

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Thaís dos Santos Gomes

**UMA ANÁLISE DOS DIFERENTES TIPOS DE AGENTES CONTRATANTES
DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E CERTIFICAÇÃO DE
QUALIDADE**

Belo Horizonte

2018

Thaís dos Santos Gomes

**UMA ANÁLISE DOS DIFERENTES TIPOS DE AGENTES CONTRATANTES
DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E CERTIFICAÇÃO DE
QUALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Thomaz Gonzaga da
Matta Machado

Co-orientadora: Profa. Dra. Alaneir de Fátima dos
Santos

Belo Horizonte

2018

G633u Gomes, Thaís dos Santos.
Uma análise dos diferentes tipos de agentes contratantes das
Equipes de Atenção Básica no Brasil e certificação de qualidade
[manuscrito]. / Thaís dos Santos Gomes. -- Belo Horizonte: 2018.
149f.: il.
Orientador (a): Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado.
Coorientador (a): Alaneir de Fátima dos Santos.
Área de concentração: Saúde Coletiva.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Modernização do Setor Público. 3.
Setor Público. 4. Setor Privado. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Machado,
Antônio Thomaz Gonzaga da Matta. II. Santos, Alaneir de Fátima dos. III.
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM : W 84.6

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitora

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitora de Pesquisa

Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Humberto José Alves

Vice-diretor

Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Sub-Coordenadora

Profa. Luana Giatti Gonçalves

Colegiado

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Profa. Luana Giatti Gonçalves (Titular)

Profa. Lidyane do valle camelo (Suplente)

Profa. Sandhi Maria Barreto (Titular)

Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro (Suplente)

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa (Titular)

Profa. Amélia Augusta Friche (Suplente)

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia (Titular)

Profa. Ilka Afonso Reis (Suplente)

Profa. Ada Ávila Assunção (Titular)

Profa. Adriane M. de Medeiros (Suplente)

Thaís Piazza de Melo – (Representante discente Titular)

Nathália Pacífico de Carvalho (Representante discente Suplente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

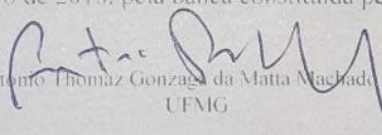
FOLHA DE APROVAÇÃO

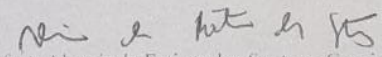
UMA ANÁLISE DOS DIFERENTES TIPOS DE AGENTES CONTRATANTES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE

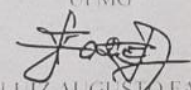
THAÍS DOS SANTOS GOMES

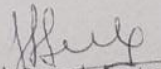
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

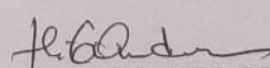
Aprovada em 19 de dezembro de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado - Orientador
UFMG


Prof(a). Alancir de Fatima dos Santos - Coorientadora
UFMG


Prof(a). LUIZ AUGUSTO FACCHINI
UEPel


Prof(a). José Antônio de Freitas Sestelo
UFRJ


Prof(a). ELI IOLA GURGEL ANDRADE
UFMG

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2018.

*À memória de meu querido pai Luiz Benedito dos
Santos, à minha amada mãe Maria Aparecida e a
meu amado esposo Pedro Augusto.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu sustento, pelo amor incondicional, pela fidelidade, por ter me dado forças em meio a tantas dificuldades para que conseguisse alcançar mais esta vitória.

À minha mãe, Maria Aparecida, minha inspiração e força, por ser tudo em minha vida, pelo seu zelo, seu amor, por sempre acreditar em mim e por tantos sacrifícios para que eu chegasse até aqui.

Ao meu pai, Luiz Benedito (*in memorian*), sinônimo de eternas saudades, pelas suas orações, por sempre cuidar de mim e me incentivar, na certeza de que, ainda, os faz mesmo distante fisicamente.

Ao meu esposo, Pedro Augusto, pelo seu companheirismo, paciência e compreensão diante das infinitas horas dedicadas aos livros, aos artigos e à pesquisa e, acima de tudo, pelo apoio e sustento nos momentos de dor, vazio e saudade. Sem seu abraço eu não teria tido forças para chegar aqui.

Aos colegas do PPGSP com quem convivi nos últimos dois anos e com os quais tive a oportunidade de aprender muito.

Às colegas do grupo de pesquisa Ana Luiza, Dayanna Mary, Fernanda e Anacele pelos momentos de desespero e pelos momentos felizes partilhados.

À Joana Cella que tanto me auxiliou com os bancos de dados. Obrigada pela sua disponibilidade, empenho, dedicação e, principalmente, pela sua paciência em me ajudar.

Ao Hugo André que dividiu comigo os seus conhecimentos sobre o PMAQ, pela sua paciência e disponibilidade.

Ao Lucas pelo apoio com as questões estatísticas.

Aos meus orientadores, Laine e Thomaz, obrigada por confiarem no meu trabalho, pela disponibilidade, paciência e conhecimento partilhado.

*”O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e
depois desinquieta. O que ela quer da gente é
coragem.”*

(Guimarães Rosa)

“O único dia fácil foi ontem.”

(Filosofia dos Seal)

RESUMO

Após a Segunda Guerra Mundial, verificou-se a aceleração do desenvolvimento tecnológico, desencadeado pela associação entre conhecimento científico e produção industrial, a partir do qual o sistema econômico mundial passou por uma profunda transformação, tornando-se mais integrado e competitivo. Tal mudança na ordem mundial, associada às crises do petróleo ao longo da década de 1970 levaram os Estados a crises em seu interior. Nos anos seguintes, os principais bancos internacionais defenderam que os Estados deveriam ser reformados para que fossem capazes de superar as profundas crises do período. No final da década de 80, o Brasil passou pelo processo de redemocratização do país. Após 20 anos de Regime Militar, clamava-se por melhores condições, principalmente no campo das ciências sociais. Em 1988, na Constituição Federal do Brasil, a saúde ganhou uma seção, na qual foram colocadas as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, embora a saúde tenha sido reconhecida como direito de todos e dever do Estado, a Constituição deixou livre a atuação da iniciativa privada na área. Atrelado a isso, na década de 1990, ao ascender ao poder o então presidente da República Fernando Henrique Cardoso, deu-se início ao processo de Contrarreforma do Estado que transferiu para entidades paraestatais a prestação de serviços que não fossem exclusivos do Poder Público. Assim, foram qualificadas organizações do Terceiro Setor para atuarem na saúde. Tais entidades sem fins lucrativos têm crescido vertiginosamente na atenção básica brasileira, porém, além de seus aspectos positivos, são também levantadas muitas críticas negativas, mostrando que estas podem colocar em risco a consolidação do cumprimento das diretrizes do SUS. A partir disso, faz-se premente a realização de estudos que busquem compreender o impacto desses serviços na qualidade da saúde ofertada e no fortalecimento do SUS. Este estudo tem como objetivo verificar a existência de associação entre as novas formas de gestão privada no SUS, na atenção básica no Brasil, e a qualidade do cuidado ofertado, identificando em quais dimensões da qualidade existem possíveis diferenças em relação à gestão pública. Trata-se de estudo observacional, com abordagem descritiva e inferencial. As variáveis foram obtidas a partir de bancos de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde. Foram realizadas duas análises, a primeira ao nível de municípios e a segunda ao nível de equipe. Foram analisados 4469 municípios e 29.778 equipes de atenção básica. Na análise descritiva as variáveis foram distribuídas por unidades da federação, estratos do PMAQ e regiões geográficas. Na análise inferencial, por regressão logística binária, a variável dependente foi a nota obtida no processo da certificação das equipes de atenção básica e a variável independente foi o agente contratante dicotomizado em público e privado. Os dados foram ajustados por estratos do PMAQ. Os resultados mostraram que os agentes contratantes privados se concentram nos municípios maiores e com melhor desenvolvimento socioeconômico. Não foi encontrada associação estatística entre certificação de qualidade e tipos de agentes contratantes na análise com os dados municipalizados. Verificou-se que os melhores níveis de certificação foram obtidos pelos municípios maiores e com maior dinamicidade econômica. Além disso, identificou-se que a maior qualidade do cuidado ofertado na atenção básica está associada às equipes gerenciadas por agentes contratantes privados, nas dimensões Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário; Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho; Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS e Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica. Por outro lado, verificou-se que ser gerenciado totalmente por agentes contratantes públicos está relacionado à obtenção de melhores notas no que se refere à Valorização do Trabalhador. Assim, considerando a intensa luta no processo de construção e estruturação do SUS e os

riscos para sua consolidação enquanto política universal, igualitária e equânime, os resultados apontados mostram a necessidade de debates e formulação de políticas. Sobretudo, com a finalidade de ampliar o acesso e a qualidade de serviços de saúde gerenciados diretamente pelo poder público garantindo maior efetividade do cuidado ofertado. Além disso, defende-se a necessidade de outros estudos visando desmistificar esse campo de estudos, ainda, obscuro, principalmente no âmbito do PMAQ.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Modernização do Setor Público. Setor Público. Setor Privado.

ABSTRACT

After World War II, there was an acceleration of technological development, triggered by the association between scientific knowledge and industrial production, from which the world economic system underwent a deep transformation, becoming more integrated and competitive. Such a change in the world order, associated with the oil crises throughout the 1970s, led states to crisis in their interior. In the following years, the major international banks argued that states should be reformed to be able to overcome the deep crises of the period. In the late 1980s, Brazil underwent a process of re-democratization of the country. After 20 years of Military Regime, one called for better conditions, especially in the field of social sciences. In 1988, in the Federal Constitution of Brazil, health won a section, which laid the foundations for the creation of the Unified Health System (UHS). However, although health was recognized as a right for all and the duty of the State, the Constitution left the private sector in the area. Linked to this, in the 1990s, when the then President of the Republic of Brazil, Fernando Henrique Cardoso, came to power, the State Counter-Reformation process began, which transferred to non-state entities the provision of services that were not exclusive to the Public Power. Thus, Third Sector organizations were qualified to work in health. These non-profit entities have grown dramatically in Brazilian basic care, but in addition to their positive aspects, many negative critics have also been raised, showing that these may jeopardize the consolidation of compliance with UHS guidelines. From this, it is imperative to carry out studies that seek to understand the impact of these services on the quality of health offered and the strengthening of UHS. This study aims to verify the existence of an association between the new forms of private management in the UHS, basic care in Brazil, and the quality of care offered, identifying in which dimensions of quality there are possible differences in relation to public management. It is an observational study, with a descriptive and inferential approach. The variables were obtained from databases of the Program for Improvement of Access and Quality of Basic Care (PIAQ-BC) and the National Registry of Health Establishments (NRHE), of the Ministry of Health. First at the municipal level and the second at the team level. We analyzed 4469 municipalities and 29,778 basic care teams. In the descriptive analysis the variables were distributed by units of the federation, PIAQ strata and geographic regions. In the inferential analysis, by binary logistic regression, the dependent variable was the grade obtained in the certification process of the basic care teams, and the independent variable was the contracted agent dichotomized in public and private. Data were adjusted by PIAQ strata. The results showed that the private contracting agents are concentrated in the larger municipalities with better socioeconomic development. No statistical association was found between quality certification and types of contracting agents in the analysis with the municipal data. It was verified that the best levels of certification were obtained by the larger municipalities and with greater economic dynamism. In addition, it was identified that the highest quality of care offered in basic care is associated to the teams managed by private contracting agents, in the dimensions Access, Use, Participation and User Satisfaction; Access and Quality of Care and Organization of the Work Process; Structure and Operating Conditions of BHU and Municipal Management for the Development of Primary Care. On the other hand, it has been verified that being totally managed by public contracting agents is related to obtaining better grades with respect to the Valorization of the Worker. Thus, considering the intense struggle in the construction and structuring of the UHS and the risks to its consolidation as a universal, equitable and equitable policy, the results pointed out the need for debate and policy formulation. Above all, with the purpose of increasing the access and quality of health services managed directly by the public power guaranteeing

greater effectiveness of the care offered. In addition, it is advocated the need for other studies aimed at demystifying this field of study, still obscure, especially in the ambit of the PIAQ.

