



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
DOUTORADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

ELYROUSE CAVALCANTE DE OLIVEIRA BELLINI

**(IN)EFICIÊNCIA E QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS DO SUDESTE BRASILEIRO NOS
MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO DIRETA E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE**

Recife
2022

ELYROUSE CAVALCANTE DE OLIVEIRA BELLINI

**(IN)EFICIÊNCIA E QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS DO SUDESTE BRASILEIRO NOS MODELOS DE
ADMINISTRAÇÃO DIRETA E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências Contábeis da Universidade Federal de
Pernambuco como requisito para obtenção do título
de doutora em Ciências Contábeis.

Orientador: Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas

Coorientadora: Dr^a. Vanessa Costa e Silva

Recife
2022

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

B444i

Bellini, Elyrouse Cavalcante de Oliveira

(In)eficiência e qualidade na prestação dos serviços de atenção primária dos municípios do sudeste brasileiro nos modelos de administração direta e organizações sociais de saúde / Elyrouse Cavalcante de Oliveira Bellini. – 2022.

100 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas e coorientadora Prof.^a Dra. Vanessa Costa e Silva.

Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2022.

Inclui referências.

1. Atenção primária à saúde. 2. Organização social - análise. 3. Qualidade.
I. Freitas, Maurício Assuero Lima de (Orientador). II. Silva, Vanessa Costa e (Coorientadora). III. Título.

657 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2022 – 026)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
DOUTORADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

ELYROUSE CAVALCANTE DE OLIVEIRA BELLINI

**(IN)EFICIÊNCIA E QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS DO SUDESTE BRASILEIRO NOS MODELOS DE
ADMINISTRAÇÃO DIRETA E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de doutora em Ciências Contábeis.

Aprovado em 26/04/2022

BANCA EXAMINADORA

Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas /PPGCC-UFPE (Orientador)

Dr.^a Vanessa Costa e Silva/ Fiocruz-ENSP (Coorientadora)

Dr.^a Ana Lúcia Fontes.de Souza Vasconcelos/PPGCC-UFPE (Examinadora Interna)

Dr.^a Islândia Maria Carvalho de Sousa/ Fiocruz-IAM (Examinadora Externa)

Dr.^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra/UFPE- Departamento de Medicina Social
(Examinadora Externa)

Dr.^a. Monaliza de Oliveira Ferreira / PPGE-UFPE (Examinadora Externa)

Recife
2022

Dedico esta tese a quatro pessoas que estiveram sempre presentes nessa caminhada, reconhecendo as conquistas e incentivando-me nos momentos difíceis, meu filho amado, Antônio Cavalcante Bellini; meu esposo que amo tanto, Denis Bellini, e não tenho palavras para descrever tanto apoio; minha mãe, Erodite Cavalcante de Oliveira, que nunca mediu esforços para ajudar, não só a mim, mas à família inteira; e ao meu pai, Milton Praxedes de Oliveira (*in memoriam*), cujos ensinamentos e amor se perpetuam. Sem eles, eu não teria chegado até aqui.

A todos (as) que acreditam numa saúde pública de qualidade, com maior eficiência, eficácia e efetividade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus o dom da vida, principalmente, neste processo, o qual passei por muitos momentos difíceis. Ele sempre está presente, em todos os momentos da minha vida. Nesse período, peguei Covid três vezes, uma delas com internação junto ao meu marido; descobri uma endometriose crônica, com indicações de operação; o que eram protrusões na coluna virou hérnia; o que parecia apenas tendinite no braço descobri que era artrose e artrite na coluna; tive crise de ansiedade e passei a tomar remédios controlados; minha família passou por vários problemas de saúde e, o melhor de tudo, Ele (Deus) sempre esteve conosco e estará. Sou muito, muito agradecida a Deus. Gostaria que todos soubessem que com fé em Deus os obstáculos são superados. Nunca descreditei.

Ao meu filho, Antônio, que só pelo fato de existir me dá forças para superar qualquer obstáculo. Por todos os momentos que eu o privei de estar comigo, eu só pensava que jamais poderia parar no meio do caminho, por pior que fosse a provação. Te amo meu filho. Espero que um dia, mais maduro, você olhe todos os esforços da mamãe e sinta orgulho. E acredite que o trabalho e o estudo dignificam o Homem e que deve ser feito com amor.

Ao meu querido esposo, amigo, companheiro e grande amor, Denis. Obrigada por nunca ter soltado a minha mão, mesmo quando tinha inúmeros motivos para fazê-lo. Ele é a minha grande inspiração de ser humano. Te amo. Obrigada por viver a essência do casamento em Cristo.

À minha mãe, Erodite, que é a minha grande inspiração (mãe, batalhadora, honesta, ética e um coração que transborda). Ela é a fortaleza da nossa família. Obrigada pelo estímulo e apoio incondicional, pela paciência, amizade, amor incondicional e, principalmente, pela grande sensatez com que sempre me orientou. Ao meu pai, Milton (*in memoriam*) que sempre me guia.

À minha irmã, Elidaisy, ao meu cunhado Rubens, meus sobrinhos Leonardo, Lucas e Levi, os quais sempre me apoiaram, seja com orações, apoio ou palavras de incentivo, meu amor incondicional.

À família que ganhei, meus amados sogrinhos, Renato e Claudete, e cunhados Regis e Aninha. Obrigada por me acolherem com tanto amor, pelo incentivo dado e orações.

Às minhas primas (os), tias (os), amigas (os) de Maceió e de Recife, dos quais me afastei imensamente durante esse período de estudo e pesquisa, mas nunca deixei de ser amada e de amá-los (las). Cada um de vocês sempre me incentivou e curtiu as minhas vitórias.

Ao Professor Dr. José Francisco Ribeiro Filho (*in memoriam*), pelo privilégio a mim concedido, por ter sido meu orientador no mestrado e ter me ensinado a amar tanto a área pública, inclusive a da saúde.

À Universidade Federal de Pernambuco, especialmente, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (PPGCC/UFPE), pela oportunidade concedida para eu realizar o doutorado em um programa que tanto estimo e, pela oportunidade de aprendizado. Agradeço aos Coordenadores Luiz Carlos Miranda (anterior) e Luiz Carlos Marques dos Anjos (atual) e à nossa querida e prestativa secretária Tatiana Fonseca.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

À Universidade Federal de Alagoas (UFAL) por ter me concedido condições física e financeira de fazer o doutorado, tornando possível a realização do sonho desta alagoana que acredita muito no desenvolvimento do Estado de Alagoas e na saúde pública. À Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (Propep) pelo apoio e incentivo financeiro dado à qualificação, através do Prodep - TED nº 21/2018- Processo Nº 25380.00101448/2018-81, em especial, à Pró-reitora Prof^a. Iraildes Assunção e aos servidores Erika Buarque, Marineide Coelho e Natan, os quais sempre foram muito solícitos.

Aos meus colegas de trabalho da FEAC, sobretudo, aos Professores e amigos Valdemir da Silva, meu atual coordenador e Gustavo Madeiro, diretor da FEAC, que me concederam total apoio para que eu realizasse o meu doutorado de forma mais tranquila, à Alexandra Vieira, Arthur Lamenha, Kleber Guedes, Márcia Magalhães, Márcia Lima, Marluce Salgueiro e Marta Correia, que me apoiaram, seja de forma institucional, pedagógica ou, simplesmente, com uma palavra amiga. Ao coordenador do curso de ciências contábeis na época, Prof. Paulo Sérgio. Aos demais colegas, a gratidão é imensa por conduzirem o nosso curso a um alto patamar e com tanto zelo.

À querida amiga, Raquel Moura Lins Acioli, que conheci no Grupo de Pesquisas Saberes e Práticas em Saúde (Fiocruz-IAM/PE) e me acompanhou durante todo o processo, contribuindo com esta tese, seja na realização da revisão sistemática, na organização dos indicadores ou até mesmo com uma palavra amiga de incentivo, todos os dias. Te amo amiga.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas que sabe conduzir à docência com maestria. Exige, e muito, mas também compreende as dificuldades pela qual passamos nesse processo. Talvez, se não fosse a sua paciência, sua palavra amiga e acolhedora, eu não teria chegado ao fim desta pesquisa. Muito obrigada!

À minha querida coorientadora, com a qual aprendi muito sobre saúde pública. Um agradecimento especial à profa. Dr^a. Vanessa Costa e Silva (Fiocruz-ENSP/RJ), que aceitou a coorientação com o processo já encaminhado, apesar de ter participado das discussões desta tese desde o início. Obrigada pela grande contribuição, principalmente, pelo seu conhecimento de APS, pela coerência e sensatez das suas palavras e, além de tudo, por sua boa vontade e disponibilidade em conduzir essa coorientação, mesmo sabendo que o tempo era escasso. Sinto-me honrada por tê-la como coorientadora.

À banca examinadora de que tanto me orgulho. Formada por mulheres fortes e admiráveis, às professoras doutoras Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Ana Lúcia Fontes de Souza Vasconcelos, Monaliza de Oliveira Ferreira, muito obrigada pela contribuição na banca desta tese. Agradeço, em especial, à professora Islândia Maria Carvalho de Sousa, por ter me incentivado, contribuído e participado de muitas discussões para a realização desta tese. Você é uma inspiração.

Aos amigos Fernando Moreira (Fiocruz-PE), que sabe tudo sobre indicadores, e Francisco Juanito que contribuíram acerca da parte técnica deste estudo.

Aos docentes do curso do PPGCC, em especial, à professora Umbelina Cravo Teixeira Lagioia que participou da minha qualificação, e aos Professores Cláudio de Araújo Wanderley, Luiz Carlos Marques dos Anjos, Luiz Carlos Miranda, Raimundo Nonato Rodrigues, Vinícius Gomes Martins e Wilton Bernardino da Silva, aos quais devo parcela significativa da compreensão da ciência da contabilidade e da docência. Obrigada por tudo.

Aos meus queridos (as) amigos (as), companheiros (as) e confidentes de turma, que compartilharam comigo tantos ensinamentos, seja na área acadêmica ou pessoal: Juliana de Araújo, Lívia Vilar, Marco Túlio Ribeiro, Márcio Nunes e Wellington Porto. Vocês passaram a fazer parte da minha vida. Quero vocês sempre por perto.

Aos amigos e companheiros de outras turmas do mestrado e doutorado, Francivaldo Albuquerque, João Gabriel, Maria do Socorro, Rodrigo dos Prazeres, Tiago Soeiro e, em especial, o amigo Alexandre César Batista da Silva, companheiro desde a época do mestrado e a amiga Juliana Prates, a qual passamos tantos momentos bons e ruins juntas. Todos (as) contribuíram, seja com alguma palavra, apoio ou orientação.

“Pensar que a burocracia é um regime único e totalmente obsoleto quanto a sugestão de que a NGP é uma receita global que entregará governos “reinventados”, de forma confiável, é implausível” (Pollitt, & Bouckaert, 2017, p. 2).

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde tem se consolidado nos diversos países como estratégia central à melhoria dos Sistemas Públicos de Saúde. No Brasil, ela vem passando por inúmeras mudanças, no financiamento e na forma da prestação de serviços de saúde por entidades privadas sem fins lucrativos ou, mais recentemente, por uma agência autônoma de direito privado do governo federal, a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Ao mesmo tempo, o setor de saúde pública enfrenta inúmeros desafios como a capacidade de investimentos e o aumento da carga de doenças da população que podem comprometer os serviços prestados. Nesse sentido, a contratualização do poder público com organizações sociais de saúde tem sido realizada como uma alternativa à prestação de serviços públicos diretos, com o discurso oficial de melhorar, dentre outros, o acesso, a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. O que se pergunta é até que ponto esta contratação é uma alternativa eficiente na prestação de cuidados primários. Apesar do progresso demonstrado na Atenção Primária à Saúde nos últimos anos, inclusive com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família, é plausível um estudo que avalie o desempenho das unidades produtivas. Neste sentido, o objetivo do estudo foi analisar os fatores que influenciam a eficiência ou ineficiência das Organizações Sociais de Saúde e da Administração Direta na prestação de cuidados primários dos municípios do Sudeste brasileiro e a qualidade dos serviços prestados. Para tanto, esta tese divide-se em três artigos. No primeiro fez-se uma revisão sistemática para identificar, na literatura, o desempenho de entidades privadas sem fins lucrativos na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde e fatores que o influencia e compará-las com provedores públicos de serviços de saúde. Os resultados demonstraram que em termos de melhoria de acesso as entidades privadas sem fins lucrativos foram mais eficazes, entretanto, houve falta de evidências para afirmar a superioridade de um modelo de gestão sobre o outro. O segundo, objetivou analisar a (in)eficiência do Estado na prestação de serviços da Atenção Primária à Saúde e a identificação de fatores que a influencia, tendo como amostra municípios da Região Sudeste, comparando os modelos de gestão pela administração direta e por organizações sociais de saúde, utilizando-se do modelo *Data Envelopment Analysis* BCC, dois estágios, orientação do produto, e da regressão Tobit. Os resultados mostraram que: (i) os scores médios de eficiência se apresentaram baixos para ambos os modelos de gestão analisados, com melhores resultados nos municípios de pequeno porte e com administração direta; (ii) apenas as variáveis ‘cobertura da atenção primária’ e ‘índice de desenvolvimento municipal de educação e saúde’, mostraram-se associadas à eficiência, considerando todos os municípios da amostra e (iii) apenas as variáveis ‘total de despesas com pessoal em relação à despesa total com saúde’ e ‘despesa total com saúde por habitante’, mostraram-se associadas à eficiência nos municípios acima de 100.000 habitantes. Para consolidar os achados anteriores, o terceiro artigo analisou o efeito de recursos humanos e materiais sobre indicadores de qualidade na Atenção Primária à Saúde, tendo como base a região Sudeste. Foi utilizada a correlação canônica, na qual se obteve uma correlação moderada em um dos pares e no outro não se observou significância estatística. Este estudo tem implicações teórica, metodológica e prática. Contribuiu para a reflexão sobre a eficiência e qualidade dos modelos de gestão por AD e por OSS, de forma que os resultados demonstram que a APS, independente da gestão, precisa de ampliação das suas melhorias e que os governantes podem ratificar a sua importância como nível organizador do sistema de saúde, que além de aprimorar as condições de saúde da população, pode reduzir gastos ao diminuir a utilização da média e alta complexidade.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Organização Social. Eficiência. Análise Envoltória de Dados. Correlação Canônica. Qualidade.

ABSTRACT

Primary Health Care has been consolidated in different countries as a central strategy for improving Public Health Systems. In Brazil, it has been undergoing numerous changes, in the financing and in the form of the provision of health services by private non-profit entities or, more recently, by an autonomous agency of private law of the federal government, the Primary Health Care Development Agency. At the same time, the public health sector faces numerous challenges such as investment capacity and the increase in the population's disease burden that can compromise the services provided. In this sense, the contractualization of public authorities with social health organizations has been carried out as an alternative to the provision of direct public services, with the official discourse of improving, among others, access, efficiency and quality of services provided. The question is to what extent this contracting is an efficient alternative in the provision of primary care. Despite the progress shown in Primary Health Care in recent years, including greater coverage of the Family Health Strategy, a study that evaluates the performance of production units is plausible. In this sense, the objective of the study was to analyze the factors that influence the efficiency or inefficiency of the Social Health Organizations and the Direct Administration in the provision of primary care in the municipalities of Southeast Brazil and the quality of the services provided. Therefore, this thesis is divided into three articles. In the first one, a systematic review was carried out to identify, in the literature, the performance of non-profit private entities in the provision of Primary Health Care services and factors that influence it and compare them with public health service providers. The results showed that in terms of improving access, non-profit private entities were more effective, however, there was a lack of evidence to affirm the superiority of one management model over the other. The second aimed to analyze the (in)efficiency of the State in the provision of Primary Health Care services and the identification of factors that influence it, having as a sample municipalities in the Southeast Region, comparing the management models by the direct administration and by social health organizations, using the Data Envelopment Analysis BCC model, two stages, product orientation, and the Tobit regression. The results showed that: (i) the average efficiency scores were low for both management models analyzed, with better results in small municipalities with direct administration; (ii) only the variables 'coverage of primary care' and 'index of municipal development of education and health', were associated with efficiency, considering all the municipalities in the sample and (iii) only the variables 'total expenses with personnel in relation to total health expenditure' and 'total health expenditure per inhabitant', were associated with efficiency in municipalities with more than 100,000 inhabitants. To consolidate the previous findings, the third article analyzed the effect of human and material resources on quality indicators in Primary Health Care, based on the Southeast region. The canonical correlation was used, in which a moderate correlation was obtained in one of the pairs and in the other there was no statistical significance. This study has theoretical, methodological and practical implications. It contributed to the reflection on the efficiency and quality of management models by AD and OSS, so that the results show that PHC, regardless of management, needs to expand its improvements and that governments can ratify its importance as a level organizer of the health system, which in addition to improving the health conditions of the population, can reduce expenses by reducing the use of medium and high complexity.

Keywords: Primary Health Care. Social Organization. Efficiency. Data Envelopment Analysis. Canonical Correlation. Quality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TESE

Quadro 1 –	Estudos Anteriores	21-23
Gráfico 1 –	Eficiência Técnica e Alocativa Orientadas a <i>Outputs</i>	26
Figura 1 -	Delineamento da Tese	31

ARTIGO 1 – DESEMPENHO COMPARATIVO DE ENTIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Figura 1 –	Fluxograma Prisma de seleção dos estudos incluídos na revisão	36
Quadro 1 –	Caracterização de estudos sobre o desempenho das EPSFL na APS	38-39
Quadro 2 –	Estrutura conceitual dos resultados do estudo	40-41

ARTIGO 2 – O MODELO DE GESTÃO IMPORTA? (In)eficiência de entidades públicas e organizações sociais na Atenção Primária à Saúde no Sudeste brasileiro

Quadro 1 –	<i>Inputs e outputs</i> selecionados para identificação da fronteira de eficiência no Modelo (Ações de Saúde)	61
Quadro 2 –	Variáveis Independentes do modelo de Regressão TOBIT	63

ARTIGO 3 - O EFEITO DE INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS COM INDICADORES DE QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Quadro 1 –	Variáveis utilizadas na correlação canônica	74
------------	---	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2 – O MODELO DE GESTÃO IMPORTA? (In)eficiência de entidades públicas e organizações sociais na Atenção Primária à Saúde no Sudeste brasileiro

Tabela 1 –	Estatísticas Descritivas de Produção e Insumos dos Municípios Analisados	64
Tabela 2 –	Matriz de Correlação de <i>Pearson</i> , entre <i>inputs</i> e <i>outputs</i> e entre <i>inputs</i>	64
Tabela 3 –	Municípios eficientes analisados	66

ARTIGO 3 - O EFEITO DE INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS COM INDICADORES DE QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tabela 1 –	Estatísticas Descritivas para o Sudeste	77
Tabela 2 –	Matriz de Correlação de <i>Pearson</i>	78
Tabela 3 –	Coefficientes canônicos de <i>X</i>	79
Tabela 4 –	Coefficientes canônicos de <i>Y</i>	80
Tabela 5 –	Coefficientes canônicos	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Administração Pública Direta
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AI	Administração Indireta
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BBC	Banker, Charnes e Cooper
BCG	Bacilo de Calmette & Guérin
BPHS	Pacote Básico de Serviços de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCA	<i>Canonical Correlation Analysis</i>
CCC	<i>Chittagong City Corporation</i>
CCR	<i>Charnes, Cooper e Rhodes</i>
CF	Constituição Federal
CHCs	Centros de Saúde Comunitários
CI	<i>Contracting-in</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CO	<i>Contracting-out</i>
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CRS	<i>Constant Returns to Scale</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
DPT	Vacina Tríplice – Difiteria, Tétano e Coqueluche
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DMUs	<i>Decision Making Units</i>
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
EPSFL	Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FNS	Fundação Nacional da Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GOV	Governo
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internação por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde
LC	Lei Complementar
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado

MOPH	Ministério Afegão de Saúde Pública
MROSC	Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NPM	<i>New Public Management</i>
NSPS	Desempenho dos Provedores Não Estatais
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OS	Organizações Sociais
OSCs	Organizações da Sociedade Civil
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
P4P	<i>Pay-for-performance</i>
PEC	Programa de Extensão de Cobertura
PBF	<i>Performance-based financing</i>
PBF	Programa Bolsa Família
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PHCS	Centros de Saúde Primários
PIB	Partido Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PPP	Parceria Público Privada
PPSS	Provedores Públicos de Serviços de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RNPOs	<i>Religious nonprofit organizations</i>
RJ	Rio de Janeiro
SSR	Saúde Sexual Reprodutiva
SP	São Paulo
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde Para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Teoria da Agência
TEE	Teoria Econômica da Eficiência
TEP	Teoria da Escolha Pública
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VRS	<i>Variable Returns to Scale</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 Geral	19
1.1.2 Objetivos específicos	19
1.2 ORIGINALIDADE E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA	19
1.3 TEORIAS DE BASE	25
1.3.1 Teoria econômica da eficiência	25
1.3.2 Nova gestão pública e teoria da escolha pública	27
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	30
2 ARTIGO 1 - DESEMPENHO COMPARATIVO DE ENTIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	33
3 ARTIGO 2 - O MODELO DE GESTÃO IMPORTA? (In)eficiência de entidades públicas e organizações sociais na Atenção Primária à Saúde no Sudeste brasileiro	53
4 ARTIGO 3 - O EFEITO DE INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS COM INDICADORES DE QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	87

1 INTRODUÇÃO

A autonomia política, administrativa e financeira dos municípios brasileiros foi restaurada pelo art. 29 da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), considerada um marco do ponto de vista da democratização e de novos arranjos entre os entes federativos. Entre estes, o processo de descentralização político-administrativo, pautado na transferência de competências aos governos subnacionais, especialmente aos municipais, mas persistem as limitações financeiras e dependência de transferências da União, principalmente para aqueles de menor porte (Pacheco, Abrantes, Zuccolotto & Luquini, 2018).

Por imposição constitucional, foram transferidas aos municípios competências próprias para exercerem atividades institucionais de seus interesses, imputando-lhes uma série de atribuições, privativas ou comuns, a exemplo de legislar sobre assuntos de interesse local, instituição e arrecadação de determinados tributos e também a condução de duas políticas sociais: garantia de educação básica e fundamental e assistência à saúde em cooperação técnica e financeira com a União e os Estados (Pacheco *et al.*, 2018).

Observa-se que houve um aumento das responsabilidades municipais no tocante à execução de políticas públicas, a qual não foi acompanhada pela autonomia financeira. Além disso, mesmo após 30 anos da promulgação da CF/88, há uma evidente disparidade entre as regiões e entes federativos (Botelho, Abrantes & Fialho, 2019).

A descentralização permite que os municípios tenham oportunidades de implantar ações mais específicas, no entanto, ela enfrenta inúmeros desafios, entre eles, a heterogeneidade de cada região do país, com a pluralidade dos arranjos territoriais, desafiando a capacidade de gestão dos mesmos. Na saúde, destaca-se a necessidade do financiamento adequado e de uma gestão profissionalizada e comprometida com a concretização dos princípios de integralidade, equidade e universalidade estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao mesmo tempo, os gastos referentes às necessidades em saúde (a exemplo das mudanças nos cenários demográficos e epidemiológicos) e a incorporação tecnológica, por exemplo, são crescentes. Daí a necessidade de discutir, além do ajuste adequado do financiamento disponível, as possibilidades de tornar o sistema mais sustentável, eficiente e efetivo.

Os aspectos elencados anteriormente contribuíram com a forma de atuação da administração pública, mas as condições sociais e institucionais nem sempre foram adequadas para a implementação da ordem constitucional, com a década de 1990 marcada por várias reformas legais e novos modelos de execução das políticas públicas (Abrucio & Loureiro,

2018), sendo as municipais semelhantes às adotadas pelo governo federal. Dentre estas, destaca-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE, 1995), que orientou o estabelecimento de uma nova relação entre Estado, sociedade e mercado para além do modelo de administração burocrática¹, com a adoção de preceitos relacionados à Nova Gestão Pública (NGP)² ou *New Public Management* (NPM).

Entre os preceitos do PDRAE estavam uma intensa abertura ao capital estrangeiro e à liberalização econômica, valendo-se, no que tange à dimensão gerencial, de três projetos básicos: avaliação estrutural (exame da estrutura do Estado), a criação de Agências Autônomas (exercício de atividades exclusivas do Estado, como legislação e fiscalização) e a utilização de Organizações Sociais (OS) em processo denominado “publicização” (Silva, 2014). Com isso, no Brasil, a prestação de serviços não exclusivos do Estado, denominados serviços sociais, passaram a poder ser realizados por entidades privadas sem fins lucrativos (EPSFL),³ como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS) e as OS⁴ que, na essência, desenvolvem atividades da incumbência do poder público (Di Pietro, 2017), na forma de contratação indireta (CI).

Nesse sentido, tem-se realizado mudanças na gestão da prestação de serviços de saúde, inclusive na Atenção Primária à Saúde (APS), com boa parte da prestação de serviços sendo realizadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) (Giovanella *et al*, 2018). Todavia, há importantes lacunas acerca dos efeitos dessa mudança de gestão no sistema de saúde, sendo um dos motivos a falta de dados transparentes sobre a atuação das OS.

¹ Bresser Pereira (2000) conceitua a administração pública burocrática como sendo baseada em um serviço civil profissional, na dominação racional-legal proposta por Weber, e no universalismo de procedimentos regidos por normas rígidas. Ao mesmo tempo em que a administração pública gerencial, denominada de “Nova Gestão Pública” (NGP), *New Public Management* – NPM, em inglês, ou “Nova Administração Pública”, teve como objetivo modernizar o Estado, tornando a administração pública mais eficiente e com foco no cidadão-cliente. A NPM passou a ser vista como solução para processos precários e serviços públicos ineficientes e ineficazes (Dan & Pollitt, 2015), tais como: gestão profissional; padrões e medidas de desempenho explícitas; maior ênfase nos controles de *outputs* e não nos processos; maior concorrência no setor público; descentralização; utilização de práticas de gestão do setor privado; e maior disciplina e responsabilização no uso dos recursos públicos (Hood, 1991).

² No Brasil, foi o livro de Ferlie *et al* (1999), pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) sobre uma análise da experiência inglesa da NPM, quem traduziu o termo como “Nova Gestão Pública”.

³ Cabe destacar que as Organizações Não Governamentais (ONGs), atualmente denominadas de Organizações da Sociedade Civil (OSCs), são instituições que fazem parte do amplo grupo das Entidades Sem Fins Lucrativos (EPSFL) e, de acordo com o seu Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC) incluem entidades privadas sem fins lucrativos, sociedades cooperativas e organizações religiosas descritas na Lei (Lei 13.019, 2014). Assim, de acordo com a natureza jurídica, elas podem fazer parte de quatro modalidades: fundação privada, organização religiosa, organização social (OS) e associação privada (IBGE, 2018).

⁴ Apesar das OSCIPS e das OS serem entidades do setor privado, terem o mesmo objetivo e serem sem fins lucrativos, elas se diferenciam pela qualificação jurídica atribuída por determinado diploma legal e a forma de pactuação entre elas e a administração, sendo regidas, respectivamente pelas leis nº 9.790/99 e nº 9.637/9, mas criadas para exercer atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (Silva, 2013).

Tais ações elencadas têm percepções polarizadas: de um lado (governo federal, entidades médicas e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems) os que consideram que elas contribuem para maior flexibilidade e autonomia para a gestão local; do outro (sanitaristas, Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro e de São Paulo e do Conselho Nacional de Saúde) aqueles que as consideram um caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado, indo de encontro ao desejado sistema universal do SUS (Seta, Ocké-Reis & Ramos, 2021).

O país é complexo e tem extensões continentais, faz-se necessário estudos que aprofundem as vantagens e desvantagens deste tipo de contratação para a população brasileira, com o intuito de não acelerar este tipo de contratação no Brasil, pois trata-se de transferência de recursos públicos para o setor privado, sem a real constatação dos seus benefícios para evitar problemas futuros na assistência à saúde da população. Assim, existe a necessidade da análise de desempenho de provedores privados sem fins lucrativos na prestação de serviços públicos de saúde, para que os gestores públicos possam tomar as melhores decisões acerca do uso dos recursos, de modo a evitar o desmonte do SUS.

Esse estudo foi realizado tomando-se como recorte a APS considerada o primeiro ponto de atenção e entrada preferencial do sistema de saúde, visto que se espera que sistemas de saúde orientados por uma APS tenham bons resultados de saúde e sejam responsáveis por garantir acesso aos outros níveis de atenção do SUS (Andrade *et al.*, 2018)

A presença de EPSFL, a exemplo das OSS, tem sido colocada como uma estratégia viável para atender demandas, desde que observados os princípios constitucionais atribuídos ao setor público (economicidade e impessoalidade, dentre outros). Cabe indagar até que ponto o papel dessas entidades atende aos anseios da gestão e da população, diante do comprometimento orçamentário do SUS e da necessidade de prestar serviços com qualidade e eficiência.

