	411	913	122,14
Redução dos riscos e agravos à saúde	35._%Vacinas_c/cobertura_adeq.	14,29	100	599,79	83,33	50	-40	33,33	87,5	162,53	33,33	55,56	66,7
	36._%Cura_casos_novos_TB_pulm	64,04	63,07	-1,51	82,52	74,31	-9,95	67,18	63,08	-6,1	73,29	47,65	-34,98
	51._Óbitos_por_dengue	0	7	-	7	3	-57,14	2	22	1000	0	2	-

Na diretriz Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança todas as capitais apresentaram redução da Taxa de Mortalidade Infantil entre 2009 e 2014, porém apenas Belo Horizonte e Vitória tiveram resultados inferiores a 10,0 mortes por 1.000 nascidos vivos no último ano. O mesmo cenário foi observado no Indicador de óbitos maternos, seja em número absoluto ou na conversão para taxas por população (Tabela 3), com variação negativa para todas as cidades. O inverso ocorreu no Indicador de casos de sífilis congênita, agravado para o qual todas as capitais apresentaram aumento de casos e taxas de incidência.

Tabela 3: Taxas de indicadores de desempenho com número absoluto no Pacto de Diretrizes e Metas, nas capitais da Região Sudeste, Brasil, 2009 e 2014.

Diretriz	Capitais	Belo Horizonte			Vitória			Rio de Janeiro			São Paulo		
		Indicadores	2009	2014	Variação %	2009	2014	Variação %	2009	2014	Variação %	2009	2014
Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança	Taxa de Mortalidade Materna por 100 mil Nascidos Vivos	38,88	34,67	-11,00	112,28	83,25	-26,00	79,32	71,12	-10,00	72,99	42,65	-42,00
	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em residentes menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos	1,43	5,45	282,00	1,80	12,28	583,00	9,75	15,28	57,00	2,36	5,19	120,00
Redução dos Riscos e Agravos a Saúde	Taxa de Mortalidade por Dengue por 100 mil habitantes	0,00	0,28	-	2,19	0,85	-61,00	0,03	0,34	1033,00	0,00	0,02	-

Na diretriz Redução dos riscos e agravos à saúde todas as capitais apresentaram piora no indicador Proporção de cura de casos novos de Tuberculose, tendo a cidade de São Paulo apresentado a maior variação negativa (-34,98%) e o menor percentual de cura em 2014 (47,65%). Vitória foi a única a apresentar decréscimo no Indicador de Percentual de vacinas com coberturas adequadas (-40%). Entretanto, também foi a única a ter menor número de óbitos por Dengue em 2014, em comparação a 2009.

DISCUSSÃO

As capitais da região Sudeste têm características distintas⁷, inclusive no que concerne à adoção da terceirização da APS. São Paulo adotou o modelo em 2006, e o Rio de Janeiro, em 2009.

A classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2007) 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. Apenas o Rio de Janeiro não está no patamar considerado alto, embora esteja no limite da transição para a classificação mais elevada (0,799). Vitória, com maior PIB *per capita* da região, possui também o maior IDH.

As capitais mais populosas, São Paulo e Rio de Janeiro, apresentam maior proporção de gasto em Atenção Básica nos gastos em saúde, e seguiram a tendência de evolução apresentada pelo Ministério da Saúde, de 12,8% em 2000 para 23,5% em 2012¹¹. O Rio de Janeiro expandiu o número de equipes de Saúde da Família a partir de 2009, quando a ESF foi enunciada como prioridade governamental^{12,13} e esse patamar do gasto em AB pode traduzir essa priorização da APS, na busca de uma mudança gradual do modelo de atenção baseado em serviços de especialidades médicas e de urgência/emergência, em unidades de pronto atendimento ou hospitalares.

Contudo, uma menor proporção de gastos em APS pode não ser um problema se o gasto total em saúde for mais alto. Esse parece ser o caso de Belo Horizonte, que apresentou gastos em APS de apenas 4% do total de gastos em saúde. Tendo construído uma forte rede de APS desde 2002^{8,14}, essa capital teve sucessivos governos implementando políticas que, ao longo de 20 anos, expandiram a rede de pronto-atendimento e de apoio diagnóstico e terapêutico, não reduziram leitos hospitalares, e se responsabilizaram também pela atenção de média e alta complexidades¹⁴. Belo Horizonte tem um dos valores mais elevados do país¹⁵ para o Gasto por habitante na Função Saúde.

Vitória, São Paulo e Rio de Janeiro apresentam valores inferiores a 20% no indicador de gastos com saúde em relação aos gastos com outras funções correspondendo a gastos também elevados em outras atribuições essenciais do governo municipal.

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* muito inferior ao realizado pela Inglaterra, Alemanha, França, Argentina e pelo Canadá¹⁵, por exemplo.

São poucos os estudos que analisam o volume e a variação na magnitude dos gastos quando se adota o modelo da terceirização da gestão. Na atenção hospitalar, o TCE de São Paulo apontou custos mais altos na administração por OS, com variações em torno de 39% na comparação com hospitais geridos pela AD¹⁶. O orçamento da saúde do município do Rio de Janeiro praticamente dobrou entre 2009 e 2013¹⁷, período de expansão da cobertura em APS mediante o modelo de OS.

Todas as capitais apresentaram, em 2014, percentual de gastos com pessoal bem inferiores ao teto permitido para o poder Executivo¹⁰ (54%). Ademais, também tiveram ligeira

redução no percentual de 2014 em relação a 2009 - Rio de Janeiro, de 46,56 para 44,30; São Paulo, de 34,97 para 34,39; Belo Horizonte, de 42,32 para 42,06; Vitória, de 47,13 para 46,48¹⁸. Apesar da contratação por OS aparecer como forma de não incidência sobre limite de gastos com pessoal, Belo Horizonte e Vitória conseguiram se manter dentro do teto e ainda reduzir o percentual nos anos analisados. Por outro lado, dados do Tesouro Nacional¹⁹ indicam que, em 2015, 11 capitais extrapolaram o limite da LRF, dentre elas o Rio de Janeiro (única da Região Sudeste), sofrendo as restrições previstas pela legislação.

A diretriz Acesso permite observar a expansão da oferta de serviços de APS, a possibilidade de maior acesso às ações de promoção, prevenção e resolução de grande parte dos principais problemas em saúde.

Embora o Rio de Janeiro tenha apresentado expressiva variação positiva em Cobertura por Equipes de Atenção Básica (126,1%), as capitais sem adoção do modelo conseguiram coberturas maiores em 2014. Os estudos dos casos de aumento de cobertura em APS no Rio de Janeiro (OS) e em Belo Horizonte (AD) evidenciaram distintas diretrizes adotadas pelas gestões locais 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 de descumprimento de carga horária, desmotivação e desconhecimento dos atributos da APS, de modo que se priorizou a contratação de profissionais pelas OS por vínculo CLT²⁰.

Diferentemente, a capital mineira criou o Projeto BH-Vida, em 2002, para implementar e expandir a ESF, alcançando rapidamente o patamar de cobertura de 70% em 2004, com servidores estatutários que atuavam na APS e abertura de concursos públicos em 2004, 2006 e 2007. O vínculo CLT era empregado para complementar as equipes e contratar Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por dificuldades legais de incorporação destes ao quadro permanente²¹.

Um estudo demonstrou 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%)²². Outro, relatou a difusão da ESF por meio da indução financeira federal, estimando uma cobertura de 53% da população nacional em 2012, com menor expansão nos grandes centros urbanos²³. Tendo em vista o parâmetro de 100% de cobertura em Atenção Básica proposto pelo IDSUS²⁴, Rio de Janeiro e São Paulo ainda poderiam evoluir nesse indicador. Variações negativas como no caso de São Paulo, remetem à situação de cadastro das equipes no SCNES ou dificuldade para manutenção de

ESF ou parametrizadas completas. Outra possibilidade seria a de inconsistência no dado informado nesse mesmo ano.

A acelerada expansão em cobertura de APS parece ter se refletido na maior redução de Internações por Condições Sensíveis alcançada pelo Rio de Janeiro. Este indicador permite monitorar a situação das cidades em relação a agravos evitáveis ou redutíveis por meio de atuação mais efetiva e de maior acesso da população aos cuidados básicos em saúde, como o controle de doenças crônicas ou prevenção de doenças infecciosas²⁵. Este resultado corrobora os achados de um estudo 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 família²⁶, bem como publicação recente sobre o Rio de Janeiro¹³.

Para a Cobertura de Acompanhamento de Condicionalidades do Bolsa Família, a meta sugerida⁹ é de 73%, valor superado pelas quatro capitais em 2014. As maiores proporções de cobertura em APS em Belo Horizonte e Vitória corresponderam a maior cobertura de acompanhamento das famílias em vulnerabilidade do PBF. Dentre as condicionalidades, estão a imunização de crianças e gestantes, atenção ao pré-natal e à curva de crescimento infantil. 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 acompanhadas²⁷.

A Cobertura por Equipes de Saúde Bucal de Belo Horizonte e Vitória também são bem superiores às de Rio de Janeiro e São Paulo, repetindo o padrão encontrado na Cobertura por Equipes de Atenção Básica. A Política Nacional de Saúde Bucal²⁸ define responsabilidades municipais 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. A maior proporção alcançada por Vitória em 2014, aproxima-se da alta cobertura por Equipes de APS, indicando que o município busca manter 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 Fausto²⁹ havia 20.424 ESB para 31.160 ESF no Brasil, em 2010. Moradores de áreas cobertas por ESB tem maiores chances de conseguir consultas odontológicas em relação aos de áreas descobertas³⁰, embora UBS tradicionais também possam ter profissionais de saúde bucal.

Na Média de Escovação Dental Supervisionada, o desempenho das capitais de gestão por AD permanece superior no último ano de análise. Vitória atingiu elevado índice (8,48),

acima do parâmetro de 8,0²⁴ e esse bom desempenho 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. Nele, Vitória aparece como a cidade de menores índices de dentes perdidos entre adolescentes e adultos³¹.