Keywords: Primary Health Care. Modernization of the Public Sector. Public sector. Private sector.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Boxplot da distribuição da média da nota final municipalizada por estratos do PMAQ. Brasil, 2014	91
Gráfico 2 - Boxplot da distribuição das notas obtidas pelas equipes avaliadas por estratos do PMAQ. Brasil, 2014	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das subdimensões por dimensões da saúde - 2º ciclo do PMAQ. Brasil, 2013a.....	67
Quadro 2 - Distribuição dos vínculos de profissionais de saúde, CNES. Brasil, 2014.	75
Quadro 3 - Distribuição de tipos de vínculos, CNES. Brasil, 2014.	77
Quadro 4 - Distribuição de agentes contratantes de profissionais da saúde, a partir de seus respectivos vínculos, CNES. Brasil, 2014.....	78
Quadro 5 - Distribuição de tipos de vínculos, após agregação dos contratos por prazo determinado sem descrição, CNES E PMAQ. Brasil, 2014.....	80
Quadro 6 - Quadro exemplificativo dos cálculos das subdimensões no estudo. Brasil, 2014.	82
Quadro 7 - Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). IPEA, 2015.	84
Quadro 8 - Porte do município. PNAS, 2004.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de municípios gerenciados por agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação. Brasil, 2014.....	87
Tabela 2 - Distribuição de municípios gerenciados totalmente por agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação. Brasil, 2014	88
Tabela 3 - Distribuição de municípios com agentes contratantes públicos e privados por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.....	89
Tabela 4 - Distribuição de municípios com agentes contratantes públicos e privados por região geográfica. Brasil, 2014.....	90
Tabela 5 - Distribuição da média da nota final municipalizada por estratos do PMAQ. Brasil, 2014	91
Tabela 6 - Distribuição da média da nota final municipalizada por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.....	92
Tabela 7 - Percentual de agentes contratantes públicos e privados pela média da nota final da certificação categorizada. Brasil, 2014.....	92
Tabela 8 - Regressão logística binária entre agentes contratantes públicos e privados e nota do município. Brasil, 2014	93
Tabela 9 - Regressão logística binária entre agentes contratantes públicos e privados e nota geral do processo de certificação municipalizada: ajustada por IVS, porte do município e cobertura de ESF. Brasil, 2014.....	94
Tabela 10 - Regressão logística binária entre agentes contratantes públicos e privados e nota geral do processo de certificação municipalizada - recorte RJ, SP e RS: ajustado por IVS, porte do município e cobertura de ESF. Brasil, 2014.....	94
Tabela 11 - Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por unidades da federação. Brasil, 2014.....	95
Tabela 12 - Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação, excluídas as equipes com agentes contratantes mistos. Brasil, 2014.....	96
Tabela 13 - Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por estratos do PMAQ. Brasil, 2014	97
Tabela 14 - Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por região geográfica. Brasil, 2014	98

Tabela 15 - Distribuição das notas obtidas pelas equipes avaliadas por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.....	98
Tabela 16 - Distribuição das notas obtidas pelas equipes avaliadas por região geográfica. Brasil, 2014.....	99
Tabela 17 - Distribuição da nota geral das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014	100
Tabela 18 - Distribuição da nota da dimensão I - Gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica - das equipes avaliadas por categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.....	101
Tabela 19 - Distribuição da nota da dimensão II - Estrutura e condições de funcionamento da UBS - das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.....	101
Tabela 20 - Distribuição da nota da dimensão III - Valorização do trabalhador - das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014	102
Tabela 21 - Distribuição da nota da dimensão IV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho - das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014	103
Tabela 22 - Distribuição da nota da dimensão V - Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário - das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.....	103
Tabela 23 - Associação entre nota de certificação e agente contratante de Equipes de Atenção Básica situadas no estrato 6 do PMAQ. Belo Horizonte, 2014.	104
Tabela 24 - Associação entre nota de certificação e agente contratante de Equipes de Atenção Básica - análise geral. Belo Horizonte, 2014..	105
Tabela 25 - Compatibilidade de bancos: banco público como o agente contratante do profissional que respondeu a avaliação externa X banco do módulo eletrônico/CNES, considerando todas as categorias de agentes contratantes. Brasil, 2014	106
Tabela 26 - Compatibilidade de bancos: banco público como o agente contratante do profissional que respondeu a avaliação externa X banco do módulo eletrônico/CNES, excluindo categorias mistas de agentes contratantes. Brasil, 2014	106
Tabela 27 - Sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e acurácia do banco de livre acesso com o agente contratante do profissional que respondeu a avaliação externa em comparação ao banco do módulo do gestor/CNES. Brasil, 2014.....	107

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Administração Pública Direta
AI	Administração Pública Indireta
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Comissões de Acompanhamento e Fiscalização
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBAS	Certificação das Entidades Benéficas de Assistência Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos à Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
EAB	Equipe de Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NGP	Nova Gestão Pública
NTCSS	Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OCB	Organização das Cooperativas Brasileiras
ONG	Organização Não-Governamental

ONU	Organização das Nações Unidas
OR	<i>Odds Ratio</i>
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais em Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PrND	Programa Nacional de Desburocratização
PSF	Programa Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas do Município
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
2. REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 Contrarreforma do Estado	24
2.2 O desenvolvimento da área da saúde e a Contrarreforma do Estado no Brasil.....	27
2.3 Administração pública direta e indireta e o Terceiro Setor na saúde	36
2.3.1 <i>Administração Pública Direta.....</i>	37
2.3.2 <i>Administração Pública Indireta</i>	37
2.3.2.1 <i>Autarquias.....</i>	37
2.3.2.2 <i>Fundações Públicas.....</i>	38
2.3.2.2.1 <i>Fundação Pública de Direito Público.....</i>	39
2.3.2.2.2 <i>Fundação Pública de Direito Privado</i>	40
2.3.2.3 <i>Empresas Públicas.....</i>	40
2.3.2.4 <i>Sociedades de Economia Mista.....</i>	40
2.3.2.5 <i>Consórcios Públicos</i>	41
2.3.2.5.1 <i>Consórcios Públicos de Direito Privado</i>	41
2.3.2.5.2 <i>Consórcios Públicos de Direito Público</i>	42
2.3.3 <i>As Entidades Paraestatais - O Terceiro Setor.....</i>	43
2.3.3.1 <i>Organizações Sociais (OS).....</i>	48
2.3.3.2 <i>Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIP)</i>	49
2.3.3.3 <i>Entidades Filantrópicas</i>	51
2.3.3.4 <i>Organizações Não-Governamentais</i>	52
2.3.3.5 <i>Cooperativas.....</i>	53
2.4 Estudos sobre modalidades privadas de gestão na área da saúde	54
2.5 Estratégia de Saúde da Família.....	61
2.6 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)	64
3 JUSTIFICATIVA	71
4 OBJETIVO GERAL	72
4.1 Objetivos Específicos.....	72
5 METODOLOGIA.....	73
5.1 Tipo de estudo	73

5.2 Coleta e análise dos dados.....	73
6 RESULTADOS	87
6.1 Análise por município	87
6.2 Análise por equipe	94
6.3 Compatibilidade de bancos.....	105
7 DISCUSSÃO	109
8 CONCLUSÃO.....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
APÊNDICE I.....	130
APÊNDICE II	147

1 INTRODUÇÃO

Este documento apresenta a dissertação de mestrado intitulada “Uma análise dos diferentes tipos de agentes contratantes das equipes de atenção básica no Brasil e certificação de qualidade” para apreciação de banca de mestrado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem coexistido desde sua criação, a partir da Lei Orgânica da Saúde, com os serviços privados de saúde. Além disso, a partir da Contrarreforma do Estado, de 1995, foram inseridas no campo da prestação de serviços de saúde as Organizações Sociais, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, as Organizações Não-Governamentais, as Entidades Filantrópicas e as Cooperativas.

Os serviços de saúde privados e entidades sem fins lucrativos desde o início da organização dos serviços de saúde no Brasil têm atuado no setor hospitalar. No entanto, a partir dos anos 1990, com o processo de publicização, o Estado tem transferido para outras entidades as prestações de serviços dele que não são exclusivos. Dessa forma cresceu a atuação das organizações do Terceiro Setor na saúde, inclusive na Atenção Básica.

Nessa seara, São Paulo e Rio de Janeiro são dois dos estados brasileiros que mais se destacam no estabelecimento de parcerias entre o Poder Público e tais entidades na oferta de serviços de saúde no primeiro nível de atenção à saúde no Brasil.

As organizações do Terceiro Setor ganharam espaço e se tornaram um braço do Estado na oferta de serviços de saúde no Brasil. Embora o SUS careça de ampliação de acesso em todos seus níveis de atenção, a implantação dessas organizações na área da saúde necessita de estudos que avaliem seu impacto na qualidade do cuidado ofertado e seus efeitos quanto ao processo de construção do Sistema Único de Saúde.

Considerando a importância de padrões de qualidade na atenção primária gerenciada pela rede pública no Brasil e a necessidade de aprofundarmos estudos focando também as novas organizações jurídicas que estão atuando na Atenção Primária à Saúde (APS), este estudo buscou verificar a existência de associação entre as novas formas de gestão privada no SUS, na atenção básica no Brasil, e a qualidade do cuidado ofertado, identificando em quais dimensões da qualidade existem possíveis diferenças em relação à gestão pública.

Em seu desenvolvimento, esta dissertação está estruturada em seis partes: referencial teórico, justificativa, objetivos geral e específicos, metodologia, resultados e discussão. O referencial teórico apresenta seis seções. Na primeira seção, denominada “Contrarreforma do Estado” é apresentada a evolução dos modelos de administração pública, é discutida a relação

do Estado com o mercado e a globalização e desenvolvido o tema da Contrarreforma do Estado no contexto internacional.

Na segunda seção, “O desenvolvimento da área da saúde e a Contrarreforma do Estado no Brasil” é abordado historicamente o desenvolvimento da saúde no Brasil, passando pela criação do SUS até culminar na Contrarreforma do Estado brasileiro e a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).

A terceira seção, intitulada “Administração pública direta e indireta e o Terceiro Setor na saúde”, apresenta os conceitos de Administração Pública, Administração Pública Direta e Indireta, as entidades que fazem parte da Administração Pública Indireta, o Terceiro Setor e as organizações que fazem parte deste, a saber: as Organizações Sociais, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, as Organizações Não-Governamentais, as Entidades Filantrópicas e as Cooperativas.

Na quarta seção, “Estudos sobre modalidades privadas de gestão na área da saúde” são apresentadas pesquisas abordando as experiências de agentes contratantes público e privado na área da saúde apontando seus aspectos positivo e seus desafios no desenvolvimento da saúde e no cumprimento das diretrizes do SUS.

Nomeada como “Estratégia de Saúde da Família”, a quinta seção traz o desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil, a partir da criação do SUS, desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde até a proposta da Saúde da Família enquanto estratégia para o fortalecimento do Programa de Saúde da Família e o alcance de uma Atenção Primária à Saúde abrangente.

Por fim, a sexta seção do referencial teórico, sob o título de “O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)”, apresenta o PMAQ e como foi estruturada sua segunda fase. Apresenta os aspectos que nortearam as avaliações e como ocorreu o processo de certificação das equipes de atenção básica.

Em seguida, são apresentados os métodos do estudo. No método, foram descritos os procedimentos realizados para a efetivação das análises por município e por equipes de atenção básica.

Posteriormente, foram apresentados os resultados encontrados. Estes foram divididos em dois tópicos: os resultados da análise ao nível de município e os resultados da análise ao nível de equipe. Por fim, são discutidos os resultados encontrados com os achados na literatura.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contrarreforma do Estado

Historicamente, são identificados três modelos de Administração Pública: o patrimonialista, o burocrático e o gerencial. A administração patrimonialista é característica dos Estados absolutistas, em que os interesses da nobreza se misturam aos interesses da sociedade. Todo o aparelho do Estado e os bens públicos são utilizados em benefício do próprio governante e de terceiros por ele favorecidos; ou seja, a *res pública* se confunde com a *res principes*. Assim, o nepotismo e a corrupção estão intimamente ligados a esse modelo (BRASIL, 1995b, p.15).

Na segunda metade do século XIX ocorreu a Revolução Industrial, marcada pela industrialização, urbanização acelerada, produção em larga escala e acúmulo de capital. Nesse período, o aumento da classe trabalhadora e as péssimas condições de trabalho nas fábricas, propiciaram o fortalecimento dessas classes e a luta por melhores condições de trabalho (CAMPOS, 2013).