O que se coloca, então, é que os serviços de saúde devem ser mais eficientes por meio da dualidade entre maximização da produção e minimização do custo, proporcionando maior satisfação aos usuários. Todos esses fatores levam à importância de ampliação do debate a respeito da eficiência do sistema de saúde, do aprimoramento de técnicas para a tomada de decisão sobre as políticas públicas no país, não deixando de se observar a complexidade do cuidado em saúde.

Parte-se da hipótese de que a eficiência na APS é impactada por variáveis exógenas às Unidades Tomadoras de Decisões (*Decision Making Units-DMUs*), independente do modelo de gestão

Diante do exposto, buscando identificar se as novas formas de gestão resultaram em mudanças no desempenho do setor público e quais seriam os determinantes de eficiência, este estudo tem como objetivo responder ao seguinte questionamento: Quais são os fatores que influenciam a eficiência ou ineficiência das Organizações Sociais de Saúde e da Administração Direta (AD) e a qualidade dos serviços prestados no atendimento à Atenção Primária nos municípios do Sudeste brasileiro?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

O cerne da pesquisa é analisar os fatores que influenciam a eficiência ou ineficiência das Organizações Sociais de Saúde e da Administração Direta na prestação de cuidados primários e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios do Sudeste brasileiro.

Em termos específicos, pretende-se:

1.1.2 Específicos

- a) Analisar, por meio de uma revisão sistemática, o desempenho de entidades privadas sem fins lucrativos na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde e fatores que o influenciam e compará-las com provedores públicos de serviços de saúde;
- b) Analisar e comparar a eficiência técnica da APS das Organizações Sociais de Saúde com a administração direta nos municípios do Sudeste com a utilização da *Data Envelopment Analysis* (DEA);
- c) Correlacionar o índice de eficiência elaborado referentes aos municípios do Sudeste com variáveis explicativas, por meio da análise de regressão Tobit, buscando identificar variáveis significativas à eficiência.
- d) Analisar a estrutura de correlação entre insumos (recursos humanos e recursos materiais) e indicadores de qualidade em saúde geradas pelas APS, por meio de um modelo de Correlação Canônica.

1.2 ORIGINALIDADE E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

A eficiência na alocação de recursos tem sido uma cobrança constante para os entes públicos e o tema vem ganhando destaque em discussões acadêmicas sobre as disfunções que afetam essa alocação na geração de produtos e serviços em condições ótimas para a sociedade, especialmente na APS (Braga, Ferreira & Braga, 2015).

Entretanto, o que se observa é uma crise da saúde pública e várias correntes explicativas buscaram fundamentar as propostas de reforma do setor, sendo três delas evidenciadas por Mendes (1996): (i) a incrementalista, que destaca a falta de investimentos como causadora da crise, impossibilitando a estruturação do sistema, de modo que possa suprir a necessidade da saúde pública, entretanto, o autor ressalta que há evidências que demovem essa corrente; (ii) a racionalista, que afirma que as ineficiências dos órgãos e responsáveis por eles são os que acarretam a crise na saúde; e (iii) a estruturalista, que relaciona a crise a determinantes estruturais, defendida por Mendes. No entanto, o autor considerara que a alocação racional dos recursos é extremamente importante para a eficiência na saúde, mas que deve haver uma mudança de paradigma com foco na reestruturação do setor. De acordo com Braga, Ferreira e Braga (2015) na fala de Mendes está implícita a mudança de paradigma biomédico (com foco na doença) para a produção social da saúde (prioridade de atendimentos na APS).

Apesar de diversas correntes de pensamento acerca da crise da saúde, existe uma preocupação de todas quanto à eficiência e alocação de recursos no âmbito da APS (Braga *et al.*, 2015).

Assim como na crise da saúde, há um debate polarizado quanto à eficiência de prestação de serviços pelos diferentes modelos de gestão adotados no Brasil, entre estes, a administração pública direta (AD) e as EPSFL, a exemplo das OSS, que fazem parte da administração indireta (AI). Muitas vezes, o debate é mais permeado por questões políticas, ideológicas ou partidárias e menos por informações confiáveis para a tomada de decisão.

De acordo com Coelho e Greve (2016), em relação à contratação indireta (CI) das OSS, há três eixos norteadores: de um lado, os que argumentam que as OSS são mais eficientes, transparentes, sustentáveis, baseadas em princípios da NGP, podendo levar à quebra do monopólio do Estado sobre a oferta de serviços públicos e a realização de contratos, estimulantes à competição entre prestadores, e contribuindo para a ampliação da eficácia e efetividade na prestação de serviços. De outro, os que consideram que o setor público promove mais equidade e é mais focado em evidências do resultado (Coelho & Greve, 2016).

Entretanto, segundo esses autores, no Brasil há escassez de informações acerca dos modelos de gestão devido à falta de avaliações independentes que evidenciem as vantagens e inconvenientes deles, acarretando na falta de respostas a diversas perguntas, tais como: se as

OSS tornaram mais ágil e eficiente a gestão, se houve economia de recursos para o SUS e se foram alcançados melhores resultados de saúde. Além disso, a prestação de serviços pela CI tem se desenvolvido sem transparência sobre os seus impactos (Coelho & Greve, 2016).

Nesse contexto, faz-se mister realizar estudos que possam contribuir para o debate, procurando emergir questões e caminhos de investigação que forneçam evidências sobre o seu funcionamento, o contexto de sua implantação e seus impactos (Pahim, 2009; Ramos, 2016), visto que a eficiência na administração pública também é um conceito-chave da NGP. Assim, diferentes modelos de gestão devem ser avaliados a partir de indicadores, vislumbrando dimensionar os resultados obtidos com as políticas implementadas, especialmente, na APS (Ramos, 2016; Silva, 2014).

Apesar da importância relatada pelos autores anteriores de se conhecer mais sobre os resultados dos diferentes modelos de gestão na prestação dos cuidados primários e sobre a importância da mesma para a melhoria de saúde da população, há um número limitado de trabalhos sobre esta temática (Eficiência em OSS que prestam serviços à APS), sejam nacionais ou internacionais. Os nacionais se concentraram quase que exclusivamente em pesquisas nos municípios paulistas. Apenas um estudo fez a comparação entre as OSS e a AD (Ramos & Seta, 2019), mas centrou-se em 4 municípios da região Sudeste. Os internacionais estão mais centrados em países de média e baixa renda e em países asiáticos (Quadro 1).

Quadro1

Estudos Anteriores

(Continua)

TIPOS DE ESTUDOS	AUTORES	TÓPICOS ABORDADOS
OSS	Alcoforado (2005); Barbosa & Malik (2015); Camargo, Prado, Bernardo & Lara (2013); Carneiro Junior & Elias (2006); Ditterich, Moysés & Moysés (2012); Donadone & Baggenstoss (2017); Ibañez & Vecina Neto (2007); Krüger & Reis (2019); Morais <i>et al</i> (2018); Pilotto & Junqueira (2017); Romano, Scatena & Kehrig (2015); Soares <i>et al</i> (2016); Scheffer & Bahia (2018); Silva (2013); Silva, Lima & Teixeira (2015).	Ação direta de inconstitucionalidade (ADI), argumentos políticos, gerenciais e jurídicos das OSS, contratos de gestão, contratualização, controle, controle externo, controle interno, controle social, credenciamento, desempenho, estágios de implantação dos projetos, expansão geográfica, financiamento, gestão do SUS, incentivos, investimentos, modelos de gestão, OSS como intermediária do SUS, planos estaduais plurianuais, programas de governo, regime jurídico, regulação e responsabilização.

Fonte: A autora (2022)

Quadro1

Estudos Anteriores

(Continua)

TIPOS DE ESTUDOS	AUTORES	TÓPICOS ABORDADOS
APS	Alfradique <i>et al</i> (2009); Bodstein (2002); Fausto & Matta (2007); Fleury & Ouverney (2012); Facchini <i>et al</i> (2018); Giovanella <i>et al</i> (2019); Giovanella & Mendonça (2012); Lazarini & Sodré (2019); Macinko & Mendonça (2018); Martins & Carneiro (2014); Melo <i>et al</i> (2018); Mello, Fontanella & Demarzo (2009); Mendes, Carnut & Guerra (2018); Morimoto & Costa (2017); Morosini, Fonseca & Lima (2018); Pinto <i>et al</i> (2019); Pinto & Giovanella (2018); Santos, Uchôa-Figueiredo & Lima (2017).	Acesso à APS, apoio matricial, conferências de Alma-Ata e Astana, Estratégia Saúde da Família, financiamento, gestão do trabalho, histórico e perspectivas, internações por condições sensíveis à APS, origens e diferenças conceituais, panorama nacional e internacional sobre APS, mudanças no PNUB (retrocessos, riscos e desafios), política de saúde como política social, políticas sociais em tempos de capitalismo financeiro, qualidade, reorganização da ABS após a descentralização.
OSS e APS	André, Ciampone & Santelle (2013); Contreiras & Matta (2015); Matzuda <i>et al.</i> (2008); Rodrigues & Spagnuolo (2014); Silva, Barbosa & Hortale (2016); Silva, Escoval & Hortale (2014).	Avaliação por desempenho, contratos de gestão, contratualização, controle, gestão, processo de implantação, responsabilização, seleção e formação de pessoal e transparência.
OSS e EFICIÊNCIA	Barata & Mendes (2007); Barbosa (2010); Barbosa <i>et al.</i> (2015); Barbosa & Elias (2010); La Forgia & Couttolenc (2009); La Forgia & Harding (2009); Pacheco <i>et al.</i> (2016); Quinhões, (2009); Sano & Abrucio (2008).	Controle de resultados, custos, custos de transação, desempenho, eficiência, eficiência técnica e alocativa, gestão de recursos humanos, gestão do SUS, modelos de governança, produtividade, qualidade, remuneração e responsabilização.
APS e EFICIÊNCIA (NACIONAIS)	Alves & Costa (2013); Araújo, Diniz & Nobre (2018); Castanheira <i>et al.</i> (2014); David, Shimizu & Silva (2015); Miclos, Calvo & Colussi (2015a); Miclos, Calvo & Colussi (2015b); Miclos, Calvo & Colussi (2017); Rodrigues, Gontijo, Gonçalves (2021); Sauberbronn & Martins (2015); Scaratti & Calvo (2012); Silva <i>et al.</i> (2018); Sousa & Dias, (2015); Varela, Martins & Fávero (2012).	Discrepâncias regionais, estrutura orçamentária, eficiência técnica, QualiAB, participação social, variáveis exógenas.
APS e EFICIÊNCIA (INTERNACIONAIS)	Amado & Dyson (2008); Cordero <i>et al.</i> (2015); Deidda & Lupiáñez-Villanueva (2014); Kontodimopoulos <i>et al.</i> (2007).	Eficiência técnica e de escala, revisão sistemática, variáveis exógenas (tamanho, estrutura etc.)

Fonte: A autora (2022)

Quadro1

Estudos Anteriores

(Conclusão)

TIPOS DE ESTUDOS	AUTORES	TÓPICOS ABORDADOS
OSS/APS/EFICIÊNCIA (NACIONAIS)	Coelho (2018); Coelho & Greve (2016); Greve & Coelho (2017); Ramos & Seta (2019); Silva (2014); Soranz <i>et al.</i> (2017); Volpato (2016).	Desempenho das OSS em vários aspectos, tais como infraestrutura, acesso, oferta de serviços, indicadores de mortalidade infantil e internações por condições sensíveis e a influência do porte populacional, renda, partido político na eficiência das OSS. Estudo centrados em SP. Apenas um fez uma comparação entre as OSS e a AD (Ramos & Seta, 2019) mas centrou-se em 4 municípios da região Sudeste.
OSS/APS/EFICIÊNCIA (INTERNACIONAIS)	Alhassan <i>et al.</i> (2015); Alonge <i>et al.</i> (2015); Arur <i>et al.</i> (2010); Baig <i>et al.</i> (2014); Basu <i>et al.</i> (2012); Berendes <i>et al.</i> (2011); Blaakman, Salehi & Boitard (2014); Bloom <i>et al.</i> (2006); Cristia, Evans & Kim (2011); Cristia <i>et al.</i> (2015); Danel & La Forgia (2005); Das <i>et al.</i> (2018); Duchoslav e Cecci (2019); Farewar <i>et al.</i> (2020); Greene, Hibbard & Overton (2015); Heard <i>et al.</i> (2011); Heard <i>et al.</i> (2013); Kane <i>et al.</i> (2010); Khan & Ahmed (2003); Liu, Hotchkiss & Bose (2008); Mairembam <i>et al.</i> (2012); Malik <i>et al.</i> (2017); Obure <i>et al.</i> (2016); Pinillos & Antoñanzas (2002); Pongsupap & Lerberghe (2006); Salehi <i>et al.</i> (2018); Van de Poel <i>et al.</i> (2016).	Revisão sistemática, Qualidade no atendimento ambulatorial, comportamento produtivo, responsividade, técnicas terapêuticas, acesso, equidade, qualidade e eficiência. Estudos centrados em países de média e baixa renda.

Fonte: A autora (2022)

Vislumbrando identificar estudos anteriores que utilizaram a temática atual, e ainda não consolidada, fez-se, primeiramente, uma revisão sistemática da eficiência de organizações sociais de saúde na prestação de serviços, que são incumbência do poder público, em dois bancos de dados consolidados na área acadêmica, *Web of Science* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Conforme os resultados encontrados, foi possível identificar algumas lacunas de pesquisa, as quais foram utilizadas para a originalidade deste trabalho. Além da revisão, foram encontrados outros estudos que serviram de base para esse trabalho.

Este estudo avançou em relação às pesquisas anteriores por buscar analisar a (in)eficiência das OSS e da AD nos municípios do Sudeste, afim de que os resultados possam contribuir para um *benchmark* entre elas. Além disso, o modelo utilizado avançou em relação às variáveis (*inputs*, *outputs*, e exógenas) utilizadas em estudos anteriores (Alhassam *et al.*, 2015; Blaakman, Salehi & Boitard, 2014; Duchoslav & Cecci, 2019; Farewar, 2020; Obure, Jacobs, Guinness, Mayhew, & Vassall, 2019), com a utilização de variáveis relacionadas a todos os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde (UBS) e de suas respectivas

produções, não se restringindo a determinadas categorias, as quais ainda não foram usadas na literatura afim para este propósito, bem como na utilização dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ, 2017) para fins de identificação de municípios que têm a APS gerida pelo modelo de gestão OSS, que não é capaz por nenhum banco de dados atual.

Ressalta-se que, primeiramente, foi realizado um estudo dos resultados do banco de dados do PMAQ (2017), módulo II Equipe, que relaciona informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário, além da verificação de documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde existem 43.490 equipes Saúde da Família (eSF) cadastradas em 2017, enquanto que no PMAQ (2017) há 38.865 eSF, tendo como respondentes 37.350 (96,10%) delas, representando como completude de cobertura, 85,88%, em relação ao total de eSF do CNES. Dentre elas, 2.423 tiveram como agentes contratantes Organizações Sociais de Saúde, representando 6,23% do total, distribuídas em 91 municípios brasileiros, com grande parte concentrada na região Sudeste, sendo que a maioria delas se encontra nos municípios de SP (988), representando 40,76%, e no RJ (790), com outros 32,60%, representando juntos, o total de 73,38% das OSS no Brasil.

Outro ponto relevante e de contribuição deste estudo é a existência de uma conexão dos temas abordados (OSS, APS, NGP e eficiência) com as áreas de AP, contabilidade e saúde, resultando numa interdisciplinaridade nesses campos de atuação e, conseqüentemente, contribuindo para a literatura dos mesmos na evidenciação dos resultados deste trabalho. A esse respeito Helden, Johnsen e Vakkuri (2008) afirmam que as pesquisas de administração pública e contabilidade apresentam padrões distintos e que ambas poderiam beneficiar-se com esforços interdisciplinares e facilitar a interação entre as áreas.

Face ao exposto, esse estudo busca contribuir para a compreensão de como as entidades privadas sem fins lucrativos e os provedores públicos estão contribuindo para a melhoria da eficiência do atendimento à população dos serviços referentes à APS, com o intuito de auxiliar a tomada de decisão por parte dos gestores públicos, a partir de melhorias no planejamento e nas escolhas de suas prioridades e, além disso, possa contribuir na formulação de políticas públicas. Observou-se a necessidade, apontada pelos autores, de estudos adicionais na busca por maiores evidências sobre os efeitos no desempenho dos serviços de APS prestados, de modo a identificar aspectos positivos e negativos e a busca de melhorias.

1.3 TEORIAS DE BASE

Este estudo baseia-se na Teoria Econômica da Eficiência (TEE) (Alves, 2012; Varela, 2008), lastreando-se nos trabalhos de Koopmans (1951) e Debreu (1951) sobre análise de produtividade, aprofundados por Farrell (1957) e na perspectiva da Nova Gestão Pública (NPM) e da Teoria da Escolha Pública (TEP) (Cruz, 2015; Silva, 2020). Utiliza métodos quantitativos quando estima um modelo de regressão Tobit e uma das ferramentas de Análise Multivariada de Dados quando faz uso de Análise de Correlação Canônica.

1.3.1 Teoria econômica da eficiência

O conceito de eficiência técnica recebeu o seu significado formal por Koopmans (1951), onde se considera que a produção é, tecnicamente, eficiente quando se produz mais, dado o mesmo volume de *input*. Nesse sentido, Debreu (1951) e Farrell (1957) introduziram a medida de eficiência técnica, sendo a primeira denominada *medida radial de eficiência técnica* que procurou medir a ineficiência relativa em um grupo de firmas, também denominados de *Decision Making Units* (DMU's), comparando com outro considerado eficiente (Ferreira & Gomes, 2009); na segunda, Farrell buscou mensurar a eficiência da DMU combinando vários *inputs* e um *output*, para tanto, construiu uma fronteira linear por partes, propondo que a eficiência divide-se em dois componentes: técnica e alocativa.

Ao aprofundar o estudo de Debreu (1951), Farrell (1957) conceituou que eficiência técnica de uma empresa significa considerar seu sucesso em produzir a maior quantidade possível, dado conjunto de *inputs*, desde que as entradas e saídas possam ser medidas corretamente e, para isso, é necessário que a empresa conheça detalhadamente sua função de produção, com os processos de produção bem definidos.

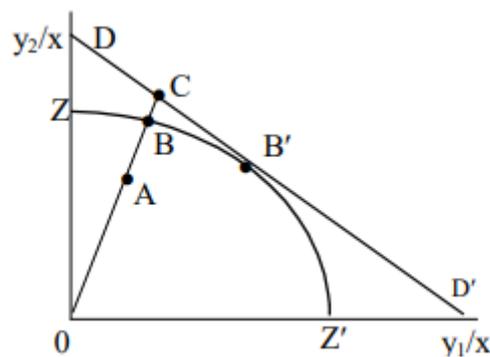
A ideia de Farrell (1957) mostra uma medida de eficiência simples, utilizando dois *inputs* (X_1 e X_2) para produzir um *output* (Y), com modelo orientado a *inputs* e retornos de escala constante, limitando-se à abordagem de tecnologia homogênea, voltada para agentes produtivos que produziam um único *output* ou com isoquanta unitária, distinguindo-se a eficiência alocativa e técnica. Na primeira, fixa-se a isoquanta e busca-se a proporção ótima de consumo dos *inputs*, tendo como parâmetro a fronteira de custo, ou seja, demonstra a capacidade de uma DMU usar os *inputs* em proporções ótimas, dados seus respectivos preços. Na segunda, a investigação é realizada, a partir de uma quantidade conhecida de *inputs*, para identificar qual isoquanta mais alta pode ser atingida, tendo relação com a fronteira de

produção, refletindo a capacidade da DMU obter a produção máxima de um determinado conjunto de *inputs*. Desta forma, a combinação das duas anteriores, fornece uma medida de eficiência econômica total ou geral (Coelli, 1996; Rios, 2015).

A medida de eficiência técnica orientada para *inputs*, pode, alternativamente, ser tratada para uma orientação a *outputs* abordando em quanto estes podem ser expandidos proporcionalmente sem alterar os *inputs*. Portanto, aqui será dada ênfase a eficiência técnica de orientação *output*, dado que os *inputs* no setor público dependem de aprovação orçamentária e podem ser menos controlados.

O Gráfico 1, demonstra um exemplo de medida de eficiência técnica, orientada a *outputs* de Farrell, apresentada por Coelli (1996), em que apresenta um único *input* (X) e dois *outputs* (Y_1 e Y_2), com retorno de escala constante:

Gráfico 1: Eficiência Técnica e Alocativa Orientadas a *Outputs*



Fonte: Coelli, 1996, p. 7.

O limite superior das possibilidades da produção é representado por ZZ' e com isso o ponto A é ineficiente, sendo a distância AB a medida de ineficiência técnica, ou seja, mostra o quanto os *outputs* poderiam ser expandidos, sem a necessidade de alterações nos *inputs*. A medida de eficiência técnica orientada a *outputs* pode ser representada pela razão:

$$TE_0 = \frac{OA}{OB}$$

Caso haja informações do preço, pode-se traçar a linha de isoreceita DD' e definir a eficiência alocativa para ser:

$$AE_0 = \frac{OB}{OC}$$

Daí a eficiência econômica total, é dada pelo produto das duas medidas anteriores

$$EE_0 = \frac{OA}{OC} = \frac{OA}{OB} \cdot \frac{OB}{OC} = TE_0 \cdot AE_0$$

Onde, A, T, E são indicações de alocativa, técnica e eficiência, respectivamente.

Na busca por outros modelos de medida de eficiência, Charnes, Cooper & Rhodes (1978) apresentaram o *Data Envelopment Analysis* (DEA) com orientação *inputs*, assumindo retornos constantes de escalas (*constant returns to scale* – CRS), denominado DEA CCR ou CRS. Posteriormente, Banker, Charnes & Cooper (1984) propuseram um modelo de retornos variáveis de escala (VRS, *Variable Returns to Scale*), conhecido como DEA BCC ou VRS, o qual foi escolhido para este estudo.

Portanto, pretende-se utilizar este arcabouço metodológico para avaliar a eficiência técnica da APS administradas por OSS e de forma direta. O trabalho se apoia num modelo de regressão Tobit e na análise de correlação canônica para explicar o comportamento das variáveis de interesse.

1.3.2 Nova gestão pública e teoria da escolha pública

Após o processo de redemocratização foram difundidas ideias de mudanças na administração pública, visto que o país passava por dificuldades no cenário econômico com instabilidade da moeda, descontrole da inflação e desequilíbrio das contas públicas (Cruz, 2015).

Desta forma, surgem narrativas para a crise do Estado. Algumas desafiaram a burocracia, o corporativismo e o Estado de Bem-Estar Social em termos do conceito econômico de racionalidade, que privilegia a maximização da utilidade, surge com a teoria neoclássica e difunde-se com a Teoria da Escolha Racional. Um dos pressupostos dessa Teoria é que os agentes (servidores públicos) são maximizadores de utilidade e, mesmo tendo que tomar decisões coletivas, os interesses individuais prevalecem, devendo os mesmos receberem incentivos para que as suas decisões sejam pautadas conforme o desejo de seus diretores (eleitores e representantes eleitos). Tais narrativas apontam como solução para a crise a austeridade fiscal, o controle monetário e a redução do tamanho do Estado. Eles consideram o mercado superior ao Estado e, que sempre que possível, os mercados devem substituir a burocracia (Bevir, 2011).

Ainda segundo o autor, outras narrativas da crise do Estado são devidas a análises mais sociológicas das mudanças no mundo, considerando que as mudanças do Estado deveria ocorrer devido a pressões internacionais, com a crescente mobilidade do capital dificultando o Estado no gerenciamento da atividade econômica e doméstica, com maiores demandas da sociedade devido ao descontentamento popular de como o Estado lidava com a economia e sua aparente irresponsabilidade, a exemplo de grandes dívidas contraídas pelos Estados. Todos esses fatores levaram os eleitores a demandarem melhores serviços, menores impostos, mais transparência e responsabilização, líderes mais decididos e participação popular.

Portanto, as crises do Estado e as formas como o povo respondeu a elas deram origem a teorias e a reformas interconectadas que consistem na Nova Governança, a qual surgiu a partir de duas ondas distintas da reforma do Estado. A primeira se refere a reformas relacionadas ao conceito econômico de racionalidade (neoliberalismo, Nova Administração Pública e terceirização), a qual será base deste trabalho, e a segunda, as associadas à racionalidade sociológica, que privilegia a adequabilidade relativa às normas sociais, como a Terceira Via, governança *joined-up* e redes e parcerias (Bevir, 2011).

Desde a década de 1980, o paradigma burocrático utilizado pela administração pública (AP) passou a ser considerado ineficiente e irresponsável, dando margem ao surgimento de ideias de mudanças gerenciais. A esse respeito, Osborne e Gaebler (1994) salientam que a administração burocrática se concentra nos controles formais, voltados à entrada de recursos, enquanto a gerencial, enfatiza o controle sobre as saídas e os resultados.

Nesse período, em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), especialmente Reino Unido, Nova Zelândia, Austrália e países escandinavos, ocorreu a segunda reforma administrativa do sistema capitalista, denominada reforma gerencial, a qual foi estendida para outros países, a exemplo dos Estados Unidos (EUA), Chile, Brasil e México. Desta forma, a reforma gerencial passou a fazer parte de um movimento mais amplo, o da reforma do Estado. A preocupação inicial era promover o ajuste estrutural das economias em crise, posteriormente, ao perceber que a mesma não poderia levar ao Estado mínimo, seguiu-se as reformas institucionais, com o intuito de reconstruir ou reformar o Estado, buscando a recuperação da sua governança (Bresser Pereira, 2000).

No entanto, as reformas da administração pública, aconteceram em contextos diferentes em cada país, apesar da existência de alguns grupos e padrões, e, dentro de cada domínio público, os setores individuais possuem culturas próprias e distintas. Além disso, a escolha das reformas a serem adotadas e a viabilidade da sua implementação é bastante influenciada pelas características do regime político administrativo existente, a exemplo das estruturas estatais, da

natureza do governo executivo central, da cultura administrativa dominante e da diversidade de canais de aconselhamento. Certos regimes e estruturas favorecem mais as ideias da NGP e estão mais abertos a “motivação por desempenho” do que outros. Portanto, “pensar que a burocracia é um regime único e totalmente obsoleto quanto à sugestão de que a NGP é uma receita global que entregará governos “reinventados”, de forma confiável, é implausível (Pollitt, & Bouckaert, 2017, p. 2). Tudo depende do contexto na qual ela estará inserida.

A esse respeito, Gadelha (2012) complementa que a difusão da NGP se revelou extremamente desigual entre os países, com alguns apresentando situações de paralisia, retrocessos e adesões de cunho formalista, com exceções de países anglo-saxões, que introduziram uma reforma mais sustentável, com correções de rotas e inovações, implicando em redefinições não apenas dos padrões de gestão, mas, também, do papel do Estado. Além disso, buscou-se a difusão de modelos institucionais únicos, sem levar em conta as necessidades de cada país.

Nessa conjuntura de reformas, a CF/88 passou a permitir que entidades sem fins lucrativos, como OSCIPS e as OS, pudessem exercer atividades não exclusivas do Estado em saúde, em regime de parceria com o Estado, desde que, objetivassem o interesse coletivo e a difusão de serviços de interesse do mesmo (CF/88, Art. 197 e 199, § 1º), sendo esse processo denominado de publicização, cujo programa previa a transformação das autarquias e fundações públicas em OS e por meio de contratos de gestão com o poder público, que previam a transferência de dotações orçamentárias, controle pela sociedade, financiamento estatal e participação minoritária da sociedade, por meio de compra de serviços e doações (PDRAE, 1995).

Explicitamente, o objetivo do PDRAE era a necessidade de transformar a AP burocrática, considerada formal, baseada em princípios racional-burocráticos rígidos, que se contrapunham ao patrimonialismo, o clientelismo e o nepotismo, numa administração, denominada gerencial, pautada nos conceitos modernos e de eficiência, voltada para controle, resultados e descentralizada, no intuito de chegar ao cidadão.

No entanto, a Teoria da Escolha Pública (TEP, *Public Choice Theory*), contrapõe-se a ideia de competência dos governantes, ligada aos conceitos de eficiência e eficácia, ao implementar políticas públicas visando o bem-estar da sociedade, visto que ela, por meio de várias vertentes, busca explicar que os governantes se interessam apenas por benefícios eleitorais oriundos das escolhas dessas políticas (Vicente & Nascimento, 2012).