Em síntese, na diretriz Acesso, as capitais que mantiveram a gestão por AD, Belo Horizonte e Vitória, apresentaram melhores resultados em todos os indicadores, com exceção das Internações por Condições Sensíveis à APS, indicador no qual as capitais com gestão por OS foram mais efetivas, principalmente o Rio de Janeiro.

Na diretriz Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, Vitória apresenta o melhor desempenho em Razão de Exames de Citopatológicos do Colo de Útero no ano de 2014, seguida de São Paulo, ao passo que o Rio de Janeiro manteve valores bem inferiores nos dois anos analisados. Ainda assim, nenhuma capital da região alcançou o parâmetro definido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCa), de um exame para cada mulher na faixa etária prioritária (25 a 64 anos), no período de 3 anos. A prevenção ao câncer do colo uterino está entre as principais atribuições da APS, pela alta incidência e mortalidade desta doença. A partir do cadastro e da identificação da população alvo, as mulheres com risco aumentado devem realizar o exame diagnóstico e ter acompanhamento integral coordenado pelas equipes de saúde do primeiro nível de atenção³².

Outra atribuição essencial da APS é o cuidado pré-natal, que compreende a detecção e a intervenção precoce das situações de risco da gestante, acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como a integração da Atenção Básica com a rede e agilidade na referência hospitalar. Cuidado pré-natal e atenção ao parto adequados são as condições essenciais para redução das principais causas de mortalidade materna, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) pela Organização das Nações Unidas (ONU)³³.

Na Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam sete ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos, Vitória aparece novamente com melhor desempenho em 2014, mas há certo equilíbrio entre os valores alcançados pelas quatro capitais. Porém, nenhuma delas atinge o parâmetro de 90%²⁴. O Rio de Janeiro apresenta uma variação positiva entre os anos, provavelmente decorrente da expansão de cobertura em APS. Estudo³⁴ aponta associação da implantação da ESF ao maior número de consultas e qualidade do pré-natal.

A Mortalidade Materna configura-se como importante marcador das condições de vida gerais da população, à medida que as mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério são, em sua maioria, passíveis de prevenção e evitáveis. Tratados no Pacto de Diretrizes e Metas como indicador de número absoluto de óbitos maternos, todas as capitais apresentaram variação negativa de óbitos, sugerindo avanços neste campo de atenção, principalmente a capital São Paulo, com redução expressiva. No entanto, considerando o número de nascidos vivos no período em cada capital, Vitória e Rio de Janeiro apresentam taxas de mortalidade de aproximadamente 80 mortes por 100 mil nascidos vivos, enquanto São Paulo e Belo Horizonte possuem taxas próximas da meta dos ODM para 2015, de 35 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos^{33,35}. Ainda distante da meta, o Brasil alcançou em 2015 a taxa de 60,0 óbitos por mil nascimentos, após significativa redução do indicador apresentado em 1990 (143,0). Políticas como o Pacto de Redução da Mortalidade e a Rede Cegonha contribuem para a melhoria³⁶.

As capitais apresentaram redução da Taxa de Mortalidade Infantil no período analisado, porém somente Belo Horizonte e Vitória a reduziram para valores abaixo de dois dígitos. Este indicador é considerado mundialmente como referencial de desenvolvimento social das nações, e compõe um dos ODM estabelecidos pelas ONU para o século XXI³⁷. Ele expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade, especialmente do grupo materno-infantil, na medida em que a atenção prestada pelas equipes na APS (ações ligadas à saúde da mulher, acompanhamento de pré-natal, cuidados pós-parto e puericultura) podem ser determinantes para melhores desempenho no referido índice. O resultado apresentado pelas capitais da região Sudeste vai ao encontro do anunciado no Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM³⁷, que mostra a queda da taxa de mortalidade infantil, de 1990 a 2011, de 47,1 para 15,3, abaixo da meta estipulada pela ONU para 2015 (15,7 óbitos por mil nascidos vivos).

Quanto à Sífilis Congênita, todas as capitais apresentam variação positiva no período, com aumento expressivo de número de casos novos, principalmente na capital Vitória. Quando observadas as taxas de incidência, os índices das quatro cidades estão bem superiores ao parâmetro definido²⁴, de um caso por mil nascidos vivos. A tendência de aumento no Brasil é também observada²⁴, com maiores progressões nas Regiões Nordeste e Sudeste entre 2008 e 2011. A cidade do Rio de Janeiro desponta com o maior índice da região em 2014 (15,28). A tendência de aumento no número de casos na capital fluminense foi descrita²⁰, entre 2007 e 2011, 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. O desabastecimento de fármacos para combate à doença, como o antibiótico penicilina, também é apontado como causador do aumento de casos de sífilis em todo o país³⁸. Por outro lado, o maior número pode estar parcialmente ligado à melhoria do diagnóstico, o que indicaria um relativo avanço nas medidas iniciais para o controle da doença.

Em resumo, nos cinco indicadores selecionados para análise da atenção à mulher e a criança no ano de 2014, as capitais com gestão por AD alcançaram melhor desempenho em quatro indicadores. Das capitais com OS, o Rio de Janeiro apresentou pior desempenho em três indicadores e São Paulo, em um indicador.

Na diretriz Redução dos Riscos e Agravos a Saúde, observam-se valores mais elevados em 2014 para o Indicador de Proporção de Vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com Coberturas Vacinais Alcançadas nas capitais Belo Horizonte e Rio de Janeiro. O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado na década de 1970, é uma referência para vários países. Estudo ecológico de abrangência nacional³⁹ apontou tendência de cobertura favorável (patamares próximos a 100% entre 2008 e 2011) nos municípios brasileiros.

Na Proporção de Cura em Casos Novos de Tuberculose Pulmonar, Vitória apresentou o melhor resultado em 2014 (74,31), embora inferior ao atingido em 2009. Essa proporção é 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 local²⁴. São Paulo apresentou proporções de cura inferior a 50% no último ano do estudo, o que pode representar fragilidade no tratamento pelas equipes da atenção primária, que têm 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 o acompanhamento do uso da medicação diária na residência do paciente. As elevadas coberturas por equipes de APS em Vitória podem ter influenciado no bom desempenho. Cabe registrar que as grandes cidades apresentam maiores números de casos de TB pela sua relação com as condições de vida, bem como pelos índices de coinfeção por HIV.

Quanto aos Óbitos por Dengue, Vitória foi a única capital a apresentar redução entre os anos analisados, embora tenha mantido elevada taxa de mortalidade pela doença em 2014 (0,85), portanto, bem acima da taxa de 0,4/100.000 habitantes para o Brasil, em 2010⁴⁰. O Rio de Janeiro apresentou variação positiva bastante elevada, aumentando o número de óbitos em

1.000% entre 2009 e 2014, o que corrobora os estudos que demonstram o crescimento da gravidade das epidemias de dengue que ocorrem no Brasil no século XXI⁴⁰.

As equipes de APS têm papel fundamental no diagnóstico e tratamentos iniciais aos pacientes com dengue, além das ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Eles devem ser avaliados com especial cuidado para aspectos como hidratação, pressão arterial, possíveis hemorragias, prova do laço, exames laboratoriais e busca de sinais de alerta⁴¹. Os ACS devem contribuir com os Agentes de Vigilância em Saúde na identificação de focos de mosquito, ações de combate e orientação às famílias da área de referência. Fatores sazonais como estações do ano, clima, epidemias, mutações virais e condições sociais das populações locais podem influenciar nos resultados obtidos por cada capital estudada.

As cidades com gestão por AD obtiveram melhores índices também na diretriz de Redução de Riscos e Agravos, com exceção de São Paulo em relação à mortalidade por dengue, o que pode estar relacionado às condições climáticas menos propícias à disseminação da doença.

A predominância de melhores resultados para as capitais do modelo de AD observadas neste estudo não foi igualmente encontrada no trabalho desenvolvido por Coelho e Greve⁴² em municípios de São Paulo que adotaram a terceirização na APS. Os autores sugerem melhoras relativas à mortalidade infantil, internações por condições sensíveis a APS e por infecção respiratória aguda entre os anos de 2001 e 2012, embora afirmem que os achados não foram conclusivos quanto ao melhor desempenho. A hipótese era de que a adoção da terceirização não pioraria o desempenho anterior à mudança de modelo⁴².

A avaliação do impacto da APS nos indicadores de saúde de uma população é uma tarefa que enfrenta 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 outros²⁶.

O trabalho com dados secundários em si carrega limitações - são dados informados e podem existir problemas de registro. Outra fonte de limitação é a escassez de literatura científica para debater seus resultados, bem como a falta de transparência nos gastos com a terceirização e a não consideração da historicidade dos sistemas de saúde municipais. O pouco tempo da adoção do modelo de terceirização não parece suficiente para que se atribuam mudanças significativas nos indicadores analisados. Assim, apresentou-se nos resultados deste estudo, o desempenho alcançado, sem que se pretendesse estabelecer relação direta entre esses resultados e o modelo adotado, o que somente seria possível em um estudo longitudinal.

Considerações Finais

O estudo revelou que as duas capitais identificadas como tendo modelo de gestão por meio de OS, São Paulo e Rio de Janeiro, mediante os indicadores selecionados e no período analisado, de modo geral, não obtiveram melhor desempenho no conjunto dos indicadores perante as capitais que mantiveram a provisão e a gestão da APS por meio da AD.

Destaca-se a rápida expansão da Cobertura em APS no Rio de Janeiro após a implantação do modelo, que já se reflete na melhoria de indicadores correlacionados, como a Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica. No entanto, as capitais Belo Horizonte e Vitória, alcançaram coberturas em APS superiores, e mantêm melhores resultados em indicadores fortemente relacionados com uma APS acessível e efetiva, como a Proporção de Consultas de Pré-Natal ou a clássica Taxa de Mortalidade Infantil.