Nesse cenário, teve início a reforma burocrática, alterando-se a forma patrimonialista para um modo de gestão burocrático pautado no Estado liberal, fruto de conquistas políticas e sociais da população pagadora de impostos que passou a exigir garantias das suas liberdades. O modelo burocrático foi criado com o objetivo de combater o nepotismo e a corrupção presentes na administração pública patrimonialista (MATIAS-PEREIRA, 2009, p.113-114).

No Brasil, o modelo patrimonialista perdurou desde o colonialismo até a década de 1930, quando de fato foi implantado o modelo burocrático sob a liderança do presidente Getúlio Vargas.

Ao redor do mundo, após a Segunda Guerra Mundial, surge o Estado de *bem-estar* social nos países desenvolvidos, o Estado Desenvolvimentista e Protecionista nos países em desenvolvimento e o Estado Soviético, na Rússia, como uma substituição do mercado (ANJOS FILHO; RODRIGUES, 2006; BRESSER PEREIRA, 1997).

Nesse período, verificou-se também a aceleração do desenvolvimento tecnológico, desencadeado pela associação entre conhecimento científico e produção industrial, a partir do qual o sistema econômico mundial passou por uma profunda transformação, tornando-se mais integrado e competitivo.

Nos anos 1970 ocorreram as grandes crises do petróleo, a primeira em 1973 e a segunda em 1979. Durante esse período, a economia capitalista foi submetida a uma fase de

retração devido ao preço elevado do petróleo no mercado internacional, sobretudo afetando países periféricos dependentes de investimentos e empréstimos externos, tecnologia estrangeira e exportações de produtos primários (RODRIGUES, 1992).

A década seguinte foi marcada por uma grande recessão, a partir do contexto de crises do petróleo, atingindo também o Estado. Este entrou numa grave crise fiscal, perdendo sua capacidade de intervenção e, conseqüentemente, imobilizando-se. Tudo isso, atrelado à globalização mundial acelerada transformou profundamente as sociedades, exigindo mudanças capazes de responder às novas demandas.

Nesse processo de globalização e integração econômica, o Estado nacional perdeu força em meio à crise fiscal na qual estava inserido, à medida que emergiram organizações supranacionais e novas relações com o mercado internacional que naquele momento ganhou força, segundo a lógica de mercado da época.

Segundo Diniz (1995) e Matias-Pereira (2009, p.73), em 1980 o termo governança foi reintroduzido pelo Banco Mundial com a finalidade de discutir as condições que garantem um Estado eficiente e de ampliar a capacidade organizativa deste para além dos resultados, de modo a considerar, também, a forma pela qual o governo exerce seu poder. Sob este discurso os países em desenvolvimento deveriam ser reformados para garantir o cumprimento das exigências do Banco.

Nesse período, projetos emanados por instituições financeiras internacionais, especialmente o Banco Mundial, impulsionaram as contrarreformas do Estado em diversos países, a partir dos anos 1980, por meio de empréstimos (MATTOS, 2001 *apud* ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Como resposta à crise que ganhava caráter universal, sob as influências dos bancos, as propostas de duas frentes se destacaram, uma centro-esquerda pragmática e outra centro-direita pragmática. A primeira diagnosticou que se tratava de uma crise de Estado e dentre suas propostas de enfrentamento destacou-se a realização de “reformas” orientadas para o mercado, mas que não poderiam se dar com um radicalismo neoliberal. Ao invés de um Estado mínimo, a solução se daria por meio da reconstrução do Estado a partir de: recuperação da poupança pública e superação da crise fiscal, contratação de organizações públicas não estatais na intervenção econômica e social e “reforma” da administração pública para o modo gerencial. Paralelamente, corroborando com essa visão da centro-esquerda pragmática, a centro-direita pragmática, mais amplamente as elites internacionais, aderiram à proposta da “reforma” do Estado (BRESSER PEREIRA, 1997).

O Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento tornaram os empréstimos para a reforma do Estado prioritários. As Nações Unidas promoveram uma assembleia geral resumida sobre a administração pública. Muitos países criaram ministérios ou comissões de alto nível encarregadas da reforma do Estado (BRESSER PEREIRA, 1997).

Ao assumir o poder, em 1979, Margaret Thatcher, na forma de um governo conservador na Grã-Bretanha e em 1980, Ronald Reagan, no formato republicano nos Estados Unidos fortaleceram as críticas às burocracias estatais em favor de economias liberais (MATIAS-PEREIRA, 2009, p.100) abrindo “*espaço para o avanço do modelo gerencial como referência ao setor público*” (ABRUCIO, 1997).

O discurso que se desenvolveu no período foi o de que a burocracia levou o Estado a se tornar ineficiente e incapaz de atender com qualidade às demandas dos cidadãos e de superar a grave crise. Além disso, o modelo burocrático foi classificado como um grupo de interesses em detrimento de um corpo técnico neutro a serviço dos cidadãos, uma alusão às relações clientelistas e corporativas mantidas pelo corpo burocrático (ABRUCIO, 1997).

Nessa corrente, países do Leste Europeu, em desenvolvimento na Ásia, da América Latina e até mesmo países desenvolvidos aderiram ao processo de contrarreforma do Estado, enxugando sua máquina, restringindo-se às atividades que lhe fossem específicas e estimulando suas relações econômicas internacionais (BRESSER PEREIRA, 1997).

No entanto, segundo Matias-Pereira (2009, p.100-101) a maioria desses países apenas ajustaram os contornos da administração pública, evidenciando o caráter complexo da “reforma” e as particularidades de como se deu em cada país. Corroborando, Torres (2007, p.15) afirma que “*as transformações experimentadas em outros países abrigam uma quantidade enorme de formatos e instrumentos de gestão que foram adotados na busca por graus mais elevados de desempenho*”.

Nos países pioneiros da contrarreforma, como EUA, Reino Unido e Nova Zelândia cada um apresentou suas singularidades. Nos EUA adotaram-se os princípios da *Total Quality Management* — TQM (Gestão de Qualidade Total) posteriormente adaptada a outras realidades; no Reino Unido as autoridades administrativas definiram políticas gerais e criaram as agências para alocação dos serviços e na Nova Zelândia houve privatizações intensas e submissão da Administração Pública à concorrência de mercado (MATIAS-PEREIRA, 2009, P.101; POLLITT; BOUCKAERT, 2002).

Estas contrarreformas na Administração Pública de diversos países se tornaram o novo paradigma do final do século XX, sob o discurso da necessidade de melhorar a eficiência, eficácia e efetividade de suas prestações de serviços e aumentar o nível de satisfação do

cidadão. Tais “reformas” foram denominadas de *New Public Management* (Nova Gestão Pública - NGP) (MATIAS-PEREIRA, 2009, p.104).

Dessa forma, verifica-se que a crise enfrentada e seu processo de contrarreformas constitui um fenômeno que ocorreu em diversas partes do mundo e que apesar das particularidades de cada lugar, três pontos de convergência podem ser destacados, de acordo com a corrente de pensamento neoliberal do período, conforme afirma Pollitt e Bouckaert (2002): em primeiro lugar, revela-se a necessidade de reduzir o tamanho do Estado; em segundo, verifica-se o amplo desejo de reverter o baixo desempenho do setor público e em terceiro, destacam-se as mudanças que começaram a ocorrer no padrão de responsabilidade de atores políticos e administrativos, a partir das “reformas” iniciadas.

Verifica-se, portanto, que no decorrer do desenvolvimento e modernização das sociedades, grupos foram se associando sob diversas formas, constituindo elites, burguesias, oligarquias, associações, sindicatos e partidos na busca de terem seus interesses respondidos pelo Estado. Este último, por sua vez modificou e foi modificado pela sociedade, pelo mercado e pelo processo de globalização. Dessa relação, ocorreram transformações intrínsecas e extrínsecas que culminaram, no final do século XX, em forte crise ao redor do mundo, levando o Estado a mudanças profundas em seu aparelho, alterando a forma da administração pública, do modelo burocrático para um modelo gerencial caracterizado por um Estado mínimo, com fortes traços do neoliberalismo.

2.2 O desenvolvimento da área da saúde e a Contrarreforma do Estado no Brasil

O Brasil apresenta um histórico extenso de supressão de direitos e de defesa de interesses de uma minoria em detrimento da parcela majoritária da sociedade. Inicialmente, quando os portugueses aqui chegaram, em 1500, escravizaram os índios e dizimaram sua população. Entre o século XVII e XIX foram trazidos milhares de homens e mulheres de diversos povos do continente africano. Aqui eles foram escravizados para trabalharem nas lavouras de cana-de-açúcar e mais tarde na mineração, extraindo ouro.

Segundo Escorel e Teixeira (2012, p. 280) *apud* Giovanella (2012) com a chegada da Corte portuguesa no Brasil, em 1808, foi criada a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor, primeiras instâncias de saúde pública a serem implantadas no país. Estas eram responsáveis por fiscalizar o exercício da medicina e garantir a salubridade da Corte, respectivamente.

Em 1822, o Brasil se tornou um país independente sob o governo de um monarca. A monarquia, segundo Anjos Filho e Rodrigues (2006) inaugurou apenas aparentemente o

Estado de Direito brasileiro, que proclamava direitos para todos, em um país marcado pelo poder dos grandes fazendeiros e pela escravidão. Além disso, a partir do processo de independência, em 1828 foi extinta a Fisicatura-mor, transferindo suas atividades para as Câmaras Municipais que revestidas de autonomia, agiam de acordo com os interesses e necessidades da classe senhorial (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 280 *apud* GIOVANELLA, 2012).

Último país a abolir a escravatura, o Brasil no final do século XIX e início do século XX, precisou substituir sua mão de obra trazendo outros tantos imigrantes de diversas nacionalidades. Ao chegarem, encontraram um país essencialmente agrícola com péssimas condições de trabalho e habitação.

Em 1889, foi proclamada a república e instituiu-se o federalismo. Em 1891 a Constituição elaborada, nas palavras de Anjos Filho e Rodrigues (2006), apresentou uma “verdadeira alegoria da República”, na medida em que o ideal republicano foi negado pelas práticas políticas e pelo exercício do poder, sendo que a sociedade permaneceu sem direitos e bem estar.

A partir da Primeira República, também chamada de República Velha (1889 - 1930), no governo de Rodrigues Alves (1902 - 1906), a organização da saúde no Brasil começou a se desenvolver quando o então presidente decidiu sanear a cidade do Rio de Janeiro. Por meio de campanhas sanitaristas, Oswaldo Cruz propunha acabar com os surtos de febre amarela, peste e varíola (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p.279-289 *apud* GIOVANELLA, 2012).

Em 1923, chama-se a atenção para a Lei Eloy Chaves, conhecida por iniciar a regulação do funcionamento das Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPs) que funcionavam nas empresas e eram reguladas por representantes dos patrões e dos trabalhadores (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Getúlio Vargas, em 1930, ascendeu ao poder, dando início à implantação do modelo burocrático brasileiro, com a submissão da Administração Pública a um forte processo de racionalização, relacionando-a à modernização do capitalismo brasileiro. Embora começasse a estruturar a burocracia no país, vale ressaltar que o modelo patrimonialista ainda se fazia presente (MATIAS-PEREIRA, 2009, p.91-92), por meio de práticas coronelistas e clientelistas que, aliás, nunca foram totalmente abolidas.

Em 1937, Vargas instaurou o Estado Novo, a ditadura varguista, estabelecendo com a sociedade uma relação paternalista, razão pela qual foi apelidado de “pai dos pobres”, em detrimento da garantia de direitos aos cidadãos (ANJOS FILHO; RODRIGUES, 2006). Embora Vargas tenha criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, o Serviço Especial de

Saúde Pública (SESP), instituído as Conferências Nacionais de Saúde e assinado a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) suas realizações foram fragmentadas, a assistência médica era destinada aos doentes em caráter individual acometidos por doenças que os impediam de trabalhar e a saúde pública de caráter centralizador, obedecendo à lógica campanhista (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p.297-305 *apud* GIOVANELLA, 2012).