Algumas concepções relacionadas a estudos do processo democrático de tomadas de decisões foram remodeladas por argumentações de Buchanan & Tullock (1999, p. 11) entre

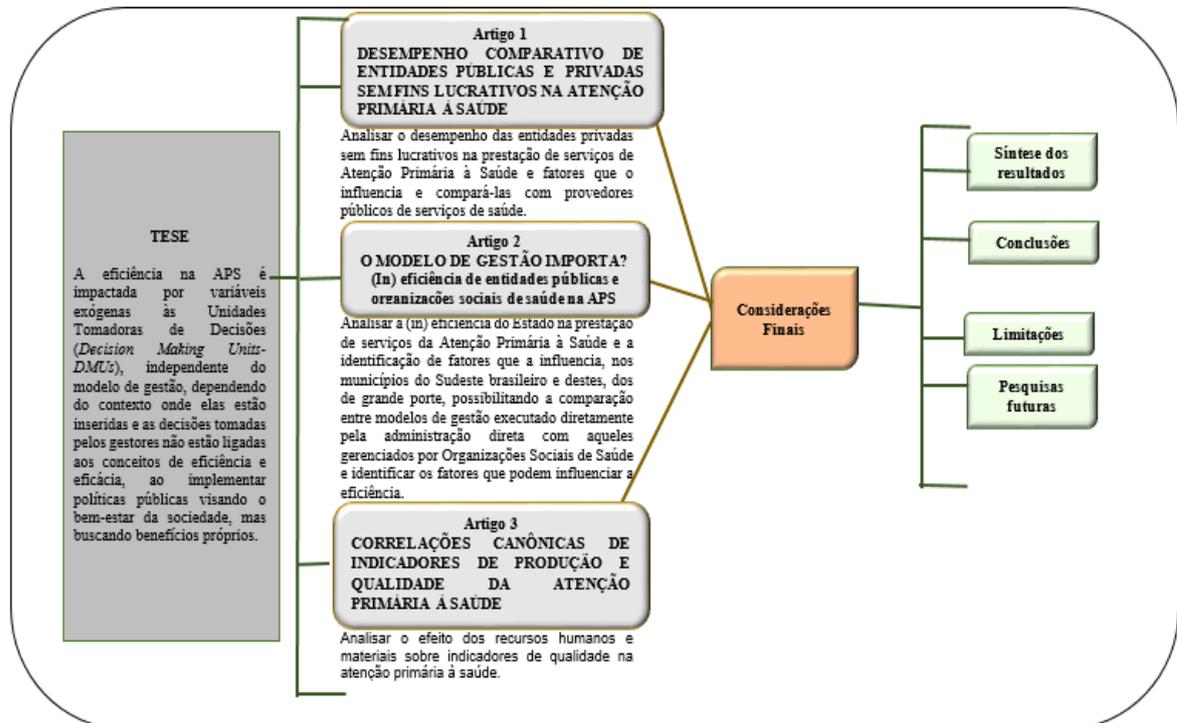
elas, a de que “O Estado orgânico tem uma existência, um padrão de valor, e uma motivação independente daquele dos seres humanos individuais que reivindicam participação nele.” Eles também rejeitam qualquer teoria ou concepção da coletividade que incorpore a exploração de um governado por uma classe dominante, como também, salientam que nos processos de decisão certas regras permitirão que certos membros do grupo usem a estrutura para obter vantagem diferencial e é justamente o reconhecimento deste fator que leva os indivíduos racionais a imporem restrições constitucionais ao uso do processo político, descrevendo o Homem numa concepção puramente individualista da coletividade.

Nesse sentido, apesar de, neste estudo, não haver elementos para justificar a preferência de escolha do gestor, pode-se sinalizar se ela foi ou não eficiente, sendo assim, tal escolha deve maximizar recursos aplicados pelo gestor.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta tese foi desenvolvida em forma de uma coletânea de artigos originais. Inicialmente foi apresentada uma introdução geral, com a contextualização inicial, o problema de pesquisa, objetivos (geral e específicos) e as teorias de base. Posteriormente, cada capítulo (2, 3 e 4) corresponde a um artigo. E, por fim, são apresentadas as considerações finais, com uma síntese dos resultados, conclusões, limitações da pesquisa e indicações de pesquisas futuras (Figura 1).

Figura 1
Delineamento da Tese



Fonte: A autora a partir de Porto (2021).

O primeiro artigo (capítulo 2) analisa o desempenho das entidades privadas sem fins lucrativos na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde e fatores que o influencia e compará-las com provedores públicos de serviços de saúde. Neste estudo, realizou-se uma revisão sistemática nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Web of Science*, com o intuito de analisar o desempenho das EPSFL na prestação de serviços de APS e fatores que o influencia e compará-las com provedores públicos de serviços de saúde, para que desta forma, se entendesse o arcabouço teórico sobre o tema, suas possíveis limitações de modo que os resultados pudessem contribuir na construção do delineamento dos demais artigos.

O segundo artigo (capítulo 3) é pautado sob a ótica da Teoria Econômica da Eficiência e da TEP, e buscou analisar a (in)eficiência do Estado na prestação de serviços da Atenção Primária à Saúde e a identificação de fatores que a influencia, nos municípios do Sudeste brasileiro e destes, os municípios acima de cem mil habitantes, possibilitando a comparação entre modelos de gestão executado pela administração direta com aqueles gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, usando como amostra municípios da região Sudeste e destes, apenas os com mais de 100 mil habitantes, comparando os modelos de gestão pela AD e por OSS, utilizando-se do modelo DEA e de um modelo de regressão Tobit para identificar se as

mudanças ocorridas pela NGP realmente têm levado a prestação de serviços da APS à eficiência e se fatores ambientais a influenciam.

O terceiro (capítulo 4) analisa o efeito dos recursos humanos e materiais sobre indicadores de qualidade na Atenção Primária à Saúde, por meio da correlação canônica. Portanto, há uma interação entre os três estudos, os quais buscam contribuir para a literatura acerca da prestação de serviços na APS, de forma eficiente e com qualidade.

2 ARTIGO 1 - DESEMPENHO COMPARATIVO DE ENTIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este artigo foi aceito para publicação na Revista Brasileira de Administração Científica (RBADM V13 N01 2022), QUALIS Referência B2 (2017-2020), para lançamento até setembro de 2022, da *Sustenere Publishing* (selo editorial da CBPC - Companhia Brasileira de Produção Científica).

RESUMO

Este trabalho objetivou analisar o desempenho das entidades privadas sem fins lucrativos na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde e os fatores que o influencia e compará-las com provedores públicos de serviços de saúde. Para tanto, realizou-se uma revisão sistemática nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e *Web of Science*, em maio de 2020, tendo como termos de busca eficiência, Atenção Primária à Saúde e seus respectivos descritores. Em adição, foi realizada uma pesquisa manual das referências citadas nos estudos incluídos na revisão e outros estudos sobre o tema. Restaram para a análise 26 artigos, no tocante a acesso, equidade, qualidade, resultados, eficiência e infraestrutura. Os resultados mostraram-se mais eficazes em termos de melhoria do acesso aos serviços de saúde nas entidades privadas sem fins lucrativos, mas, visto que há um número limitado de estudos e a falta de evidências suficientes para comparação, não é possível afirmar a superioridade de desempenho de fornecedores privados sem fins lucrativos sobre os públicos. Observou-se a necessidade, apontada pelos autores, de estudos adicionais na busca por maiores evidências sobre os efeitos no desempenho dos serviços de APS prestados, para que se possa identificar aspectos positivos e negativos e a procura de melhorias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Organizações Sem Fins Lucrativos. Organizações Não Governamentais. Desempenho. Revisão Sistemática.

2.1 INTRODUÇÃO

O crescente aumento da expectativa de vida, a superposição das doenças crônicas e infectocontagiosas, além da acelerada incorporação tecnológica, impõem aos sistemas universais de saúde cada vez mais custos. Tal cenário mundial exige dos entes públicos a ampliação de esforços que otimizem os recursos em um ambiente de redução de investimentos nessa política social.

Nesse sentido, os instrumentos da Nova Gestão Pública - NGP (*New Public Management* - NPM), passaram a ser vistos como solução para processos precários e serviços públicos ineficientes e ineficazes (Dan & Pollitt, 2015), tais como: gestão profissional; padrões e medidas de desempenho explícitas; maior ênfase nos controles de *outputs* e não nos processos; maior concorrência no setor público; descentralização; utilização de práticas de gestão do setor privado; e maior disciplina e responsabilização no uso dos recursos públicos (Hood, 1991).

Na saúde, diversos autores demonstraram que as reformas, sob a égide da NGP, buscavam contribuir para o melhor desempenho dos sistemas públicos de saúde e que incluiria

ampliar: (i) o acesso aos serviços básicos de saúde (Das, Friedman & Kandpal, 2018; Greve & Coelho, 2017); (ii) a equidade (Alonge *et al.*, 2015; Heard, Nath & Loevinsohn, 2013); (iii) a qualidade (Das *et al.*, 2018; Greve & Coelho, 2017); (iv) a eficiência (Das *et al.*, 2018; Greve & Coelho, 2017); (v) a eficácia (Das *et al.*, 2018); (vi) a atração e retenção de profissionais qualificados (Mairembam *et al.*, 2012); (vii) a redução de custos (Das *et al.*, 2018; Heard *et al.*, 2011); (viii) e a melhoria dos indicadores de saúde e responsabilização da gestão (Coelho, 2018).

A partir de então, a contratação junto a entidades privadas sem fins lucrativos (EPSFL) avançou rapidamente no âmbito da atenção hospitalar e, na última década, também na Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, estudos avaliativos relatam muitas dificuldades para esses modelos de gestão atingirem os objetivos propostos, tais como: altos custos administrativos incorridos na contratação; falta de fornecedores para uma concorrência significativa;; maior fragmentação nos sistemas de saúde (Liu *et al.*, 2008); má regulamentação (Baig *et al.*, 2014); falta de recursos para monitoramento da qualidade (Baig *et al.*, 2014; Liu *et al.*, 2008; Silva, 2014); falta de indicadores claros de desempenho (Malik *et al.*, 2017); avaliação e controle com foco excessivo nos processos e menos nos resultados, pouca transparência e conseqüentemente não incremento do controle social e responsabilização clara (Silva, 2014; Van de Poel, Flores & O'Donnell, 2016).

O que pode ser observado na literatura internacional é que não há consenso quanto à eficiência da prestação de serviços dos diferentes modelos de gestão adotados (Coelho & Greve, 2016) e que há uma controvérsia substancial no que tange aos benefícios e custos dessas contratações (Heard *et al.*, 2013).

Sistemas de saúde que adotam a APS como coordenadora e articuladora preferencial da rede de serviços apresentam melhor desempenho (Brunelli *et al.*, 2016). Para isto, é preciso ter investimentos que promovam uma APS resolutiva e acessível à toda população.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar a literatura internacional existente sobre o desempenho da APS prestada por EPSFL em perspectiva comparada com Provedores Públicos de Serviços de Saúde (PPSS). Pretende ainda identificar fatores que influenciem o desempenho e que possam contribuir com a tomada de decisão pautada por evidências por parte dos gestores públicos.

Cabe destacar que as Organizações Não Governamentais (ONGs), atualmente denominadas de Organizações da Sociedade Civil (OSCs), são instituições que fazem parte do amplo grupo das EPSFL e, de acordo com o seu Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC) incluem entidades privadas sem fins lucrativos, sociedades

cooperativas e organizações religiosas descritas na Lei (Lei 13.019, 2014). Assim, de acordo com a natureza jurídica, elas podem fazer parte de quatro modalidades: fundação privada, organização religiosa, organização social (OS) e associação privada (IBGE, 2018).

2.2 MÉTODO

Tratou-se de uma revisão sistemática da literatura com a seguinte pergunta norteadora: A contratação pelo Estado de EPSFL para o provimento de serviços de APS, decorrente dos princípios da NGP, contribuiu para a melhoria do seu desempenho em comparação com os serviços prestados por PPSS?

Foram utilizados estudos publicados das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Web of Science*, em maio de 2020, tendo como termos de busca eficiência, APS e seus descritores disponíveis na BVS (<https://decs.bvsalud.org/>). Em adição, foi realizada uma pesquisa manual das referências citadas nos estudos incluídos na revisão e outros estudos sobre o tema.

Como critérios de inclusão, pesquisou-se artigos e teses, referentes ao período 2010-2020, com os descritores em português, inglês e espanhol. Como o estudo referia-se à comparação de desempenho de serviços de saúde da APS prestados por PPSS e EPSFL, e tendo este último, vários descritores relacionados, optou-se por fazer uma busca mais genérica, considerando descritores referentes à eficiência e APS.

Como critérios de seleção, optou-se por uma visão mais ampla de desempenho, visto que numa visão mais restrita considera-se apenas eficiência técnica. Nesse contexto, foram separados para leitura artigos que se referiam a APS, EPSFL e que demonstrassem algum resultado sobre desempenho (ver quadro 2). Podiam ser estudos qualitativos, quantitativos ou mistos (qualitativo-quantitativo). Foram excluídos artigos que não estivessem inclusas as três temáticas (APS, EPSFL e desempenho), tendo a maioria sido excluído por não se tratar de EPSFL.

Todos os artigos foram extraídos de forma independente por dois revisores e, os elegíveis, com textos completos.

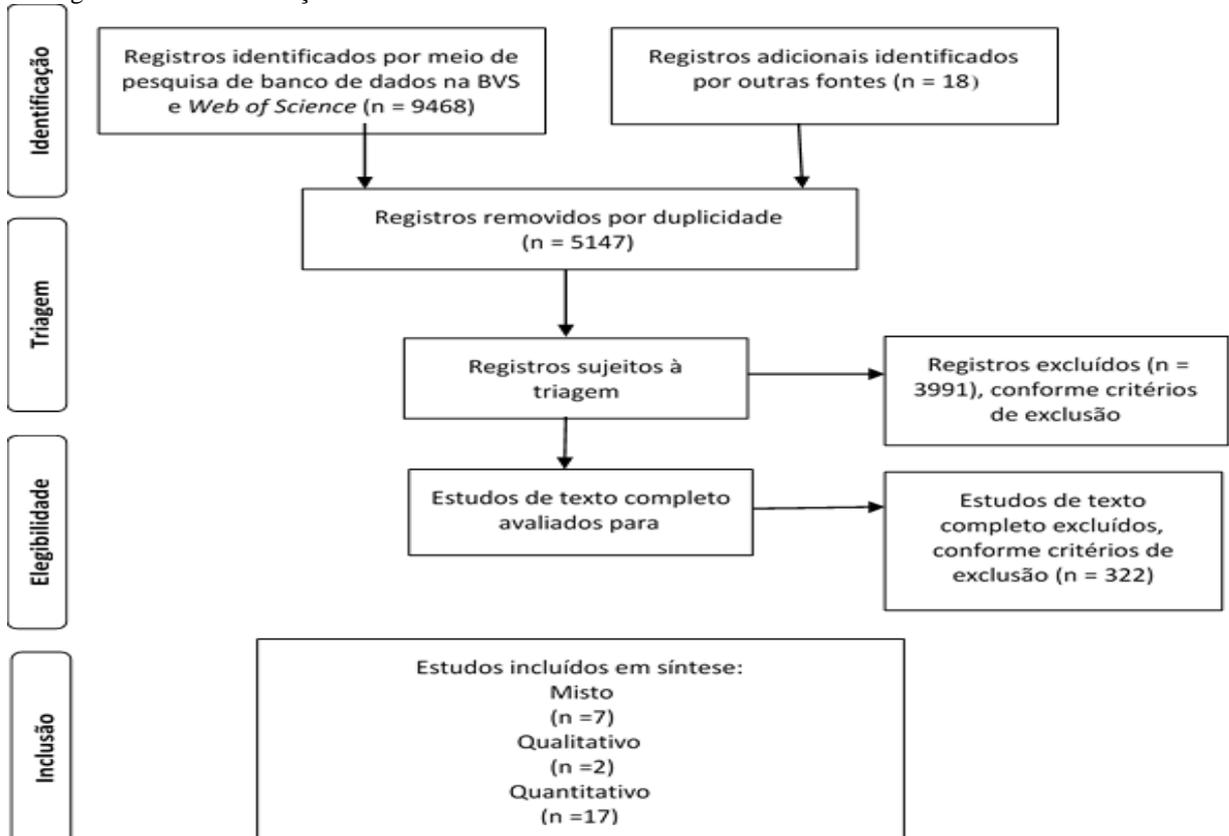
O resultado foi a recuperação de 9468 citações de estudos, sendo 6536 pela BVS e 2.932 pela *Web of Science*. Removeu-se por duplicidade 5147, restando 4321 trabalhos para leitura dos títulos e resumos e, em alguns casos, a leitura completa. Foram incluídos ainda 18 artigos identificados por meio de pesquisa manual, ficando sujeitos à triagem 4339, dos quais foram excluídos 3991. Ao final, foram selecionados 348 textos para releitura. Desses, foram excluídos

322, considerando-se os critérios de exclusão e, ao final, foram selecionados para a revisão sistemática 26 estudos que incluem os critérios para seleção (Figura 1).

Em cada estudo foram identificadas as características gerais (autores, ano de publicação, localidade, população do estudo e abrangência) e objetivos, discriminados no quadro 1. Também foram observadas a abordagem e técnicas do estudo, principais resultados e embasamento teórico e literatura, sendo os resultados organizados conforme cinco temas do sistema de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Quadro2): acesso, equidade, resultados, qualidade e eficiência, sendo incluído infraestrutura em geral.

Figura 1

Fluxograma Prisma de seleção dos estudos incluídos na revisão



Fonte: Adaptado do PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009)

2.3 RESULTADOS

Dos 26 estudos analisados (Quadro 1), 13 (50%) referiam-se ao continente asiático e 10 (38%) a América, especialmente a América do Sul, com 7. Os países mais abordados foram o Brasil, em 7 estudos (27%), Afeganistão e Índia, com 5 (19%) cada. Houve um maior número de publicações a partir de 2014, com três artigos publicados ao ano entre 2014 e 2020, exceto em 2015, com cinco.

Todos os estudos foram relacionados a EPSFL na APS, com o objetivo de identificar o desempenho delas, em termos da estrutura conceitual apresentada no quadro 2 e garantir que as contratações externas possam ser discutidas e comparadas com os PPSS. Quanto à abordagem, a maioria foi quantitativa (n =17), 7 mistos e 2 qualitativas.

Os métodos mais utilizados nas pesquisas foram análises de regressão, Diferenças em diferenças (*Diff-in-diff*), Análise Envoltória de Dados (DEA) e Análise de Componentes Principais (ACP) e as técnicas de coleta e análise de dados por meio de entrevistas e análises descritivas.

Em relação ao embasamento teórico/literatura, dois estudos fizeram uso da Teoria da Agência (TA). A literatura mais abordada foi sobre modelos de contratação (*contracting-in*) e terceirização (*contracting-out*), ONG, parceria público privada (PPP) e *Pay-for-performance* (P4P).

Quadro 1

Caracterização de estudos sobre o desempenho das EPSFL na APS

(Continua)

Autor / Ano / Localidade do estudo	População do estudo/ Abrangência	Objetivos
Alhassan et al. (2015) ¹⁸ África Gana	64 USPs em duas regiões no sul de Gana (Greater Accra, predominantemente urbana, e regiões ocidentais, amplamente rurais), de 2010 a 2014.	Quantificar os níveis de eficiência técnica de 64 unidades de saúde primárias públicas e privadas credenciadas pelo NHIS em Gana e determinar quais fatores são responsáveis por possíveis diferenças, buscando averiguar a associação entre a qualidade do atendimento e os níveis de eficiência.
Alonge et al (2015) Ásia Afeganistão	Afeganistão, em 28 províncias, resultando em 5.960 entrevistas de 306 unidades de saúde em 2005 e 2008.	Examinar o efeito distributivo de diferentes tipos de contratação (<i>Contracting-out</i> – CO-1, CO-2 e CO-3 e <i>Contracting-in</i> – CI) na prestação de serviços primários de saúde entre os pobres e não pobres no Afeganistão rural
Arur et al. (2010) Ásia Afeganistão	Afeganistão, dados de 2004 e 2005, com amostra de 343 e 576 instalações respectivamente.	Comparar as mudanças na utilização de serviços curativos ambulatoriais de 2004 a 2005 entre três diferentes abordagens de terceirização (<i>contracting-out</i>) de serviços a organizações não governamentais, constatação (<i>contracting-in</i>) de assistência técnica em instalações do setor público e instalações do setor público que não usavam contratação.
Baig et al. (2014) Ásia Índia - Odisha/ Kendrapara	Kendrapara em Odisha na Índia, abril a junho de 2012, em três APS (uma de cada categoria) e 193 pacientes entrevistados.	Avaliar a natureza e a extensão dos serviços de APS prestados e administrados por ONGs (APS-ONG) e por uma agência corporativa (APS-COR), em comparação com a APS administrada pelo governo (APS-GOV).
Blaakman et al. (2014) Ásia Afeganistão	Afeganistão, em 6 províncias (3 terceirizadas e 3 SM) com amostra de 100 Centros Básicos de Saúde (BHCs) e 44 Centros de Saúde Abrangentes (CHCs) em 2008 e 2009.	Analisar o custo e eficiência técnica da contratação de ONGs e modelos de Fortalecimento dos Mecanismos (SM) administrados pelo Ministério Afegão de Saúde Pública (MOPH) em seis províncias na prestação do Pacote Básico de Serviços de Saúde (BPMS)

Fonte: A autora (2022)

Quadro 1

Caracterização de estudos sobre o desempenho das EPSFL na APS

(Continua)

Autor / Ano / Localidade do estudo	População do estudo/ Abrangência	Objetivos
Coelho (2018) América do Sul Brasil - São Paulo/SP	31 prefeituras submunicipais que compõem o município de SP de 2001 a 2016.	Traçar o perfil da distribuição da APS prestada pelo SUS de 2001 a 2016 no município de São Paulo.
Coelho e Greve (2016) América do Sul Brasil - SP	Análise qualitativa com 4 municípios paulistas: Embu das Artes, Suzano, Mogi das Cruzes e São Bernardo do Campo. Análise quantitativa com 645 municípios, com dados de 2001 a 2012.	Analisar como vem se dando a adoção de convênios e contratos de gestão no SUS e mensurar os seus impactos sobre a oferta de serviços aos seus usuários.
Cristia, Evans e Kim (2011) América Central Guatemala	Dados de 2000 a 2006.	Estimar o impacto de um programa de terceirização em grande escala (Programa de Extensão de Cobertura – PEC) na Guatemala, com foco na melhoria da saúde materno infantil e na população rural, pobre e indígena.
Cristia et al. (2015) América Central Guatemala	De 1996 a 2000 com dados de 1995 e 2002.	Avaliar um programa na Guatemala que expandiu o acesso aos serviços de saúde por meio de duas modalidades de contratação (terceirização - <i>contracting-out</i> e contratação - <i>contracting-in</i>) e uma área sem contratação.
Das et al. (2018) Ásia/Índia - Odisha/Sundargarh e Mayurbhanj	2 distritos do estado indiano, totalizando cento e vinte aldeias endêmicas, 1.124 famílias e 3 ONGs, referentes a novembro de 2010 a janeiro de 2011.	Investigar os impactos da parceria estatal com ONGs que objetivavam auxiliar o programa de controle da malária em dois distritos endêmicos de Odisha na Índia.
Duchoslav e Cecci (2019)²³ África Uganda - Kampala	Dados dos anos fiscais 2001/2002 e 2013/2014, em 246 unidades de saúde de pequeno a médio porte pertencentes ao <i>Uganda Catholic Medical Bureau</i> (UCMB).	Estimar os efeitos do financiamento baseado em desempenho nos resultados de saúde e, por extensão, na eficiência da prestação de serviços, em organizações religiosas sem fins lucrativos (RNPOs - <i>religious nonprofit organizations</i>).
Farewar et al. (2020) Ásia Afeganistão	1.263 unidades de saúde (centros de saúde abrangentes - 272, básicos - 571 e subcentros - 420) em 31 províncias que operam via ONGs.	Avaliar a eficiência relativa de diferentes níveis de serviços de saúde primários e explorar seus determinantes no Afeganistão.
Greene, Hibbard e Overton (2015) América do Norte EUA - Minnesota	Dados de 2010 a 2013.	Examinar o impacto do modelo de remuneração do prestador de cuidados primários da <i>Fairview Health Services</i> , no qual 40% da remuneração foi baseada em resultados de qualidade em nível clínico.
Greve e Coelho (2017) América do Sul Brasil – SP	645 municípios paulistas, com dados de 2001 a 2012.	Explorar o impacto da introdução da contratação de entidades sem fins lucrativos ou não governamentais no setor de APS em municípios paulistas.
	Comparação entre a CCC (2 áreas de contrato de parceria - PAAs) e uma ONG (Mamata – 1 PAA), de 1999 a 2004.	Avaliar o grande esforço contínuo para melhorar a APS em Bangladesh, por meio da expansão das instalações de saúde urbana com financiamento público (Chittagong City Corporation - CCC) e da contratação de organizações não-governamentais (ONGs).
Heard et al. (2018) Ásia Índia - Uttar Pradesh	294 ONGs.	Avaliar o processo de contratação, analisando o processo de seleção e o desempenho das ONGs.

Fonte: A autora (2022)

Quadro 1

Caracterização de estudos sobre o desempenho das EPSFL na APS

(Conclusão)

Autor / Ano / Localidade do estudo	População do estudo/ Abrangência	Objetivos
Kane et al. (2010) Ásia Índia	Entre julho de 2007 e setembro de 2008, 134 ONGs, em 412 clínicas, com amostra de 124.371 indivíduos.	Identificar os resultados da parceria de ONGs e do governo, visando melhorar a detecção de casos de tuberculose em grupos de alto risco de <i>Vírus da Imunodeficiência Humana</i> (em inglês, <i>Human Immunodeficiency Virus - HIV</i>).
Mairembam et al. (2012) Ásia Índia - Meghalaya	32 unidades de saúde geridas por seis ONGs (2 centros de saúde comunitários - CHCs, 19 centros de saúde primários - PHCs, 10 subcentros - SCs e 1 dispensário).	Avaliar a eficácia da abordagem da parceria público-privada (PPP) no que diz respeito ao aumento do acesso a serviços essenciais de saúde.
Malik et al. (2017) Ásia Paquistão	Em áreas rurais e periurbanas, utilizando cinco pesquisas domiciliares nacionalmente representativas realizadas entre 2001 e 2012.	Avaliar o impacto na utilização de UBS após a contratação em comparação com distritos não contratados na busca por doenças desconhecidas e, mais especificamente, para a diarreia infantil.
Obure et al. (2016) África/ Quênia e Suazilândia	Em 40 unidades de saúde, nos períodos 2008/2009 e 2010/2011.	Investigar a eficiência técnica e os seus determinantes, relacionados aos serviços integrados de HIV e saúde sexual reprodutiva (SRH), no Quênia e Suazilândia para 2008/2009 e 2010/2011.
Ramos e Seta (2019) América do Sul Brasil - SP, Rio de Janeiro/RJ e Vitória e Belo Horizonte/BH	4 municípios da Região Sudeste, referente a 2010 e 2014.	Fazer uma análise comparativa do desempenho da APS em relação a indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas (PDM) 2013-2015, em quatro municípios da Região Sudeste, sendo dois da administração direta (AD) e dois da administração indireta (AI).
Salehi et al. (2018) Ásia Afeganistão - províncias	Seis províncias do Afeganistão.	Avaliar os fatores contextuais, institucionais e contratuais que influenciaram o desempenho dos provedores não estatais (NSPs) que fornecem o Pacote Básico de Serviços de Saúde (BPHS) no Afeganistão.
Silva (2014) América do Sul Brasil - RJ	4 OSS (21 clínicas de SF) e dados de 2008 e 2013.	Analisar o modelo de OSS para gerência da ESF no município do Rio de Janeiro, bem como identificar limites e possibilidades desse modelo como alternativa organizacional na APS do SUS.
Soranz et al. (2017) América do Sul Brasil - RJ	Dados dos prontuários eletrônicos e de metas pactuadas de 2012 a 2016.	Avaliar a tendência de indicadores selecionados do “ <i>pay-for-performance</i> ” que mensuram o processo de cuidado em saúde na APS da cidade do RJ.
Van de Poel et al. (2016) Ásia Camboja	Dados de 2000, 2005 e 2010. Uso de cuidados de saúde materno-infantil para 80.004 nascimentos no período 1995-2010.	Estimar o efeito do financiamento baseado no desempenho (PBF - <i>performance-based financing</i>) no Camboja, ao longo de uma década, sobre a utilização dos serviços de saúde materno-infantil.
Volpato et al. (2016) América do Sul Brasil - SP/ Piracicaba e SP capital	4 USFs gerenciadas pelo município de Piracicaba (SP) e 4 USFs gerenciadas por uma OS em São Paulo (SP)	Avaliar o acesso nas Unidades de Saúde da Família (USF) gerenciadas pelo município de Piracicaba/SP e por uma organização social (OS), localizada na cidade de São Paulo/SP.

Fonte: A autora (2022)

Adiante (Quadro2) apresenta-se a estrutura conceitual dos resultados do estudo.