A aprovação da Emenda Constitucional 95, que congela investimentos na Saúde por 20 anos; as mudanças no modelo de financiamento do SUS por blocos de custeio e investimento, definido pela Portaria nº 3.992, de 28/12/2017; e a Nova Política de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 21/09/2017, são exemplos de mudanças no cenário recente, que poderão trazer impactos negativos ao desempenho em APS, independentemente do modelo de gestão adotado.

Referências

- 1 - Fiori JL. Estado do Bem-Estar Social - padrões e crises. *Physis* 1997; 7(2):129-147.
- 2 - Fiori JL. Sobre a Crise do Estado Brasileiro. *Rev de Econ Polít* 1989; 19(3): 103-14.
- 3 - Sheaff R et al. A crescente combinação público-privado. In: Saltman RB; Rico A.; Boerma WGW. (ed.). *Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde. Reforma organizacional na atenção primária europeia*. Berkshire: McGraw-Hill, 2006. Capítulo 7. p. 191- 212. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_conduzindo_redes.pdf . Acesso em 04/09/2018
- 4 - Diniz E, Boschi R. *A Difícil Rota do Desenvolvimento: Empresários e a Agenda Neoliberal*. Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Iuperj/Editora UFMG, 2007.
- 5 - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Organizações sociais*. Cadernos do Mare, 2. Brasília: Mare, 1997

- 6 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2013. Disponível em:
<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013/default.shtm>. Acesso em out. 2014
- 7 - Ramos ALP. Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, 2016.
- 8 - 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. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- 9 - Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 10 - Brasil. Lei complementar 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2017.
- 11 – 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.
- 12 Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde colet* 2018; 23(6): 1903-1914.
- 13 – Soranz D; Pisco LAC. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciênc. saúde colet* 2017: 22(3): 679-686.
- 14 Mendonça CS. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte/Brasil [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: FAMED/UFRGS; 2016.
- 15 - Conselho Federal de Medicina (CFM). Governo gasta em média R\$ 3,05 ao dia na saúde de cada habitante. 07 de julho de 2014. Disponível em:
https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24847:governo-gasta-em-media-r-305-ao-dia-na-saude-de-cada-habitante&catid=3. Acesso em: jan 16.
- 16 - Correia MVC, Santos VM. Privatização da Saúde via novos modelos de gestão - Organizações Sociais (OSS) em questão. In: Bravo MIS, Andreazzi, MFS. Menezes, JSB,

- Lima JB, Souza, RO, organizadoras. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1ª. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.
- 17 – Oliveira CA. Saúde, Cidade e a Lógica do Capital: O município do Rio de Janeiro em questão. In: Bravo MIS, Andreazzi, MFS. Menezes, JSB, Lima JB, Souza, RO, organizadoras. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1ª. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.
- 18 - Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI). Disponível em https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/declaracoes_anteriores/declaracoes_anteriores_list.jsf . Acesso em mar. 2018
- 19 - Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Indicadores Fiscais das Capitais. 2015. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/Indicadores+fiscais+individuais+e+nota+metodologica/edc9e58b-aa88-40c9-bbf2-1a65729de4ea> . Acesso em abr. 2018.
- 20 - Organização Pan-Americana da Saúde. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Porto Alegre, RS- OPAS, 2013.
- 21 - Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ensp; 2009.
- 22 - Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saúde Colet 2010; 15(5): 2355-2365.
- 23 - Fausto MCR, Mendonça MHM, Giovanella L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: Fausto MCR, Fonseca HMS. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013, pp. 289- 309.
- 24 - Ministério da Saúde. Documento Base do Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). [Internet]. Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>. Acesso em 05/02/17
- 25 - Macinko J. III Seminário Internacional de Atenção Primária - Saúde da Família. Relatório de atividades. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_seminario_atencao_primaria_familia_recife.pdf f. Acesso em 04/01/2015.

- 26 - Costa FF, Calvo MCM. Avaliação da implantação da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina em 2004 e 2008. Rev. Bras. Epidemiol 2014; 17(2): 557-570.
- 27 - Ministério da Saúde. Acompanhamento das Condicionalidades 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 05/01/2016.
- 28 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. – Brasília, 2004.
- 29 - Castro ALB, Fausto MCR. 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.
- 30 - Viana IB, Martelli P JL, Pimentel FC. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. Rev Bras Promoç Saúde 2012; 25(2):151-160.
- 31 - Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Rev Saúde Pública 2013;47(Supl 3):78-89.
- 32 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- 33 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- 34 - Roncalli, AG, 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 colet 2006; 11(3):713-724, 2006.
- 35 - 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-domilenio-para-reducao-de-mortes-maternas>. Acesso em jan 2016.
- 36 - AGNU (2000). Declaração do Milênio. Resolução A/RES/55/2 8 de setembro de 2000. Lisboa: United Nations Information Centre.
- 37 - 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.

- 38 - Guarischi A. Falta penicilina, sobra sífilis. O Globo 30/03/2016. Disponível em: <http://noblato.globo.com/artigos/noticia/2016/03/falta-penicilina-sobra-sifilis.html>. Acesso em nov 2017.
- 39 – Domingues CMASI, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. Epidemiol. Serv.Saúde 2013; 22(1):9-27.
- 40 - Paixão ES. Tendência Temporal e Fatores Associados à Mortalidade por Dengue no Brasil. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, 2013. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, 2016
- 41 - WHO. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control [Internet]. World Health Organization; 2009.
- 42 - Coelho VSP, Greve J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. Dados 2016; 59(3), 867-901.

APÊNDICE B - SCRIPT NA LINGUAGEM R

Pacotes utilizados: readxl, dplyr, benchmarking e deaR

```
dados-read_excel("BaseDEA.xlsx")
data- read_data(dados,dmus= 1,inputs = 2:7,outputs = 9)
data_malmq- read_malmquist(dados, dmus= 1, inputs = 2:7,
outputs = 9, arrangement= "vertical", percol= 11, nper=10)

OC- model_basic(data, orientation="oo", rts="crs"); plot(OC)
OV- model_basic(data, orientation="oo", rts="vrs"); plot(OV)
summary(OC, exportExcel= TRUE, filename = "SP_OutConst_2020.xlsx")
summary(OV, exportExcel= TRUE, filename = "SP_OutVar_2020.xlsx")

result_malmquist- malmquist_index(data_malmq, orientation= "oo")
plot(result_malmquist)
X- as.matrix(cbind(dados[244:270, 2:7]))
Y- as.matrix(cbind(dados[244:270, 8]))
vrs_out- dea(X, Y, RTS="vrs", ORIENTATION = "out"); 1/vrs_out$eff
A- "Output Virtual"; B- "Inputs"; dea.plot(X, Y, RTS="vrs",
ORIENTATION="in-out", #xlab= A, ylab= B, txt= T, lty="dotted",
lwd=1, col="red")
```

APÊNDICE C - INDICADORES SELECIONADOS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS, 2006 A 2009

CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Porto Velho	RO	2006	168,02	1,62	24,37	31,2	22,77	75,71	546,55	39,04	0,00
Rio Branco	AC	2006	129,49	122,51	38,98	27,7	18,38	86,56	714,2	27,23	0,00
Manaus	AM	2006	163,17	4,89	27,21	23,8	16,93	78,04	509,5	51,68	0,00
Boa Vista	RR	2006	222,99	62,32	73,16	31,1	13,59	76,83	521,36	86,04	0,00
Belem	PA	2006	260,16	9,05	18,88	25,8	18,99	75,78	617,24	58,16	0,00
Macapa	AP	2006	119,08	101,96	30,02	26,3	22,96	73,48	298,72	68,87	0,00
Palmas	TO	2006	284,26	125,52	59,48	14	12,92	85	337,58	24,38	0,00
Sao Luis	MA	2006	289,63	3,03	31,3	17,9	16,69	74,54	647,17	84,56	0,00
Teresina	PI	2006	223,82	36,30	91,98	33,2	19,4	85,53	695,5	47,99	0,00
Fortaleza	CE	2006	268,06	20,18	14,67	26,7	17,42	73,35	661,93	37,27	0,00
Natal	RN	2006	235,29	130,52	46,11	23,8	18,01	67,26	648,19	31,73	0,00
Joao Pessoa	PB	2006	305,13	51,97	92,93	32,2	15,5	78,4	751,93	35,63	0,00
Recife	PE	2006	217,52	1,37	49,64	23,2	14,44	68,57	896,95	79,48	0,00
Maceio	AL	2006	196,60	86,97	27,48	23	18,02	77,48	652,36	25,57	0,00
Aracaju	SE	2006	314,98	199,32	88,56	18,7	19,96	78,92	641,03	84,92	0,00
Salvador	BA	2006	205,55	63,21	16,13	13,5	21,72	73,97	687,02	69,37	0,00
Belo Horizonte	MG	2006	395,83	24,02	73,2	28	12,85	69,99	690,15	28,91	0,00
Vitoria	ES	2006	345,29	68,77	56,15	19,3	14,45	75,33	779,94	116,55	0,00
Rio de Janeiro	RJ	2006	194,63	32,40	6,34	23,6	13,72	66,19	952,54	53,52	0,00
Sao Paulo	SP	2006	267,07	42,77	26,14	21	12,91	70,24	789,63	54,77	0,00
Curitiba	PR	2006	313,70	139,59	28,06	14,5	10,47	72,04	756,74	64,69	0,00
Florianopolis	SC	2006	192,26	163,01	67,82	21,8	9,48	73,18	667,44	39,50	0,00
Porto Alegre	RS	2006	393,72	213,94	21,73	23,7	12,13	72,97	1032,9	32,64	0,00
Campo Grande	MS	2006	394,08	153,61	22,06	14,5	13,98	79,91	719,95	32,15	0,00
Cuiaba	MT	2006	308,25	153,09	18,66	21,7	13,81	74,75	563,41	65,76	0,00
Goiania	GO	2006	307,12	307,12	33,89	34,1	13,6	70,06	690,49	65,71	0,00
Brasilia	DF	2006	529,38	19,47	7,09	27,4	12,8	84,05	520,36	46,51	0,00
Porto Velho	RO	2007	186,25	4,46	28,07	30,8	22,51	76,32	527,6	40,20	0,00
Rio Branco	AC	2007	142,21	134,21	41,73	21,9	21,93	89,41	659,97	42,45	0,00
Manaus	AM	2007	175,95	3,60	31,67	22,6	15,81	76,03	510,8	72,09	0,00
Boa Vista	RR	2007	301,19	70,39	73,24	25,6	13,61	88,57	462,02	99,62	0,00
Belem	PA	2007	284,33	67,77	22,46	24,5	17,54	74,7	627,49	70,67	0,00
Macapa	AP	2007	118,70	51,25	32,78	22,6	24,14	75,18	356,86	79,72	0,00
Palmas	TO	2007	337,83	140,88	64,04	13	12,12	86,49	344,25	25,25	0,00
Sao Luis	MA	2007	319,87	2,29	30,75	15,9	16,83	73,56	669,14	133,75	0,00
Teresina	PI	2007	354,01	40,11	92,06	30,7	17,9	78,18	717,52	59,41	0,00
Fortaleza	CE	2007	318,65	100,94	38,68	26,7	15,64	74,13	629,85	29,15	0,00
Natal	RN	2007	257,70	144,50	27,95	22,9	19,88	71,81	679,68	25,49	0,00
Joao Pessoa	PB	2007	294,24	72,87	87,27	31,9	14,93	70,38	811,76	35,97	0,00

CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Recife*	PE	2007	230,41	0,00	48,96	22,9	12,7	67,16	854,32	36,29	0,00
Maceio	AL	2007	225,39	11,50	26,93	21,7	19,29	80,16	713,75	57,68	0,00
Aracaju	SE	2007	373,92	234,24	87,4	16,3	16,45	76,13	672,75	72,89	0,00
Salvador	BA	2007	220,96	57,16	12,97	15,4	19,89	71,78	647,03	55,84	0,00
Belo Horizonte	MG	2007	462,50	33,32	60,38	27,3	11,69	74,13	680,69	32,75	0,00
Vitoria	ES	2007	455,55	83,43	55,49	19,8	11,5	80,46	741,25	0,00	0,00
Rio de Janeiro	RJ	2007	272,83	36,19	5,73	22,9	13,08	61,26	943,43	72,64	0,00
Sao Paulo	SP	2007	295,56	44,88	25,12	20,8	12,58	71,06	782,89	65,12	0,00
Curitiba	PR	2007	361,04	180,91	30,09	14,5	10,5	68,51	744,48	32,82	0,00
Florianopolis	SC	2007	226,68	151,92	67,89	21,9	8,03	59,41	648,89	60,24	0,00
Porto Alegre	RS	2007	466,96	65,13	19,87	23,6	11,9	68,69	1046,83	56,14	0,00
Campo Grande	MS	2007	478,43	184,91	23,44	13,4	14,09	75,48	700,48	32,58	0,00
Cuiaba	MT	2007	344,20	160,44	5,08	22,7	15,6	77,16	608,94	76,88	0,00
Goiania	GO	2007	320,55	320,55	27,14	32,3	13,32	73,13	680,19	26,12	0,00
Brasilia	DF	2007	650,01	5,36	2,89	25,9	11,09	86,47	517,54	38,55	0,00
Porto Velho	RO	2008	211,80	1,37	70,79	24,1	16,68	77,97	512,58	64,64	0,39
Rio Branco	AC	2008	163,67	154,67	67,41	17,9	17,69	82,05	636,7	28,30	5,38
Manaus	AM	2008	197,85	81,99	66,63	20,3	15,81	74,74	541,71	52,19	4,02
Boa Vista	RR	2008	301,06	255,75	87,98	25,8	13,69	78,26	469,21	65,21	1,96
Belem	PA	2008	307,52	75,63	47,54	25,8	16,72	75,64	636,15	33,26	2,29
Macapa	AP	2008	177,61	82,31	77,11	27,4	24,88	66,67	389,92	43,84	7,45
Palmas	TO	2008	396,29	142,91	86,37	15,1	14,66	100	366,3	72,10	5,77
Sao Luis	MA	2008	360,23	21,85	42,67	15,4	16,49	80,94	666,21	82,17	4,88
Teresina	PI	2008	433,92	46,92	100	28,1	17,8	81,29	712,25	56,95	0,14
Fortaleza	CE	2008	361,36	115,09	51,72	23,5	14,79	72,7	645,44	41,24	9,64
Natal	RN	2008	300,58	169,26	70,81	20,2	16,55	70,44	667,76	32,14	7,63
Joao Pessoa	PB	2008	418,24	88,95	100	31,5	13,27	58,97	761,14	25,51	1,87
Recife	PE	2008	270,75	3,49	56,14	21,2	12,22	64,86	841,48	71,87	9,34
Maceio	AL	2008	278,53	11,67	38,23	15,1	19,36	73,18	686,4	31,12	5,48
Aracaju	SE	2008	436,46	277,59	100	16,9	17,25	72,31	626,47	72,73	3,64
Salvador	BA	2008	243,96	58,80	29,07	17	17,85	74,17	606,48	96,78	2,04
Belo Horizonte	MG	2008	527,66	30,94	91,92	23,4	11,74	71,92	673,62	41,81	1,83
Vitoria	ES	2008	489,12	66,17	100	17,6	11,17	77,05	737,24	45,58	1,14
Rio de Janeiro	RJ	2008	304,86	38,08	22,98	21,8	13,75	60,42	978,8	65,58	9,58
Sao Paulo	SP	2008	369,01	51,50	50,43	19,6	12,11	72,94	780,2	50,54	2,35
Curitiba	PR	2008	399,90	154,90	55,53	10,7	9,87	70,48	745,64	59,22	1,03
Florianopolis	SC	2008	297,46	245,60	100	18,7	9,93	58,29	605,12	0,00	0,75
Porto Alegre	RS	2008	509,99	71,15	51,38	24,7	11,64	69,57	998,62	43,11	6,20
Campo	MS	2008	580,62	186,74	37,87	12,2	13,26	73,76	680,28	31,19	2,34

CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Grande											
Cuiaba	MT	2008	425,26	231,01	33,56	23,1	16,88	76,29	657,11	83,34	3,33
Goiania	GO	2008	399,47	393,07	78,32	25,7	13,93	78	701,77	46,27	0,46
Brasilia	DF	2008	646,92	2,73	39,59	24,3	11,89	82,52	513,59	58,86	1,54
Porto Velho	RO	2009	258,63	6,66	74,89	23,2	19,74	64,69	506,4	78,44	0,13
Rio Branco	AC	2009	166,67	156,63	64,43	22,4	17,74	90,29	598,48	76,48	3,82
Manaus	AM	2009	227,86	91,09	60,61	22,8	14,93	78,12	515,89	98,55	3,26
Boa Vista	RR	2009	375,24	301,09	81,71	31,2	13,37	89,04	453,95	50,77	2,37
Belem	PA	2009	352,34	88,26	52,46	27,3	16,2	77,68	631,94	43,10	2,03
Macapa	AP	2009	178,03	87,27	86,64	21,9	25,42	69,92	362,29	33,89	8,47
Palmas	TO	2009	349,07	108,21	85,36	17,3	13,8	87,8	380,64	46,01	3,91
Sao Luis	MA	2009	423,97	17,81	38,94	14,7	15,54	72,61	659,05	84,46	2,93
Teresina	PI	2009	534,22	50,47	100	25,7	15,84	76,86	652,72	44,19	0,37
Fortaleza	CE	2009	402,34	125,08	54,07	23,1	15,65	68,46	651,27	37,19	12,33
Natal	RN	2009	351,02	35,97	56,03	22,5	12,46	68,07	636,4	41,26	7,76
Joao Pessoa	PB	2009	452,78	79,91	97,98	29,1	14,41	63,85	737,25	52,39	2,01
Recife	PE	2009	303,81	3,76	60,05	19,9	13,79	62,82	849,55	48,79	8,74
Maceio	AL	2009	326,70	130,46	38,32	16,4	16,48	73,87	697,18	25,66	5,07
Aracaju	SE	2009	476,18	269,47	97,78	20,2	16,86	74,3	617,61	122,59	4,49
Salvador	BA	2009	289,13	46,14	26,08	17,7	16,53	69,01	602,18	86,01	1,34
Belo	MG	2009	630,02	40,52	93,21	22,9	11,05	69,72	630,83	38,88	1,43
Horizonte											
Vitoria	ES	2009	543,52	80,65	100	11,7	11,45	79,75	700,22	112,28	1,80
Rio de Janeiro	RJ	2009	316,10	39,04	22,65	23	13,86	66,13	967,83	79,32	9,75
Sao Paulo	SP	2009	411,97	57,39	58,44	19,9	11,98	71,32	778,87	72,99	2,36
Curitiba	PR	2009	463,51	181,53	54,17	9,8	8,97	74,47	696,11	16,08	1,41
Florianopolis	SC	2009	361,29	303,58	100	18	8,98	62,18	637,39	0,00	1,34
Porto Alegre	RS	2009	569,96	83,55	51,86	25	9,8	68	1026,15	37,50	9,91
Campo Grande	MS	2009	597,67	108,36	31,84	14,6	12,36	67,93	703,76	48,47	3,96
Grande											
Cuiaba	MT	2009	497,23	199,45	53,46	22,6	15,61	73,29	638,93	32,08	1,71
Goiania	GO	2009	543,18	245,09	90,19	25,6	13,64	70,78	676,59	70,72	0,25
Brasilia	DF	2009	569,67	12,69	47,07	23	11,88	87,68	507,24	54,63	1,55
Porto Velho	RO	2010	329,20	26,56	97,72	19,9	21,76	70,85	545,02	74,17	0,87
Rio Branco	AC	2010	177,16	175,90	51,87	17,1	18,18	83,52	581,76	15,54	1,40
Manaus	AM	2010	249,14	93,96	56,54	22,7	13,75	79,37	509,58	83,86	2,24
Boa Vista	RR	2010	386,01	250,62	72,58	24,7	11,92	75,64	464,89	16,56	5,80
Belem	PA	2010	368,33	97,20	40,85	27	17,59	79,71	629,15	31,66	1,49
Macapa	AP	2010	208,33	103,60	85,42	22,4	20,32	79,34	328,28	10,75	7,20
Palmas	TO	2010	350,31	94,35	88,42	17,1	11	77,78	399,14	67,34	2,92
Sao Luis	MA	2010	499,31	39,69	43,98	13,4	16,02	74,43	639,1	156,11	1,16
Teresina	PI	2010	604,80	54,68	100	20,8	16,55	82,58	667,33	66,81	1,19
Fortaleza	CE	2010	405,18	93,36	56,14	23,8	11,92	69,21	586,77	54,41	12,19

CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Natal	RN	2010	382,85	64,07	49,71	19,3	12,47	64,89	629,2	34,64	7,53
Joao Pessoa	PB	2010	526,30	99,98	100	26,8	12,43	69,4	749,25	34,77	2,26
Recife	PE	2010	336,89	6,27	57,76	18,6	12,89	63,98	864,69	50,47	9,96
Maceio	AL	2010	341,59	25,49	39,23	18,2	16,12	68,81	702,38	72,36	7,57
Aracaju	SE	2010	485,31	82,75	97,55	15,2	17,83	80,33	594,39	96,08	5,12
Salvador	BA	2010	325,95	42,52	30,99	19,1	16,91	65,05	617,91	82,36	2,61
Belo Horizonte	MG	2010	647,68	60,88	95,22	19,3	11,37	73,19	671,27	67,42	2,38
Vitoria	ES	2010	515,94	54,59	100	12,1	10,05	79,89	732,78	109,29	4,37
Rio de Janeiro	RJ	2010	360,15	120,04	25,79	21,5	13,18	62,7	964,82	76,90	11,01
Sao Paulo	SP	2010	450,50	150,81	59,18	19,2	11,55	75,02	776,26	57,38	3,14
Curitiba	PR	2010	446,93	173,13	56,65	10	9,11	79,16	703,09	55,24	2,09
Florianopolis	SC	2010	396,19	324,74	99,41	17,4	9,06	64,89	592,98	18,88	1,89
Porto Alegre	RS	2010	587,57	91,85	52,13	24,3	10,48	65,98	1023,18	27,29	11,68
Campo Grande	MS	2010	663,47	113,73	36,77	14,1	13,2	57,14	730,4	46,88	3,05
Cuiaba	MT	2010	290,39	290,39	54,34	20,4	13,16	75,16	658,69	21,40	2,03
Goiania	GO	2010	539,87	277,03	100	20,8	12,59	74,69	674,04	34,98	0,20
Brasilia	DF	2010	598,88	14,40	43,88	24,3	12,63	81,66	512,72	45,20	2,10
Porto Velho	RO	2011	394,93	36,09	84,43	20,3	12,7	64,19	545,17	114,39	2,29
Rio Branco	AC	2011	196,02	178,18	48,62	15,2	13,04	88,84	605,66	57,95	1,45
Manaus	AM	2011	273,52	111,02	54,88	26,2	13,45	78,61	528,05	56,86	2,52
Boa Vista	RR	2011	302,35	186,17	68,2	23,7	10,24	80,23	479,38	63,97	3,36
Belem	PA	2011	376,97	82,50	42,53	27,7	16,88	81,48	649,49	40,94	1,55
Macapa	AP	2011	223,07	107,65	77,51	23,7	20,42	75,56	457,45	42,54	6,49
Palmas	TO	2011	442,53	125,92	71,93	15,9	13,91	72,5	390,69	107,00	4,92
Sao Luis	MA	2011	524,89	28,13	37,74	12	16,32	73,18	660,08	70,98	3,11
Teresina	PI	2011	708,12	75,67	100	19,5	16,15	84,17	753,8	71,76	1,79
Fortaleza	CE	2011	448,76	103,11	50,91	20,9	12,8	65,86	614,44	47,99	14,21
Natal	RN	2011	469,19	50,10	47,18	16,3	10,16	70,89	689,22	65,58	8,61
Joao Pessoa	PB	2011	666,20	117,08	83,09	23,8	12,37	69,58	767,81	34,36	3,78
Recife	PE	2011	377,69	11,01	61,07	18	12,56	61,91	857,26	40,51	13,46
Maceio	AL	2011	424,25	29,25	39,14	16,7	15,07	72,97	745,78	38,79	11,19
Aracaju	SE	2011	601,68	71,75	84,93	18,3	13,96	83	589,02	133,44	6,36
Salvador	BA	2011	331,80	29,82	32,54	18,3	16,15	66,32	616	56,16	5,03
Belo Horizonte	MG	2011	728,06	46,03	100	20,3	10,44	74,82	632,65	34,89	2,32
Vitoria	ES	2011	580,17	65,18	100	11,4	9,58	85,71	701	21,78	6,75
Rio de Janeiro	RJ	2011	441,64	136,86	37,85	19,5	12,55	66,06	926,71	67,34	17,48
Sao Paulo	SP	2011	505,78	170,46	57,43	18,2	11,4	75,85	781,37	47,60	3,75
Curitiba	PR	2011	503,21	195,59	59,58	10,7	8,79	80,6	683,24	59,41	3,33
Florianopolis	SC	2011	442,98	353,08	100	14,4	8,44	69,48	602,11	36,70	2,20

CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Porto Alegre	RS	2011	662,34	119,91	54,73	26,8	9,25	61,28	1036	31,71	14,75
Campo Grande	MS	2011	770,91	149,64	32,64	13,7	10,2	50,56	688,89	45,99	3,99
Cuiaba	MT	2011	615,89	5,47	50,15	22,5	12,15	70,29	664,55	80,35	1,31
Goiania	GO	2011	621,19	317,90	85,74	19,2	12,31	73,17	686,22	38,63	0,82
Brasília	DF	2011	772,50	12,47	47,01	24,4	11,48	78,93	505,64	43,71	2,74
Porto Velho	RO	2012	497,13	51,85	76,15	19	14,32	65,51	528,8	89,48	3,02
Rio Branco	AC	2012	230,87	190,93	76,19	14,3	12,1	92,38	603,62	107,18	2,60
Manaus	AM	2012	314,25	141,01	50,69	28,3	13,6	75,55	531,5	53,44	3,30
Boa Vista	RR	2012	347,17	178,54	72,69	25,1	14,16	78,08	466	15,73	5,03
Belem	PA	2012	413,18	75,24	41	31,1	17,13	74,82	691,68	65,51	1,59
Macapa	AP	2012	229,30	110,24	85,74	20	22,35	80,15	423,31	33,36	8,90
Palmas	TO	2012	562,90	183,05	69,99	14,5	9,34	68,18	435,36	21,22	6,79
Sao Luis	MA	2012	566,32	32,02	37,97	11,8	15,23	68,43	631,87	71,99	3,88
Teresina	PI	2012	767,64	85,50	96,88	21,2	16,22	83,7	697,06	94,11	3,04
Fortaleza	CE	2012	508,42	113,22	43,89	25,5	11,18	68,39	612,7	61,21	14,53
Natal	RN	2012	518,63	61,95	47,77	16,4	12,61	64,56	684,42	49,14	10,15
Joao Pessoa	PB	2012	771,90	327,70	81,97	22,7	14,07	69,09	750,27	35,39	6,64
Recife	PE	2012	442,39	27,92	62,15	21,2	12,15	62,45	818,52	75,11	12,24
Maceio	AL	2012	458,31	29,13	43,74	18,1	15,4	65,16	715,75	20,17	14,93
Aracaju	SE	2012	652,61	67,09	89,24	16,3	15,36	79,01	583,5	21,33	12,59
Salvador	BA	2012	323,58	29,17	26,59	19,5	16,68	62,37	600,1	64,58	6,62
Belo Horizonte	MG	2012	831,77	33,63	100	19,9	10,68	75,15	649,6	40,47	4,86
Vitoria	ES	2012	658,44	73,78	100	15,2	9,55	82,24	680,76	111,04	7,11
Rio de Janeiro	RJ	2012	556,79	180,74	50,34	18,6	12,94	66,68	907,01	68,17	18,81
Sao Paulo	SP	2012	549,97	181,82	60,1	18,7	11,51	77,04	748,12	34,11	4,06
Curitiba	PR	2012	581,42	227,45	63,75	12,1	9,49	80,64	694,29	23,92	3,47
Florianopolis	SC	2012	489,64	234,93	100	15,7	9,1	73,81	578,88	36,40	2,55
Porto Alegre	RS	2012	816,23	146,76	53,47	25,1	9,24	59,56	976,64	56,50	16,33
Campo Grande	MS	2012	892,84	175,92	35,93	17	8,64	51,49	687,79	59,09	6,50
Cuiaba	MT	2012	639,22	13,09	49,16	18,9	14	64,13	633,75	51,08	4,09
Goiania	GO	2012	715,00	351,20	65,11	19,5	12,91	72,18	691,09	61,02	0,70
Brasília	DF	2012	868,39	6,96	50,27	25,2	11,63	77,69	491,72	43,68	2,85
Porto Velho	RO	2013	470,11	28,01	71,24	17,1	13,89	64,63	481,92	78,41	4,93
Rio Branco	AC	2013	247,32	205,96	66,25	13,7	13,35	91,86	580,71	56,21	6,60
Manaus	AM	2013	318,82	140,73	52,64	27,5	15,32	75,31	510,66	67,24	3,39
Boa Vista	RR	2013	382,67	229,23	46,5	22,2	11,97	68,29	449,24	31,50	5,20
Belem	PA	2013	430,85	59,05	44,23	30	18,05	78,21	648,01	123,38	1,05
Macapa	AP	2013	209,30	103,97	72,54	20,7	22,12	80,73	447,96	83,86	8,91
Palmas	TO	2013	476,18	167,32	80,18	14,9	10,15	72,34	398,93	20,71	7,45
Sao Luis	MA	2013	560,49	28,73	47,74	13,5	16,91	71,21	613,21	69,75	6,57

CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Teresina	PI	2013	866,43	147,44	100	19,3	14,68	81,21	684,71	37,44	5,47
Fortaleza	CE	2013	546,11	115,30	50,54	23	11,79	66,23	580,61	65,18	14,91
Natal	RN	2013	495,09	50,35	68,58	15	12,75	68,63	653,77	42,23	8,19
Joao Pessoa	PB	2013	720,86	333,90	91,83	19,9	12,3	75,45	727	95,25	4,85
Recife	PE	2013	454,97	27,27	60,35	19,8	12,38	63,74	831,85	60,41	18,08
Maceio	AL	2013	487,61	36,04	47,53	13,8	14,3	70,87	708,5	59,32	14,83
Aracaju	SE	2013	702,42	60,81	86,93	13,4	14,93	65,67	584,24	53,34	10,35
Salvador	BA	2013	319,33	12,47	27,89	20,8	17,56	66,36	584,93	65,83	10,37
Belo Horizonte	MG	2013	944,82	42,09	100	19,5	9,62	73,84	640,46	38,24	5,54
Vitoria	ES	2013	713,66	63,19	100	19,1	10,31	80,72	695,61	21,47	12,67
Rio de Janeiro	RJ	2013	552,12	186,28	49,36	16,3	12,72	69,79	906,12	76,43	17,35
Sao Paulo	SP	2013	582,29	209,73	60,54	18,5	11,2	77,98	769,22	45,67	5,01
Curitiba	PR	2013	673,78	285,16	57,63	13,4	8,82	74,01	676,11	32,09	4,01
Florianopolis	SC	2013	501,85	228,09	100	18,7	5,15	70,89	594,78	35,52	8,17
Porto Alegre	RS	2013	850,03	161,05	66,52	24,2	9,27	60,29	997,34	30,40	18,44
Campo Grande	MS	2013	918,75	194,02	44,67	14,7	9,27	57,89	701,8	65,73	6,50
Cuiaba	MT	2013	693,23	18,23	49,4	18,3	15,31	60,09	634,73	29,63	5,73
Goiania	GO	2013	782,10	371,00	66,53	17,9	12,62	73,08	670,92	31,78	1,50
Brasilia	DF	2013	1053,83	9,25	56,89	24,4	12,73	81,62	485,44	53,90	3,37
Porto Velho	RO	2014	506,33	27,34	72,53	17,8	13,25	61,24	470,93	87,62	6,02
Rio Branco	AC	2014	281,58	231,86	81,38	12,4	15,26	93,98	624,45	42,79	6,99
Manaus	AM	2014	337,29	139,45	51,37	27,2	13,85	73,22	518,48	98,11	3,08
Boa Vista	RR	2014	399,75	96,65	69,03	20,9	13,77	79,27	454,51	14,80	1,78
Belem	PA	2014	611,66	2,78	48,32	30,8	15,37	78,95	636,2	78,96	3,58
Macapa	AP	2014	229,54	208,71	95,88	21,3	19,29	78,89	520,56	40,82	2,86
Palmas	TO	2014	547,32	165,67	90,28	11	9,49	80	417,05	58,12	8,14
Sao Luis	MA	2014	631,92	47,08	50,7	11,2	17,11	67,9	637,54	72,57	6,41
Teresina	PI	2014	933,70	99,55	100	18,8	15,14	80,24	733,21	21,53	6,53
Fortaleza	CE	2014	621,57	56,80	55,88	24,3	11,39	61,61	574,94	65,45	17,46
Natal	RN	2014	546,64	46,14	72,2	17,5	12,14	68,17	619,81	50,58	9,27
Joao Pessoa	PB	2014	755,33	151,30	90,87	21,4	13,33	70,56	717,33	50,94	8,83
Recife	PE	2014	529,76	309,06	59,43	18,7	11,95	62,78	808,7	51,05	19,53
Maceio	AL	2014	564,78	49,36	44,89	17,5	14,38	67,45	704,13	87,33	14,78
Aracaju	SE	2014	741,55	36,61	83,74	18,5	17,84	67,76	555,26	62,59	10,85
Salvador	BA	2014	196,38	14,21	33,77	20	15,87	66,61	608,72	89,98	11,18
Belo Horizonte	MG	2014	1074,97	39,47	98,78	18,5	9,96	71,78	648,46	40,97	7,44
Vitoria	ES	2014	705,53	56,33	98,16	17,1	9,78	74,07	676,55	83,25	9,57
Rio de Janeiro	RJ	2014	572,00	187,95	54,19	19,4	11,36	71,49	887,72	71,12	16,90
Sao Paulo	SP	2014	514,16	213,63	59,03	18,3	11,11	74,75	750,61	46,06	5,60

CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Curitiba	PR	2014	753,21	360,86	60,97	14,3	7,74	75,27	647,41	36,27	5,52
Florianopolis	SC	2014	538,07	253,09	100	18,4	11,01	69,23	607,65	0,00	10,32
Porto Alegre	RS	2014	971,73	215,54	68,01	25,2	9,75	59,24	965,65	20,85	21,73
Campo Grande	MS	2014	1035,48	221,59	41,6	14,5	7,96	54,04	716,54	21,12	6,20
Cuiaba	MT	2014	788,27	37,85	47,97	17,4	14,02	63,9	607,66	102,81	6,36
Goiania	GO	2014	796,89	70,05	65,11	17,7	10,71	68,08	664,28	52,24	3,00
Brasilia	DF	2014	1142,00	11,54	61,58	22,6	11,4	75,74	496,32	44,72	3,89
Porto Velho	RO	2015	550,40	30,06	64,35	14,7	13,31	70,03	468,21	54,99	7,48
Rio Branco	AC	2015	279,37	238,89	86,21	11,8	14,5	88	555,57	43,07	5,89
Manaus	AM	2015	358,31	146,83	49,57	26,4	13,18	70,66	517,44	47,23	6,35
Boa Vista	RR	2015	441,35	111,05	65,74	23,7	11,61	71,72	462,74	74,42	1,19
Belem	PA	2015	645,36	3,68	46,8	28,4	14,96	60,62	668,64	75,29	6,82
Macapa	AP	2015	291,89	251,80	89,25	19,5	17,7	74,14	470	63,21	3,27
Palmas	TO	2015	567,05	172,75	89,24	20,1	11,93	81,25	452,45	96,19	10,20
Sao Luis	MA	2015	686,74	66,61	48,81	11,2	17,47	68,23	630,47	70,60	9,71
Teresina	PI	2015	973,93	88,56	100	20	14,02	81,31	726,68	57,24	16,03
Fortaleza	CE	2015	634,75	59,40	61,02	24,9	11,59	64,52	592,27	32,90	16,78
Natal	RN	2015	584,34	71,58	65,1	17,9	14,46	64,35	657,98	32,68	14,38
Joaõ Pessoa	PB	2015	545,76	159,25	93,48	20,5	10,65	25,97	693,91	73,18	10,57
Recife	PE	2015	569,75	296,60	59,81	20	10,48	63,6	851,57	80,29	22,90
Maceio	AL	2015	528,44	49,57	44,85	15,9	14,59	68,2	718,61	57,85	12,34
Aracaju	SE	2015	865,61	62,70	82,51	19	15,84	68,37	573,36	0,00	7,35
Salvador	BA	2015	403,26	11,26	36,9	18,5	14,85	65,74	588,46	60,05	13,07
Belo Horizonte	MG	2015	1093,56	55,23	99,71	19,5	10,07	69,84	635,71	28,05	8,98
Vitoria	ES	2015	707,38	64,33	97,45	16,7	9,39	86,99	644,44	21,34	11,95
Rio de Janeiro	RJ	2015	603,48	211,25	54,07	14,6	12,08	66,3	900,48	71,67	15,55
Sao Paulo	SP	2015	696,56	230,40	54,4	18,7	10,86	77,02	760,05	51,61	5,76
Curitiba	PR	2015	772,34	360,13	57,62	14,3	8,98	74,04	656,96	32,65	6,37
Florianopolis	SC	2015	580,97	263,94	100	18,2	6,85	62,72	603,01	48,90	7,82
Porto Alegre	RS	2015	977,74	241,50	66,01	24,6	9,23	55,8	931,86	30,42	29,66
Campo Grande	MS	2015	1154,94	298,19	44,07	15,2	8,64	57,86	716,49	48,38	7,12
Cuiaba	MT	2015	901,11	58,43	47,4	15,4	13,66	59,22	621,52	46,78	7,76
Goiania	GO	2015	803,65	58,58	61,89	14,5	10,67	69,55	658,88	34,99	3,63
Brasilia	DF	2015	2204,49	7,57	61,94	24,2	10,58	75,57	479,85	34,69	4,36
Porto Velho	RO	2016	577,70	25,94	65,27	14,3	15,56	72,97	468,55	92,90	7,43
Rio Branco	AC	2016	278,97	224,77	79,83	11,9	12,85	93,12	574,16	45,36	3,02
Manaus	AM	2016	346,32	139,50	46,55	26,1	12,78	74,57	514,02	68,18	10,76
Boa Vista	RR	2016	513,20	118,73	68,99	22,7	14,22	67,33	480,41	29,63	1,63
Belem	PA	2016	561,24	87,85	46,9	30,1	14,7	68,92	647,09	67,53	8,83
Macapa	AP	2016	288,01	129,71	85,9	21,8	17,73	71,52	481,17	84,41	6,22

CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Palmas	TO	2016	609,13	171,89	100	17,6	10,92	69,44	374,82	41,19	6,18
Sao Luis	MA	2016	734,37	54,69	43,82	11,7	15,82	71,91	638,04	87,88	7,97
Teresina	PI	2016	1156,48	89,89	100	17,5	14,84	79,09	702,6	51,95	15,14
Fortaleza	CE	2016	651,56	133,34	63,67	24,3	11,4	67,24	564,57	42,72	19,23
Natal	RN	2016	707,75	71,31	58,12	15,8	13,2	67,16	687,18	78,15	12,85
Joao Pessoa	PB	2016	733,47	149,73	94,29	18,5	13,07	74,74	746,15	68,34	1,28
Recife	PE	2016	577,00	286,97	62,93	20,7	11,91	70,41	847,46	60,71	23,54
Maceio	AL	2016	561,73	55,90	46,49	15,3	14,53	60,55	740,63	28,35	10,99
Aracaju	SE	2016	776,64	55,31	78,15	20,5	14,89	66,98	571,87	56,39	9,02
Salvador	BA	2016	440,96	14,31	39,13	18,6	15,51	67,75	537,77	62,83	16,59
Belo Horizonte	MG	2016	1106,55	56,35	100	19,2	9,31	72,99	641	40,47	9,98
Vitoria	ES	2016	657,88	54,39	93,64	17,9	10,07	80,51	676,02	22,89	14,88
Rio de Janeiro	RJ	2016	714,49	233,84	61,22	16,8	12,83	71,28	933,35	74,55	17,88
Sao Paulo	SP	2016	784,50	269,67	59,55	17,8	11,32	76,68	769,3	41,84	6,63
Curitiba	PR	2016	805,04	360,74	58	15,6	8,66	72,34	691,73	8,61	6,25
Florianopolis	SC	2016	603,83	292,20	100	18,3	6,09	57,82	629,28	48,12	8,98
Porto Alegre	RS	2016	1014,42	272,36	67,17	23,7	9,02	59,55	990,17	37,56	31,07
Campo Grande	MS	2016	1180,61	271,14	39,36	14,8	10,71	51,19	727,16	43,71	10,05
Cuiaba	MT	2016	1070,95	41,57	54,06	13,7	11,44	59,26	655,48	30,37	4,15
Goiania	GO	2016	866,05	48,55	59,03	13,6	12,54	67,36	605,42	28,40	4,45
Brasilia	DF	2016	1744,88	6,57	62,67	21,6	10,31	71,64	461,79	55,38	5,01
Porto Velho	RO	2017	557,69	29,33	60	14,2	13,75	64,09	476,44	56,82	9,77
Rio Branco	AC	2017	282,95	237,37	81,88	11,5	11,46	93,86	575,94	30,96	3,10
Manaus	AM	2017	345,90	152,38	42,65	25,2	14,52	71,53	496,76	31,17	18,49
Boa Vista	RR	2017	502,66	133,50	65,46	21,7	11,93	69,72	537,99	28,40	2,27
Belem	PA	2017	535,86	84,37	47,2	29,5	13,55	73,23	649,98	97,89	5,51
Macapa	AP	2017	263,71	116,74	59,28	28,4	21,36	85,55	482,41	43,15	5,61
Palmas	TO	2017	635,09	159,91	100	13,8	9,88	66,67	446,68	96,84	9,88
Sao Luis	MA	2017	711,12	53,00	44,17	11,5	17,36	66,47	613,56	45,02	9,78
Teresina	PI	2017	1123,86	105,78	100	18,3	16,49	76,65	699,96	35,53	14,57
Fortaleza	CE	2017	714,17	140,98	64,64	27	13,54	64,23	639,49	46,30	20,34
Natal	RN	2017	729,74	74,93	49,86	16,2	13,31	58,98	675,58	60,91	20,71
Joao Pessoa	PB	2017	767,72	152,46	92,5	18,4	12,92	65,38	724,26	65,85	13,50
Recife	PE	2017	615,77	287,83	64,13	17,9	10,83	67,56	829,91	43,83	30,37
Maceio	AL	2017	607,77	60,81	44,38	14,6	12,18	65,13	725,61	27,52	12,04
Aracaju	SE	2017	710,56	47,09	74,86	21,4	17,2	69,53	547,9	77,19	8,05
Salvador	BA	2017	460,65	13,32	37,84	19,5	14,56	66,73	564,96	50,89	15,01
Belo Horizonte	MG	2017	1133,99	246,92	100	21,7	9,99	71,32	660,56	16,59	10,58
Vitoria	ES	2017	667,92	58,31	86,02	17,1	12,14	75,21	669,65	21,68	9,32
Rio de Janeiro	RJ	2017	676,44	231,75	70,81	18,4	11,22	68,29	886,51	82,82	16,52

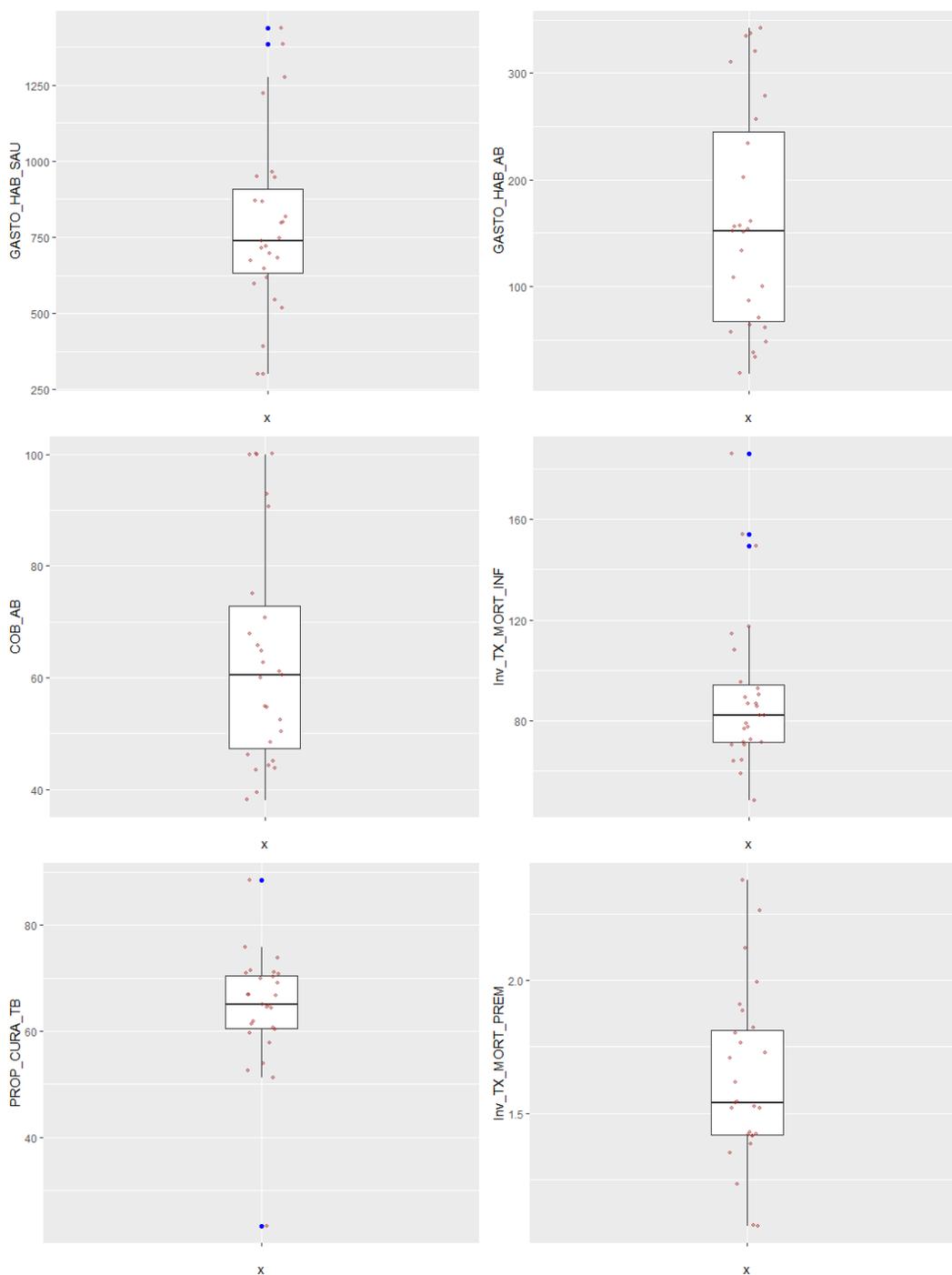
CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Janeiro											
Sao Paulo	SP	2017	816,74	318,28	59,5	17,5	11,19	75,53	744	51,98	6,45
Curitiba	PR	2017	852,48	355,71	53,59	16,2	8,31	77,66	671,15	17,59	8,27
Florianopolis	SC	2017	586,94	314,99	100	18,9	7,71	56,5	619,65	15,74	10,54
Porto Alegre	RS	2017	1052,05	273,91	68,74	22,7	8,98	60	911,02	27,04	33,10
Campo Grande	MS	2017	1298,73	264,29	39,8	13,8	8,76	46,28	705,37	35,05	10,87
Cuiaba	MT	2017	1263,17	48,46	48,02	13,1	11,52	58,36	667,18	48,02	6,63
Goiania	GO	2017	840,75	43,05	50,77	13,7	11,25	66,39	651,52	51,36	4,86
Brasilia	DF	2017	999,71	5,91	56,75	20,9	11,08	56,71	484,11	47,12	6,28
Porto Velho	RO	2018	537,74	45,09	58,48	13,9	12,23	70,48	448,14	45,70	9,94
Rio Branco	AC	2018	314,65	265,34	74,35	12,8	14,32	90,53	597,32	92,38	4,00
Manaus	AM	2018	360,17	163,39	42,59	25,8	13,84	70,06	521,21	95,88	17,05
Boa Vista	RR	2018	508,88	136,21	71,06	26,2	13,6	75,47	532,57	73,50	6,00
Belem	PA	2018	549,30	83,43	44,48	26	14,58	75,61	642,25	77,53	3,26
Macapa	AP	2018	289,14	125,10	82,67	24,5	21,52	82,39	506,85	96,85	6,46
Palmas	TO	2018	679,34	194,98	100	23,5	10,84	70,37	386,04	0,00	9,34
Sao Luis	MA	2018	764,25	53,93	43,03	12,5	15,73	72	582,65	56,39	14,04
Teresina	PI	2018	1202,74	239,71	100	18,7	13,85	76,49	665,32	35,52	15,84
Fortaleza	CE	2018	731,67	140,49	51,07	26,2	11,44	63,11	624,81	30,70	20,18
Natal**	RN	2018	738,79	63,10	54,27	16,2	10,96	58,95	672,38	48,71	22,00
Joao Pessoa	PB	2018	790,35	160,26	92,47	20,5	10,56	68,21	693,57	32,25	13,62
Recife	PE	2018	662,27	304,81	62,68	19,5	10,53	63,46	786,15	67,53	31,02
Maceio	AL	2018	764,83	75,02	45,22	16,8	13,44	63	681,5	33,27	14,24
Aracaju	SE	2018	642,03	182,06	77,16	20,5	18,17	66,1	506,68	42,74	6,84
Salvador	BA	2018	502,96	17,57	38,76	19,4	15,74	63,59	564,58	48,84	17,81
Belo Horizonte	MG	2018	1189,31	286,68	100	21,2	9,86	74,15	637,24	57,02	13,42
Vitoria											
Vitoria	ES	2018	702,36	68,20	90,05	17,9	9,04	70,87	658,75	21,53	7,54
Rio de Janeiro											
Rio de Janeiro	RJ	2018	644,63	215,05	69,2	16,6	11,73	68,18	904,72	60,57	13,78
Sao Paulo											
Sao Paulo	SP	2018	791,47	303,00	60,97	17,9	11,04	76,45	744,34	48,38	7,18
Curitiba											
Curitiba	PR	2018	849,27	338,64	51,82	16,6	8,28	70,47	670,9	13,57	6,78
Florianopolis											
Florianopolis	SC	2018	596,14	307,59	99,56	18,4	7,69	51,87	590,43	0,00	10,36
Porto Alegre											
Porto Alegre	RS	2018	896,34	144,35	68,04	24,6	9,04	55,61	928,56	34,13	29,87
Campo Grande											
Campo Grande	MS	2018	1321,58	284,01	60,72	15,9	9,88	64,4	731,68	49,38	6,98
Cuiaba											
Cuiaba	MT	2018	1279,48	41,69	52,08	14,5	11,41	59,47	678,4	28,77	4,22
Goiania											
Goiania	GO	2018	768,81	41,51	60,24	16,5	10,49	61,83	629,56	60,60	2,19
Brasilia											
Brasilia	DF	2018	1045,04	3,09	55,49	21,9	10,25	59,5	460,33	54,30	8,76
Porto Velho											
Porto Velho	RO	2019	598,74	61,42	60,43	15,9	13,04	66,8	442,08	71,12	6,04
Rio Branco											
Rio Branco	AC	2019	302,12	256,70	75,02	13	11,07	88,4	549,13	63,25	3,00
Manaus											
Manaus	AM	2019	390,60	156,36	46,3	24	13,81	69,9	524,16	68,53	16,00
Boa Vista											
Boa Vista	RR	2019	545,46	153,77	61,1	28	14,21	71,4	530,32	55,95	4,59