Acerca desse período de forte intervencionismo estatal, Boschi (2002, p.197) afirma que houve uma centralidade do Poder Executivo e sua burocracia, dando a impressão de que o Executivo encarnaria o próprio Estado, em um contexto de busca da superação do atraso econômico e da implantação de um corporativismo como forma de ordenação das relações público/privado. Em contrapartida, revelou-se um legislativo com baixa autonomia, uma instabilidade das instituições da democracia representativa e uma debilidade da sociedade civil.

O corporativismo desse período mostrou ser ao governo e aos segmentos empresariais um instrumento eficaz de controle como forma de assegurar a submissão dos trabalhadores (ALMEIDA, 1994 *apud* DAGNINO, 1994). Assim, o governo varguista ao oferecer “fragmentos” de direitos sociais à massa de trabalhadores e ao fortalecer esse corporativismo estatal conseguiu, mesmo sob uma ditadura, o apoio do povo mantendo-se no poder por mais de 15 anos.

Em 1946, iniciou o período de redemocratização e desenvolvimentismo (1946-1963), com a elaboração de uma constituição que incorporou direitos coletivos e sociais, na busca de instaurar um Estado de Bem-Estar Social no país (ANJOS FILHO; RODRIGUES, 2006; MATIAS-PEREIRA, 2009, p.92). Segundo Carvalho e Santos (2015),

a saúde assumiu grande importância em todos os governos, desde o governo do Presidente Dutra (1946-50) até João Goulart (1961-64), com destaque para o período que o médico Juscelino Kubitschek esteve à frente da Presidência da República, sendo responsável por importantes ações como a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais e a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) em 1960, último ano de seu mandato (CARVALHO e SANTOS, 2015).

No final do governo de Juscelino Kubitschek houve crescimento da inflação e uma atuação intensa dos movimentos sindicalista e estudantil. Seu sucessor, Jânio Quadros, assumiu o poder em 1961 e renunciou nove meses depois, agravando a instabilidade política que marcava aquele período (CARVALHO; SANTOS, 2015). Assumiu a presidência da república, seu vice, João Goulart propondo as reformas de base, dentre as quais se destacou a reforma agrária visando à redistribuição de terras.

Segundo Toledo (1994), Goulart permitiu que a “política deixasse de ser privilégio do parlamento, do governo e das classes dominantes para alcançar de forma intensa a fábrica, o campo, o quartel”.

A saúde, nesse período, possuía uma agenda especial de debates. Em 1962 aconteceu em Recife o XV Congresso de Higiene, no qual foi apresentado o conceito ampliado de saúde, condições globais de trabalho, cuja finalidade era consolidar uma nova política sanitária. Além disso, reconheceu-se que para minimizar o círculo vicioso entre pobreza e doença era necessário o desenvolvimento de um projeto nacional baseado em reformas estruturais da sociedade e melhor distribuição da riqueza nacional (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, 316-317 *apud* GIOVANELLA, 2012).

Em 1963, a partir do Plano Trienal, elaborado por Celso Furtado a fim de combater a inflação, e do XV Congresso de Higiene, aconteceu em dezembro a 3ª Conferência Nacional de Saúde quando foram rediscutidas as distribuições de responsabilidades dos entes federados, a realidade sanitária do país e a proposição de municipalização dos serviços de saúde (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005 *apud* LIMA *et al.*, 2005).

Em 1964, objetivando conter as reformas de base de João Goulart, sob a bandeira do anticomunismo, militares tomaram o poder por meio do Golpe Militar instaurado. Nesse período, partidos foram fechados ou colocados na ilegalidade, direitos e liberdades individuais foram suprimidos e intelectuais defensores da democracia perseguidos.

No âmbito da Administração Pública, em 1967, por meio do Decreto-Lei nº 200, aconteceu a primeira Reforma Administrativa do Brasil, com o objetivo de ultrapassar a rigidez burocrática. Para Matias-Pereira (2009, p.93) foi a primeira experiência de implantação da administração gerencial no país. Seu objetivo foi transferir atividades para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista; ou seja, para a administração pública indireta, de modo a permitir uma descentralização funcional (MATIAS-PEREIRA, 2009, p.93).

Este decreto teve como objetivo a transferência de tarefas de planejamento, coordenação, supervisão e controle da administração pública direta para a administração pública indireta e impedir o crescimento desmedido da máquina administrativa, de acordo com o disposto no Art.10, parágrafo 7º da lei em discussão:

§ 7º Para melhor desincumbir-se das tarefas de planejamento, coordenação, supervisão e controle e com o objetivo de impedir o crescimento desmedido da máquina administrativa, a Administração procurará desobrigar-se da realização material de tarefas executivas, recorrendo, sempre que possível, à execução indireta, mediante contrato, desde que exista, na área, iniciativa privada suficientemente

desenvolvida e capacitada a desempenhar os encargos de execução (Art.10, § 7º, Decreto Lei 200/1967).

Nesse aspecto, Torres (2007, p.31) afirma que a partir desse decreto, houve um grande aumento da Administração Pública Indireta no país, chegando a ser tornar autônoma e fora de controle. Além disso, o autor destaca que em razão desse descontrole, houve um quadro de absoluta falta de capacidade de coordenação e acompanhamento da formulação e implementação de políticas públicas por parte do Estado, abrindo por meio da administração indireta espaço à corrupção.

Na saúde, o Regime Militar inaugurou o congelamento das reformas que estavam em discussão no governo de Goulart por profissionais e acadêmicos da área da saúde, representando uma profunda ruptura na estrutura política do país. Além disso, foi incentivada a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços pela Previdência. Formas de convênios-empresa foram alteradas, passando a serem celebradas diretamente entre as empresas empregadoras e as empresas de planos privados de saúde no final da década de 1970 (ESCOREL, 2012, p.323-330 *apud* GIOVANELLA, 2012).

Segundo Bahia e Scheffer (2012, p.443)

Nos últimos anos da década de 1980, as demandas dos planos e seguros de saúde ampliaram-se substancialmente e, nos dias atuais, recortam a população situada nos maiores patamares de renda, ao abrangerem o contingente populacional composto, fundamentalmente, pelos inseridos no mercado formal de trabalho do setor privado e público e os autônomos com rendimentos mais elevados (BAHIA; SCHEFFER, 2012, p.443).

No início da década de 1980, foi criado o Ministério da Desburocratização e o Programa Nacional de Desburocratização (PrND) com o objetivo de reformar a burocracia rumo à Administração Pública Gerencial. Em 1985, no grito pelas Diretas Já, iniciou-se a transição democrática no país. Nesse período, os partidos vitoriosos ratearam cargos públicos da administração indireta e dos órgãos do Estado e a alta burocracia foi acusada de ser a causadora da crise do Estado ao contribuir para seu crescimento descontrolado (MATIAS-PEREIRA, 2009, p.94-95).

Em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, um espaço de luta pela universalização da saúde no Brasil. Contou com a participação de mais de quatro mil pessoas entre diferentes atores sociais, quando pela primeira vez incluíram os usuários do sistema de saúde na Conferência. O conjunto dessas forças impulsionou a reforma sanitária, que obteve

sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (ESCOREL, 2012, p.356-360 *apud* GIOVANELLA, 2012).

Nesse contexto, de redemocratização do país e apesar da crise dos Estados de Bem Estar Social nos países desenvolvidos, a saúde ganhou espaço na Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã.

Nessa seara, após duas décadas de Regime Militar instaurado no país sob forte centralidade estatal, privação de direitos e fortalecimento dos setores privados em detrimento da esfera pública, a Constituição Cidadã marcou a retomada da democracia no país, a ampliação de direitos aos cidadãos, principalmente na esfera social, cabendo ressaltar a saúde, que passou a ser direito do cidadão e dever do Estado.

Em seu preâmbulo, Brasil (1988), tem-se:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (BRASIL, 1988).

No entanto, a saúde que na constituição foi reconhecida como direito de todos e dever do Estado, permaneceu, também, livre à iniciativa privada. Para Ocké-Reis (2012, p.24),

existe contradição entre o modelo redistributivo definido na Constituição e o nível de gasto público em saúde, deixando margem para o fortalecimento do mercado de planos e saúde. De certo modo, essa contradição nasce da própria redação da constituição, no que se refere à assistência à saúde: de um lado, é livre à iniciativa privada (199); de outro, é direito do cidadão (196) - paradoxo que tende a minar o financiamento público em saúde. (OCKÉ-REIS, 2012, p.24)

As iniciativas de inserção do país na dinâmica da globalização e as exigências econômicas no plano interno tenderam a privilegiar o interesse dos investidores em detrimento das demais parcelas da sociedade brasileira. Desse paradoxo, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), com a CF e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/1990, complementada pela lei 8142/1990), assegurando acesso integral e gratuito à saúde da população brasileira e coexistindo ao longo de sua história com os serviços e planos de saúde da rede privada, em um contexto internacional de declínio do *Welfare State* e crises em diversos países, incluindo o Brasil.

Segundo Matias-Pereira (2009, p.95), a Constituição de 1988, enfraqueceu o poder executivo para estruturar os órgãos públicos. Além disso, verificou-se uma limitação de poderes da administração indireta, autônoma durante a ditadura militar, que passou a ter normas de funcionamento iguais às da administração direta.

A esse respeito, Boschi (2002, p.216) descreve que a partir do enfraquecimento do poder executivo, o legislativo começou a ganhar espaço a partir de interesses organizados e após a “Reforma” do Estado ao iniciar a atividade de regulação se tornará um dos canais privilegiados de acesso da sociedade civil organizada.

Nessa seara de crise do velho corporativismo e ascensão de um novo corporativismo ampliando os poderes do legislativo, o novo discurso sindicalista agora era o de rejeitar o corporativismo do Estado, acusando-o de antidemocrático. Não combinava mais com a antiga estrutura, os trabalhadores como atores coletivos. Em contrapartida, o empresariado urbano foi o setor que mais resistiu à estrutura corporativista vigente até então. Na visão de Almeida (1994, p.55 *apud* DAGNINO, 1994) foi a classe que se beneficiou dos canais de acesso ao Estado, facilitados pela antiga estrutura, no período autoritário.

Porém, ainda a partir das novas estruturas que começaram a se fortalecer, Almeida (1994, p.95 *apud* DAGNINO, 1994) explica que o corporativismo que se reestruturou também constituiu canais de acesso privilegiado das lideranças sindicais às agências estatais; deixando de ser um mecanismo de controle, tornou-se, caminho privilegiado de pressão, dada sua intimidade com os órgãos governamentais.

No início do período de redemocratização houve uma tendência à negação do quadro de crise instaurado. Posteriormente, houve uma resposta neoliberal, de ideologia do Estado mínimo, sob o discurso de que a máquina pública deveria ser enxugada para o alcance de maiores níveis de eficiência e superação da crise fiscal daquele período (BRESSER PEREIRA, 1997), negando de toda forma que a crise contemporânea, advinha de uma crise econômica do capitalismo (SOUZA FILHO, 2009). Assim, a contrarreforma do Estado foi conduzida, segundo a lógica neoliberal, por Bresser-Pereira, no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), em 1995.

No entanto, cabe ressaltar que antes de FHC assumir a presidência, medidas inseridas na visão neoliberalista já vinham sendo desenvolvidas por Collor, como a redução do tamanho do Estado e o número de servidores estatais, desmontando o setor público e enfraquecendo o papel do Estado (MATIAS-PEREIRA, 2009, p.95).

Em 1994, a partir das eleições presidenciais, o tema da reforma foi reafirmado e ganhou força. Ao assumir o poder FHC (1994-1998/1999-2002) por meio da Medida

Provisória 813 de 1º de janeiro de 1995, transformou a Secretaria da Administração Federal da Presidência da República em Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e a colocou sob a responsabilidade do ministro Luiz Carlos Bresser Pereira.

No decorrer do ano de 1995, o MARE cuidou de elaborar o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) publicado em novembro de 1995, após aprovação presidencial. O PDRAE foi criado visando definir objetivos e diretrizes para a “reforma” da administração pública brasileira, a partir da propagação da imagem negativa do Estado sob o modelo burocrático, pelos neoliberais. Assim, a solução para os problemas enfrentados pelo Estado se daria a partir da implantação da “reforma”, instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento da economia (BRASIL, 1995b), de acordo com a visão neoliberal vigente naquele período.