Quadro 2

Estrutura conceitual dos resultados do estudo

(Continua)

Categoria de avaliação do sistema	Subcategoria	Descrição e indicadores
Acesso Liu <i>et al.</i> (2008)	Acessibilidade	Capacidade de acessar os serviços disponíveis (distância geográfica, tempo e custo)
	Longitudinalidade	% de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família
	Consultas realizadas/ Pessoas imunizadas/Exames realizados sem distinção	Média de atendimentos por habitante/ % atendimentos por demanda espontânea/ % atendimentos agendados/ % imediatos/% de pessoas imunizadas/% de exames realizados
	Saúde da mulher	Dados de acesso referentes a gestantes e a sua saúde
	Saúde da criança	Dados de acesso referentes a crianças e a sua saúde
	Saúde do idoso	Dados de acesso referentes ao idoso e a sua saúde
	Doenças crônicas	Diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, HIV, etc.
	Saúde bucal	Dados de acesso referentes à saúde bucal
	Oferta/cobertura de serviços	Perc.de ações de saúde ofertadas/ N. pessoas cobertas
Equidade Basu <i>et al.</i> (2012), Liu <i>et al.</i> (2008)	Equidade no acesso	Indicadores para diferentes estratos definidos pela sua inserção social (Produto interno bruto (PIB) <i>per capita</i> , percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa-Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica).
	Barreiras financeiras para cuidar	Taxas de usuário, encargos básicos e custos farmacêuticos
	Distribuição justa	Disponibilidade de saúde proporcional à necessidade e justiça na contribuição financeira
Qualidade Basu <i>et al.</i> (2012), Liu <i>et al.</i> (2008)	Abrangência de serviços	Disponibilidade de todos os componentes do pacote de serviços da OMS e de medicamentos
	Precisão de diagnóstico	Taxas de diagnóstico correto em revisão retrospectiva (incidência de notificação de doença, tratamento recomendado)
	Padrões de gerenciamento	Taxa de conformidade com as normas internacionais de gestão específicas de doenças (Taxas de dispensa de medicamentos e procedimentos potencialmente desnecessários, indicadores de gestão)
	Retenção de clientes	Taxa de perda de acompanhamento ou, alternativamente, taxa de retorno apropriado do paciente
	Qualidade do atendimento	Percepção dos pacientes quanto à qualidade do atendimento (tempo de espera, satisfação)
	< ICSAP	Internação por condições sensíveis à APS
Resultados Basu <i>et al.</i> (2012), Liu <i>et al.</i> , (2008) considera qualidade.	Taxas de sucesso do tratamento (Impacto na saúde)	Taxa de sucesso da terapia, controlando as características da população e apresentação tardia
	Cobertura populacional	Proporção da população de captação alcançada por campanhas dedicadas (por exemplo, taxa de vacinação)
	Morbidade	Taxa de incapacidade para os pacientes, controlando as características da população
	Mortalidade	Taxa de mortalidade entre os pacientes, controlando as características da população

Fonte: Adaptado de Basu *et al.* (2012), Liu *et al.* (2008), Viacaya *et al.* (2011); Soranz *et al.* (2017), PMAQ (2012)

Quadro 2

Estrutura conceitual dos resultados do estudo

(Conclusão)

Categoria de avaliação do sistema	Subcategoria	Descrição e indicadores
Eficiência Basu <i>et al.</i> (2012), Liu <i>et al.</i> (2008)	Custo	Valores absolutos gastos para uma determinada indicação: custos de medicamentos, custos de prescrição, custos de saúde. Eficiência técnica, alocativa, relativa, econômica.
	Redundância	Repetição de tempo de diagnóstico, testes, cadeias de suprimentos e entrega de terapia
	Fragmentação	Separação das principais funções do sistema de saúde, gerando gerenciamento lento (Ex.: compra e distribuição)
	Atrasos	Tempo entre a solicitação de testes ou terapias e a execução de testes e terapias (diagnóstico tardio, manejo incorreto da doença, atrasos no acesso)
Outros (Infraestrutura)	Financiamento	Capacidade do governo para formular e implementar políticas de saúde
	Recursos	Humanos, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do sistema de saúde

Fonte: Adaptado de Basu *et al.* (2012), Liu *et al.* (2010), Viacaya *et al.* (2011); Soranz *et al.* (2017), PMAQ (2012)

2.3.1 Acesso

Pode-se definir a APS como o cuidado de primeiro contato (acesso), contínuo (longitudinalidade), abrangente (integralidade) e coordenado (racionalidade no cuidado ao paciente) (Starfield, 1994).

Neste estudo, o acesso foi analisado em relação à acessibilidade, longitudinalidade, número de consultas, exames ou pessoas imunizadas, relacionados à população em geral ou a saúde da mulher, da criança, do idoso, a doenças crônicas e à saúde bucal e oferta/cobertura de serviços.

Dos 26 estudos, 17 (65%) referiam-se ao acesso, 11 deles relataram uma melhoria no acesso das ONGs em comparação com PPSS quanto à acessibilidade (Coelho, 2018); serviços recebidos pela população em geral (Alonge *et al.*, 2015; Coelho, 2018; Coelho & Greve, 2018; Greve & Coelho, 2017; Heard *et al.*, 2013); saúde da mulher - novas consultas ambulatoriais de pacientes pobres e mulheres e cuidados pré-natal (Arur *et al.*, 2010; Coelho, 2018; Mairembam *et al.*, 2012); saúde da criança - taxas de vacinação e tratamento de diarreia (Cristia *et al.*, 2011; Cristia *et al.*, 2015; Malik *et al.*, 2017; Mairembam *et al.*, 2012) e melhores percentuais em oferta/cobertura de serviços, vacinação e medicamentos (Coelho, 2018; Cristia *et al.*, 2011; Cristia *et al.*, 2015; Heard *et al.*, 2013; Mairembam *et al.*, 2012; Silva, 2014). Não houve estudos comparativos em relação à prevenção ou tratamento de doenças crônicas e da saúde do idoso.

A superioridade dos PPSS, em detrimento das EPSFL, quanto ao acesso, foi relatada em 3 estudos relacionados à acessibilidade (Baig *et al.*, 2014), saúde da mulher - razão de exame

citopatológico do- colo do útero (Ramos & Seta, 2019) e número de partos para todos os tipos de financiamentos baseados no desempenho (PBF) implantados em unidades de saúde públicas (Van De Poel *et al.*, 2016), saúde bucal - média de escovação dental supervisionada e oferta/cobertura de serviços - expansão da cobertura por equipes de atenção básica, no Rio de Janeiro (RJ), cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família e cobertura por equipes de saúde bucal (Ramos & Seta, 2019). Não houve estudos relacionados à saúde do idoso.

Em ambos os provedores, foram apresentadas melhorias quanto à oferta - prestação de serviços laboratoriais nas ONGs e disponibilidade de medicamentos nos PPSS (Baig *et al.*, 2014) e, piora no número de casos de sífilis congênita e proporção de cura de casos novos de tuberculose, tendo estes apresentado um melhor resultado nos PPSS (Ramos & Seta, 2019). Volpato *et al.* (2016) demonstraram que a contratação indireta e os serviços gerenciados pelo governo, nas dimensões analisadas (acesso e qualidade) precisam de melhorias.

Sem fazer comparativos com os PPSS, estudos sobre ONGs relataram tanto melhorias (Kane *et al.*, 2010; Salehi *et al.*, 2018; Silva, 2014; Soranz, Pinto & Camacho, 2017) quanto piores (Salehi *et al.*, 2018; Silva, 2014) em relação ao acesso, no período analisado.

Apesar de haver maior número de estudos relatando a superioridade das ONGs, alguns autores apresentaram algumas limitações, como por exemplo, que o aumento no número de consultas pode ocorrer devido a uma notificação mais precisa com a introdução da contratação e que o fato da terceirização ter um efeito positivo nas consultas de APS, não significa, necessariamente, um uso eficaz do sistema de saúde e, uma consequente melhora na saúde da população (Greve & Coelho, 2017).

Mesmo com a expansão do acesso à APS, com uma maior cobertura da ESF no Rio de Janeiro, os indicadores analisados e a percepção dos entrevistados sugerem uma necessidade de aperfeiçoamento das práticas, tendo havido uma redução no número médio de consultas relacionadas à saúde da mulher, da criança, de atendimento do diabético, do hipertenso e consultas em geral (Silva, 2014).

Outro aspecto a ser observado é que nem sempre a expansão da cobertura de atenção básica, nos anos analisados, significa maior proporção de cobertura da população em relação a outro município, a exemplo do Rio de Janeiro que tem maior expansão de equipes da APS e menor cobertura populacional que Vitória e Belo Horizonte (Ramos & Seta, 2019).

2.3.2 Equidade

Equidade refere-se à capacidade de o sistema de saúde atender de modo a garantir que os indivíduos que mais precisam de assistência terão acesso a mesma, visa enfrentar as iniquidades que são diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis, devendo esta ser é uma das características nodais a serem estudadas na provisão de recursos, visto que aqueles que vivem em áreas rurais, em contextos de violência urbana tendem a ter pouca ou nenhuma possibilidade de oferta de serviços de saúde.

Dos artigos analisados 6 (23%) relacionaram-se à equidade, a qual foi dividida quanto à equidade no acesso, barreiras financeiras para cuidar e distribuição justa (de serviços de saúde e financeira), entretanto, não houve estudos referentes às duas últimas temáticas.

Foram favoráveis às ONGs 5 estudos referentes à melhoria de acesso na prestação de serviços aos mais pobres (Alonge *et al.*, 2015; Arur *et al.*, 2010; Coelho, 2018; Heard *et al.*, 2013; Malik *et al.*, 2017). Outro demonstrou que a prestação de cuidados de saúde em ambas (ONGs e PPSS) não estava chegando às populações mais vulneráveis (Baig *et al.*, 2014). Não houve observações favoráveis aos PPSS quanto à equidade.

Algumas observações sobre a equidade foram relatadas pelos autores, a exemplo de que a desigualdade na utilização de serviços entre os pobres e os não pobres pode ser reduzida pela vinculação de metas de equidade a bônus por desempenho (Arur *et al.*, 2010). Outro fator é de que a contratação do setor privado leva a uma preocupação comum de que a equidade pode ser sacrificada por ganhos de eficiência, não tendo sido ratificada pelos autores, visto que, apesar das pessoas em melhor situação tiverem tido uma melhora maior na cobertura e no uso dos serviços, em comparação com os pobres nas áreas de ONG e uma empresa autônoma do governo, exceto pela cobertura dos cuidados pré-natais, melhorias na cobertura entre os 50% mais pobres da população foram maiores na área de ONGs, com poucas exceções (Heard *et al.*, 2013). E, embora tenha melhorado o acesso e a equidade, não foram encontrados efeitos significativos na satisfação autorreferida de utilização da UBS (Malik *et al.*, 2017).

Por fim, salienta-se que os contratos com prestadores não estatais devem incluir metas explícitas, entre elas, a garantia que os serviços prestados atinjam os pobres urbanos (Heard *et al.*, 2013).

2.3.3 Qualidade

“A avaliação da qualidade se propõe à emissão de juízo de valor acerca de ações programáticas ou serviços, a partir do desdobramento de seus aspectos ou componentes, conforme a clássica proposição de Donabedian, independentemente do fato de serem ou não passíveis de quantificação” (Bosi & Uchimura, 2007).

Nesta revisão, buscou-se identificar a qualidade das entidades analisadas em relação à abrangência dos serviços, qualidade no atendimento, internação por condições sensíveis à APS (ICSAP), padrões de gerenciamento, precisão de diagnóstico e retenção de clientes. Não houve análises referentes aos três últimos tópicos.

Somente 7 trabalhos (27%) buscaram avaliar a qualidade dos serviços prestados. Entre eles, 5 identificaram uma melhor qualidade das ONGs, seja no atendimento (Alonge *et al.*, 2015; Heard *et al.*, 2013) ou na redução do ICSAP (Coelho & Greve, 2016; Greve & Coelho, 2017; Ramos & Seta, 2019). No setor público, houve uma melhor satisfação no atendimento dos médicos e enfermeiros (Baig *et al.*, 2014). Resultados não satisfatórios foram encontrados em ambos em relação à abrangência de serviços de imunização, promoção da saúde, tratamento de doenças comuns e gestão da malária (Baig *et al.*, 2014) e a falta de qualidade no atendimento devido à dificuldade de agendamento (Volpato *et al.*, 2016).

Observou-se uma lacuna em estudos sobre a qualidade e que há uma deficiência em ambos os grupos, acarretada, entre outros, pela falta de treinamento para os prestadores de serviços, seja no atendimento, ou na prestação de serviços.

Nas análises, percebeu-se um melhor desempenho, apesar de fraco, quanto à qualidade nas EPSFL, sendo elas mais propensas a ter equipamentos de trabalho, medicamentos essenciais, infraestrutura necessária, e mais supervisão do que as instalações dos PPSS (Heard *et al.*, 2013).

Um gerenciamento público baseado na indução, monitoramento, avaliação de processos e resultados mensuráveis tem sido uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde (MS), visando a garantia à população de acesso a serviços de saúde com qualidade, tendo os gestores procurado dar mais relevância à gestão da qualidade e às práticas das equipes de atenção básica (PMAQ, 2012).

Existe um consenso de que a melhoria da qualidade na APS pública e privada pode ter um impacto importante na melhoria dos resultados de saúde (Berendes *et al.*, 2011), devendo as medidas de qualidade serem mais exploradas para fins de planejamento (Blaakman *et al.*, 2014), e os modelos alternativos à prestação de cuidados de saúde serem revisitados para

aperfeiçoar a eficiência, a capacidade de resposta local e, por sua vez, a qualidade (Baig *et al.*, 2014).

2.3.4 Resultados

Os resultados foram avaliados de acordo com as taxas de sucesso do tratamento - impacto na saúde, cobertura populacional, mortalidade e morbidade. Os dois últimos são considerados, nesta pesquisa, como resultado (Basu *et al.*, 2012; Starfield, 2002), Liu *et al.* (2008) considerou como qualidade.

Nove estudos (35%) relataram resultados na saúde, tendo 3 deles apresentado resultados não significativos referentes à mortalidade neonatal (Van de Poel *et al.*, 2016) e infantil (Coelho e Greve, 2016; Greve & Coelho, 2017). A morbidade não foi retratada nos estudos.

As ONGs apresentaram superioridade nos resultados em 4 estudos, 3 referentes à cobertura populacional - proporção da população de captação alcançada por campanhas dedicadas, como maior taxa de vacinação infantil (Cristia *et al.*, 2011), primeiras doses de vacinas - BCG, DPT e poliomielite (Cristia *et al.*, 2015) e alcance de maior controle de tratamento da malária - uso de mosquiteiros e procura pelo tratamento de pessoas com febre nas áreas supervisionadas (Das *et al.*, 2018), outro, referente à redução de mortalidade por dengue (Ramos & Seta, 2019).

Nesse quesito, Ramos e Seta (2019) demonstraram resultados positivos para os PPSS (RJ e SP), quanto a taxas de sucesso do tratamento – proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar e menor número de casos de sífilis; cobertura populacional – proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança e mortalidade.

Sem comparativos com os EPSFL, foram apresentados melhores resultados das ONGs, durante o período analisado, na taxa de sucesso no tratamento – métricas de objetivos alcançados no tratamento de doença vascular, diabetes e rastreamento do câncer (Greene *et al.*, 2015) e na cobertura populacional – programa de parceria para oferecer serviços aprimorados de rastreamento de tuberculose para grupos de alto risco de HIV (Kane *et al.*, 2010).

Algumas discussões relatadas nos estudos merecem destaque. Uma delas salienta que a qualidade, considerada aqui como resultado, foi aprimorada nos dois primeiros anos, após implementação de incentivos financeiros, no modelo de remuneração, para os prestadores de cuidados primários da amostra, sendo os fornecedores mais afetados aqueles com qualidade comparativamente baixa antes de sua implementação, sendo notável que a magnitude da melhoria não estava relacionada ao tamanho do incentivo financeiro da métrica (Greene *et al.*, 2015).

Outro demonstrou que: 1) os municípios com menos de 10 mil habitantes e com alta porcentagem de usuários do SUS têm menor probabilidade de contratação; 2) o número de equipes do PSF e o partido político do prefeito não estão correlacionados significativamente com a probabilidade de contratação em nenhum dos modelos e 3) a contratação indireta contribui para o aumento de consulta básica por usuário do SUS (Coelho & Greve, 2016). Também se discutiu alguns entraves em relação às OSS, entre eles, a avaliação e controle com foco nos processos e não nos resultados (Silva, 2014).

Por fim, há uma preocupação, especialmente quando os recursos são limitados, que a qualidade pode ser comprometida, sendo importante combiná-la estrategicamente com eficiência, para maximizar resultados de saúde (Au *et al.*, 2014; Obure *et al.*, 2016).

2.3.5 Eficiência

Num sistema de saúde, pode-se dizer que a eficiência é a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados (Viacava *et al.*, 2011), tendo sido a busca por ela uma das explicações para a contratação.

Os resultados referentes à eficiência, nos trabalhos analisados, foram elencados neste estudo como custo, relacionado à assistência à saúde – valores absolutos gastos para uma determinada indicação: custos de medicamentos, custos de prescrição e custos de saúde, eficiência técnica, alocativa e econômica; fragmentação – separação das principais funções do sistema de saúde, tornando o gerenciamento lento; redundância – repetição de tempo de diagnóstico, testes, cadeias de suprimentos e entrega de terapia e atrasos – tempo entre a solicitação e a execução de testes ou terapias. Os dois últimos não foram retratados nos estudos.

Em relação à eficiência, 8 estudos (31%), tendo os PPSS apresentado melhor eficiência técnica em 2 deles (Alhassan *et al.*, 2015; Obure *et al.*, 2016) e as ONGs em 2, com um deles apresentando um custo 47% menor do que as clínicas gerenciadas por uma agência autônoma do governo, atendendo mais pacientes, entretanto, a mesma possui um orçamento *per capita* 36% maior (Heard *et al.*, 2013). O outro, com maior eficiência técnica em relação a uma agência semiautônoma do governo (*contracted in* – CI) (Blaakman *et al.*, 2014), mas, com maior custo e maiores investimentos.

Quanto à fragmentação, um trabalho apresentou piora nos dois provedores, com um nível substancial de ineficiência nos serviços integrados de HIV e doenças sexualmente transmissíveis – DST (Obure *et al.*, 2016).

Alguns não fizeram comparativos com provedores públicos, mas analisaram se no período de contratação com ONGs houve melhorias nos resultados. Um, buscando identificar se as entidades de cunho religioso respondem a incentivos extrínsecos, demonstraram que, após o financiamento baseado no desempenho (PBF), houve maiores produção e eficiência alocativa (Duchoslav & Cecci, 2019). Outro identificou que há maior eficiência técnica nas unidades de saúde públicas operadas por ONGs que oferecem serviços primários de saúde mais abrangentes, tendo as unidades menores mais espaços para melhorias (Farewar *et al.*, 2019). Greene *et al.* (2015) compararam uma ONG que recebeu incentivos financeiros na remuneração com outras que não receberam e identificaram que todas aumentaram a eficiência relativa. Por fim, um estudo demonstrou piora nos resultados, com um aumento no custo de medicamentos prescritos por usuário (Soranz *et al.*, 2017).

Nas análises, foi possível detectar alguns tópicos que merecem destaque, entre eles é que, apesar de uma maior eficiência técnica apresentada nos PPSS, houve altos níveis de ineficiências nas unidades de saúde de todos os provedores estudados, com desperdício de recursos, especialmente em áreas urbanas, tendo as que apresentaram pontuações abaixo de 1,0, usado recursos humanos e materiais excedentes, enquanto registraram atividades de serviços de saúde menores (Alhassan *et al.*, 2015).

Alguns resultados apresentaram associação positiva e significativa com a eficiência técnica, demonstrando que influenciam a eficiência, tais como medidas de qualidade – pontuação do ano do *balanced score card* (Blaakman *et al.*, 2014), PBF. Os dados apontam para um aumento robusto da produção e eficiência em pelo menos 27%, sem apresentar uma redução aparente na qualidade (Duchoslav & Cecci, 2019), maior eficiência em centros de saúde abrangentes do que em centros básicos e subcentros, maiores investimentos de capital em unidades de saúde, especialmente em tecnologias de longa duração e que possam atender um número maior de pessoas (Farewar *et al.*, 2019), número de serviços adicionais de HIV/DST na unidade de saúde materna e infantil, tipo de instalação (centros de saúde e clínicas) (Obure *et al.*, 2016) e, por fim, o tipo de propriedade das instalações, tendo maiores escores de eficiência técnica associados a instalações públicas (Obure *et al.*, 2016) e em instalações públicas/governamentais e instalações de Missão/ONG localizadas em regiões rurais, ao invés de entidades com fins lucrativos (Alhassan *et al.*, 2015). Entretanto, outro estudo demonstrou maior eficiência técnica nas ONGs, em relação a uma agência semiautônoma do governo (Blaakman *et al.*, 2014).

Também foi encontrada uma associação significativa, mas negativa, na parcela de pessoal de apoio (limpeza, segurança, etc.) (Farewar *et al.*, 2019), no número de serviços de

HIV/DST na mesma sala clínica, sugerindo que a integração desses serviços numa sala pode reduzir a eficiência técnica da prestação de serviços, proporção da equipe clínica em relação ao total da equipe, possivelmente porque a equipe clínica é mais bem treinada e, portanto, passa mais tempo com um cliente, diminuindo a sua eficiência técnica e proporção de serviços de HIV em localização rural (Obure *et al.*, 2016).

Não houve associações significativas entre os escores de eficiência técnica das unidades de saúde e as características das instalações, incluindo locais de áreas seguras/inseguras e as distâncias variadas dos centros urbanos (Blaakman *et al.*, 2014) e de muitos *proxies* de atendimento de qualidade técnica, demonstrando que alto nível de eficiência técnica não significa necessariamente altos padrões de qualidade de atendimento e vice e versa (Alhassan *et al.*, 2015). No entanto, a eficiência técnica pode ser alcançada sem sacrificar a qualidade (Obure *et al.*, 2016).

Dados de um estudo sobre integração de serviços para melhorar a eficiência sugerem que a falta de disponibilidade de recursos (incluindo infraestrutura básica, equipamentos e suprimento de mercadorias) aparece em instalações com baixa pontuação de serviços de HIV e DST, desafiando o ponto de vista de que excesso de recursos pode levar a ineficiência, que a integração pode melhorar a eficiência ou que há uma forte troca entre qualidade e eficiência, tendo muitas instalações apresentado baixo desempenho em ambos. Ou seja, muitos resultados podem não ser otimizados com intervenções estruturais implementadas objetivando melhorar a integração de serviços (Obure *et al.*, 2016).

Pode-se perceber nos resultados apresentados nos artigos que há diferentes fatores que influencia significativamente, ou não, tanto a eficiência, como outros itens de desempenho, entre eles, a exemplo o contexto no qual estão inseridos, da confiabilidade dos dados analisados e robustez dos estudos.

2.3.6 Infraestrutura em Geral

O desempenho da infraestrutura em geral foi analisado por 8 estudos (31%) em relação ao financiamento – capacidade do governo para formular e implementar políticas de saúde e aos recursos – humanos, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do sistema de saúde, etc.

Nesse quesito, as ONGs apresentaram melhor desempenho, o qual foi relatado por 5 estudos. Quanto ao financiamento, uma análise apresentou maiores gastos em APS em relação aos gastos totais com saúde e menor dependência do Fundo de Participação dos Municípios

(FPM) nas suas receitas orçamentárias (Ramos & Seta, 2019). Salienta-se que nem sempre maiores gastos e menor dependência do FPM representam melhores resultados, eficiência, qualidade etc. Quatro deles apresentaram resultados quanto aos recursos relacionados à infraestrutura propriamente dita (Alonge *et al.*, 2015; Coelho, 2018; Heard *et al.*, 2013; Mairembam *et al.*, 2012), equipamentos, medicamentos (Heard *et al.*, 2013; Mairembam *et al.*, 2012) suprimentos de planejamento familiar, supervisão (Heard *et al.*, 2013) e disponibilidade de pessoal (Mairembam *et al.*, 2012).

Em comparação com as ONGs, em um estudo, os PPSS apresentaram maiores percentuais de gastos em saúde em relação às demais funções e gastos por habitante na função saúde (Ramos & Seta, 2019). Em outro, ambos apresentaram necessidades de melhorias em relação aos recursos humanos, pois não tinham enfermeiras, educadores de saúde e balconistas (Baig *et al.*, 2014).

Dois estudos sobre ONGs apresentaram alguns resultados, sem comparativos. No primeiro, as ONGs tiveram melhorias no gerenciamento de insumos, mecanismos de compras e gestão de recursos humanos (Salehi *et al.*, 2018). No segundo, ao avaliar a proposta da contratação, identificaram que foram preditores de bom desempenho: 1. A experiência de treinamento – pode ser relevante visto que havia a obrigatoriedade das ONGs comprovarem que seus funcionários eram capacitados para desempenharem as atividades relacionadas ao projeto; 2. A qualidade da proposta – indicando que a compreensão demonstrada das tarefas foi preditiva da pontuação do resultado; e 3. O fator 'saúde' estar contido nos objetivos da organização. Os resultados relacionados à capacidade financeira, qualificação da equipe, experiência anterior em projetos de saúde ou não, e idade de estabelecimento não foram significativos ao resultado (Heard *et al.*, 2011).

As análises levaram a algumas reflexões sobre a necessidade de infraestrutura, uma é de que pode não ser necessária uma vasta experiência para prestar serviços básicos de saúde, sendo possível contratar um médico e 2 a 3 funcionários paramédicos e fornecer equipamentos, suprimentos e medicamentos básicos; outra é que, mesmo sendo necessárias algumas habilidades de gerenciamento financeiro e organizacional, há a possibilidade de que apenas um limite mínimo seja necessário, não havendo necessidade de algo além disso (Heard *et al.*, 2011) e, por último, a ineficiência e perpetuidade de recursos limitados, atreladas a cuidados de baixa qualidade, podem agravar a obtenção de acesso universal aos cuidados básicos de saúde (Alhassan *et al.*, 2015).

2.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, a avaliação de desempenho foi estruturada em seis tópicos: acesso, equidade, qualidade, resultados, eficiência e infraestrutura em geral. Observou-se que a maioria dos trabalhos se referiu a acesso (65%) e resultados (35%), tendo as ONGs apresentado melhores efeitos em todos, com exceção da eficiência, onde não houve superioridade. Mesmo assim, observou-se que há uma polarização nos resultados quanto ao desempenho dos serviços prestados por PPSS e pelas EPSFL.

A terceirização foi considerada, por autores desta revisão (Alonge *et al.*, 2015; Cristia *et al.*, 2015) como uma solução eficaz na prestação de cuidados de saúde indo de encontro aos dados anteriores. Outra revisão (Basu *et al.*, 2012), buscou demonstrar o desempenho da oferta do setor público e privado (com ou sem fins lucrativos), em países de baixa e média renda. As análises sugeriram que os profissionais do setor privado violavam mais frequentemente os padrões médicos da prática e tinham resultados mais desfavoráveis, tendendo a eficiência relatada a ser menor que no setor público, não apoiando a ideia de que o setor privado é mais eficiente, responsável ou medicamente efetivo que o setor público, possivelmente por incentivos que têm para realizar testes e tratamentos desnecessários. No entanto, o setor privado tende a disponibilizar mais tempo e hospitalidade aos pacientes, equipamentos, medicamentos e profissionais de saúde treinados.

Estudos também consideraram que não houve uma superioridade conclusiva da eficácia entre os modelos analisados (Arur *et al.*, 2010; Baig *et al.*, 2014; Cristia *et al.*, 2015; Malik *et al.*, 2017). As prováveis explicações para esses resultados são a falta de representatividade das amostras usadas anteriormente, o fraco incentivo financeiro, a falta de metas claras e desempenho definidos nos contratos e baixa autonomia nos recursos humanos (Malik *et al.*, 2017).

No entanto, confirmando as análises desta pesquisa, uma revisão (Liu *et al.*, 2008), demonstrou que os resultados se mostraram mais eficazes, em termos de melhoria do acesso aos serviços de saúde, nas ONGs. Porém, apesar de demonstrar um potencial da terceirização em melhorar a equidade no acesso aos cuidados primários de saúde dos pobres e a qualidade, de fato, pouco se sabe sobre seus efeitos. Observou-se, também, a pouca evidência sobre o impacto dessas iniciativas na eficiência, as quais apresentaram resultados mistos e com maior probabilidade de eficiência na administração direta.

Outro aspecto a ser considerado, no que se refere ao acesso e, que não foi tratado pelos estudos, é o tipo de adscrição dos usuários e o risco acerca da prestação de serviços a populações

mais vulneráveis. Dada a discussão sobre sistemas universais ou com cobertura universal, esse é um dado que precisaria ser levado em conta nos estudos, além dos indicadores de saúde.

Resultados favoráveis às ONGs podem ser decorrentes de vários fatores, entre eles, por elas receberem, na maioria das vezes, por desempenho e, portanto, fazerem os registros dos serviços prestados de maneira mais correta, sendo este um problema no setor público, principalmente, na APS. Da mesma forma, a descentralização da gestão para municípios próximos do usuário é potencialmente exitosa para o registro de dados clínicos, desde que exista monitoramento e *feedback* dos indicadores acompanhados (Soranz *et al.*, 2017). Outros fatores que podem ser observados são que as ONGs podem ter seus contratos não renovados, caso não obtenha bom desempenho, têm maior flexibilidade na realocação de recursos e na gestão de recursos humanos, processo mais simples de tomada de decisão, maior capacidade de inovar e, em grande parte, maior autonomia gerencial (Heard *et al.*, 2013). Além disso, muitas vezes, elas recebem mais recursos, têm melhor disponibilidade de infraestrutura, equipamentos e suprimentos.