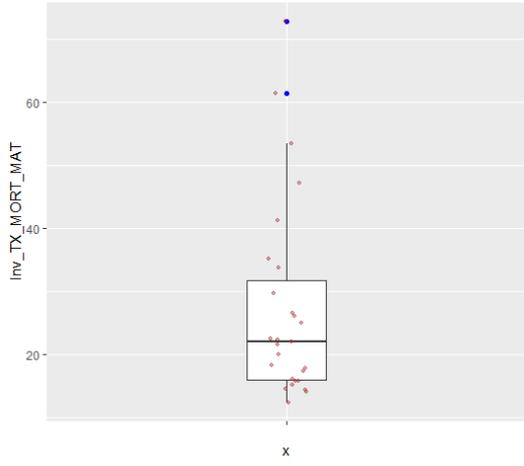
CAPITAL	UF	ANO	GASTO_HAB_SAU	GASTO_HAB_AB	COB_AB	ICSAB_PROADESS (↓)	TX_MORT_INF (↓)	PROP_CURA_TB	TX_MORT_PREM (↓)	TX_MORT_MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
Belem	PA	2019	672,83	100,28	39,43	21,9	15,49	70,2	649,1	69,94	6,40
Macapa	AP	2019	302,38	133,10	65,79	13,9	20,6	75,8	501,94	33,77	10,47
Palmas	TO	2019	720,10	233,72	100	14,3	11,53	61,9	420,87	38,42	4,23
Sao Luis	MA	2019	799,71	57,56	43,88	9,4	13,96	71,0	566,66	44,63	5,87
Teresina	PI	2019	1276,36	108,66	100	13,4	14,02	71,1	703,11	66,06	12,11
Fortaleza	CE	2019	817,79	156,67	44,22	16,9	11,67	60,3	617,85	40,05	15,99
Natal**	RN	2019	746,54	70,80	52,52	13	12,88	57,8	706,15	37,59	26,50
Joao Pessoa	PB	2019	797,02	152,07	92,91	14,8	12,65	66,8	721,82	57,89	9,35
Recife	PE	2019	696,32	320,64	64,8	14,3	11,5	64,9	811,28	28,39	26,88
Maceio	AL	2019	714,92	86,78	43,55	11,8	14,22	60,6	705,11	13,74	10,44
Aracaju	SE	2019	619,28	161,71	70,74	14,4	16,94	66,8	579,3	46,42	16,36
Salvador	BA	2019	519,47	18,27	38,06	12,8	15,58	59,7	555,36	54,57	3,30
Belo Horizonte	MG	2019	1384,67	278,25	100	15,7	10,49	64,3	657,94	45,44	9,68
Vitoria	ES	2019	739,68	63,79	90,52	14,6	6,69	69,0	699,19	44,61	5,35
Rio de Janeiro	RJ	2019	647,80	202,61	54,85	13,6	12,15	65,0	926,4	80,73	14,84
Sao Paulo	SP	2019	867,51	337,50	62,64	13,3	11,21	73,8	739,82	62,43	7,52
Curitiba	PR	2019	947,98	342,10	50,27	12,3	6,5	70,7	658,23	18,70	5,33
Florianopolis	SC	2019	682,67	335,02	100	12,9	5,38	23,3	585,41	16,30	8,15
Porto Alegre	RS	2019	950,32	150,98	67,87	17,1	8,72	52,6	928,52	24,21	25,36
Campo Grande	MS	2019	1436,32	310,50	48,44	14,8	9,26	51,1	706,54	49,86	8,48
Cuiaba	MT	2019	1221,19	47,80	44,99	9,5	10,76	61,4	648,49	29,61	2,67
Goiania	GO	2019	869,30	33,80	59,93	13,1	12,16	64,6	655,44	63,21	2,67
Brasilia	DF	2019	962,95	37,80	54,69	21,8	8,53	53,9	471,5	21,22	8,77

Fontes: SIOPS, E-gestor, Proadess, SIM, SINASC, IBGE, SINAN Obs: * Sem dado para Gasto neste ano ** Consulta no RREO por inconsistência no Finbra. ↓ Indicador com sentido "Quanto menor, melhor".

APÊNDICE D – DISPERSÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS NA AED

Foram preparados gráficos boxplot para observar a dispersão das variáveis, os quartis (Q1, Q2 e Q3, retângulo) e a presença de valores atípicos (*outliers*), que estão destacados em pontos na cor azul.





APÊNDICE E - QUADRO1: POSIÇÃO DA CAPITAL RIO BRANCO NOS INDICADORES DE DESEMPENHO, CONFORME TABELA 1/APÊNDICE C, 2019.

COB_AB	ICSAB_PROA DESS (↓)	TX_MORT_I NF (↓)	PROP_CU RA_TB	TX_MORT_P REM (↓)	TX_MORT_ MAT (↓)	TX_SIFILIS (↓)
BA	MA	SC	SC	TO	AL	MT
PA	MT	PR	MS	RO	SC	GO
AL	AL	ES	RS	DF	PR	AC
MA	PR	DF	DF	AP	DF	BA
CE	BA	RS	RN	AM	RS	TO
MT	SC	MS	BA	RR	PE	RR
AM	AC	MG	CE	AC	MT	PR
MS	RN	MT	AL	BA	AP	ES
PR	GO	AC	MT	MA	RN	MA
RN	SP	SP	TO	SE	TO	RO
DF	PI	PE	MG	SC	CE	PA
RJ	RJ	TO	GO	CE	ES	SP
GO	AP	CE	PE	MT	MA	SC
RO	PE	RJ	RJ	PA	MG	MS
RR	TO	GO	RO	GO	SE	DF
SP	SE	PB	SE	MG	MS	PB
PE	ES	RN	PB	PR	BA	MG
AP	PB	RO	ES	ES	RR	AL
RS	MS	AM	AM	PI	PB	AP
SE	MG	MA	PA	AL	SP	PI
AC	RO	PI	PR	RN	GO	RJ
ES	CE	RR	MA	MS	AC	CE
PB	RS	AL	PI	PB	PI	AM
SC	DF	PA	RR	SP	AM	SE
TO	PA	BA	SP	PE	PA	RS
PI	AM	SE	AP	RJ	RO	RN
MG	RR	AP	AC	RS	RJ	PE

Fonte: Elaboração própria.Obs: As siglas dos estados representam a posição das respectivas capitais nos indicadores de desempenho.