Segundo o discurso dos idealizadores da contrarreforma, o PDRAE buscou promover a “reforma” gerencial, implantando a Administração Pública Gerencial, baseada em conceitos de administração vigentes no período, preocupando-se com o controle dos resultados e descentralização e sob o discurso de que o Brasil é uma sociedade democrática, cujo cidadão é o legitimador do Estado (BRASIL, 1995b).

Na realidade, o que se verificou no processo da contrarreforma gerencial foi o engajamento com o projeto de liberar, desimpedir e desregulamentar a acumulação de capital, transferindo a legitimação do Estado e o controle social da ‘lógica democrática’ para a lógica da concorrência de mercado (MONTAÑO, 2002, p.29 *apud* SOUZA FILHO, 2009). Tudo isso, baseado na corrente de contrarreformas pelo mundo, sob a égide de bancos internacionais, principalmente o Banco Mundial e o Banco Interamericano.

Nessa seara, o PDRAE propôs a publicização (descentralização para o setor público não estatal a execução de serviços que não envolvam o exercício exclusivo do poder público, mas que devem ser subsidiados pelo Estado, como o caso da saúde e educação). Na visão dos elaboradores do instrumento, a publicização estabelece um sistema de parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle (BRASIL, 1995b). Foi proposto, ainda, que as atividades exclusivas do Estado fossem delegadas à agências executivas e reguladoras.

De acordo com os próprios idealizadores e executores da implantação do modelo gerencial, embora a nova estrutura de administração tivesse como um de seus objetivos combater as ineficiências do modelo burocrático, de acordo com o PDRAE houve linhas de convergência entre ambos os modelos.

A administração pública gerencial constitui um avanço e até certo ponto um rompimento com a administração pública burocrática. Isto não significa, entretanto, que negue todos os seus princípios. Pelo contrário, a administração pública gerencial está apoiada na anterior, da qual conserva, embora flexibilizando, alguns dos seus princípios fundamentais, como a admissão segundo rígidos critérios de mérito, a existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, as carreiras, a avaliação constante de desempenho, o treinamento sistemático. A diferença fundamental está na forma de controle, que deixa de basear-se nos processos para concentrar-se nos resultados (BRASIL, 2015).

O PDRAE dividiu o aparelho do Estado em quatro setores e estabeleceu tipos de propriedade para cada um: **o núcleo estratégico** correspondendo ao governo e seus poderes executivo, legislativo e judiciário; **as atividades exclusivas** caracterizadas por aqueles serviços exclusivos do Estado que têm como forma de propriedade a estatal; **os serviços não exclusivos** correspondendo ao setor em que as organizações públicas não estatais e privadas atuam - a saúde está incluída nesse setor - e por fim, **o setor da produção de bens e serviços para o mercado** correspondendo ao campo de atuação das empresas, cuja a propriedade privada é a regra (BRASIL, 1995b) .

Para cada um desses setores o PDRAE (BRASIL, 1995b) estabeleceu objetivos:

Núcleo Estratégico: aumento da efetividade; modernização da administração burocrática, através de uma política de profissionalização do serviço público; introdução de uma cultura gerencial baseada na avaliação do desempenho e baseada na definição e supervisão dos contratos de gestão com as agências autônomas e com as organizações sociais.

Atividades Exclusivas: transformação das autarquias e fundações que possuíam poder de Estado em agências autônomas, sob contrato de gestão; implantação da administração pública gerencial, com foco nos resultados e na competição administrada e fortalecimento de práticas que privilegiassem a participação popular na formulação e na avaliação de políticas públicas.

Serviços não exclusivos: transferência de tais serviços para o setor público não estatal, por meio da “publicização”, transformando as fundações públicas em organizações sociais, sob contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária; alcance de maior autonomia e responsabilidade para os dirigentes desses serviços; estabelecimento de um controle social direto desses serviços por parte da sociedade através dos seus conselhos de administração; obtenção de maior parceria entre o Estado, a organização social e a sociedade a que essa servir, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor.

Produção para o Mercado: continuidade ao processo de privatização através do Conselho de Desestatização; reorganização e fortalecimento dos órgãos de regulação dos monopólios naturais que fossem privatizados e implantação de contratos de gestão nas empresas que não pudessem ser privatizadas.

Verifica-se, dessa forma, que os idealizadores da contrarreforma aproximam o público e o privado, buscando estabelecer para a esfera pública a lógica aplicada ao setor empresarial, sem considerar as distinções entre as áreas. Segundo Souza Filho (2009) Bresser Pereira afirma que “uma possível perspectiva democrática ou centrada no cidadão, que distingue administração pública de administração privada, seria, apenas, uma tentativa de reatualização do modelo burocrático tradicional” (BRESEER PEREIRA, 1998 *apud* SOUZA FILHO, 2009).

No entanto, segundo Souza Filho (2009) dados os traços como o gerencialismo se estruturou, associando, conforme o próprio PDRAE evidenciou, as chamadas linhas de convergência entre o antigo modelo burocrático e a nova proposta gerencial; e se aliando a uma burocracia cujo poder absoluto se concentra nas mãos do governante, para os centros de decisão, com uma burocracia mais flexível, via descentralização, para a periferia da ordem administrativa o que se verifica é a incorporação de práticas compatíveis com o patrimonialismo.

Assim, deu-se início a um movimento tendendo a publicizar o privado na ordem estatal e a privatizar o público na ordem da contrarreforma. Esta se concretizou, no Brasil, no plano econômico, político e administrativo, sob a roupagem do modelo gerencial. Destaca-se, ainda, uma política agressiva de abertura econômica, desregulamentação, publicização, privatização e terceirização que vão impactar direta e negativamente nos serviços de saúde no Brasil e na consolidação do SUS que estava começando a engatinhar e necessitava de condições para garantir sua ampliação e universalização.

2.3 Administração pública direta e indireta e o Terceiro Setor na saúde

A expressão administração pública admite dois sentidos, um objetivo e outro subjetivo. O primeiro se refere à ideia de tarefa, ação, o exercício da função administrativa em si. O segundo, subjetivo, expressa o conjunto de órgãos, pessoas jurídicas e agentes públicos que desempenham a mesma função administrativa.

A administração pública que pode ser direta ou indireta é encontrada nos poderes executivo, legislativo e judiciário. Integra a União, os Estados, o Distrito Federal e os

Municípios. A administração pública direta encontra-se no núcleo do respectivo poder, enquanto a administração pública indireta encontra-se na periferia deste núcleo, sob o fundamento do princípio da descentralização (PESTANA, 2008, p.24).

Além dessa classificação dual da administração pública, o direito também pode ser dicotomizado em direito público e direito privado. O direito público diz respeito aos interesses da coletividade, a ênfase é o interesse público. No direito privado há a prevalência da autonomia da vontade (PESTANA, 2008, p.26).

A partir do exposto, a seguir, serão caracterizadas a administração pública direta, indireta (as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e os consórcios públicos) e o terceiro setor para que possam ser compreendidas, mais adiante, as diversas formas de contratos firmados entre o Estado e os serviços de saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto atual de pós-contrarreformas.

2.3.1 Administração pública direta (AD)

De acordo com Alexandrino (2008, p.27) a administração pública direta é “o conjunto de órgãos que integram as pessoas políticas do Estado (União, estados, Distrito Federal e municípios), aos quais foi atribuída a competência para o exercício, de forma centralizada, de atividades administrativas”.

2.3.2 Administração pública indireta (AI)

A administração pública indireta é caracterizada como “o conjunto de pessoas jurídicas (desprovidas de autonomia política) que, vinculadas à Administração Direta, têm a competência para o exercício, de forma descentralizada, de atividades administrativas” (ALEXANDRINO, 2008, p.27).

No que diz respeito à administração pública indireta, tem-se as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e os consórcios públicos. A seguir serão descritas suas definições e características.

2.3.2.1 Autarquias

As autarquias podem ser definidas, segundo Carvalho-filho (2013, p. 470) como “pessoa jurídica de direito público, integrante da administração indireta, criada por lei para desempenhar funções que, despidas de caráter econômico, sejam próprias e típicas do Estado”. Ex.: O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e o Banco Central do Brasil.

Ainda de acordo com Carvalho-filho (2013, p. 470-478) as autarquias podem ser classificadas quanto ao nível federativo, objeto e natureza (regime jurídico). Quanto ao nível federativo as autarquias podem ser federais, estaduais, distritais ou municipais, conforme o órgão que a institui. Em relação ao objeto, classificam-se em:

- a) Autarquias assistenciais: aquelas que prestam serviços visando reduzir as desigualdades regionais e sociais. Ex.: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA);
- b) Autarquias previdenciárias: voltadas para as ações da previdência social oficial. Ex.: Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);
- c) Autarquias culturais: relacionadas à educação e ao ensino. Ex.: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ);
- d) Autarquias profissionais (ou corporativas): responsáveis pela inscrição e fiscalização de profissionais. Ex.: Ordem dos Advogados do Brasil (OAB);
- e) Autarquias administrativas: se destinam a várias atividades administrativas quando tal função for da pessoa federativa a que estejam vinculadas. Ex.: Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA);
- f) Autarquias de controle: referem-se às recém-criadas no contexto pós-reforma do Estado, as agências reguladoras com o objetivo de exercer controle sobre entidades que prestam serviços públicos ou atuam na área econômica por força de concessões e permissões de serviços públicos. Ex.: Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL);
- g) Autarquias associativas: são as associações públicas, com fins de cooperação mútua entre entidades públicas sob a forma de consórcios públicos.

No que se refere ao regime jurídico existem as autarquias comuns, regidas por disciplina jurídica sem qualquer especificidade e as autarquias especiais, regidas por disciplina específica e atribuídas por prerrogativas (CARVALHO FILHO, 2013, p.478).

Além disso, cabe destacar que o orçamento das autarquias é o mesmo da administração direta, suas receitas e despesas integram o orçamento fiscal, da Lei Orçamentária Anual - LOA (ALEXANDRINO, 2008, p.45).

2.3.2.2 Fundações públicas

Fundação pública é a entidade jurídica preponderantemente de direito privado, sem fins lucrativos e de cunho social. Resulta da iniciativa de um particular, pessoa física ou jurídica que destaca de seu patrimônio bens para atuação no campo social (PESTANA, 2008, p.66; ALEXANDRINO, 2009, p. 55).

Segundo Alexandrino (2009, p.55-56) três elementos se destacam no conceito de fundação pública: o instituidor, que separa determinado patrimônio para destiná-lo a finalidade específica; o objeto consistente em atividades de interesse social e a ausência de fins lucrativos.

As fundações públicas, embora sejam em sua maioria de direito privado, podem ser também de direito público. As diferenças e características de cada uma estão descritas a seguir.

2.3.2.2.1 Fundações públicas de direito privado

A fundação pública de direito privado sofre as derrogações do direito público, em conformidade com a Constituição Federal e legislação regulamentadora para todas as entidades da administração indireta. Assim, a força de trabalho é provida por concurso público; a observância das regras públicas de compras e contratos segue Lei nº 8.666/1990 e a fiscalização interna é feita pelo respectivo Poder Executivo e o controle externo, pelo legislativo, Tribunais e sociedade. Além disso, a fundação pública de direito privado está submetida, no que tange à supervisão de suas atividades, aos princípios da administração pública (CONASS, s/d).

No âmbito do regime jurídico de direito privado estas seguem as prerrogativas dessa forma jurídica quanto ao regime de seu pessoal (celetista); à remuneração; ao pagamento e execução de seus créditos e débitos; e aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários (CONASS, s/d).

Ressalta-se ainda, que tais fundações são criadas por lei autorizativa e seu estatuto é estabelecido por decreto, conforme orientações estabelecidas na lei que autoriza a criação desta.

A fundação pública de direito privado foi institucionalizada pelo Decreto-Lei nº 200/1967. Mais tarde, o Decreto-Lei nº 900/1969, retirou a fundação pública da administração indireta, sujeitando-a apenas às regras gerais do Código Civil (sem supervisão ministerial e controle interno e externo). No entanto, em 1987, a Lei nº 7.596, alterou, novamente, o

Decreto-Lei 200/1967 e reintegrou as fundações públicas na Administração Indireta (Decreto Lei 200/1967, Art. 4º, II), especificando, no Art. 5º que é fundação pública “a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa” (Decreto Lei 200/1967, Art. 5º, IV).

Assim, embora tais fundações públicas sigam o regime jurídico de direito privado, verifica-se que o Decreto-Lei 200/1967, em vigor atualmente, classifica de forma explícita as fundações públicas como integrantes da administração indireta.