Deficiências na contratação também foram apontadas como altos custos administrativos, falta de fornecedores para uma concorrência significativa, inclusive na área rural, maior fragmentação nos sistemas de saúde (Liu *et al.*; 2008), má regulamentação (Baig *et al.*, 2014), falta de recursos para monitoramento da qualidade (Baig *et al.*, 2014; Liu *et al.*; 2008; Silva, 2014), orçamento adicional modesto, autoridade administrativa limitada da agência contratante (Malik *et al.*, 2017), falta de indicadores claros de desempenho (Malik *et al.*, 2017), avaliação e controle com foco nos processos e não nos resultados (Loevinsohn & Harding, 2005; Silva, 2014), não incremento da transparência e do controle social (Silva, 2014), responsabilização clara (Silva, 2014; Van de Poel *et al.*, 2016), ente outros.

2.5 CONCLUSÃO

Diante das análises, pode-se perceber que apesar da APS ter avançado e contribuído para a melhoria, em vários aspectos, da saúde pública, ainda há ineficiência nos serviços prestados, suscitando em diversas críticas relacionadas ao seu baixo desempenho, principalmente, relacionadas ao setor público, acarretando assim várias reformas da administração pública, sob a égide da NGP e com objetivos diversos, vislumbrando que provedores privados possam solucionar esse problema.

No entanto, o desempenho da APS pode ser influenciado por diversos parâmetros, a depender do contexto na qual está inserida, que varia de acordo com o perfil socioeconômico,

epidemiológico e demográfico da população, assim como as prioridades estabelecidas em cada gestão. Nesse sentido, diante dos relatos efetuados neste estudo, e em anteriores, é possível afirmar que fatores contextuais, contratuais e institucionais podem influenciar o desempenho dos serviços de saúde de APS prestados à população, independentemente de o provedor ser público ou privado.

Observou-se a necessidade, apontada pelos autores, de estudos adicionais na busca por maiores evidências sobre os efeitos no desempenho dos serviços de APS prestados, para que se possa identificar aspectos positivos e negativos e a busca de melhorias.

Em um país de grandes dimensões e diversidade como o Brasil, é nodal analisar o contexto como um aspecto que implica no desempenho nos modelos de gestão. Talvez os estudos possam indicar que nesse contexto não é possível um modelo único para todos os entes federativos que possuem diferentes necessidades. Tal perspectiva, infere que dado o contexto local do qual os serviços serão prestados, tanto os PPSS como as EPSFL podem obter os objetivos almejados, tendendo os PPSS a obterem menores custos.

É necessário que os processos internos sejam revistos e melhorados pelo poder público, a exemplo da avaliação de desempenho e infraestrutura, dado que o contexto externo não é facilmente controlável, mas pode ter seus problemas minimizados por uma melhor coordenação e gestão organizacional. Igualmente é preciso analisar os recursos financeiros disponibilizados tanto aos PPSS como as EPSFL, bem como, seu alcance no quesito acesso.

O investimento público em saúde no Brasil é muito baixo em termos de percentual do PIB quando comparado com outros sistemas de saúde com acesso universal. Desde o seu nascedouro o SUS passa por alterações na composição do seu investimento, no entanto, com a recente Emenda Constitucional Nº 95/2016 (EC 95, 2016) tende a agravar o financiamento da saúde, caso não seja revista, visto que ela congela gastos por 20 anos. Assim, no planejamento orçamentário previsto para a próxima década quaisquer modelos de prestação de serviços públicos estão fadados a ineficiência.

O presente estudo apresentou algumas limitações metodológicas como dados ausentes ou de baixa qualidade, nos bancos de dados, que podem influenciar nos resultados encontrados nos artigos analisados. Outra questão é que há uma variação nas metodologias e medidas de resultados, dificultando a comparação das evidências encontradas entre os provedores de serviços de saúde de APS. Dessa forma, são necessárias mais pesquisas para compreender o contexto, comparar os tipos de modalidades de contratação e esclarecer os prós, contras e desafios de implementação de cada uma.

3 ARTIGO 2 - O MODELO DE GESTÃO IMPORTA? In (eficiência) de entidades públicas e organizações sociais na Atenção Primária à Saúde no Sudeste brasileiro

RESUMO

A demanda crescente por serviços de saúde, inclusive da atenção primária, induz a implantação de práticas gerenciais eficientes como meio de manter a sustentabilidade do sistema. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar a in (eficiência) do Estado na prestação de serviços da atenção primária à saúde e a identificação de fatores que a influencia, nos municípios do Sudeste brasileiro e destes, dos municípios acima de cem mil habitantes, possibilitando a comparação entre modelos de gestão executado pela administração direta com aqueles gerenciados por Organizações Sociais de Saúde. Para tanto, utilizou-se o modelo *Data Envelopment Analysis* BCC dois estágios, com orientação produto, os procedimentos *jackstrap* e *bloxpot* para identificar *outliers* e um modelo de regressão Tobit. Conclui-se que os scores médios de eficiência se apresentaram baixos para ambos os modelos de gestão analisados, com melhores resultados nos municípios de pequeno porte e com administração direta. Na análise do Tobit, apenas as variáveis de cobertura da atenção primária e de desenvolvimento municipal de educação e saúde, mostraram-se associadas à eficiência considerando todos os municípios da amostra e, para apenas os acima de cem mil habitantes, foram o total de despesas com pessoal em relação à despesa total com saúde e despesa total com saúde por habitante.

Palavras-chave: Eficiência. Análise Envoltória de Dados. Atenção Primária à Saúde. Organização Social.

3.1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil é conduzida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme os artigos 196 a 200 da Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 (CF, 1988) e seus dispositivos legais. A prestação dos serviços é realizada diretamente pelo governo, nas três esferas e pela participação complementar do setor privado no SUS e, de forma suplementar, pela iniciativa privada das operadoras dos planos de saúde e de prestadores de serviços, em conformidade com as Leis Nº 9.656/98 e Nº 9.961/01 que regulamentaram o mercado segurador de saúde privado e criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), respectivamente. Enquanto a iniciativa privada é financiada pelos pagamentos pecuniários dos seus usuários e do Estado, o setor público depende, essencialmente, dos recursos da Seguridade Social na forma da lei.

Nessa perspectiva cabe ao Estado fornecer as condições indispensáveis ao adequado provimento dos serviços de saúde e, por isso, a eficiência do SUS é essencial, cabendo a administração pública (AP) otimizar recursos e garantir a qualidade dos serviços prestados.

A reforma do Estado brasileiro concebida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado – (PDRAE, 1995) foi orientada por esses valores semelhantes. O objetivo era passar de um modelo de administração burocrática para um modelo que adota preceitos relacionados à Nova Gestão Pública (NGP), elencados por Hood (1991) como gestão profissional, com padrões e medidas de desempenho explícitas, maior ênfase nos controles dos resultados e não nos processos, maior concorrência no setor público e incentivo à participação do setor privado para prestação de serviços públicos, dentre outros.

Nesse sentido, tomando por base experiências de reformas administrativas observadas na Inglaterra, Nova Zelândia, Austrália e Estados Unidos, o governo brasileiro abriu espaço para a atuação das entidades privadas sem fins lucrativos (EPSFL), que passaram a prestar serviços públicos considerados não exclusivos do Estado, como o caso das Organizações Sociais (OS) que são regidas pela Lei 9.637/98 e desenvolvem atividades inerentes ao poder público (Di Pietro, 2017). Questiona-se até que ponto a parceria firmada pelo governo por meio de contratos de gestão com EPSFL, é capaz de gerar um determinado volume de produto com os insumos disponíveis.

Note-se que, embora as EPSFL sejam instituições de direito privado, o uso dos recursos públicos impulsiona a necessidade de observação de todos os princípios básicos da AP. Nesse contexto, críticas e dúvidas a respeito da qualidade do acesso, eficiência, eficácia e efetividade na AP foram surgindo e colocando em análise essa solução de novos modelos de gestão, tendo como ator principal o agente privado. Pois essa delegação da execução de serviços públicos, a partir da contratualização de desempenho, impõe à administração pública o desenvolvimento de instrumentos de avaliação periódica que possam oferecer aos gestores municipais alternativas para a tomada de decisão.

Ocorre que, como a base de recursos é a seguridade social, a queda da atividade econômica do país, observada no início da década passada, aliada ao congelamento dos gastos públicos, de acordo com a Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/2016), dentre outros, mudou o panorama no setor público, trazendo dificuldades na implementação das políticas públicas sociais, inclusive no setor de saúde, que sofre com a crescente demanda assistencial ao longo dos anos acarretadas, entre outras, por transformações nos cenários demográficos e epidemiológicos e a incorporação tecnológica cada vez mais acentuada que instigam o aporte de mais recursos a cada ano.

Este estudo adotou como recorte a Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro ponto de atenção e entrada preferencial dos sistemas de saúde, é responsável por garantir acesso aos outros níveis de atenção do SUS (Andrade *et al.*, 2018) e sua efetividade pode contribuir para

a redução do sofrimento e da carga de doenças da população produzindo dados positivos na saúde. A sua reorganização ocorreu na década de 1990, após quatro anos da criação do SUS, através da implementação da Estratégia da Saúde da Família, instituindo em seu modelo de base territorial e comunitária, além de fundamentos e princípios que norteiam o SUS, suas diretrizes organizacionais (a determinação social dos processos de saúde e enfermidade, a participação social, a integralidade, a universalidade, a territorialização, a multiprofissionalidade das equipes de saúde e a vigilância à saúde como modelo de atenção). (Abrasco, 2022)

Além disso, vários países buscaram a reorganização da APS, por meio da contratação de EPSFL para prestação de serviços, impulsionada pelas reformas baseadas nos princípios norteadores da NGP, tais como melhorar o acesso aos serviços básicos de saúde (Das *et al.*, 2018; Greve & Coelho, 2017), a equidade dos serviços (Coelho, 2018; Heard *et al.*, 2013), a qualidade e eficiência (Coelho, 2018; Das *et al.*, 2018), incluindo o Brasil.

Nesse contexto, este estudo toma como recorte a Estratégia Saúde da Família, considerada “um modelo exitoso de APS, de base territorial e orientação comunitária, que se pretende resolutiva, ordenadora do cuidado e coordenadora da rede de atenção à saúde” (Abrasco, 2022, p.3). Apesar disso, sua plena operação tem sido um desafio, com medidas de austeridade vindo sendo tomadas ao longo dos anos, especialmente a partir de 2016, dentre as quais a EC 95/2016 e a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com algumas flexibilizações, a exemplo do número de profissionais e carga horária das equipes.

Ainda nesse contexto uma nova norma de 2019 instituiu a Equipe de Atenção Primária (eAP), em substituição à Equipe de Atenção Básica (eAB), flexibilizando mais ainda a formação da equipe (Portaria 2.539, 2019) e foi instituído o programa Previnde Brasil, que modificou o cálculo do financiamento de custeio da APS que, além disso, encerrou o Piso de Atenção Básica, desde 1996, e passou a ser por capitação ponderada, ou seja, por meio do número de pessoas cadastradas nos serviços de APS e não mais por número da população e de equipes da saúde da família (eSF) e também encerrou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), (Portaria 2.979, 2019). Tal mudança pode afetar o princípio da universalidade do SUS, visto que apenas os cadastrados podem receber financiamento (Giovanella, Franco & Almeida, 2020). Além disso, causa uma grande preocupação, pois muitos municípios não têm pessoal suficiente disponível para cadastramento a curto prazo, o que pode dificultar ainda mais o recebimento de recursos.

Outra mudança estruturante na forma como o Estado executa a política de saúde foi definida pelo Decreto Nº 10.283/2020, que instituiu a Agência para o Desenvolvimento da

Atenção Primária à Saúde (ADAPS), Serviço Social Autônomo de direito privado, que tem como objetivo gerir a APS no âmbito federal tendo como competências, dentre outras, no âmbito do SUS, a prestação de serviços de APS, em caráter complementar, à atuação dos entes federativos, especialmente nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, e a execução do Programa Médicos pelo Brasil, em colaboração e articulação com o Ministério da Saúde (MS) e em consonância com o Plano Nacional de Saúde. Para tanto, a ADAPS pode promover a compra e venda de produtos e serviços, firmando contratos, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, a exemplo de instituições de ensino, OSS e cooperativas (Resolução N° 1/2021). Tais atribuições acarretam em maior centralização e verticalidade do Ministério da Saúde na condução administrativa e na imposição de remodelagem com ênfase na APS, como também a transferência da responsabilidade da gestão da APS dos municípios para tal entidade (Abrasco, 2022).

A proposta anterior pode levar o governo Federal a realizar contratação para a APS diretamente, além disso, pode fortalecer a contratação de entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, inclusive. Salienta-se que desde o exercício de 2021 as despesas com pessoal decorrentes das organizações da sociedade civil que atuam na atividade fim do ente da Federação e que recebam recursos financeiros da administração pública, a exemplo das OS, sejam contabilizadas como despesas com pessoal passando, portanto, a ser considerada no cálculo dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), não menciona as cooperativas (Portaria N° 233/ 2019).

É necessário avaliar o desempenho dos prestadores de serviços públicos da APS, nos diferentes modelos de gestão, atualmente presentes no Sudeste, principalmente. Nos estados do Rio de Janeiro (RJ) e de São Paulo tem-se que 34,24% e 33,15% das equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) são geridas por OSS. Esse percentual sobe para 95,52% e 90,9%, quando se considera apenas as Capitais do RJ e SP (PMAQ, 2017).

Diante do exposto, buscando identificar se as novas formas de gestão resultaram em mudanças no desempenho do setor público, este estudo objetivou responder ao seguinte questionamento: Os serviços prestados pelas equipes de saúde da família nas modalidades de gestão por administração direta e por organizações sociais de saúde estão sendo realizados com eficiência e quais fatores a influenciam?

3.2 MÉTODOS

Um dos principais problemas econômicos é maximizar os recursos públicos, mas mantendo a qualidade dos serviços prestados, ou seja, produzir com eficiência. Para responder à questão da pesquisa, foi realizado um estudo avaliativo e transversal fundamentado em material bibliográfico e documental. A abordagem foi quantitativa utilizando o modelo de análise de eficiência DEA de dois estágios, para medir o nível de eficiência de todos os municípios da Região Sudeste, os procedimentos *jackstrap* e o método do limite superior e inferior do *boxplot* para identificar *outliers* e um modelo de regressão Tobit para correlacionar variáveis explicativas que influenciam na eficiência. Para tanto, utilizou-se o software estatístico R.

O modelo utilizou a Teoria Econômica da Eficiência e a Teoria da Escolha Pública (TEP). A primeira, baseada nos trabalhos de análise da produtividade de Koopmans (1951) e Debreu (1951), em que Farrell (1957) define a eficiência técnica como a habilidade de uma firma em obter um máximo nível de produção em função de um dado conjunto de fatores de produção. Assim, a eficiência é considerada neste estudo como a habilidade de um município obter *outputs* máximos, dado um conjunto de *inputs*, comparando-se o desempenho das OSS e da AD na APS em relação à eficiência técnica, ou seja, conforme a capacidade de elas operarem próximo ou no limite de seu conjunto de produção.

A TEP considera pessoas como pessoas, independente do seu vínculo institucional (público ou privado), e tomam decisões como tal. De acordo com o estudo seminal de Buchanan e Tullock (1962), todas as decisões dos gestores públicos são baseadas no egoísmo e racionalidade. Apesar de, neste estudo, não haver elementos para justificar a escolha do gestor, pode-se sinalizar se a escolha foi ou não eficiente, sendo assim, tal escolha deveria maximizar recursos aplicados na produção dos serviços de saúde.

A análise de eficiência desenvolve *frameworks* e métodos no intuito de estimar a fronteira eficiente na produção comparando as unidades produtivas. Várias técnicas analíticas foram desenvolvidas para estimar a forma das fronteiras de eficiência de unidades tomadoras de decisões, entre elas, o DEA, um modelo “orientado a dados”, não paramétrico, que utiliza programação linear para estimar a fronteira de eficiência para cada unidade tomadora de decisão (*Decision Making Unit – DMU*), também chamadas de firmas, que possuem múltiplas entradas (*inputs*) e saídas (*outputs*) (Alhasan, 2015; Charnes, Cooper & Rhodes, 1978; Zhu, 2014).

Neste trabalho, optou-se pelo uso do modelo DEA, em dois estágios, por ser considerado útil para avaliar a eficiência na saúde (Pelone *et al.*, 2015), sendo cada vez mais aplicado a

análises na APS (Miclos, Calvo & Colussi, 2017) e em estudos internacionais comparativos do desempenho do setor público com EPSFL (Alhassan *et al.*, 2015; Blaakman *et al.*, 2014), tendo como lacuna de pesquisa a inexistência de estudos nacionais.

A eficiência de cada DMU é definida pelo quociente entre a sua produtividade e a maior produtividade alcançada no conjunto de todas as DMUs. Assim, de acordo com a relação de insumos por produto, uma firma será ineficiente se produzir menores quantidades de produtos que qualquer outra firma que apresente a mesma relação de insumos. O grau de eficiência varia no intervalo [0,1], sendo 1 as unidades 100% eficientes.

O modelo DEA possui dois tipos clássicos (CCR e BCC) e dois modos de orientação (insumos e produtos). O modelo CCR, proposto por Charnes, Cooper e Rhodes (1978), é caracterizado por assumir retornos constantes de escala definindo uma fronteira de produção linear para cada DMU, onde qualquer mudança nos *inputs* gerará uma mudança proporcional nos *outputs*. O modelo BCC, desenvolvido Banker, Charnes e Cooper (1984), assume que os retornos são variáveis (RVE), admitindo que as variações nos *inputs* podem ou não gerar variações proporcionais nos *outputs*, podendo ser crescentes ou decrescentes. Neste trabalho, optou-se pelo modelo BCC.

Um ponto importante a salientar é que o modelo BCC possui uma inconveniência analítica, a restrição sobre o λ_k pode produzir diferentes escores DEA, dependendo do tipo de orientação utilizado. Logo, os scores de eficiência do DEA (*input*) são diferentes dos scores do DEA (*output*).

Aqui, a orientação é por produto, pois os recursos do setor da saúde são orçamentários, e, apesar do emprego dos recursos não ser livre, deve o gestor municipal tomar decisões para otimizá-los ofertando serviços de saúde à população dentro dos padrões de qualidade esperados. Sendo assim, os municípios podem responder de forma diferente às variações dos insumos, o que é plausível dada a realidade brasileira.

Assim, parte-se de uma função de produção de Cobb-Douglas dada por $Y = AK^\alpha L^\beta$, onde Y, A, K e L representam, respectivamente, produto, tecnologia, capital e trabalho. Com isso, matematicamente, pretende-se maximizar uma função objetivo, θ_0 , sujeita a determinadas restrições, ou seja,

$$\max \theta_0 = \frac{\sum_{r=1}^m \mu_r Y_{rk}}{\sum_{t=1}^n v_t X_{tk}}$$

Sujeito a

$$\frac{\sum_{r=1}^m \mu_r Y_{rk}}{\sum_{t=1}^n v_t X_{tk}} \leq 1$$

$$\sum_k \lambda_k = 1$$

Onde, $\mu_r, v_t, \lambda_k \geq 0, \forall k$ e

$Y_{rk} = \text{produto da } k - \text{ésima DMU}, \quad k = 1, 2, 3, \dots, K$

$X_{tk} = \text{insumo da } k - \text{ésima DMU}, \quad t = 1, 2, 3, \dots, n$

A contribuição da DMU_n para a projeção da DMU₀ na fronteira é representada por λ_k , ou seja, a restrição sobre o $\sum_k \lambda_k$ é responsável por fornecer informações sobre os retornos de escala. μ_r, v_t são os pesos das variáveis a serem determinados pela solução da programação linear.

Foram utilizados dados oficiais do governo. Vale destacar que a análise se refere ao ano de 2017, pois somente no terceiro ciclo do PMAQ (2017) foi incluída a informação sobre a forma de contratação das eSF, se pública ou privada.

Cada município da análise foi considerado como uma DMU específica, avaliada com base em um conjunto de múltiplas medidas de desempenho (*inputs* e *outputs*), os quais foram escolhidos devido à sua importância para a APS, respaldos tanto na literatura quanto em discussões com profissionais da área. Os *inputs* utilizados neste modelo são caracterizados como indispensáveis para a realização de ações em saúde na APS e, o produto, está diretamente relacionado a eles.

O *input* X_1 permite identificar a disponibilidade de “profissionais da estratégia saúde da família (ESF)” que atendem ao SUS, nas unidades básicas de saúde (UBS), em determinado município. Foram considerados como profissionais aqueles de níveis superior, técnico e auxiliar e elementar (desconsiderou-se o nível administrativo e profissionais relacionados à área odontológica, em todos os níveis) lotados em centros de saúde/unidades básicas de saúde, postos de saúde, unidades móveis fluviais e unidades móveis terrestres, conforme nota metodológica adaptada e_Gestor AB de 2020 e Portaria nº 60 de 2020. O *input* X_2 representa a disponibilidade de “consultórios médicos (clínica básica, clínica especializada, clínico indiferente) e não médicos”, nas UBS, para atendimento à população.

A “produção total realizada por profissionais da estratégia saúde da família (ESF) por habitante” (y), foi escolhida como *output*, pois identifica o quantitativo de serviços ofertados para a população em relação ao total de serviços e ações na atenção básica que se espera ofertar, nas UBS. Como produção considerou-se atendimento individual, procedimentos e visita domiciliar, realizados por profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Equipe de Saúde

da Família - eSF, Equipe da Atenção Básica parametrizada – eAB e Equipe de Atenção Primária – eAP). Não foram consideradas a produção dos profissionais cirurgiões-dentistas, técnicos de saúde bucal e recepcionistas.

Ressalta-se que foi utilizada a estimativa de população publicada no Diário Oficial da União –DOU (IBGE, 2021) referente ao ano anterior e que os *inputs* e *outputs* foram calculados para cada 1.000 habitantes, facilitando toda a análise por padronizá-las, visto que os municípios possuem estruturas diferenciadas dos sistemas de saúde e população diversa.

Para o modelo foram realizadas duas estimações distintas: a primeira utilizando todos os municípios da Região Sudeste. De acordo com o PMAQ (2017) no Brasil, 79,58% dos agentes contratantes de prestação de serviços da APS são da AD e 6,23% são administrados por OSS, sendo possível evidenciar que, com exceção do Sudeste, com 66,94% das eSF geridas por OSS, todas as demais regiões possuem gestão por AD acima de 84%. Optou-se por estimar a eficiência apenas para os municípios desta Região por ela possuir a maior concentração das OSS na APS, as quais representam, 98,22% (2380) das equipes existentes no Brasil (2423), com uma concentração destas nos estados do RJ (33,22%) e SP (63,97%), mais notadamente, com 1778 (73,38%) delas nas suas capitais RJ (790, 32,60%) e SP (988, 40,77%).

Outro fator da escolha é que nesta Região se encontram todos os municípios em que as eSF são geridas com 75% ou mais por OSS. Neste estudo os municípios que possuem 75% ou mais de equipes geridas por OSS são considerados “modelos de gestão por OSS”. São trinta e três municípios, sendo trinta e um deles em São Paulo (SP) e os outros dois, a capital do Rio de Janeiro (RJ) e Teresópolis. Segundo o porte populacional, 39 % são de grande porte (>100.000 habitantes), 39% de médio (>20.000≤100.000 habitantes) e 22% de pequeno porte (até 20.000 habitantes).

Na segunda estimação, considerou-se apenas os municípios da Região Sudeste com mais de 100.000 habitantes, para maior homogeneidade na análise e visto que das 2423 eSF, 2215 (91,91%) estão situadas em municípios de grande porte, com 1778 delas (73,38%) situada nos municípios do RJ (790) e SP (988). Os dados demonstram que o modelo de gestão por OSS é mais concentrado em municípios de grande porte e com menor cobertura da ESF.

O Quadro 1 define as variáveis, o método de cálculo e as fontes das variáveis de interesse.

Quadro 1

Inputs e outputs selecionados para identificação da fronteira de eficiência

INTPUTS		
INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE
Recursos Humanos		
Profissionais de UBS por cada 1000 hab. – X1	Número de profissionais da ESF que atendem ao SUS, cadastrados no CNES/Pop) X 1000.	DATASUS-CNES /IBGE
Recursos Materiais		
Ambulatórios – Consultórios por cada 1000 hab – X2	(Consultórios médicos e não médicos/Pop) x 1000	DATASUS-CNES /IBGE
OUTPUTS		
Fator Fortalecimento da APS - Ações		
Produção de profissionais das UBS por cada 1000 hab – Y	(Total das ações realizadas***** por profissionais da ESF/ pop) x 1000	SISAB/IBGE SISAB/IBGE

Fonte: A autora (2022)

A amostra, não probabilística e intencional, foi constituída por todos os municípios do Sudeste (1668), sendo descartados da análise os que não responderam ao PMAQ (86) e os que apresentaram *inputs* e/ou *outputs* zerados (104), todavia, na análise de *Jackstrap*, um método utilizado na identificação de *outliers* que combina *bootstrap* com o *jackknife*, observou-se a ocorrência de discrepâncias e optou-se pela análise de *outlier* por limite inferior e superior por meio do gráfico *boxplot*, no qual foram detectados 186 *outliers*, de modo que foram excluídos da amostra 186 municípios, totalizando ao final 1292.

Desse contingente, foram selecionados 139 municípios com mais de 100.000 habitantes, com portes 6 ($>100.000 \leq 500.000$) e 7 (> 500.000) e que responderam ao PMAQ (2017) e após a retirada dos municípios com *inputs* e/ou *outputs* zerados (4) e dos *outliers* (3 - método *jackstrap*) restaram 132 dos quais 13 são geridos por OSS.

As limitações do DEA podem ser contornadas por análises complementares, a exemplo do Tobit utilizado nesse estudo, num segundo estágio, para prever fatores associados aos níveis de eficiência de cada DMU, também empregado em outros estudos com o mesmo objetivo (Alhassan *et al*, 2015; Rodrigues, Gontijo & Gonçalves, 2021).

Por possuir vantagens em relação a outras abordagens, como por exemplo, quando as variáveis são censuradas, o Tobit é capaz de fornecer estimativas melhores e consistentes dos parâmetros do que a regressão truncada (Alhassan *et al*, 2015; Long, 1997), além disso, se os dados não estiverem truncados, nem pela esquerda nem pela direita, então os resultados da estimação via OLS serão bastante semelhantes aos resultados provenientes do Tobit (Wooldridge, 2010).

Desta forma, a variável dependente de interesse para a regressão Tobit foi o escore de eficiência técnica das unidades básicas de saúde (DEA BCC *output*), que foi censurado a direita

usando o limite superior de 1,0 (equivalente a 100%). O modelo pode ser verificado na equação 1, conforme Alhassan *et al.* (2015) e as variáveis discriminadas no quadro 2.

$$\ln Y_d = \beta_0 + \sum_{i=1}^3 \beta_i \ln X_i + \sum_{k=1}^8 \gamma_k \ln P_k + \varepsilon_D \quad (1)$$

Em que:

- Y_d é o score de eficiência obtido após a aplicação do modelo para a D-ésima DMU;
- X_i é um vetor de variáveis composto por emprego e renda (X_1), educação (X_2) e da saúde (X_3) do índice Firjan, respectivamente;
- P_k são indicadores municipais como PIB *per capita* (P_1); população total (P_2); população com 60 anos ou mais (P_3); população do gênero feminino (P_4) cobertura populacional pela atenção básica (P_5); percentual das despesas com pessoal e encargos sociais em saúde em relação à despesa total com saúde (P_6); despesa total com saúde por habitante (P_7); participação percentual das receitas próprias aplicadas em saúde (P_8).
- β_i e γ_k são os coeficientes de cada variável explicativa;
- ε_D é o termo de erro.

O Quadro 2, mostra os indicadores do modelo (1) com suas respectivas fontes e método de cálculo.

As variáveis independentes do Tobit foram escolhidas no intuito de identificar se as mesmas influenciam na eficiência dos municípios. X_1 , X_2 e X_3 são indicadores do índice Firjan, que buscam, respectivamente, monitorar “emprego e renda”, “educação” e “saúde” da população dos municípios brasileiros. Os índices variam de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, maior o nível de desenvolvimento do município referentes a esses indicadores. O “Produto Interno Bruto (PIB) per capita” (P_1), representa o total dos bens e serviços produzidos pelas unidades produtoras residentes destinados aos usos finais, sendo, portanto, equivalente à soma dos valores adicionados pelas diversas atividades econômicas acrescida dos impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos. As variáveis (P_2 , P_3 e P_4) referem-se à “população total estimada”, “população total com 60 anos ou mais” e do “gênero feminino”. A “cobertura populacional estimada na AB” (P_5) busca identificar o percentual de cobertura da população pelas equipes da eSF alocadas nas UBS.

Os indicadores P_6 , P_7 e P_8 , são indicadores relacionados a despesas ou receitas, extraídos do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sendo o primeiro, o “percentual das despesas com pessoal e encargos sociais em saúde em relação à despesa com saúde”, que visa dimensionar o comprometimento de recursos vinculados a saúde com o pagamento de pessoal e encargos sociais da área da saúde, excetuando-se indenizações trabalhistas, sentenças judiciais, despesas de exercícios anteriores, aposentadorias e pensões, conforme LC 101 de 2000, art. 19, parágrafo 1º, incisos I a VI (LC 101, 2000); o segundo, “despesa total com saúde por habitante”, que demonstra a despesa média com saúde do

município por habitante. A ela soma-se despesas totais com consórcios públicos e excluem-se aposentadorias e pensões; e o terceiro, “participação percentual das receitas próprias aplicadas em saúde”, estima dimensionar o nível de aplicação dos municípios, de pelo menos, quinze por cento decorrentes de transferências constitucionais e impostos diretamente arrecadados, além de qualquer compensação financeira decorrentes dos mesmos, buscando demonstrar o percentual mínimo aplicado em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pelo Município, instituído pela CF/88 e regulamentado pela Lei Complementar 141 de 2012 (LC 141, 2012).

Utiliza-se aqui despesa empenhada, as quais são apresentadas no Relatório Resumido de Execução Orçamentaria – RREO.

Quadro 2

Variáveis Independentes do modelo de Regressão TOBIT

INDICADORES	MÉTODO DE CÁLCULO - BASE DE DADOS
IFDM – componente emprego & renda - X_1	Dados oriundos do Ministério do Trabalho e Emprego: geração de emprego formal, taxa de formalização do mercado de trabalho, geração de renda, massa salarial real no mercado de trabalho formal e Índice de Gini de desigualdade de renda no mercado de trabalho formal – FIRJAN
IFDM – componente educação - X_2	Dados oriundos do Ministério da Educação: Atendimento à educação infantil, identificar no ensino fundamental abandono do ensino, distorção idade-série, média de horas-aula diárias e resultado no IDEB - FIRJAN
IFDM – componente Saúde - X_3	Dados oriundos do Ministério da Saúde: Proporção de atendimento adequado pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis e internação sensível à atenção básica (ISAB) - FIRJAN
PIB <i>per capita</i> municipal - P_1	PIB <i>per capita</i> municipal (apresentados em milhares de reais correntes)/População - IBGE
População Estimada - P_2	População, conforme estimativa do IBGE (DOU)
População com 60 anos de idade ou mais - P_3	População com 60 anos de idade ou mais - DATASUS
População do gênero feminino - P_4	População do gênero feminino - DATASUS
Cobertura Populacional pela Atenção Básica (eAB) – P_5	Cobertura populacional estimada na AB (percentual da população coberta por equipes da ESF por equipes de AB tradicional, equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional) – e_Gestor Atenção Básica
Fração das despesas com pessoal e encargos sociais em saúde em relação à despesa total com saúde – P_6	(Despesas com pessoal e encargos sociais da saúde-deduções/ total das despesas com saúde) x 100 – SIOPS
Despesa total com saúde por habitante - P_7	(Despesa total com saúde/ população do município (R\$) - SIOPS
Participação percentual das receitas próprias aplicadas em saúde conforme LC n° 141/2012 – P_8	(Despesas com ASPS/Recursos próprios) x 100 - SIOPS

Fonte: A autora (2022)

Não há presença de multicolinearidade entre as variáveis explicativas, dado que o Fator de Inflação da Variância foi inferior a 7.

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do desvio-padrão e do coeficiente de variação, para os *inputs* e *outputs* utilizados nos modelos (Tabela 1), revelou uma grande volatilidade entre os municípios analisados. Tal resultado era esperado devido às grandes diferenças entre eles, tal como porte. Contudo, tais variações não prejudicaram a definição dos scores de eficiência, apenas produziram uma maior dispersão entre eles.

Tabela 1
Estatísticas Descritivas de Produção e Insumos dos Municípios Analisados

Variável	Y	x1	x2
Todos os municípios da Região Sudeste			
Mínimo	63,48	0,07	0,17
1ºQuartil	745,06	0,20	0,40
Mediana	1.121,73	0,28	0,50
3ºQuartil	1.665,93	0,35	0,73
Máximo	4.193,26	0,62	1,40
Média	1.327,46	0,28	0,57
Desvio Padrão	855,09	0,11	0,25
CV	64,42	38,64	44,01
Municípios acima de 100.000 habitantes da Região Sudeste			
Mínimo	21,37	0,01	0,08
1ºQuartil	334,54	0,12	0,33
Mediana	527,69	0,17	0,41
3ºQuartil	927,22	0,20	0,54
Máximo	3612,54	0,48	0,93
Média	690,32	0,17	0,44
Desvio Padrão	563,22	0,06	0,16
CV	81,59	36,95	36,87

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Foram realizadas correlações de Pearson, as quais mostraram que não há alta correlação entre as variáveis dos modelos (x e y e entre $x1$ e $x2$) propostos ($p < 0,001$), possibilitando a sua inclusão na análise (ver Tabela 2).

Tabela 2
Matriz de Correlação de *Pearson*, entre *inputs* e *outputs* e entre *inputs*

Entre y e x	Sudeste - Todos os portes	Municípios acima de 100.000 hab.
<i>Inputs/outputs</i>	y1	y1
x1*	0.2379	0.3886
<i>P-value</i>	0,0000	0,0004
x2*	0.0926	0.3414
<i>P-value</i>	0.0008	0,0062
Entre x1 e x2	Sudeste - Todos os portes	Municípios acima de 100.000 hab.
<i>Inputs/Inputs</i>	x1	x1
x1*	1	1
x2*	0,4346	0.6192
<i>P-value</i>	0,0000	0,0000

Fonte: A autora (2022). Nota: **P-Value* < 0,001

Na primeira análise, dos 1.292 (77,45%) municípios aptos para a análise da Região Sudeste, considerando todos os portes, apenas 10 foram considerados eficientes (Ver Tabela 1). Observa-se que os municípios eficientes adotam o modelo de prestação de serviços pela AD, têm alta cobertura da ESF e população até 50.000 habitantes. A única exceção é Guarapari que possui população maior e menor cobertura.

Na segunda análise, considerando apenas os municípios acima de 100.000 habitantes, conforme tabela 3, foi possível detectar que eles possuem cobertura da ESF mais baixas e utilizam a contratação com OSS no intuito de ampliar a cobertura da APS. Dos 132 analisados, 8 apresentam eficiência de 100% e desses, dois são geridos por OSS. Destaque para Uberlândia, que adota vários modelos de gestão, incluindo fundação pública de direito privado e organizações não governamentais, conforme PMAQ (2017).

O score médio dos municípios analisados (excluindo-se os eficientes) é de 0,3261. Considerando-se apenas os municípios geridos por OSS essa média cai para 0,2969.

Na análise da média por portes, observa-se que os municípios de maior porte, possuem scores médios bem abaixo do score médio da amostra (porte 6- 0,1688 e porte 7 – 0,1841). Já quando se analisa o score médio apenas dos municípios acima de 100.000 habitantes a média é de 0,3482.

Dentre os municípios que adotam a gestão por OSS, dois obtiveram eficiência acima de 0,7 (Ribeirão Grande e São João da Boa Vista). As capitais do RJ e SP, onde se concentram a maior parte das equipes eSF, tiveram scores de 0,56 e 0,22, respectivamente, com 95,52% de todas as equipes do RJ pelo modelo de gestão OSS e 90,9% de SP (PMAQ, 2017). (Tabela 3).

Tabela 3
Municípios eficientes analisados

MUNICIPIO	% PUBLICO	% OSS	Porte Pop IBGE	Cobertura-AB	Eficiência
Todos os municípios da amostra					
Caeté (MG)	100	0	>20.000≤50.000	98,7	1
Carmo do Cajuru (MG)	83	0	>20.000≤50.000	100	1
Carneirinho (MG)	100	0	>10.000≤20.000	100	1
Guaraciama (MG)	100	0	>5.000≤10.000	100	1
Jacuí (MG)	100	0	>5.000≤10.000	88,5	1
Sarzedo (MG)	100	0	>20.000≤50.000	100	1
Guarapari (ES)	100	0	>100.000≤500.000	48,3	1
Presidente Kennedy (ES)	100	0	>10.000≤20.000	100	1
Mineiros do Tietê (SP)	100	0	>10.000≤20.000	81,1	1
Porangaba (SP)	100	0	>5.000≤10.000	80,5	1
Municípios acima de 100.000 habitantes					
Uberlândia	1	26	> 500.000	47,2	1
Cariacica	6	0	>100.000≤500.000	9,2	1
Araruama	100	0	>100.000≤500.000	41,9	1
Duque de Caxias	39	0	> 500.000	41	1
Niterói	4	0	>100.000≤500.000	76,9	1
Rio de Janeiro	1	96	> 500.000	70,9	1
Teresópolis	13	88	>100.000≤500.000	30,7	1
Botucatu	13	73	>100.000≤500.000	56,2	1
Municípios com eSF geridos com 75% ou mais por OSS					
Ribeirão Grande	0	100%	≤5.000	100	0,7494
São João da Boa Vista	17%	93%	>50.000≤100.000	82,9	0,7191
Votuporanga	6	89%	>50.000≤100.000	91,6	0,6364
Birigui	5%	90%	>100.000≤500.000	79,7	0,6218
Rio de Janeiro	1%	96%	> 500.000	70,9	0,5638
Bom Sucesso de Itararé	0	100%	≤5.000	89,4	0,5420
Araçatuba	3%	94%	>100.000≤500.000	95,4	0,5121
Piraju	0	100%	>20.000≤50.000	100	0,4390
São Manuel	0	100%	>20.000≤50.000	70,39	0,4003
Catanduva	12%	88%	>100.000≤500.000	89	0,3793
Caçapava	0	100%	>50.000≤100.000	67,1	0,3414
Itariri	0	100%	>10.000≤20.000	100	0,3401
Indiaporã	0	100%	≤5.000	100	0,2739
Caraguatatuba	0	100%	>100.000≤500.000	86,4	0,2586
Cachoeira Paulista	0	100%	>20.000≤50.000	95,3	0,2381
Santa Isabel	0	100%	>50.000≤100.000	61,9	0,2308
São Paulo	1%	91%	> 500.000	59,7	0,2199
Campos do Jordão	0	89%	>50.000≤100.000	75,6	0,2068
Lins	0	100%	>50.000≤100.000	51,8	0,2038
Aparecida	0	100%	>20.000≤50.000	78	0,1614
Poá	0	100%	>100.000≤500.000	50,63	0,1364
Teresópolis	12	88	>100.000≤500.000	30,71	0,1176
Guarujá	0	100%	>100.000≤500.000	62,26	0,1098
Suzano	5%	77%	>100.000≤500.000	34	0,1095
Cubatão	0	100%	>100.000≤500.000	59,1	0,0992
Bauru	15%	85%	>100.000≤500.000	43	0,0891
Ribeirão Branco	0	75%	>10.000≤20.000	59,4	0,0722
Mogi das Cruzes	0	100%	>100.000≤500.000	54,7	0,0656
Cruzeiro	0	100%	>50.000≤100.000	41,83	0,0545
Cosmópolis	0	100%	>50.000≤100.000	54,7	0,0168

Fonte: A autora (2022).

Estudo anterior demonstrou que o score de eficiência dos municípios da Região Sudeste é a mais baixa do Brasil (Dias, 2010). Há que se destacar que, em estudo similar, o Banco

Mundial mostrou que, considerando todo o Brasil, a eficiência média dos serviços primários de saúde foi apurada em 63%, ao passo que estudo realizado apenas no Rio de Janeiro foi da ordem de 94% (Rodrigues et al, 2021). Destaca-se que os estudos utilizaram variáveis diferentes.

Na análise dos 1.292 municípios pelo modelo Tobit, 11 foram excluídos, por valores ausentes em, pelo menos, uma variável explicativa, restando para a análise 1281 deles.

Foram retiradas da análise por não apresentar significância ao modelo as variáveis P_1 e P_2 . Apenas três das variáveis explicativas utilizadas na equação 1 demonstraram influenciar a eficiência, X_2 e P_5 , as quais foram significativas a 1% e X_3 , que foi significativa a 10%, indicando que existe uma influência significativa entre o “componente educação do IFDM”, de “cobertura populacional da atenção básica” e do “componente saúde do IFDM” e o score de eficiência dos municípios. Nenhuma outra variável apresentou significância estatística de forma a possibilitar uma associação com os *scores* de eficiência do DEA. Tais resultados demonstram a importância da cobertura da APS para a eficiência, indo de encontro as novas flexibilizações nas equipes da APS, elencadas anteriormente. Os resultados demonstram que, apesar das decisões dos gestores afetarem a eficiência/ineficiência dos municípios, as condições ambientais também podem influenciá-la.

A variável independente “população com 60 anos ou mais” não foi significativa estatisticamente aos scores de eficiência dos municípios analisados. Apesar de não serem significativas, “emprego e renda do índice Firjan”, “população do gênero feminino”, “despesa total com saúde por habitante” e “participação percentual das receitas próprias aplicadas em saúde”, apresentaram uma relação inversa à eficiência. Tal resultado indica que o município ser mais desenvolvido (com relação a emprego e renda) e gastar mais com saúde, inclusive com recursos próprios, não indica, necessariamente, ser mais eficiente.

Resultados anteriores corroboram com os achados deste estudo, indicando que “desenvolvimento da educação – IFDM-educação” (Dias, 2010) e “desenvolvimento da saúde no município - IFDM-Saúde” (Dias, 2010; Silva *et al*, 2018) acarretaria maior eficiência, e emprego e renda (Dias, 2010), mas “participação percentual das receitas próprias aplicadas em saúde” (Varela, Martins & Fávero, 2012) não possuem *scores* com significância estatística à eficiência, inclusive, possuindo relação inversa.

Entretanto, a presença de poder explicativo à eficiência apresentada pelo “tamanho da população” (Dias, 2010; Varela, 2008) e por “idosos acima de 60 anos” (Dias, 2010; Varela, Martins & Fávero, 2010), de alguns estudos anteriores, vão de encontro aos resultados aqui encontrados. Tais dados podem ser explicados pelas variáveis escolhidas para o estudo e a população estudada.

Os resultados comparativos da prestação de serviços da APS realizada pela AD e pelas OSS demonstraram baixa eficiência em ambos os modelos de gestão, sendo um pouco melhor na prestação de serviços pela AD, corroborando com estudos anteriores (Basu *et al*, 2012). Talvez o interesse público não esteja sendo atendido, na escolha do gestor público ao contratar as OSS para prestar serviços, conforme a TEP, visto que todo custo de transação de uma contratualização dessa natureza parece não estar sendo compensado.

Na análise do Tobit referente aos 132 municípios analisados acima de 100.000 habitantes, apenas o P_6 e o P_7 mostraram-se explicativos aos scores de eficiência dos municípios analisados, indicando que, em municípios de grande porte, “despesas com pessoal e encargos sociais em saúde em relação à despesa total com saúde” e “despesa total com saúde por habitante” podem ser explicativas aos *scores* de eficiência.

3.4 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a in (eficiência) técnica da prestação de serviços da atenção primária à saúde nos municípios do Sudeste brasileiro, comparando os modelos de gestão pela AD e por OSS e identificar os fatores que a influenciam. Para tanto, foi utilizado o modelo DEA BCC em dois estágios. No primeiro, foram identificados os escores de eficiência dos municípios da análise, comparando AD e OSS, utilizando duas variáveis de *input* (profissionais das UBS e número de consultórios) e uma de *output* (produção total das UBS); no segundo, foi utilizada a regressão de Tobit, visando identificar se as onze variáveis independentes utilizadas no estudo estavam associadas aos níveis de eficiência dos municípios analisados. A amostra foi dividida em duas análises. A primeira entre todos os municípios; a segunda, apenas entre os que têm acima de 100.000 habitantes.

Os resultados demonstraram que, no primeiro estágio, apenas dez municípios estudados foram eficientes na entrega de serviços na APS, todos geridos pela AD, mas com um score médio de eficiência baixo (0,3261) entre eles, mais notadamente, nos municípios de grande porte e, a média foi ainda mais baixa ao considerar os scores médio de eficiência apenas dos trinta municípios geridos por OSS (0,2974). Ao fazer a análise apenas com os 132 municípios acima de 100.000 habitantes, oito foram eficientes, mas permanecendo com um score de eficiência baixo (0,3482) e maior heterogeneidade nos modelos de gestão, sendo dois deles com eSF geridas por OSS.

No segundo estágio, “cobertura populacional da AB”, “desenvolvimento de educação (IFDM educação)” e “saúde (IFDM saúde)” mostraram-se associadas aos níveis de eficiência

dos municípios analisados e, ao restringir para os municípios de grande porte, foi correlacionada à eficiência o total de “despesas com pessoal e encargos sociais em saúde em relação à despesa total com saúde” e “despesa total com saúde por habitante”, reconhecendo-se que há variáveis que os gestores não podem controlar, mas que podem influenciar na eficiência.

Nos resultados, observou-se que há a possibilidade de aumento considerável nos serviços prestados pelas UBS, sem que haja a necessidade de se aumentar o quantitativo de profissionais. Entretanto, é preciso ter parcimônia, visto que nem sempre ser eficiente indica prestar serviço com qualidade, devendo eficiência ser vista como mais uma perspectiva de análise e não de forma isolada, visto que os *inputs* e *outputs* utilizados no modelo DEA têm total influência sobre os resultados encontrados, não podendo ser generalizados, mas podem auxiliar no entendimento dos efeitos da contratualização na APS. Nesse sentido, esse artigo buscou identificar se novas formas de gestão por OSS resulta em mudanças no desempenho do setor público que possam justificar tais transferências, para o setor privado.

Salienta-se que mesmo os dados utilizados nesse estudo terem sido retirados de base de dados públicas, apresenta-se como uma limitação o fato dos bancos de dados serem alimentados com dados incompletos, nulos ou inconsistentes (*outliers*), tendo os municípios que apresentaram tais problemas sido retirados da amostra. Outra questão relevante é que os resultados apresentados aqui dependeram da escolha dos indicadores, podendo apresentar resultados diferentes com a utilização de outros. Em estudos futuros, pode-se utilizar outras variáveis não contempladas nesse estudo; analisar se os municípios considerados eficientes pelo DEA prestam serviços de qualidade; e realizar estudos qualitativos no intuito de identificar quais motivações subjacentes levam os gestores na tomada de decisão dos modelos de gestão na prestação de serviços de APS.

4 ARTIGO 3 - CORRELAÇÕES CANÔNICAS DE INDICADORES DE PRODUÇÃO E QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

A administração pública tem como dever prestar serviços visando o bem-estar social da população. Nesse sentido, a qualidade dos serviços prestados é um dos princípios para que ela possa atingir o seu objetivo. Neste contexto, este estudo analisa o efeito dos recursos humanos e materiais sobre indicadores de qualidade na atenção primária à saúde. A amostra é composta por 778 municípios do Sudeste brasileiro. Utilizou-se os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A análise dos dados se deu por correlação canônica com matriz de ordem 2, gerando dois pares canônicos. Os resultados das correlações e covariâncias foram significativos de maneira univariada, mas na correlação canônica obteve uma correlação moderada num dos pares e o outro não se observou significância estatística. Conclui-se que nem sempre maiores estruturas levam aos melhores indicadores, ou seja, melhores indicadores podem ser obtidos a partir de redução da estrutura, sendo assim, existe uma indicação de que ocorre desperdício de recursos, ensejando práticas gerenciais superiores.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Indicadores de Qualidade. Correlação Canônica.

4.1 INTRODUÇÃO

Atenção primária à Saúde (APS) está relacionada a um conjunto de práticas integrais em saúde com o intuito de atender as necessidades individuais e coletivas. Internacionalmente ela é considerada a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde centrado no usuário-cidadão. Pode-se definir a APS como o cuidado de primeiro contato, contínuo, abrangente e coordenado, devendo ser fornecida a toda população sem distinção (Starfield, 1994).

No Brasil, a APS foi disseminada desde os anos 1990, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, sobretudo, do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, cujo objetivo era a reestruturação e ampliação da APS, através de maior cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), baseada em equipes multiprofissionais estruturadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujas revisões foram em 2011 e 2017, respectivamente. Esta última conceitua a APS como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abrangem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional, a qual assume responsabilidade sanitária

sobre a população cujo território é definido e para qual é dirigida (Portaria nº 2.436, 2017), incorporando em seu conceito os termos cuidados paliativos e vigilância em saúde, apesar que este último estava incorporado na PNAB em outro tópico.

O que se percebe é que inúmeros fatores demonstram a importância da APS na melhoria do sistema de saúde. Ela pode desempenhar papel importante na qualidade da prestação de serviços de cuidados em saúde, nos seus resultados e na sustentabilidade econômica (Pelone *et al.*, 2015) e, quando os cuidados primários são o primeiro nível de atenção de uma população, resultam numa melhor saúde, está associado a menores custos no atendimento e uso de medicamentos e melhores satisfação da população com serviços de saúde (Starfield, 1992, 1994).

A prestação de serviços com qualidade exige infraestrutura adequada, aqui entendida como recursos humanos e materiais disponíveis para produção. Um estudo (Starfield & Shi, 2002) demonstrou que países com infraestruturas fracas de cuidados primários têm um desempenho mais fraco em aspectos importantes da saúde. Em outros (Shi, 1994; Vogel & Ackermann, 1998) foi observado que entre as variáveis de oferta de serviços médicos analisadas (leitos hospitalares, médicos da APS, médicos especialistas) a da APS foi a mais significativa relacionada a melhores condições de saúde, tendo uma forte correlação com menor mortalidade geral, menores taxas de mortalidade por doenças do coração e câncer, maior expectativa de vida, menor taxa de mortalidade neonatal e menor peso baixo ao nascer.

No entanto, o estudo de Vogel e Ackermann (1998) apoia a ideia de que uma gama de resultados de saúde, tem pouca ou nenhuma correlação com a oferta de médicos especialistas e, apesar da oferta de médicos de APS desempenhar um papel importante no aprimoramento dos resultados de saúde, apenas essa intervenção não é suficiente para ter um grande impacto nesses resultados, visto que fatores socioeconômicos e demográficos podem contribuir para taxas de mortalidade e, não adianta, por exemplo, aumentar o número de profissionais se não houver fomento ao acesso. Ressalte-se, no entanto, que há estudos que mostram que maior número de médicos por estabelecimento (Dias, 2010) e escala dos estabelecimentos de saúde da APS (Varela, Martins & Fávero, 2012) favorecem à eficiência. Tais divergências podem ocorrer devido a utilização de diferentes dados, variáveis ou modelos.

No Brasil, o número de equipes da ESF aumentou substancialmente, passando de 2.054, em julho de 1998, para 41.619, em outubro de 2017, elevando a taxa de cobertura de 4,4% para cerca de 70%, com resultados importantes na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento do diagnóstico e na facilidade do acesso aos medicamentos (Pinto & Giovanella, 2018). Ressalta-se que a responsabilidade pela execução das ações na APS cabe

aos municípios, mas também há dependência da atuação do governo federal, fato que pode gerar diminuição da oferta e qualidade de serviços independente do prestador. (Vieira & Benevides, 2016; Vieira, Piola & Benevides, 2019).

A cobrança da sociedade por serviços públicos de qualidade, propensa a obrigar os gestores a otimizar procedimentos, buscando, por exemplo, minimizar custos. No entanto, percebe-se que nem sempre a questão da ineficiência se reflete na falta de recursos, já que estudos mostram que a eficiência pode ser melhorada, dado os recursos existentes.

Nesse sentido, movimentos começaram a surgir no intuito de reconsiderar o papel do Estado, sua responsabilização e a maneira como os serviços devem ser entregues à sociedade.

Dessa forma, este estudo objetiva verificar se a estrutura disponível nos municípios (recursos humanos - número de profissionais de saúde das UBS e materiais - ambulatórios), favorece melhor qualidade na prestação de serviços da APS, tendo como parâmetro a produção da unidade retratada, aqui, como consulta agendada do cuidado continuado, quantidade de beneficiários do programa bolsa família (PBF) acompanhados pelas equipes de APS e o número de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP).

São escassos os estudos que focaram na análise da correlação de elementos de estrutura (fornecimento de recursos humanos e materiais) na provisão de serviços de saúde da APS com qualidade (Arantes, Shimizu & Merchán-Hamann, 2018; Araújo *et al*, 2017; Silva & Powell-Jackson, 2017; Ceccon, Meneghel & Viecili, 2014; Veloso & Caldeira, 2021).

Portanto, de modo resumido, pode-se dizer que este estudo tem como objetivo avaliar o impacto dos recursos humanos e dos recursos materiais, aqui tratados como *inputs*, sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos sistemas de APS nos municípios do Sudeste brasileiro, usando técnica de análise multivariada de dados, mais precisamente, Análise de Correlação Canônica.

4.2 MÉTODOS

A região Sudeste é composta por 1668 municípios, mas foram excluídos 890 municípios por apresentarem uma ou mais variáveis com dados zerados ou não existentes, restando para uma amostra de 778 municípios. Utilizou-se os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), referentes ao ano de 2017 e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2016. Realizou-se uma pesquisa avaliativa e transversal das variáveis de interesse.

No que se refere ao objetivo proposto, a presente pesquisa foi exploratória, buscando correlação da qualidade dos serviços de saúde prestados pelos sistemas de APS nos municípios da amostra. Quanto aos procedimentos, foi fundamentada em material bibliográfico e documental e, em relação à abordagem do problema, foi quantitativa utilizando-se da Análise de Correlação Canônica.

O vetor de *inputs*, X , contém duas variáveis X_1 e X_2 , que representam, respectivamente, os profissionais de UBS por habitante e a quantidade de ambulatórios médicos. Como *outputs*, o vetor Y traz as variáveis Y_1 , Y_2 e Y_3 , identificadas, respectivamente, como o percentual de cobertura das condicionalidades de saúde do PBF, o percentual de atendimento de consulta agendada para o cuidado continuado e ICSAP, que são indicadores de qualidade.

Um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para a saúde e bem-estar (ODS), no Brasil, é aumentar o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis. Para tanto, utiliza-se como indicador o número de profissionais de saúde por habitante (Ipea, 2019). Assim, a variável X_1 permite identificar a disponibilidade de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que atendem ao SUS, nas unidades básicas de saúde (UBS), em determinado município, sendo considerados como profissionais os de níveis superior, técnico e auxiliar e elementar, lotados em centros de saúde/unidades básicas de saúde, postos de saúde, unidades móveis fluviais, unidades móveis terrestres, conforme nota metodológica adaptada e Gestor AB de 2020 e Portaria nº 60, de 26 de novembro 2020. Não foram considerados os de nível administrativo e profissionais relacionados à área odontológica, em todos os níveis. A variável X_2 verifica a disponibilidade de consultórios médicos (clínica básica, clínica especializada, clínico indiferente) e não médicos, nas UBS, para atendimento à população.

Percentual de cobertura das condicionalidades de saúde do PBF- Y_1 , a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil aponta diretrizes para uma política de saúde de qualidade para toda a população, entre elas, está a articulação entre o PBF e a ESF, considerando parâmetros de elegibilidade por motivos de agravos e doenças e necessidades de garantir, em curto prazo, acesso para ações de promoção e cuidados em saúde das famílias de menor renda (Abrasco, 2011). Estudos demonstram que tem havido impacto do PBF sobre a redução de problemas de saúde da população atendida, sobretudo pela redução da pobreza e pelo acesso aos serviços de saúde, sendo este causado pela expansão massiva dos serviços de saúde e por pactuação institucionais (Abrasco, 2022). Desta forma, espera-se que o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias participantes do PBF pelos profissionais de saúde resulte em melhores níveis de qualidade para a população.

De acordo com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ, 2017), espera-se que no máximo 40% das consultas/mês de médicos e enfermeiros sejam imediatas e os outros 60%, deverão ser distribuídos entre demanda agendada e cuidado continuado, de acordo com as necessidades de saúde e o perfil epidemiológico da população, de modo que o percentual de atendimento de consulta agendada para o cuidado continuado - Y_2 capta essa informação.

Por fim, o ICSAP - Y_3 , tem sido utilizado para avaliar de forma indireta a qualidade do serviço e do acesso à APS, dependendo-se que esse indicador seja capaz de captar a efetividade da APS a partir da redução de internações de doenças sensíveis à APS por um conjunto de doenças categorizadas conforme classificação internacional de doenças (CID-10) (Soares & Ramos, 2020).

Ressalta-se que foi utilizada a estimativa da população publicada no Diário Oficial da União (DOU, IBGE, 2021), referente a 2016 e que as variáveis X foram calculadas para cada 1.000 habitantes, facilitando toda a análise por padronizá-las. O quadro 1 apresenta as variáveis, bem como o método de cálculo de cada uma e a fonte disponível.