2.3.2.2.2 Fundações públicas de direito público

Eventualmente podem ser criadas fundações públicas de direito público. Quando existirem, estas terão patrimônio e iniciativa públicos. Além disso, tais fundações de direito público serão consideradas um agrupamento dentro das autarquias, e assim, serão submetidas ao regime jurídico das autarquias (ALEXANDRINO, 2009, p.55-56). Segundo o CONASS (s/d), estas, diferem das autarquias por serem instituídas apenas em áreas sociais.

2.3.2.3 Empresas Públicas

A empresa pública, na concepção de Carvalho Filho (2013, p.496) e de Alexandrino (2008, p.73) é pessoa jurídica de Direito Privado, criada por autorização legal, sob qualquer forma jurídica adequada à sua natureza, para que o governo exerça atividades de caráter econômico ou execute a prestação de serviços públicos. De um lado é pessoa jurídica de direito privado e de outro estão sob o controle do Estado.

Na composição do capital da empresa pública só pode participar pessoas administrativas de natureza jurídica seja ela pública ou privada (CARVALHO FILHO, 2013, p.508).

2.3.2.4 Sociedades de economia mista

Segundo Carvalho Filho (2013, p.496) e Alexandrino (2008, p.73) sociedades de economia mista “são pessoas jurídicas de direito privado, integrantes da Administração Indireta do Estado e criadas por autorização legal, sob a forma de sociedades autônomas, cujo controle acionário pertença ao Poder Público”. Seu objetivo, por regra, é a exploração de

atividades gerais de caráter econômico e, em algumas ocasiões, a prestação de serviços públicos.

De um lado é pessoa jurídica de direito privado e de outro estão sob o controle do Estado, assim como as empresas públicas. No que se refere ao seu capital, este é formado da conjugação de recursos oriundos das pessoas de direito público ou de outras pessoas administrativas de um lado e do capital privado de outro (CARVALHO FILHO, 2013, p.508).

2.3.2.5 Consórcios Públicos

Segundo Brasil (2015), o Consórcio público é a “entidade pública sem fins lucrativos, instituída por dois ou mais entes federados para a consecução de competências públicas por eles descentralizadas por lei”.

O consórcio público é entendido por gestores na área da saúde como uma tecnologia jurídico-institucional projetada para viabilizar o trabalho em rede, integrando ações entre os entes federativos autônomos na realização de atividades e projetos de interesse comum. Trata-se de uma estratégia visando garantir o planejamento local e regional em saúde; viabilizar o investimento financeiro integrado; minimizar a fragmentação e racionalizar os investimentos realizados pela União, estados e municípios; e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2014).

Os consórcios públicos foram criados pela Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e regulamentados pela Lei nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. De acordo com sua lei criadora, estes podem atuar na área da saúde desde que sejam obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS (Art. 1º, § 3º).

Os consórcios públicos podem se estabelecer de duas formas: consórcios públicos de direito público e consórcios públicos de direito privado.

2.3.2.5.1 Consórcios públicos de direito público

De acordo com o Art. 6º da Lei nº 11.107/2005 o consórcio público adquirirá personalidade jurídica de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções. Neste caso, o consórcio integra a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados.

Quando o consórcio for regido pelas regras de direito público, este assume a forma de associação pública. A associação pública é uma modalidade de autarquia (BRASIL, 2014) e,

desse modo, pode exercer competências privativas e não privativas de estado, visto que, sobre ela incide o regime jurídico de direito público estabelecido pela Constituição Federal e legislação federal aplicável às leis nº 11.107/2005 e nº 6.017/2007 (BRASIL, 2015).

2.3.2.5.2 Consórcios públicos de direito privado

Neste caso, o consórcio se caracteriza pelo atendimento dos requisitos da legislação civil e deverá observar as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Esse tipo de consórcio, de direito privado, adquire personalidade jurídica com a inscrição de seus atos constitutivos (estatuto) no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, pelos Poderes Executivos dos entes consorciados (BRASIL, 2014).

Ainda, segundo Brasil (2014), a Lei nº 11.107/2005 ao prever a possibilidade de os entes federativos criarem pessoa jurídica pública de direito privado sem fins lucrativos, estabelece que estas terão a forma de uma associação ou fundação pública regida por um regime público mitigado por regras de direito privado.

Os consórcios públicos de direito privado embora não tenham sido incluídos expressamente na legislação como integrantes da administração direta, assim são considerados por juristas e estudiosos da área:

Segundo o posicionamento doutrinário da jurista Maria Silvia Zanela Di Pietro:

“Do exposto decorre que o chamado consórcio público passa a constituir-se em nova espécie de entidade da Administração Indireta de todos os entes federados que dele participarem. Embora o art. 6º só faça essa previsão com relação aos consórcios constituídos como pessoas jurídicas de direito público, é evidente que o mesmo ocorrerá com os que tenham personalidade de direito privado. Não há como uma pessoa jurídica política (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) instituir pessoa jurídica administrativa para desempenhar atividades próprias do ente instituidor e deixá-la fora do âmbito de atuação do Estado, como se tivesse sido instituída pela iniciativa privada” (DI PIETRO, 2002).

Corroborando com a mesma visão, o doutrinador Celso Antônio Bandeira de Melo:

“Não é difícil perceber que quando tiverem personalidade de direito público serão autarquias intergovernamentais e quando tiverem personalidade jurídica de direito privado serão empresas públicas; portanto, ainda que a lei não o diga, neste caso também farão parte da Administração indireta, porém apenas da entidade governamental que detiver a maioria acionária” (MELO, p. 653-654, 2008)

E, ainda, segundo o parecer 035/2008 do Tribunal de Contas do Estado (TCE) do Mato Grosso sobre o uso de consórcios na área da saúde, tem-se:

“Assim, quanto aos consórcios públicos instituídos com natureza jurídica de direito privado (...) filia-se ao posicionamento doutrinário da professora Maria Sylvia Zanella Di Pietro para entender que esses consórcios públicos devem se organizar na modalidade de associação civil, e da mesma forma que os de natureza autárquica, também integram a administração pública indireta, haja vista que são instituídos, pelo Poder Público, para parceria (ex.: por meio do consórcio é realizada a compra ou uso de materiais ou equipamentos) ou a gestão associada de serviços públicos (que consiste na execução propriamente dita, de serviços públicos pelo consórcio)” (PARECER 035/2008 - TCE-MT).

Dessa forma, apesar da omissão da legislação, considerando os posicionamentos de doutrinadores em parecer de Tribunal de contas e o fato de os consórcios públicos de direito privado obedecerem às mesmas regras aplicadas aos consórcios públicos de direito público; estes podem ser integrados à administração indireta.

2.3.3 As entidades paraestatais - O Terceiro Setor

De acordo com Pestana (2008, p.85), observa-se na ordem jurídica brasileira, paralelo à administração pública direta e indireta, outro ramo de atividades jurídicas que atuam ao lado do Estado, por isso denominadas “paraestatais” e que contribuem para o cumprimento dos encargos e deveres do Estado, com foco no interesse coletivo. Estas podem ser de caráter fiscalizatório, de apoio, fomento e prestação de serviços públicos. São elas: as Profissões Regulamentadas, as Universidades Públicas, as Fundações de Apoio, as Entidades Privadas de Previdência Social, os Serviços Sociais Autônomos - Sistema S, o Terceiro Setor, as Entidades Prestadoras de Serviços Públicos e as Entidades Usuárias de Bens Públicos.

Neste trabalho, o foco será, dentre as entidades paraestatais, o Terceiro Setor por abranger as entidades que prestam serviços de saúde ao lado do SUS, e por vezes de forma competitiva a ele.

A expressão “terceiro setor” vem do termo inglês *third sector*. Porém, outras nomenclaturas como *voluntary*, *independent* ou *non-profit sector* e *public charities* também são usadas (BRASIL, 2016).

Segundo Brasil (2016) o “terceiro setor não deve ser confundido com o ‘setor terciário’ das ciências econômicas, que, por sua vez, é o setor de serviços da economia, porém, com fins lucrativos”. Terceiro Setor é o conjunto de iniciativas da sociedade civil de caráter não lucrativo, na provisão de políticas públicas de caráter social, segundo Teodósio (2002). O

Primeiro Setor é representado pelo Estado, o setor público e o Segundo Setor se refere à iniciativa privada, o mercado.

De acordo com Pestana (2008, p.91) o Terceiro Setor é composto por “entidades de natureza privada, especialmente criadas para atuar em iniciativas que possuam a finalidade de favorecer a coletividade, sem visar lucros”. Esse tem uma área de atuação híbrida, entre o público o e privado de suprir as deficiências do Estado e de permitir que a sociedade possa, organizadamente, atuar no controle e desenvolvimento de políticas.

Para Teodósio (2002), o Terceiro Setor abrange organizações de diferentes matizes, como associações comunitárias; organizações não governamentais (ONGs); instituições filantrópicas; fundações; igrejas e seitas; organizações sociais (OSs); Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs); projetos sociais desenvolvidos por empresas e sindicatos (TEODÓSIO, 2002).

Na Europa Ocidental, a expressão que predomina é Organização Não-Governamental (ONG). Tal expressão está, também, na nomenclatura do sistema de representações da Organização das Nações Unidas (ONU), que a usou pela primeira vez, em 1959 para designar toda organização da sociedade civil que não estivesse vinculada a algum governo (FERNANDES, 1997 e BRASIL, 2016).

Na América Latina, o termo mais usado é Sociedade Civil. Segundo Fernandes (1997),

esse é um conceito do século XVIII que desempenhou papel importante na filosofia política moderna, sobretudo entre autores da Europa Continental. Designava um plano intermediário de relações entre a natureza pré-social e o Estado, onde a socialização se completaria pela obediência a leis universalmente reconhecidas. No entendimento clássico, incluía a totalidade das organizações particulares que interagem livremente na sociedade (entre as quais as empresas e seus negócios), limitadas e integradas, contudo, pelas leis nacionais (FERNANDES, 1997).

De acordo com Gonh (2010), “o conceito atual de sociedade civil pressupõe uma participação mais incisiva dos cidadãos na vida pública e no sistema de decisões de política pública via parcerias”, para maior controle dos cidadãos sobre as políticas públicas e maior transparência.

Gonh (2010), afirma ainda que os movimentos sociais no Brasil impulsionaram diversas mudanças sociais e com eles as organizações que compõem o Terceiro Setor também foram se transformando. Nas décadas de 70 e 80 as ONGs, chamadas de ONGs cidadãs, eram instituições de apoio aos movimentos sociais na luta contra o Regime Militar e pela redemocratização do país. A partir dos anos 90, surgem instituições denominadas Terceiro

Setor, ligadas a empresas e fundações. Em contrapartida, as ONGs cidadãs ganharam autonomia e empoderamento e passaram à posição de atores de transformações.

Por haver dentro do Terceiro Setor instituições ligadas a empresas e com ação fragmentada defendendo o interesse de pequenos grupos, as ONGs cidadãs, voltadas para uma ação mais social e de caráter mais amplo, não aceitam serem incluídas na terminologia do Terceiro Setor. Segundo Gonh (2010), o Terceiro Setor é contraditório:

vários autores não o distinguem do universo das ONGs, mas, no Brasil, dado o processo histórico vigente, as próprias ONGs cidadãs não gostam de ser chamadas ou confundidas com o Terceiro Setor, embora participem de atividades em que estão presentes entidades declaradamente nomeadas como pertencentes ao Terceiro Setor (GONH, 2010).

Outra discussão acerca do Terceiro Setor está relacionada à sua relação com o público e o privado, primeiro e segundo setor, respectivamente. Para Teodósio, (2002), o Terceiro Setor assemelha-se ao Estado na medida em que tem como objetivo e alvo de atuação o espaço público; entretanto se diferencia do Governo por ser uma iniciativa da própria sociedade. Em contrapartida, não equivale à iniciativa privada, pois apesar de não ser governamental, tem como objetivo o benefício social.

Por outro lado, de acordo com Soares, *et al* (2016), as entidades paraestatais são privadas, na medida em que são criadas por particulares, desempenham serviços não exclusivos do Estado, porém em colaboração com ele e recebem algum tipo de incentivo do poder público.

Corroborando com essa posição, Di Pietro (2010), aborda que são entidades de direito privado, possuem patrimônio e administração própria, que por iniciativa do Poder executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária. E ainda, busca-se maior participação social, na medida em que elas são objeto de um controle direto da sociedade.

Compartilha ainda, dessa mesma visão, Alexandrino (2008, p. 138) que define o terceiro setor como “aquele composto por entidades privadas da sociedade civil, que prestam atividade de interesse social, por iniciativa privada, sem fins lucrativos”.

O Terceiro Setor se desenvolveu e ganhou espaço no Brasil, a partir da contrarreforma do Estado de 1995 que em uma lógica de mercado, transferiu a prestação de serviços sociais relevantes aos prestadores de serviços privados, para o preenchimento de lacunas deixadas pelo Estado no provimento de bens públicos (SAUERBRONN, 2017).

Segundo Sauerbronn (2017), um modelo formulado nos Estados Unidos da América, no final dos anos 70, denominado “competição administrada” foi introduzido no Brasil nesse período de contrarreforma do estado. Sob esta lógica deveriam ocorrer inovações nas formas de organização da distribuição de serviços de saúde em que o Estado teria o papel de regulador, enquanto a atuação de grupos de pessoas e empresas poderiam fornecer meios mais eficientes de oferta.

Nessa corrente, em 1998, foi sancionada pelo então presidente da república, FHC, a Lei nº 9.637/1998 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, permitindo sua atuação no ensino, na pesquisa científica, no desenvolvimento tecnológico, na proteção e preservação do meio ambiente, na cultura e na saúde. E destacou, ainda, o contrato de gestão, como instrumento de relação entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social.

Em 1999, FHC sancionou a Lei nº 9.790/1999 que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como OSCIP e instituiu o Termo de Parceria como forma de vínculo entre as partes. Em 2014, essa lei teve alguns de seus artigos alterados e outros acrescentados pela Lei nº 13.019, de 2014 que recentemente foi transformada na Lei nº 13.204, de 2015, estabelecendo o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil.

Vale, ainda, ressaltar que no ano 2000, foi sancionada a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF - Lei Complementar nº 101/2000). De acordo com essa Lei, em seus artigos 18 e 19 o limite de despesas do Poder Público com pessoal não pode ultrapassar 50% (governo federal) e 60% (governos estaduais e municipais) da receita corrente líquida. São consideradas despesas de pessoal o somatório dos gastos do Ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo Ente às entidades de previdência.

Os órgãos e entidades pertencentes à administração pública direta e indireta seja no âmbito federal, estadual ou municipal deve cumprir o estabelecido na LRF. No entanto, conforme expõe Brasil (2015) o modelo de OS não precisa fazer licitação em suas compras e contratos e contratar por meio de concurso público. Além disso, as despesas das OS com pessoal não podem ser computadas no cálculo das despesas do estado, para fins de atendimento aos limites de despesas de pessoal estabelecidos pela LRF, extensivo às OSCIPS.

A esse respeito, ressalta-se que essa matéria já foi tema de entendimentos do Tribunal de Contas da União (TCU) e Tribunais de Contas do Estado (TCE) que em seus pareceres finais emitidos nesse sentido sugerem que os pagamentos feitos pelo Poder Público são transferências correntes e não se incluem nos limites de gastos com pessoal (BRASIL, 2015). Assim, as novas modalidades de contrato entre o Poder Público e o Terceiro Setor permitiram driblar as imposições da LRF e contornar aspectos burocráticos da administração pública, como o processo de licitação estabelecido pela Lei 8.666 de 1993; agilizando, assim, a aquisição de equipamentos, materiais e contratação de pessoal.

De acordo com SANTOS, *et al* (2013), os gestores ao buscarem modalidades não subordinadas à administração direta ou indireta do Estado, encontraram uma forma de contornar a LRF na gestão de recursos humanos.

Segundo Brasil (2016), tão logo foi sancionada a lei das Organizações Sociais, uma especificidade, dentre as OSC, por meio da lei 9637/1998, instituindo o contrato de gestão como o instrumento firmador da relação entre o poder público e as entidades, os partidos políticos PT (Partido dos Trabalhadores) e PDT (Partido Democrático Trabalhista) questionaram a constitucionalidade da referida lei junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1923-5. Nessa ação foi questionada a possibilidade do Poder Público “publicizar” serviços públicos. Além desse aspecto, foram também objeto de questionamento:

o processo discricionário da seleção da organização social, pelo Governo Federal; a cessão de servidor público para a entidade, com ônus para a Administração Pública, presente o entendimento de que ao Poder Público não é facultado pôr à disposição de entidades privadas servidores públicos por ela custeados; a desobrigação da OS de licitar, em suas compras e contratações e de realizar concurso público para a contratação de seus empregados; dentre outros (BRASIL, 2016c).

A esse respeito o STF, dezessete anos depois, em 2015, julgou a ADI constitucional e, na Ementa da decisão proferida em 16 de abril de 2016 admitiu conforme Brasil (2016c) “a possibilidade de o Estado, eventualmente, extinguir órgãos ou entidades públicas e transferir recursos às OS, por meio de contratos de gestão, para que elas executem atividades e serviços antes prestados diretamente”.

Em 2014, foi aprovado o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), por meio da Lei 13.019/2014 alterada pela Lei 13.204/2015 fruto da ação conjunta do governo federal e da sociedade civil para modernizar as relações do poder público com as OSC. De acordo com esta nova lei, as OSC, pessoas jurídicas de direito privado sem fins

lucrativos, constituídas como associações, fundações, cooperativas sociais e as organizações religiosas, poderão celebrar o Termo de Fomento, Termo de Colaboração ou Acordo de Cooperação e deverão ser selecionadas por meio de edital de chamamento público, independente da exigência de títulos ou certificados (BRASIL, 2018). Assim, conforme Brasil (2018), as OSC que possuem titulações específicas como as OSs e OSCIPs poderão celebrar termos de fomento, colaboração e acordos de cooperação, além de outros instrumentos previstos em suas legislações específicas, como contratos de gestão para OS e termos de parceria para as OSCIPs.

Verifica-se que ao longo do processo de desenvolvimento da saúde no Brasil e da construção e consolidação do SUS conviveram com os serviços de saúde públicos, os estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos. Arelado a isso, com a Reforma do Estado, de 1995, e as Leis nº 9.637/1998 e 9.790/1999 as organizações do Terceiro Setor ganharam espaço e se tornaram um braço do Estado na oferta de serviços de saúde no Brasil. Segundo Soares, *et al* (2016), a partir dessas leis houve o deslocamento de políticas sociais para a sociedade civil, afastando o papel redistribuidor do Estado.

Segundo SANTOS, *et al* (2013), a presença dessas modalidades sempre foi mais marcante no setor hospitalar; entretanto, nos últimos anos tem crescido, também, na atenção básica, sob novos arranjos institucionais, principalmente na gestão de recursos humanos.

A partir da Lei 9.637/1998, encontra-se, também, na literatura a nomenclatura Organizações Sociais de Saúde ou Organizações Sociais em Saúde (OSS) para caracterizar aquelas OS de atuação na área da saúde. Além disso, ressalta-se que o termo mais geral que se usa atualmente no Brasil, para se referir a entidades do terceiro setor, atuantes nas mais diversas áreas é Organização da Sociedade Civil (OSC). As OSs, OSCIPs, ONGs, entidades filantrópicas e cooperativas são modalidades de OSC.

A seguir serão abordadas as definições e características das OSs, OSCIPs, ONGs, entidades filantrópicas e cooperativas presentes como agentes contratantes nos serviços de saúde de forma crescente no Brasil.

2.3.3.1 Organizações Sociais (OSs)

Conforme Torres (2007, p.19), a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação é uma experiência pioneira da contratualização na saúde. Criada pela lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991, que autoriza a criação do Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais,

no mesmo ano celebrou contrato de gestão com o Ministério da Saúde (MS) e antecipou vários aspectos da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, de qualificação das OSs.

As organizações sociais foram disciplinadas pela Lei nº 9.637/1998. A partir de então, o Poder Executivo pode qualificar como OS aquelas organizações que são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. Para que ocorra essa qualificação, deve haver o cumprimento de requisitos determinados de acordo com a lei.

Como instrumento de consolidação da relação entre a OS e o Poder Público, o contrato de gestão é o documento utilizado; desse modo, caso a OS não cumpra o disposto no contrato de gestão de acordo com as prerrogativas da lei, a mesma pode ser desqualificada.

No caso das OSs que absorverem atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde, o contrato de gestão deverá considerar em seu conteúdo atendimento da comunidade e os princípios do Sistema Único de Saúde.

2.3.3.2 Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)

De acordo com a Lei nº 9.790/1999, mais tarde alterada pela Lei nº 13.019, de 2014 podem se qualificar como OSCIP as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas e se encontrem em funcionamento regular há, no mínimo, 3 (três) anos, desde que cumpram os requisitos determinados pela referida lei. Essa definição foi dada pela Lei nº 13.019, de 2014 que recentemente foi alterada pela Lei nº 13.204, de 2015, estabelecendo o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil.

Para efeitos de esclarecimento, a lei considera como sem fins lucrativos a pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social.

De acordo com a lei, as OSCIPs devem atuar na execução direta de projetos, programas, planos de ações correlatas, por meio da doação de recursos físicos, humanos e financeiros, ou ainda pela prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público que atuem em áreas afins.

O instrumento de firmação de compromisso entre o Poder Público e as entidades qualificadas é o Termo de Parceria para o fomento e a execução das atividades de interesse público.

No que se refere à atuação das OSCIPs na área da saúde, a Lei nº 9.790/1999 faz duas menções. A primeira no Art. 2º se refere às prerrogativas que proíbem a qualificação como OSCIP, dentre elas as entidades e empresas que comercializam planos de saúde e assemelhados.

A segunda descrita no Art. 3º afirma que a qualificação da OSCIP, observado o princípio da universalização dos serviços, no respectivo âmbito de atuação das Organizações, somente será conferida quando os objetivos sociais tenham a finalidade de promoção gratuita da saúde.

Cabe, ainda, destacar as principais diferenças entre as OSs e as OSCIPs. Essas residem na sua forma de financiamento, instrumento de parceria e no campo de suas atividades. De acordo com Torres (2007, p.80) e Alexandrino (2009, p.150) o financiamento das OSs se dá por meio de dotações orçamentárias constantes no orçamento da União, em contrapartida os repasses para as OSCIPs ocorrem através de repasses esporádicos por meio dos termos de parceria. Quanto ao instrumento de contrato, para as OSs é instituído o contrato de gestão, enquanto que para as OSCIPs é o termo de parceria instrumento de relação entre as partes. No que se refere à atividade, as OSs atuam naqueles serviços em que o Estado abre mão, transferindo-os à iniciativa paraestatal, ao passo que as OSCIPs desempenham ao lado do Estado uma relação de parceria ajudando e cooperando com o Estado no atendimento das necessidades sociais.

Segundo Alcoforado (2010), apesar de semelhantes do ponto de vista jurídico e administrativo, OS e OSCIP têm uma diferença conceitual em sua aplicação. O modelo OS está direcionado aos serviços já prestados pelo Estado, que requerem maior flexibilidade e agilidade de gestão, enquanto que o modelo OSCIP se refere às entidades que já desempenham serviços públicos ou de interesse coletivo e que o Estado resolve apoiar ou fomentar. Além disso, Brasil (2015) ressalta que o modelo OS está direcionado aos serviços a serem desenvolvidos em longo prazo e o modelo OSCIP aos serviços de curto e médio prazo.

Na área da saúde, ao contrário das OSs que em sua lei especifica a necessidade de atendimento aos princípios do Sistema Único de Saúde, na lei das OSCIPs, embora seja citado no Art. 3º a possibilidade de atuação dessa modalidade de organização na área da saúde, não é feita nenhuma menção ao cumprimento dos princípios do SUS.

2.3.3.3 Entidades filantrópicas

A Constituição Federal, na seção da saúde, em seu artigo 199 deixa a assistência à saúde livre à iniciativa privada. De acordo com seu parágrafo 1º “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988).

Acima foram citadas, no campo das entidades do terceiro setor, as OSs, OSCIPs e as ONGs; nesse momento cabe abordar o que são as entidades filantrópicas para que possamos compreender sua atuação no setor saúde.