Quadro 1

Variáveis utilizadas na correlação canônica

INPUTS		
VARIÁVEL	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE
Recursos Humanos		
Profissionais de UBS por hab. - X_1	Número de profissionais da ESF que atendem ao SUS, cadastrados no CNES/Pop) X 1000.	DATASUS-CNES /IBGE
Recursos Materiais		
Ambulatórios Consultórios - X_2	(Consultórios médicos e não médicos/Pop) x 1000	DATASUS-CNES/IBGE
OUTPUTS		
Qualidade		
Percentual de cobertura das condicionalidades de saúde do PBF - Y_1	(Quantidade de beneficiários do programa bolsa família (PBF) acompanhados pelas equipes de APS/ Quantidade de beneficiários a serem acompanhados pelas equipes de APS) x 100.	DATASUS(BFA)
Percentual de atendimento de consulta agendada para o cuidado continuado - Y_2	(Número de consultas agendadas para o cuidado continuado /Total de consultas) x 100	SISAB
Internação por condições sensíveis à atenção primária - ICSAP - Y_3	Lista de internações sensíveis à APS, por grupos de diagnósticos - Classificação Internacional de Doenças, décima revisão - CID-10 (Portaria Nº 221 DE 21 DE ABRIL DE 2008)	DATASUS (SIH)

Fonte: A autora (2022).

Em termos do método, pode-se dizer que a *Canonical Correlation Analysis* (CCA), proposta por Hotelling (1936), é considerada uma extensão dos modelos de regressão múltipla, expressas por $Y = f(X_1, X_2, \dots, X_n)$, onde várias variáveis X , também designadas como

regressores, variáveis independentes ou variáveis explicativas, relacionam-se linearmente com uma única variável Y e na análise de correlação canônica, examina-se a relação entre um conjunto de variáveis X e Y , portanto, a correlação canônica considera múltiplos Y s, onde X e Y não são considerados, necessariamente, como variáveis dependentes ou independentes, no contexto do que se reza nos modelos de regressão linear. A CCA tem sua formulação matemática, comumente, dada por

$$Y_1 + Y_2 + \dots + Y_q = X_1 + X_2 + \dots + X_p \quad (1)$$

para indicar que há dois grupos de variáveis. Assim, tem-se dois conjuntos de variáveis que serão combinadas, pretendendo determinar dois conjuntos de parâmetros que maximizam as combinações lineares entre eles, ou seja, matematicamente, isso consiste em maximizar a correlação entre os conjuntos de variáveis dadas, sujeitas a uma determinada restrição.

De modo geral, trabalha-se com dois vetores aleatórios representados por $X = [X_1 \ X_2 \ \dots \ X_p]^T$ e $Y = [Y_1 \ Y_2 \ \dots \ Y_q]^T$ com ordens $p \times 1$ e $q \times 1$, respectivamente, nos quais é possível determinar as médias (μ_X, μ_Y) e a covariância de cada grupo (Σ_X, Σ_Y) , de modo que a matriz de covariância entre os dois vetores poderá ser expressa como:

$$COV(X, Y) = \begin{bmatrix} \Sigma_{XX} & \Sigma_{XY} \\ \Sigma_{YX} & \Sigma_{YY} \end{bmatrix}$$

Aqui, Σ_{XX} é uma matriz de ordem p , Σ_{XY} é uma matriz de ordem $p \times q$ e, obviamente, $\Sigma_{YX} = (\Sigma_{XY})^T$, portanto, Σ_{YX} é uma matriz de ordem $q \times p$ e, finalmente, Σ_{YY} é uma matriz de ordem q . Com isso, definem-se as combinações lineares, chamadas de variáveis canônicas, aqui representadas por U e V , como $U = a_1X_1 + a_2X_2 + \dots + a_pX_p = a^T X$ e $V = b_1Y_1 + b_2Y_2 + \dots + b_qY_q = b^T Y$, obtendo-se uma infinidade de resultados, mas para efeitos operacionais utiliza-se $k = \min(p, q)$ como sendo o número de variáveis canônicas. Dessa forma,

$$\begin{aligned} V(U) &= a^T COV(X) a = a^T \Sigma_{XX} a \\ V(V) &= b^T COV(Y) b = b^T \Sigma_{YY} b \\ COV(U, V) &= a^T COV(X, Y) b = a^T \Sigma_{XY} b \end{aligned}$$

Portanto, a correlação entre U e V , é dada por

$$corr(U, V) = \rho_{UV} = \frac{COV(U, V)}{\sqrt{V(U)}\sqrt{V(V)}} = \frac{a^T \Sigma_{UV} b}{\sqrt{a^T \Sigma_{UU} a} \sqrt{b^T \Sigma_{VV} b}}$$

E o objetivo aqui é maximização dessa relação com restrição visto que, por ser uma fração, o valor máximo ocorrerá quando o denominador for 1, ou seja,

$$\max_{a,b} Corr(U, V) = \rho^*$$

Sujeito a

$$V(U) = V(Y) = 1$$

O problema da maximização conduz à determinação de autovalores e autovetores determinados com a resolução do sistema de equações dado por

$$\begin{cases} (\Sigma_{UU}\Sigma_{VV}^{-1}\Sigma_{VU} - \lambda_K\Sigma_{UU})a_K = 0 \\ (\Sigma_{VU}\Sigma_{UU}^{-1}\Sigma_{VU} - \lambda_K\Sigma_{VV})b_K = 0 \end{cases}$$

Com isso, λ_K é o autovalor da matriz $\Sigma_{UU}^{-1/2}\Sigma_{VU}\Sigma_{VV}^{-1}\Sigma_{VU}\Sigma_{UU}^{-1/2}$ sendo a_K seus autovetores ou, equivalentemente, λ_K é o autovalor da matriz $\Sigma_{VV}^{-1/2}\Sigma_{VU}\Sigma_{UU}^{-1}\Sigma_{UV}\Sigma_{VV}^{-1/2}$ sendo b_K seus autovetores. A relação canônica é igual a $\sqrt{\lambda_K}$, ou seja, este parâmetro mostra a correlação máxima entre U e V que são os efeitos combinados de X e Y . Para chegar a este resultado basta derivar parcialmente a função $\rho_{UV} = Corr(U, V)$ em relação ao vetores a e b (Härdle & Simar, 2015, p. 446).

Neste estudo, o conjunto de variáveis X_1, X_2 é utilizado para gerar produtos (quadro 1), ou seja, a combinação de recursos materiais com recursos humanos, dado um nível de tecnologia, gera produtos que podem ser: percentual de cobertura das condicionalidades de saúde do PBF (Y_1), percentual de atendimento de consulta agendada para o cuidado continuado (Y_2) e ICSAP (Y_3). No caso específico desse trabalho, existe um conjunto de indicadores gerados, representados aqui por Y_i , com $i = 1, 2, 3$, para os quais espera-se que as ações da primeiro grupo de variáveis, X , cause impacto, em alguma intensidade, no segundo grupo de variáveis, Y . É razoável, por exemplo, aceitar que recursos humanos e materiais, combinados, possam influenciar o percentual de atendimento de consultas ou o número de internações por condições sensíveis à atenção primária. O interesse aqui é saber de que forma tais variáveis se relacionam e em que grau.

Os resultados foram gerados pelo *software* estatístico R *Cran Project* 4.1.0, fazendo-se uso da biblioteca *vegan* e do comando *CCA* ($X = \text{baseX}$, $Y = \text{baseY}$, $\text{type} = 1$, $\text{test} = \text{"Bartlett"}$,

sign = 0.05) com os parâmetros estabelecidos na ordem que são apresentados. Os resultados estão discussão seguinte.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicia-se com a análise descritiva das variáveis de interesse. A tabela apresenta medidas de dispersão e de variabilidade dessas variáveis.

Tabela 1
Estatísticas Descritivas para Sudeste

Variáveis / Medidas	X_1	X_2	Y_1	Y_2	Y_3
Min	0,01	0,05	7,75	0,00	3,11
Max	0,89	2,23	100,00	100,00	90,91
1 Quartil	0,19	0,40	67,95	10,98	25,03
Mediana	0,26	0,55	82,96	23,88	32,27
3 Quartil	0,34	0,77	88,71	35,70	42,71
Média	0,27	0,62	77,21	26,14	35,24
DP	0,11	0,31	16,33	19,59	14,29
CV	41,97	50,62	21,15	74,95	40,54

Legenda: Min. – Valor mínimo observado; Max. – Valor máximo observado; DP – Desvio-Padrão e CV – Coeficiente de variação.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A média de profissionais por mil habitantes é menor do que a média de consultórios por mil habitantes. Isso pode ser um indicativo de que o gestor valoriza mais recursos materiais do que humanos. Além disso, a aquisição de equipamentos tem conotação diferente da contratação de mão de obra que deve observar, por exemplo, devido ao limite com pessoal estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Em relação as variáveis X_1 e X_2 , estão acima da média 374 e 308 municípios, respectivamente, demonstrando uma dispersão nos municípios observados. Existe uma relação de 224 municípios que são superiores à média de X_1 e X_2 , simultaneamente. Note-se que 50% dos municípios analisados possuem seus recursos humanos entre 0,19 e 0,34 profissionais por mil habitantes e seus recursos materiais entre 0,40 e 0,77, isto é, há uma maior concentração em relação a quantidade de profissionais por mil habitantes.

Com relação as variáveis Y , encontram-se acima da média no tocante a Y_1 , 472 municípios, Y_2 , 354 municípios e a Y_3 , 308 municípios. Novamente, existe um relação de 104 municípios em comum que são superiores à média de Y_1 , Y_2 e Y_3 , simultaneamente. Também, percebeu-se que existe uma heterogeneidade na amostra analisada com exceção de Y_1 na qual o seu CV é menor que 25%, apresentando assim uma homogeneidade, mesmo grande parte dele estando acima da média.

A tabela 2 apresenta as correlações de Pearson para as variáveis de ambos os vetores.

Tabela 2

Matriz de Correlação de Pearson

Correlação de Pearson	X_1	X_2	Y_1	Y_2	Y_3
X_1	1	0,491**	0,258**	0,001	0,252**
X_2	0,491**	1	0,097**	-0,023	0,087*
Y_1	0,258**	0,097**	1	-0,018	0,234**
Y_2	0,001	-0,023	-0,018	1	-0,064
Y_3	0,252**	0,087*	0,234**	-0,064	1

Legenda: Correlação é significativa **. no nível 0,01; *, no nível 0,05.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Observa-se que a correlação entre X_1 e X_2 , tabela 2, é estatisticamente significativa e moderada (0,49) e as variáveis se movimentam no mesmo sentido, ou seja, aumento/redução nos recursos humanos acarreta em aumento/redução nos recursos materiais. Parece razoável esperar este resultado, no entanto, pela tabela 1, os recursos humanos não parecem crescer à mesma velocidade que os recursos materiais. As correlações entre X_1 e Y_1 e X_1 e Y_3 são significativas e estão no mesmo sentido tendo em vista ser esperado que mais de recursos humanos ensejem mais atendimentos, porém, tais correlações são fracas. Esse mesmo raciocínio se aplica ao se comparar X_2 e Y_1 e X_2 e Y_3 que embora apresentem sentido coerente com o esperado, são relativamente mais fracas.

No vetor Y , observa-se que a correlação entre Y_1 e Y_3 é significativa, porém, fraca, e estão na mesma orientação (quando uma cresce/diminui, a outra cresce/diminui), isto é, ao aumentar o número do acompanhamento das coberturas das condicionalidades de saúde, há indicação de aumento de ICSAP. As demais, Y_1 e Y_2 e Y_2 e Y_3 , embora não significativas, sugerem algum sentido nas relações entre os indicadores como, por exemplo, o caso de um aumento do acompanhamento das coberturas das condicionalidades de saúde do PBF (Y_1), possibilita redução de consulta agendada para o cuidado continuado (Y_2), uma vez ocorrendo, o paciente fica sob atenção médica, podendo não necessitar de consultas (Y_2), pois já estará sendo acompanhado. Outro fator é que quando há um aumento nas consultas agendadas para o cuidado continuado (Y_2), há uma redução no tocante às internações por condições sensíveis à atenção primária (Y_3).

Este trabalho utilizará as matrizes de covariâncias dos vetores X e Y e a matriz de covariância cruzada, que são expressas dadas por

$$\Sigma_{XX} = \begin{bmatrix} 0,0131 & 0,0177 \\ 0,0177 & 0,0980 \end{bmatrix}$$

$$\Sigma_{YY} = \begin{bmatrix} 266,6891 & -5,8730 & 54,7201 \\ -5,8730 & 383,7914 & -17,8455 \\ 54,7201 & -17,8455 & 204,0884 \end{bmatrix}$$

E

$$\Sigma_{XY} = \begin{bmatrix} 0,4904 & -0,0009 & 0,4244 \\ 0,4849 & -0,1341 & 0,3850 \end{bmatrix}$$

Ratificando os dados anteriores, observa-se que a correlação entre X_1 e Y_1 , 0,258 (tabela 2), é considerada baixa, mas significativa ($p < 0.05$) e sua covariância é moderada (0,4904), assim como o relacionamento de X_1 e Y_3 com correlação 0,252, significativa ($p < 0.01$) e covariância 0,424.

Já a correlação entre X_2 e Y_1 , 0,097 (tabela 2), é considerada baixa, mas significativa ($p < 0.05$) e sua covariância é moderada (0,4849), assim como o relacionamento de X_2 e Y_3 com correlação 0,234 (tabela 2), significativa, e covariância 0,3850.

Ressalte-se que este trabalho utiliza estas matrizes, no entanto, a literatura mostra que as relações canônicas poderiam ser determinadas com variáveis padronizadas com o uso das correlações.

Os vetores canônicos, X , possuem coeficientes constantes na tabela 3.

Tabela 3
Coeficientes canônicos de X

Variáveis	Coefficientes de U_1	Coefficientes de U_2
X_1	-9,4558	3,4025
X_2	0,6320	-3,6220

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Neste caso, as duas variáveis canônicas relacionadas ao vetor X podem ser escritas como $U_1 = -9,4558X_1 + 0,6320X_2$ e $U_2 = 3,4025X_1 - 3,6220X_2$. Observe que U_1 cresce com recursos materiais e decresce com recursos humanos, enquanto U_2 cresce com recursos humanos e decresce com recursos materiais. Esse comportamento capta a variabilidade existente entre os municípios sugerindo que em uns os recursos humanos são mais necessários que em outros, embora se esperasse sinais positivos para ambas as variáveis, ou seja, mais de recursos humanos e de recursos materiais gerariam um cenário melhor. A variabilidade das condições entre os municípios pode explicar essa alternância.

Os coeficientes das variáveis canônicas do vetor Y são dados por

Tabela 4Coeficientes canônicos de Y

Variáveis	Coeficientes V_1	Coeficientes V_2
Y_1	-0,0361	0,0046
Y_2	-0,0033	0,0244
Y_3	-0,0395	0,0289

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Ou seja, as variáveis canônicas são escritas como $V_1 = -0,0361Y_1 - 0,0033Y_2 - 0,0395Y_3$ e $V_2 = 0,0046Y_1 + 0,0244Y_2 + 0,0289Y_3$. Observe que V_1 cresce com a redução dos indicadores, enquanto V_2 aumenta com o aumento dos indicadores, individualmente. Então, pode-se agora comparar os pares (U_1, V_1) , (U_2, V_2) , que representam a correlação máxima entre insumos e produtos. A tabela 5 resume os parâmetros do modelo.

Tabela 5

Coeficientes canônicos

Pares Canônicos	Correlação	Lambda de Wilks	de Qui-quadrado	Densidade	Graus de liberdade	de p-valor
1	0,3379	0,8721	105,8232	15,5043	8	0
2	0,0245	0,9979	1,6479	7,8147	3	0,6486

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Observa-se que o segundo par canônico não apresenta significância estatística fato que se traduz na sua correlação muito fraca. Isso sugere que incrementos nos indicadores poderiam ser obtidos sem aumento na quantidade de profissionais. Isso reforça que melhores resultados em saúde podem ser obtidos com a disponibilidade de recursos atuais e que, algumas influências reais não estão sendo captadas. Dito de outra forma: apenas aumentar a cobertura da atenção primária à saúde, não seja suficiente para reduzir o número de internação por condições sensíveis à atenção básica (ICSAP).

Os resultados corroboram com o estudo de Veloso e Caldeira (2021) que analisou a correlação entre o número de equipes de saúde ESF e o número de ICSAP, onde não foi registrada uma correlação substancial do aumento do número de equipes da ESF sobre as ICSAP. Mas, vai de encontro com Ceccon, Meneghel e Viecil (2014) que evidenciaram uma relação positiva entre a expansão da cobertura da ESF e o declínio das internações por ICSAP no Brasil e outro estudo que sugere uma melhora no desempenho do sistema de saúde no Brasil ao reduzir o número de internações potencialmente evitáveis influenciada pelo PSF (Macinko *et al*, 2010), entretanto, tais estudos foram realizados em momentos diferentes e com cenários econômicos diferentes, de modo que, esta mudança estrutural pode ser responsável por tal divergência.

O vetor canônico 1 mostrou-se significativo e reforça bastante a necessidade de se ampliar o leque de variáveis que relacionem melhor insumos e indicadores. Os sinais V_1 são

todos negativos, indicando que apenas a variável X_1 tem alguma influência sobre os indicadores, mas como se observa, a correlação é considerada moderada.

Observe-se que não se configurou aqui a natureza da gestão, ou seja, tratou-se apenas dos indicadores gerados em termos de indicadores de qualidade no âmbito da APS. O que se percebe é que há espaço para políticas públicas mais afirmativas. Na essência, as relações aqui estudadas se assemelham mais a causalidade do que correlação, todavia, não será feito teste de causalidade pela característica dos dados.

4.4 CONCLUSÃO

Este estudo avaliou os efeitos da qualidade dos serviços de saúde prestados pelos sistemas de APS nos municípios do Sudeste brasileiro, por meio de seus indicadores de recursos humanos e materiais com indicadores de qualidade na atenção primária à saúde. Foram encontradas evidências positivas e significativas (X_1 e X_2 ; X_1 , Y_1 e Y_3 ; X_2 , Y_1 e Y_3), sendo negativas as covariações e correlações (também não significativas) associadas a consulta agendada para o cuidado continuado - Y_2 (X_1 e Y_2 ; X_2 e Y_2 ; Y_2 e Y_1 e Y_2 e Y_3), que apesar da grande variabilidade observada nos indicadores dos municípios selecionados para esse trabalho se retrata nas questões de eficiência das unidades de básicas de saúde.

A análise de correlação canônica gerou dois pares de vetores canônicos, entretanto, o segundo par não se mostrou significativo indicando que melhores resultados não são, necessariamente, obtidos com o aumento de recursos humanos e/ou materiais. O primeiro par canônico, significativo a 5%, mostrou uma correlação de 0,3379, significativa, mas moderada. Esse resultado reforça o que foi dito: melhores indicadores de saúde podem ser obtidos sem necessidade de expansão dos recursos atuais. A questão parece tender, de fato, para otimização dos recursos.

Constatou-se que os resultados geram conflitos e podem ser acarretados por alguns fatores, a exemplo de percentuais de cobertura e do número de ESF utilizados na pesquisa. Dessa forma, é necessário ter cautela na análise das interpretações, visto que existem outras considerações a serem feitas além do aumento percentual da cobertura, como alguns fatos não controlados pela APS que podem condicionar a ICSAP, como distância do hospital, condições socioeconômicas e adesão da população aos atributos das equipes de APS.

Os resultados apontaram para uma relação na cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF (Y_1), as pessoas acompanhadas passam a se tratar de problemas preexistentes, aumentando o ICSAP (Y_3), uma vez aumentadas às quantidades de

consultórios e profissionais (X_1 , X_2). Apesar de não significativo, também foi apresentado que ao aumentar a consulta agendada para o cuidado continuado, a ICSAP tende a diminuir.

Estes estudos sinalizam para correlações significativas entre as variáveis, mas, só apresentaram significância no primeiro par canônico e abre espaço para utilização de outras variáveis como produtos que podem contribuir para um gerenciamento financeiro com menos custos e mais resultados. Apesar de que os resultados levam, forçosamente, a uma configuração diferente nas relações entre insumos e produtos porque aqui está se sugerindo que pode haver ineficiência na utilização desses insumos, ou dito de outra forma, é possível que a produção das APS esteja sendo feita de forma não otimizada, pois devido a variabilidade dos dados, confirmada por meio dos resultados gerados, pode ocorrer de ter demanda reprimida e não ausência da mesma em determinadas localidades.

Estudos futuros podem se utilizar de outros métodos, a exemplo de modelo de generalizados de regressões lineares, para apontar possíveis impactos previamente abordados ou a verificação por meio de outras variáveis para testar a correlação canônica, visto que os resultados deste estudo mostram uma fragilidade entre recursos e indicadores. Demonstrando que utilizar apenas recursos não é suficiente para melhoria dos indicadores de qualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância que a APS tem na organização da rede de serviços e na melhoria das condições de saúde da população, associada às mudanças que vem ocorrendo no seu modelo de gestão, a partir da contratação de OSS para a prestação de serviços públicos de APS, deu origem as discussões sobre a eficiência e a qualidade com que esses serviços estão sendo entregues. Isto ensejou a realização dessa tese como contribuição à discussão sobre o tema. A contratualização com OSS pelo Estado para realização de serviços públicos baseada em desempenho, pressupõe resultados contratuais pré-determinados com atingimento de metas. Na APS ela vem sendo realizada, especialmente no Sudeste, como uma alternativa à prestação de serviços diretamente pelo Estado e considerada ineficiente. Entretanto, não há consenso na literatura quanto ao melhor modelo de gestão a ser utilizado pelos municípios. O que se percebe é uma discussão polarizada com poucas evidências orientadoras dessas decisões.

Nesse contexto, essa tese objetivou analisar os fatores que influenciam a eficiência ou ineficiência das OSS e da AD no atendimento à APS nos municípios do Sudeste brasileiro e se os seus serviços são prestados com qualidade. Para atingir o objetivo proposto, os resultados da

tese foram organizados e distribuídos nos três artigos ao longo da pesquisa, cuja interação entre eles busca contribuir para a literatura acerca da prestação de serviços na APS, de forma eficiente e com qualidade. Para tanto, fez-se uso de uma revisão sistemática, do método DEA, da regressão Tobit e da Correlação Canônica. O aporte teórico teve embasamento nas Teorias da Eficiência Econômica e da Escolha Pública, além de fundamentação na Nova Gestão Pública.

Os resultados encontrados na revisão sistemática do artigo 1 deram suporte para o embasamento teórico dos outros dois artigos. Foram essenciais para identificar a lacuna de pesquisa, a escolha dos modelos e variáveis utilizadas e atenderam ao objetivo específico 1 que foi analisar, por meio de uma revisão sistemática, o desempenho de EPSFL na prestação de serviços de APS e fatores que o influenciam e compará-las com provedores públicos de serviços de saúde.

Por meio dos resultados da revisão pode-se identificar que há um número de estudos limitados sobre a temática, restando para a análise 26 deles, tendo eles apresentado uma variação nas metodologias e medidas de resultados, dificultando a comparação das evidências encontradas entre os provedores de serviços de saúde de APS. Apesar dos resultados terem demonstrado melhoria de acesso aos serviços por meio da contratualização, não houve uma superioridade entre os modelos. Outro aspecto observado é que o desempenho da APS, independente do modelo de gestão adotado, depende do contexto em que está inserida, a exemplo das prioridades estabelecidas pelos gestores, bem como de fatores externos a ela (perfil socioeconômico, epidemiológico e demográfico da população). Portanto, diante da diversidade e grandes dimensões de um país como o Brasil, deve-se considerar o contexto ao analisar o desempenho nos modelos de gestão.

Analisar a eficiência, dado um cenário nacional de crise econômica e de recursos limitados, independente do contexto, torna-se imprescindível. Nesse sentido, os objetivos específicos 2 e 3 desta tese deram origem ao artigo 2, que analisou e comparou a eficiência técnica da APS das OSS com a AD nos municípios da amostra e correlacionou o índice de eficiência elaborado dos municípios com variáveis explicativas, buscando identificar variáveis significativas à eficiência.

Inicialmente foram escolhidas as variáveis em reuniões com pessoas da área. Os *inputs* (profissionais das UBS e número de consultórios) e *output* (produção total realizada nas UBS) foram escolhidos para analisar, realmente, as entregas realizadas pelas UBS, independente do profissional que a realizou. Dada a escolha da Região Sudeste brasileira como amostra, também foi realizada a análise dos municípios acima de 100.000 habitantes por ter a maior concentração de eSF, especialmente nas capitais do RJ e SP, as quais deram origem a duas análises com a

utilização do método DEA BCC dois estágios, orientação produto e o modelo de regressão Tobit.

A primeira análise de eficiência obteve 1292 municípios, após as exclusões, inclusive de *outliers*, e apontou que apenas 10 municípios foram considerados eficientes, sendo que todos são geridos pelo modelo de gestão da AD, possuem alta cobertura da ESF e população até 50.000 habitantes. A segunda, composta por 132 municípios, evidencia 8 municípios eficientes, sendo apenas dois deles (Rio de Janeiro e Teresópolis) com prestação de serviços pelo modelo de gestão por OSS. Os dados demonstraram que em ambas as análises os scores médios de eficiência dos municípios, excetuando-se os eficientes, foram baixos, sendo de 0,3261 e 0,3482, respectivamente, e, considerando-se apenas o score das OSS contidas na amostra, cai ainda mais para 0,2969.

Na análise Tobit, foram escolhidas para análise onze variáveis independentes (indicadores do índice Firjan “emprego e renda”, “educação” e “saúde”, “PIB per capita”, “população estimada”, população total com 60 anos ou mais”, “população do gênero feminino”, cobertura populacional estimada na AB”, “percentual das despesas com pessoal e encargos sociais em saúde em relação à despesa com saúde”, “despesa total com saúde por habitante”, e “despesa média com saúde do município por habitante”. Nas análises restaram 1281 e 132 municípios, respectivamente. Foram excluídos da análise “PIB” e “população estimada” por não apresentarem significância ao modelo.

Foram explicativas à eficiência três variáveis, sendo duas a 1% (“componente educação do IFDM”, de “cobertura populacional da atenção básica”) e a outra (“componente saúde do IFDM”) a 10%, indicando a influência destas nos scores de eficiência dos municípios. Na análise dos municípios acima de 100.000 habitantes, apenas “despesas com pessoal e encargos sociais em saúde em relação à despesa total com saúde” e “despesa total com saúde por habitante pode ser explicativa aos *scores* de eficiência”.

O objetivo específico 4, que foi analisar a estrutura de correlação entre insumos (recursos humanos e recursos materiais) e indicadores de qualidade em saúde geradas pelas APS, por meio de um modelo de Correlação Canônica, foi atendido na consecução do artigo 3, que buscou compreender, dados os *inputs* utilizados (recursos humanos e materiais), a qualidade da oferta de serviços no que tange a cobertura do PBF, consultas agendadas do cuidado continuado e do ICSAP. A amostra foi composta por 778 municípios do Sudeste brasileiro, os quais apresentaram todos os dados das variáveis utilizadas. Os resultados evidenciaram que a análise de correlação canônica gerou dois pares de vetores canônicos, tendo o primeiro demonstrado uma correlação significativa de 5%, mas moderado (0,3379), enquanto

o segundo, não se mostrou significativo, indicando que melhores resultados, reforçando a ideia de que melhoria nos indicadores de saúde pode ser obtida sem necessidade de expansão dos recursos atuais. Tais dados indicam algum nível de desperdício na gestão dos recursos, ensejando a necessidade de melhores práticas gerenciais.

Portanto, considerando o atingimento dos objetivos específicos, demonstrando uma interação entre os três artigos, os quais buscam contribuir para a literatura acerca da prestação de serviços na APS, de forma eficiente e com qualidade, pode-se afirmar que o objetivo geral também foi atingido, indicando que as configurações atuais de recursos dos municípios analisados tendem a levá-los a ineficiência e a ausência de qualidade. Destaca-se que poucos municípios apresentaram uma relação de *input-output* mais eficiente que outros, não tendo sido traduzido, necessariamente, em qualidade e que ainda há bastante espaço para melhorias na gestão de recursos.

Nas análises foi possível identificar que os municípios não têm sido eficientes na prestação de serviços da APS e quais fatores contribuem para a eficiência. Foi possível detectar nas análises comparativas que a prestação de serviços de APS por ambos os modelos de gestão analisados demonstraram baixa eficiência, tendo uma pequena superioridade na gestão pela AD, além disso, variáveis exógenas também influenciam a eficiência, além das decisões dos gestores. É possível aumentar o acesso, consideravelmente, dado os recursos disponíveis na APS atualmente, sem a necessidade de novos *inputs* analisados.

Talvez o interesse público não esteja sendo atendido na escolha do gestor público ao contratar as OSS para prestar serviços, conforme a TEP, visto que todo custo de transação de uma contratualização dessa natureza parece não estar sendo compensado. Ressalta-se que o objetivo aqui foi analisar o desempenho e subsidiar decisões, não coube fazer julgamentos acerca das motivações dos gestores, mas trazer a reflexão de que os mesmos devem se pautar em aspectos técnicos e científicos nas suas tomadas de decisões.

Destaca-se que as “Reformas Administrativas” observadas no Brasil, dada a sua dimensão, têm sido bastante heterogêneas, dado o contexto local (aspectos políticos, socioeconômicos e sociais), não havendo um modelo único de gestão por OSS. O que se observa é uma fragilidade nessas parcerias, as quais devem passar por análises e reanálises da sua adequada utilização, incluindo análise das alternativas que sustentem as vantagens da escolha de um modelo de gestão pela iniciativa privada em detrimento da gestão direta pelo poder público. Ressalta-se que ganhos em eficiência foi um dos objetivos do PDRAE para a contratualização com o setor privado.

Por meio dos dados é possível identificar que a administração pública precisa buscar caminhos para a melhoria da sua prestação de serviços da APS, dada a sua importância e necessidade da população. Pode-se reapplicar os modelos empíricos aqui presentes em um dado município, buscando de maneira mais minuciosa, identificar as lacunas existentes para melhoria da eficiência e qualidade, tais como avaliações de desempenho regulares, controle nos processos e nos resultados, transparência, *accountability*, incentivo ao controle social e investimentos em tecnologia de informação e treinamento para o adequado acompanhamento e compartilhamento dos dados.

Este estudo tem implicações teórica, metodológica e prática. Contribuiu para a reflexão sobre a eficiência e qualidade dos modelos de gestão por AD e por OSS, de forma que seus resultados demonstram que a APS, independente da gestão, precisa de ampliação das suas melhorias e que os governantes possam ratificar a sua importância como nível organizador do sistema de saúde, que além de melhorar as condições de saúde da população, pode reduzir gastos, ao diminuir a utilização da média e alta complexidade. Cabe analisar se as últimas mudanças acarretadas na APS são um retrocesso que podem prejudicar as conquistas alcançadas até aqui. Apesar de haver um caminho para melhorias, a APS no Brasil apresenta inúmeros avanços, inclusive no aumento da cobertura da ESF, permitindo avanço na expansão da APS. Depreende-se que tem havido, especialmente no Sudeste, variações na forma de implantação da APS, nos diferentes contextos locais, causando preocupação sobre a continuidade dos aspectos constitutivos da APS, a exemplo de uma base comunitária e territorial, abrangente, resolutiva, de orientação comunitária e com a participação social.

Depreende-se que os resultados aqui destacados são limitados, tanto pelo fato da escolha das variáveis utilizadas e dos municípios analisados, que podem afetar a fronteira de eficiência, bem como, pela dependência da fidedignidade e completude dos dados disponíveis nos bancos oficiais. Além disso, como já foi visto, os resultados alcançados sujeitam-se a uma série de fatores externos incontrolláveis pelo gestor, os quais não foram possíveis analisar em sua completude. O recorte temporal também foi um fator limitador, visto que o tipo de modelo de gestão só foi possível ser analisado por meio dos dados do PMAQ (2017).

Como trabalhos futuros sugere-se a utilização de outras variáveis não contempladas neste estudo, para os modelos DEA e Tobit, bem como para a análise da correlação canônica; desenvolver outros modelos econométricos para comparar com os aqui utilizados; analisar se municípios eficientes também prestam serviços de qualidade, inclusive, na percepção dos usuários e realizar estudos qualitativos no intuito de identificar as motivações dos gestores sobre os modelos de gestão na prestação de serviços de APS.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). (2022). Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS). *Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutive, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e perspectivas*.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). (2011). *Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil. 5 diretrizes de uma política de saúde 5 estrelas para pobres ou ricos*.
- Abrucio, F. L., Loureiro, M. R. (2018). Burocracia e Ordem democrática: Desafios Contemporâneos E Experiência Brasileira. In *Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas/ org.: Pires, R., Lotta, G., Oliveira, V. E.* Brasília: Ipea: Enap.
- Alcoforado, F. C. G. (2005). *Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais*. X Congresso Internacional del CLAD sobre a Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago, Chile.
- Alfradique, M. E., Bonolo, P. D. F., Dourado, I., Lima-Costa, M. F., Macinko, J., Mendonça, C. S., ... & Turci, M. A. (2009). Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1337-1349.
- Alhassan, R. K., Nketiah-Amponsah, E., Akazili, J., Spieker, N., Arhinful, D. K., & de Wit, T. F. R. (2015). Efficiency of private and public primary health facilities accredited by the National Health Insurance Authority in Ghana. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 13(1), 23.
- Alonge, O., Gupta, S., Engineer, C., Salehi, A. S., & Peters, D. H. (2015). Assessing the pro-poor effect of different contracting schemes for health services on health facilities in rural Afghanistan. *Health policy and planning*, 30(10), 1229-1242.
- Alves, L. A. (2012). *Avaliação da eficiência na Atenção Básica à Saúde nos municípios do estado do Espírito Santo*. (Dissertação, Ciências Contábeis). FUCAPE, Espírito Santo.
- Alves, L. A., & Costa, L. (2013). Avaliação da eficiência na Atenção Básica à saúde nos municípios do estado do Espírito Santo. *Encontro Anpad*.
- Amado, C. A. F., & Dyson, R. G. (2008). On comparing the performance of primary care providers. *European Journal of Operational Research*, 185(3), 915-932.
- Andrade, M. V., Noronha, K., Sá, E. B. D., Piola, S. F., Vieira, F. S., Vieira, R. D. S., & Benevides, R. P. D. S. (2018). Cap. 26. *Desafios do sistema de saúde brasileiro*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).
- André, A. M., Ciampone, M. H. T., & Santelle, O. (2013). Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Revista de Saúde Pública*, 47, 158-163.
- Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2018). Internações sensíveis à atenção primária após implantação do Plano Diretor em Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, 52.

Araújo, R. J. R., Diniz, J. A., Nobre, C. J. F. (2018). A Relação da Estrutura Orçamentária e Produtividade da Gestão de Saúde Pública: Evidências nos Municípios brasileiros no período de 2009 a 2014. XVIII USP Internacional Conference In Accounting, São Paulo, 25 a 27 de julho.

Araujo, W. R. M., Queiroz, R. C. D. S., Rocha, T. A. H., Silva, N. C. D., Thumé, E., Tomasi, E., ... & Thomaz, E. B. A. F. (2017). Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. *Revista de Saúde Pública*, 51, 75.

Arur, A., Peters, D., Hansen, P., Mashkoo, M. A., Steinhardt, L. C., & Burnham, G. (2010). Contracting for health and curative care use in Afghanistan between 2004 and 2005. *Health policy and planning*, 25(2), 135-144.

Baig, M. B., Panda, B., Das, J. K., & Chauhan, A. S. (2014). Is public private partnership an effective alternative to government in the provision of primary health care? A case study in Odisha. *Journal of Health Management*, 16(1), 41-52.

Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management science*, 30(9), 1078-1092.

Barata, L. R. B., & Mendes, J. D. V. (2006). *Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo*.

Barbosa N.B, Elias P.E.M. (2010). As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc Saúde Coletiva*; 15, 2483-95.

Barbosa, A. P., & Malik, A. M. (2015). Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Revista de Administração Pública*, 49, 1143-1165.

Barbosa, N. B. (2010). Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2497-2506.

Barbosa, N. B., de Lima, H., da Trindade, A. M. V., Dias, N. V., de Castro, M. V., & dos Santos, C. K. (2015). As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão público-privada em Goiás—o caso HUANA. *Revista do Serviço Público*, 66(1), 121-144.

Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *PLoS med*, 9(6), e1001244.

Berendes, S., Heywood, P., Oliver, S., & Garner, P. (2011). Quality of private and public ambulatory health care in low and middle-income countries: systematic review of comparative studies. *PLoS medicine*, 8(4), e1000433.

Bevir, M. (2011). Governança democrática: uma genealogia. *Revista de Sociologia e Política*, 19 (39), 103-114.

Blaakman, A. P., Salehi, A. S., & Boitard, R. (2014). A cost and technical efficiency analysis of two alternative models for implementing the basic package of health services in Afghanistan. *Global public health*, 9(sup1), S110-S123.

- Bloom, E., Bhushan, I., Clingingsmith, D., Hong, R., King, E., Kremer, M., ... & Schwartz, J. B. (2006). Contracting for health: evidence from Cambodia. *Brookings Institution*.
- Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 401-412.
- Bosi, M. L. M., & Uchimura, K. Y. (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Revista de Saúde Pública*, 41, 150-153.
- Botelho, L. H. F., Abrantes, L. A., & Fialho, N. S. (2019). Reflexões sobre as aplicações de políticas de desonerações tributárias no desenvolvimento regional brasileiro. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 24(79).
- Braga, G. B., Ferreira, M. A. M., & Braga, B. B. (2015). A eficiência da atenção primária à saúde: avaliando discrepâncias. *Administração Pública e Gestão Social*, 7(2), 100-107.
- Bresser-Pereira, L. C. (2000). A reforma gerencial do Estado de 1995. *Revista de Administração Pública*, 34(4), 7-26.
- Brunelli, B., Gusso, G. D. F., Santos, I. S., & Benseñor, I. J. M. (2016). Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38), 1-12.
- Buchanan, J. M. (1985). *Liberty, Market and State*. Ney York University Press.
- Buchanan, J. M., & Tullock, G. (1965). *The calculus of consent: Logical foundations of constitutional democracy* (Vol. 100). University of Michigan press.
- Buchanan, J. M., & Tullock, G. (1999). *The calculus of consent: Logical foundations of constitutional democracy* (Vol. 100). University of Michigan press.
- Camargo, T. A., Prado, O., Bernardo, R., & Lara, A. C. H. S. (2013). *Controle e transparência no modelo de organizações sociais de saúde do Estado de São Paulo*. VI Congresso Consad de Gestão Pública, Brasília.
- Carneiro Junior, N., & Elias, P. E. (2006). Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 914-920.
- Castanheira, E. R. L., Nemes, M. I. B., Zarili, T. F. T., Sanine, P. R., & Corrente, J. E. (2014). Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde em Debate*, 38, 679-691.
- Ceccon, R. F., Meneghel, S. N., & Viecili, P. R. N. (2014). Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17, 968-977.
- Charnes, A., Cooper, W. W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European journal of operational research*, 2(6), 429-444.

- Coelho, S. P., Greve, J. (2016). As organizações sociais de saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, 59(3).
- Coelho, V. S. (2018). Reducing Health Inequalities in Brazil's Universal Health-Care System: Accountability Politics in São Paulo. *IDS Bulletin*, 49(2), 109-128.
- Coelho, V. S. P., & Greve, J. (2016). As Organizações Sociais de Saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. *Dados*, 59(3), 867-901.
- Coelli, T. (1996). A Data Envelopment Analysis (Computer) Program. *Centre for Efficiency and Productivity Analysis. Department of Econometrics. University of New England*.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88)*. Diário Oficial da União. (1988).
- Contreiras, H., & Matta, G. C. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 285-297.
- Cordero, J. M., Alonso-Morán, E., Nuño-Solinis, R., Orueta, J. F., & Arce, R. S. (2015). Efficiency assessment of primary care providers: A conditional nonparametric approach. *European Journal of Operational Research*, 240(1), 235-244.
- Cristia, J., Evans, W., & Kim, B. (2011). *Does Contracting-Out Primary Care Services Work? The Case of Rural Guatemala* (No. IDB-WP-273). IDB Working Paper Series.
- Cristia, J., Prado, A. G., & Peluffo, C. (2015). The impact of contracting in and contracting out basic health services: the Guatemalan experience. *World Development*, 70, 215-227.
- Cruz, C. F. D. (2015). *Responsabilidade na Gestão Fiscal: um estudo em grandes municípios com base nos pilares da Lei de Responsabilidade Fiscal no período de 2010-2013* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Dan, S., & Pollitt, C. (2015). NPM Can Work: An optimistic review of the impact of New Public Management reforms in central and eastern Europe. *Public Management Review*, 17(9), 1305-1332.
- Danel, I., La Forgia, F. M., & La Forgia, G. M. (2005). Contracting for basic health services in rural Guatemala—comparison of performance of three delivery models, Health system innovations in Central America: lessons and impact of new approaches. *World Bank Technical Paper*, (54).
- Das, A., Friedman, J., & Kandpal, E. (2018). Does involvement of local NGOs enhance public service delivery? Cautionary evidence from a malaria-prevention program in India. *Health economics*, 27(1), 172-188.
- David, G. C., Shimizu, H. E., & Silva, E. N. D. (2015). Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. *Saúde em Debate*, 39, 232-245.
- Debreu, G. (1951). The coefficient of resource utilization. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 273-292.

Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde-Adaps. Diário Oficial da União (2020).

Deidda, M., Lupiáñez-Villanueva, F., Codagnone, C., & Maghiros, I. (2014). Using data envelopment analysis to analyse the efficiency of primary care units. *Journal of medical systems*, 38(10), 1-10.

Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. (2021). Recuperado em 15 de janeiro, 2021, de <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet>.

Di Pietro, M. S. Z. (2017). *Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas.* São Paulo: Atlas.

Dias, R. H. (2010). *Eficiência da atenção primária à saúde nos municípios brasileiros.* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Departamento de Economia.

Ditterich, R. G., Moysés, S. T., & Moysés, S. J. (2012). O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 615-625.

Donadone, J. C., & Baggenstoss, S. (2017). Intermediários e as novas configurações no tecido organizacional brasileiro: Um estudo sobre as organizações sociais de saúde. *Tempo Social*, 29, 130-149.

Duchoslav, J., & Cecchi, F. (2019). Do incentives matter when working for god? The impact of performance-based financing on faith-based healthcare in Uganda. *World Development*, 113, 309-319.

Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (EC 95/2016). Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1-1(2016).

Facchini, L. A., Tomasi, E., & Dilélio, A. S. (2018). Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, 42, 208-223.

Farewar, F., Saeed, KMA, Foshanji, AI, Alawi, SMK, Zawoli, MY, Irit, S., & Zeng, W. (2019). *Comprehensive primary health facilities are more efficient in delivering primary care: Efficiency analysis of primary healthcare facilities in Afghanistan.* Posted 28 oct 2020.

Farrell, M. J. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (General)*, 120(3), 253-281.

Fausto, M. C. R., & Matta, G. C. (2007). *Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.* EPSJV.

Ferlie, E. *et al.* (2009). *A nova administração pública.* Brasília: Ed UNB/ENAP.

Ferreira CMDC, Gomes AP. (2009). *Introdução à análise envoltória de dados: teoria, modelos e aplicações.* Viçosa: UFV.

Fleury, S., & Ouverney, A. M. (2012). 1. Política de Saúde. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*, p. 25.

Gadelha, C. A. G. (Org.). (2012). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados. In *Atenção Primária à Saúde: Seletiva ou Coordenadora dos Cuidados* (96p).

Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. D. (2014). Atenção primária à saúde. In *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 493-545).

Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. D. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1475-1482.

Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. D., Buss, P. M., Fleury, S., Gadelha, C. A. G., Galvão, L. A. C., & Santos, R. F. D. (2019). De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de saúde pública*, 35, e00012219.

Giovanella, L., Mendoza-Ruiz, A., Pilar, A. D. C. A., Rosa, M. C. D., Martins, G. B., Santos, I. S., ... & Machado, C. V. (2018). Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1763-1776.

Greene, J., Hibbard, J. H., & Overton, V. (2015). Large performance incentives had the greatest impact on providers whose quality metrics were lowest at baseline. *Health Affairs*, 34(4), 673-680.

Greve, J., & Coelho, V. S. R. P. (2017). Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. *Health policy and planning*, 32(7), 923-933.

Heard, A., Awasthi, M. K., Ali, J., Shukla, N., & Forsberg, B. C. (2011). Predicting performance in contracting of basic health care to NGOs: experience from large-scale contracting in Uttar Pradesh, India. *Health policy and planning*, 26(suppl_1), i13-i19.

Heard, A., Nath, D. K., & Loevinsohn, B. (2013). Contracting urban primary healthcare services in Bangladesh—effect on use, efficiency, equity and quality of care. *Tropical Medicine & International Health*, 18(7), 861-870.

Helden, G. J. V., Johnsen, Å., & Vakkuri, J. (2008). Distinctive research patterns on public sector performance measurement of public administration and accounting disciplines. *Public Management Review*, 10(5), 641-651.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public administration*, 69(1), 3-19.

Ibañez, N., & Vecina Neto, G. (2007). Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1831-1840.

Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM-Firjan). Recuperado em 15 de janeiro, 2021, de <https://www.firjan.com.br/ifdm/downloads>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2021). Recuperado em 21 de outubro, 2021, de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=downloads>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comissão Nacional de Classificação (IBGE). (Concla). (2018). Recuperado em 29 de setembro, 2021, de: <https://concla.ibge.gov.br/estrutura/natjur-estrutura/natureza-juridica-2018.html>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – 3. Saúde e Bem-Estar. 2009. Recuperado em 28 de julho, 2021, de https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html#coll_3_2

Kane, S., Dewan, P. K., Gupta, D., Wi, T., Das, A., Singh, A. & Dallabetta, G. (2010). Large-scale public-private partnership for improving TB-HIV services for high-risk groups in India [Notes from the field]. *The International journal of tuberculosis and lung disease*, 14(8), 1066-1068.

Khan, M. M., & Ahmed, S. (2003). Relative efficiency of government and non-government organisations in implementing a nutrition intervention programme—a case study from Bangladesh. *Public Health Nutrition*, 6(1), 19-24.

Kontodimopoulos, N., Moschovakis, G., Aletras, V. H., & Niakas, D. (2007). The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 5(1), 1-11.

Koopmans, T. C. (1951). An analysis of production as an efficient combination of activities. In KOOPMANS, T. C. (Ed.). *Activity analysis of production and allocation*, Cowles Commission for Research in Economics. New York: Wiley, Monograph n. 13.

Krüger, T. R., & Reis, C. (2019). Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. *Serviço Social & Sociedade*, (135), 271-289.

La Forgia GM, Couttolenc BF. (2009). *Desempenho Hospitalar no Brasil. Em busca da Excelência*. São Paulo: Singular.

La Forgia, G. M., & Harding, A. (2009). Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Affairs*, 28(4), 1114-1126.

Lazarini, W. S., & Sodré, F. (2019). O SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a aten o primária   saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 14(41), 1904-1904.

Lei 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualifica o de entidades como organiza es sociais, a cria o do Programa Nacional de Publiciza o, a extin o dos órgãos e entidades que menciona e a absor o de suas atividades por organiza es sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União (1998).

Lei 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualifica o de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organiza es da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União (1999).

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União (2012).

Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União (2000).

Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999 (2014).

Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União (1998).

Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União (2000).

Liu, X., Hotchkiss, D. R., & Bose, S. (2008). The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence. *Health policy and planning*, 23(1), 1-13.

Loevinsohn, B., & Harding, A. (2005). Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *The Lancet*, 366(9486), 676-681.

Long, J. S. (1997). *Regression models for categorical and limited dependent variables* (Vol. 7). Advanced Quantitative Techniques in the Social Sciences, Vol. 7, Beverly Hills, CA: Sage Publishing.

Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, 42, 18-37.

Mairembam, D. S., Lisam, S., Ved, R., Barua, J., Goel, P., Srivastava, R., & Mokashi, T. (2012, September). Public Private Partnership in Meghalaya: delivering healthcare in difficult to access tribal areas. In *BMC Proceedings* (Vol. 6, No. S5, p. P3). BioMed Central.

Malik, M. A., Van de Poel, E., & Van Doorslaer, E. (2017). Did contracting effect the use of primary health care units in Pakistan?. *Health policy and planning*, 32(7), 1032-1041.

Martins, M. I. C., & Carneiro, C. C. G. (2014). *Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro*. Fiocruz.

Matzuda, Y., RINNE, J., Shepherd, G., & Wenceslau, J. (2008). Enhancing Performance in Brazil's Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba--*World Bank*.

Mello, G. A., Fontanella, B. J. B., & Demarzo, M. M. P. (2009). Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, 12(2).

Mendes, Á., Carnut, L., & Guerra, L. D. D. S. (2018). Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42, 224-243.

Mendes, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde* (Vol. 88). São Paulo: Hucitec.

Miclos, P. V. (2015). *Avaliação do desempenho da atenção básica nos municípios brasileiros*. (Doctoral dissertation, Saúde coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina.

Miclos, P. V., Calvo, M. C. M., & Colussi, C. F. (2015a). Avaliação do desempenho da atenção primária em saúde através da análise envoltória de dados. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6(2), 1749-1763.

Miclos, P. V., Calvo, M. C. M., & Colussi, C. F. (2015b). Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. *Saúde em Debate*, 39, 984-996.

Miclos, P. V., Calvo, M. C. M., & Colussi, C. F. (2017). Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, 51.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Morais, H. M. M. D., Albuquerque, M. D. S. V. D., Oliveira, R. S. D., Cazuzu, A. K. I., & Silva, N. A. F. D. (2018). Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 34.

Morimoto, T., & Costa, J. S. D. D. (2017). Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 891-900.

Nota Metodológica. Adaptação ao método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica. Ministério da Saúde (MS). Secretária de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. (2020). Recuperado em 24 de setembro, 2021, de https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB_adaptada.pdf

Obure, C. D., Jacobs, R., Guinness, L., Mayhew, S., & Vassall, A. (2016). Does integration of HIV and sexual and reproductive health services improve technical efficiency in Kenya and Swaziland? An application of a two-stage semi parametric approach incorporating quality measures. *Social Science & Medicine*, 151, 147-156.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1946). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Recuperado em 30 de janeiro, 2021, de <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>.

Osborne, D., & Gaebler, T. (1994). *Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público*. Mh Comunicação.

Pacheco, H. F., Gurgel Júnior, G. D., Santos, F. D. A. D. S., Ferreira, S. C. D. C., & Leal, E. M. M. (2016). Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 585-595.

Pacheco, M. J. J., Abrantes, L. A., Zuccolotto, R., & de Almeida Luquini, R. (2018). Emendas Constitucionais e Descentralização Fiscal: Evolução e Interferências na Autonomia Financeira dos Municípios. *Desenvolvimento em Questão*, 16(42), 180-208.

Pahim, M. L. L. (2009). *Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo.

Pelone, F., Kringos, D. S., Romaniello, A., Archibugi, M., Salsiri, C., & Ricciardi, W. (2015). Primary care efficiency measurement using data envelopment analysis: a systematic review. *Journal of medical systems*, 39(1), 1-14.

Pilotto, B. S., & Junqueira, V. (2017). Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. *Serviço social & sociedade*, 547-563.

Pinillos, M., & Antoñanzas, F. (2002). La atención primaria de salud: descentralización y eficiencia. *Gaceta Sanitaria*, 16, 401-407.

Pinto, L. F., & Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1903-1914.

Pinto, L. F., Mendonça, C. S., Rehem, T. C. M. S. B., & Stelet, B. (2019). 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*, 24(6), 2105-2114.

Plano Diretor da Reforma do Aparelhamento do Estado (PDRAE). (1995). Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (Mare). Brasília: Presidência da República. Imprensa Oficial (1995).

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform: A comparative analysis-into the age of austerity*. Oxford University Press.

Pongsupap, Y., & Lerberghe, W. V. (2006). Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical medicine & international health*, 11(1), 81-89.

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União (2017).

Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2e nº 6, de 2017, para instituir equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de

equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União (2019).

Portaria 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. Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União (2019).

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. Secretaria do Tesouro Nacional (STN). Diário Oficial da União (2019).

Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União (2020).

Porto, W. S. (2021). CiSS–Circular Sustainability Scorecard: desafios e perspectivas de uma métrica integrada para a sustentabilidade circular. (Doctoral dissertation). Universidade Federal de Pernambuco.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. (2012). (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017): manual instrutivo. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (2017).

Quinhões, T. A. (2009). O modelo de governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente. *XIV Prêmio Tesouro Nacional*.

Ramos, A. L. P. (2016). *Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores.* (Tese de doutorado). Fiocruz, Rio de Janeiro.

Ramos, A. L. P., & Seta, M. H. D. (2019). Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00089118.

Resolução nº 1, de 15 de outubro 2021. Dispõe sobre o Estatuto da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - ADAPS. Ministério da Saúde (MS). Diário Oficial da União (2021).

Rios, C. O. (2015). *Mensuração de eficiência: um novo exame aplicado aos portos públicos brasileiros.* (Dissertação de mestrado em Economia do Desenvolvimento). Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Rodrigues, A. D. C., Gontijo, T. S., & Gonçalves, C. A. (2021). Eficiência do gasto público em atenção primária em saúde nos municípios do Rio de Janeiro, Brasil: escores robustos e seus determinantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 3567-3579.

- Rodrigues, C. T., & Spagnuolo, R. S. (2014). Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(3), 549-57.
- Romano, C. M. C., Scatena, J. H. G., & Kehrig, R. T. (2015). Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1095-1115.
- Salehi, A. S., Saljuqi, A. T. K., Akseer, N., Rao, K., & Coe, K. (2018). Factors influencing performance by contracted non-state providers implementing a basic package of health services in Afghanistan. *International journal for equity in health*, 17(1), 128.
- Sano, H., & Abrucio, F. L. (2008). Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, 48, 64-80.
- Santos, R. A. B. D. G., Uchôa-Figueiredo, L. D. R., & Lima, L. C. (2017). Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde em Debate*, 41, 694-706.
- Sauerbronn, F. F., Martins, M. R. (2015). Análise da eficiência dos municípios brasileiros na gestão dos recursos da Atenção básica em saúde nos anos de 2010 e 2011. In *XV Congresso de Controladoria e Contabilidade, USP* (pp. 1-16).
- Scaratti, D., & Calvo, M. C. M. (2012). Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46, 446-455.
- Scheffer, M., & Bahia, L. (2018). *A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate*.
- Seta, M. H. D., Ocké-Reis, C. O., & Ramos, A. L. P. (2021). Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Ciência & saúde coletiva*, 26, 3781-3786.
- Shi, L. (1994). Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 24(3), 431-458.
- Silva, C. R. D., Souza, T. C. D., Lima, C. M. B. L., & Silva Filho, L. B. (2018). Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos municípios brasileiros. *Saúde em Debate*, 42, 382-391.
- Silva, E. N., & Powell-Jackson, T. (2017). Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. *BMJ global health*, 2(2), e000242.
- Silva, J. G. R. P. (2013). *A Fuga Para O Direito Privado E A Ação Direta De Inconstitucionalidade 1923/DF. Publicações da Escola da AGU*, 1(28).
- Silva, V. C. (2014). *Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família* (Doctoral dissertation). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

- Silva, V. C., Barbosa, P. R., & Hortale, V. A. (2016). Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1365-1376.
- Silva, V. C., Escoval, A., & Hortale, V. A. (2014). Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 3593-3604.
- Silva, V. M. D., Lima, S. M. L., & Teixeira, M. (2015). 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 em Debate*, 39, 145-159.
- Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica (SISAB)*. Ministério da Saúde (MS). Recuperado em 15 de janeiro, 2021, de <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml>
- Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB)*. Ministério da Saúde (MS). Recuperado em 15 de janeiro, 2021, de <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
- Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)*. Ministério da Saúde (MS). Recuperado em 15 de janeiro, 2021, de <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>
- Soares, G. B., Borges, F. T., dos Santos, R. R., Garbin, C. A. S., Moimaz, S. A. S., & Gomes, C. (2016). Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS?. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, (2), 828-850.
- Soranz, D., Pinto, L. F., & Camacho, L. A. B. (2017). Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 819-830.
- Sousa, M. C. S.; Dias, R. H. (2015) Aplicação do Método Jackstrap na Atenção Básica à Saúde. In *Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Cap. 14.
- Starfield, B. (1992). *Primary care: concept, evaluation, and policy*. Oxford University Press.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential?. *The lancet*, 344(8930), 1129-1133.
- Starfield, B., & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health policy*, 60(3), 201-218.
- Van de Poel, E., Flores, G., Ir, P., & O'Donnell, O. (2016). Impact of performance-based financing in a low-resource setting: a decade of experience in Cambodia. *Health Economics*, 25(6), 688-705.
- Varela, P. S. (2008). *Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no setor saúde: uma avaliação de eficiência* (Doctoral dissertation). Universidade de São Paulo.

Varela, P. S., Martins, G. D. A., & Fávero, L. P. L. (2012). Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. *Revista de Administração (São Paulo)*.

Veloso, M. A. A., Caldeira, A.P. (2021). Número de equipes assistenciais e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Cien Saúde Colet*.

Viacava, F., Laguardia, J., Uga, M. A. D., Porto, S. M., Moreira, R. D. S., Barros, H. D. S., & Silva, H. S. D. (2011). PROADESS: Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores de desempenho.

Vicente, E. F. R., & do Nascimento, L. S. (2012). A efetividade dos ciclos políticos nos municípios brasileiros: um enfoque contábil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 6(14), 106-126.

Vieira, F. S., & Benevides, R. P. D. S. (2016). *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ipea; 2016. (Nota Técnica, n. 28). Recuperado em 21 de outubro, 2021, de <https://bit.ly/3hm36Lu>

Vieira, F. S., Piola, S. F., & Benevides, R. P. D. S. (2019). *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: 2021 out 21]. Recuperado em 21 de outubro, 2021, de <https://bit.ly/2JO4IUp>

Vogel, R. L., & Ackermann, R. J. (1998). Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *International journal of health services*, 28(1), 183-196.

Volpato, L. F., Martins, L. C., Meneghim, M. C., & Hebling, E. (2016). Avaliação do acesso em Unidades de Saúde da Família administradas por Organização Social e Município. *RFO UPF*, 21 (3), 349-356.

Wooldridge, J. M. (2010). *Econometric analysis of cross section and panel data*. MIT Press.

World Bank. *Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil* [artigo na Internet]. (2017). Recuperado em 14 de dezembro, 2021, de <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>

Zhu, J. (2014). *Quantitative models for performance evaluation and benchmarking: data envelopment analysis with spreadsheets* (2nd ed., Vol. 126). New York: Springer.