De acordo com a Rede Filantropia (2017), a entidade filantrópica é “uma sociedade sem fins lucrativos (associação ou fundação), criada com o propósito de produzir o bem” e ressalta ainda que para ser reconhecida como filantrópica, a entidade precisa comprovar ter desenvolvido, por no mínimo três anos, atividades em prol “aos mais desprovidos”, sem distribuir lucros e sem remunerar seus dirigentes. Além disso, deverá receber os títulos de Declaração de Utilidade Pública (federal, estadual ou municipal) e o de Entidade Beneficente de Assistência Social, adquirido no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

Segundo Colauto e Beuren (2003):

Para caracterizar-se como uma entidade filantrópica beneficente de assistência social, de acordo com o Conselho Nacional de Assistência Social, ela deve atuar no sentido de: (1) proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice; (2) amparar crianças e adolescentes carentes; (3) promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências; (4) promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde; (5) promover a integração ao mercado de trabalho; e (6) promover o atendimento e o assessoramento aos beneficiários da Lei Orgânica da Assistência Social e a defesa e garantia dos seus direitos.

Data de 1935, a lei nº 91, de 28 de agosto que estabelecia as regras para que as sociedades fossem declaradas de utilidade pública. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº 60.931, de 04 de julho de 1967. Recentemente esta lei foi revogada pelo Decreto nº 8.726/2016 e pela Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, no governo Dilma Rousseff, estabelecendo “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”. Além disso, define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da

sociedade civil. Como forma de pactuação entre as partes institui o termo de colaboração e o termo de fomento. Além dessas regulamentações jurídicas federais, há regulamentações estaduais e municipais que dispõem sobre a declaração de utilidade pública.

No que se refere ao título de Entidade Beneficente de Assistência Social, de acordo a Lei nº 12.101/2009 que dispõe sobre a Certificação das Entidades Benéficas de Assistência Social (CEBAS) e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, a certificação destas é concedida pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) às organizações de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social que possuem atuação exclusiva ou preponderante nas áreas da assistência social, saúde ou educação, possibilitando usufruir da isenção de contribuições para a seguridade social e a celebração de parcerias com o poder público, desde que atendam aos requisitos dispostos na referida lei.

2.3.3.4 Organizações não governamentais (ONGs)

De acordo com Brasil (2016b), ao discorrer sobre a legislação do Terceiro Setor, afirma que “as entidades do terceiro setor são regidas pelo Código Civil de 2002 (Lei nº 10.406/2002), e juridicamente constituídas, em regra, sob a forma de associações ou fundações, embora sejam genericamente denominadas de ONGs”.

Como já citado anteriormente, a ONU usou o termo ONG pela primeira vez em 1959 para designar toda organização da sociedade civil que não estivesse vinculada a algum governo. De acordo com Brasil (2016b), ao caracterizar as ONGs cita o mestre Emile Boudens:

Trata-se de pessoas jurídicas de direito privado, de natureza jurídica igual à das demais entidades que compõem o terceiro setor. O que as distingue são, entre outras características, a preocupação com o pleno exercício da cidadania, a militância e o ativismo, a resistência, a capacidade de mobilização em prol de questões ligadas ao meio ambiente, aos direitos humanos e às minorias (portadores de HIV, mulheres, negros, crianças obrigadas a trabalhar, etc.), a determinação de não compactuar com a visão burocrática da questão social, o compromisso com o resgate dos valores humanos (BOUDENS, 2000, p.7 *apud* BRASIL, 2016b).

Além disso, Brasil (2016b) destaca nesse contexto que as ONGs podem ser contempladas com o título de Utilidade Pública ou com o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, ou, ainda, ser qualificadas como Organização Social ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

Podemos ver dessa forma, que o termo ONG é na realidade um termo mais genérico utilizado para caracterizar as Organizações da Sociedade Civil de modo geral. Entretanto como veremos adiante, as ONGs tem sido usadas na área da saúde, e mais precisamente na Atenção Básica como um grupo de instituições paralelas às OSs, às OSCIPs, às entidades filantrópicas e às cooperativas.

2.3.3.5 Cooperativas

De acordo com Cardoso (2014) a definição de cooperativa é complexa e varia de acordo com a época, no entanto ao tentar aproximar seus conceitos dados pela Lei nº 5.764/71 e o da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) pode-se dizer que as cooperativas são associações autônomas, de natureza jurídica e civil de propriedade coletiva e democraticamente gerida, para cooperação recíproca.

Ainda segundo Cardoso (2014),

Uma cooperativa se diferencia de outros tipos de associações de pessoas por seu caráter essencialmente econômico. A sua finalidade é colocar os produtos e serviços de seus cooperados no mercado, em condições mais vantajosas do que eles teriam isoladamente. Desse modo, a cooperativa pode ser entendida como uma “empresa” que presta serviços aos seus cooperados (CARDOSO, 2014).

As cooperativas foram definidas, em 1971, pela Lei nº 5.764 que estabelece a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Em 1972, foi criada a Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB. Esta se trata do órgão de representação nacional do cooperativismo Brasileiro, com sede em Brasília. Além deste órgão, as cooperativas estão filiadas às suas regionais, na forma das Organizações das Cooperativas Estaduais - OCEs (MOISÉS *et al.*, 2006).

Segundo Moisés, *et al* (2006), as cooperativas atuantes na área da saúde são a quinta maior modalidade das cooperativas existentes no país. Além disso, os autores destacam que na área da saúde há cooperativas que exercem atividades de atenção à saúde e de planos de saúde.

Entre os anos de 1996 e 2004, o número de cooperativas que exerciam atividades de atenção à saúde passou de 386, em 1996, para 803, em 2004, uma taxa de crescimento no período de 108,3%. As cooperativas que atuavam em atividades relacionadas a planos de saúde passaram de 124 cooperativas em 1996 para 294 em 2004 (MOISÉS *et al.*, 2006).

Verifica-se, dessa forma, que além das cooperativas de saúde na forma de planos de saúde, uma modalidade crescente no país são as cooperativas que exercem atividades de atenção à saúde.

2.4 Estudos sobre modalidades privadas de gestão na área da saúde

Atualmente, embora o SUS apresente uma concepção universalista, ao mesmo tempo tem se estruturado, paralelamente, o setor privado lucrativo e as entidades paraestatais de atuação no setor saúde.

Estudos têm sido publicados buscando associar a assistência à saúde prestada no sistema público com o sistema privado. Silva, *et al* (2017) ao pesquisar sobre o uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com ou sem limitação funcional no sistema público e privado, observaram que a prevalência da limitação funcional foi significativamente mais alta entre usuários do sistema público (32,2%) em relação aos do sistema privado (25,1%). No que se refere aos indicadores de satisfação com a qualidade da atenção médica recebida, as prevalências dos que avaliaram esses quesitos como bons ou muito bons foram acima de 75% para a maioria dos indicadores analisados tanto no sistema público quanto no privado. As prevalências mais baixas foram para a liberdade de escolha do médico e o tempo de espera, que foram mais baixas entre usuários do sistema público.

De acordo com estudo de Costa e Ribeiro (2005) realizado para o Banco Mundial em 2003 foram comparados 12 hospitais de OSs com 10 hospitais da AD, demonstrando a maior eficiência das OSs. O estudo destacou que, com o mesmo nível de recursos, os hospitais de OSs produziram respectivamente 35%, 61%, 62% e 65% mais altas nas seguintes áreas: geral, cirúrgica, clínica médica e obstétrica. Estes hospitais também utilizaram um número menor de horas médicas - 70% do que se exige de trabalho médico na AD e contrataram 33% mais horas de enfermagem.

O mesmo estudo realizado em 2005 obteve os mesmos resultados. Porém, em 2006 este estudo foi repetido e as diferenças entre os hospitais da AD e das OSs se reduziram, segundo Barata e Mendes (2007). Tal fato decorreu, segundo os autores, devido ao aperfeiçoamento do desempenho dos hospitais da AD, em razão do grande investimento realizado nestes hospitais, tanto em materiais como em recursos humanos. Ou seja, ao investir também na área pública, os resultados se aproximaram.

No estudo publicado por Machado, *et al* (2016) ao analisarem se a mortalidade hospitalar ajustada varia segundo a fonte de pagamento das internações, natureza jurídica e arranjo de financiamento dos hospitais, os autores verificaram que pacientes com plano de saúde ou que pagaram do próprio bolso apresentaram menores taxas de mortalidade ajustadas em comparação aos pacientes do SUS, ainda que internados nos mesmos hospitais. Ainda de acordo com este estudo, os pesquisadores observaram dentro das mesmas estruturas físicas, diferenças entre pacientes com fonte de pagamento SUS e não SUS, sugerindo que determinados recursos não estão ao alcance de pacientes do SUS, indicando iniquidades no processo de cuidar.

Na seara daqueles que destacam os aspectos positivos das OSs, Costa e Silva, *et al* (2016), desenvolveu pesquisa qualitativa sobre o modelo de gestão por OSs na ESF, no município do Rio de Janeiro. Na ocasião, foram entrevistados gerentes de OSs, coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e usuários. O estudo mostrou que para os entrevistados a agilidade no serviço ofertado pela ESF é atribuída à OSs e que a morosidade dos processos na administração direta é um importante obstáculo à expansão dos serviços.

Vale destacar, ainda, a existência de um sistema de incentivos ao desempenho das OSs adotado pela SMS do Rio de Janeiro, composto por três indicadores relacionados ao alcance de metas e à adequação e qualidade do cuidado ofertado: 1. à gestão da OSs; 2. às equipes de atenção básica e 3. aos profissionais de saúde. Segundo os entrevistados esses incentivos promoveram mais motivação nos profissionais, na medida em que o incentivo é considerado como reconhecimento pelo trabalho realizado (COSTA; SILVA *et al.*, 2016).

Em estudo de revisão integrativa realizado por SOARES, *et al* (2016), os autores avaliaram 14 artigos verificando os argumentos positivos e negativos à atuação das OSs. No que se refere aos argumentos gerenciais, 12 artigos apresentaram argumentos favoráveis às OSs e dois apresentaram argumentos favoráveis e desfavoráveis. Quanto aos argumentos políticos cinco estudos apresentaram argumentos favoráveis e sete apresentaram argumentos desfavoráveis. Por fim, em relação aos argumentos jurídicos, apenas um artigo foi favorável e quatro foram desfavoráveis.

O único jurista favorável às OSs no âmbito jurídico, segundo os autores, foi assessor do Ministro da Administração e Reforma do Estado, defendendo que as OSs não eram um modelo de privatização (SOARES *et al.*, 2016).

Dessa forma, dentre aqueles que defenderam a presença das OSs estavam os que acreditam que elas permitiram uma assistência da atenção básica de mais qualidade nos grandes centros urbanos. Outros justificam que o Estado é fator de atraso para o

desenvolvimento econômico e presta serviços com menos competência que os agentes privados e há, ainda, aqueles que acreditam que no SUS os gestores de serviços de saúde são reféns de regulamentações que restringem sua autonomia (SOARES *et al.*, 2016).

Greve e Coelho (2017) desenvolveu estudo no estado de São Paulo, com o objetivo de explorar o impacto da contratação de organizações sem fins lucrativos nos 645 municípios do estado de São Paulo. Neste estudo, as autoras examinaram o impacto do efeito da contratação no setor de atenção primária à saúde em várias dimensões da mortalidade e do uso de serviços de saúde. Pois, de acordo com as autoras, embora haja um aumento nas consultas de cuidados primários de saúde, refletindo na melhoria da prestação de cuidados de saúde, esse aumento pode não refletir no uso eficiente dos serviços de saúde.

Elas encontraram resultados favoráveis à contratação de Organizações da Sociedade Civil para o gerenciamento de serviços de saúde. Os resultados encontrados mostraram que a implementação da estratégia de contratação aumenta significativamente o número de consultas na atenção primária à saúde em aproximadamente uma consulta por usuário do sistema nacional de saúde, por ano. Além disso, estimativas pontuais indicaram um efeito redutor na hospitalização por doenças evitáveis. No entanto, as autoras ressaltam que parte desse aumento no número de consultas de APS pode refletir a passagem de um sistema de notificação menor para um mais preciso e não um aumento real do número de consultas de APS (GREVE; COELHO, 2017).

Por fim, concluem que os resultados do estudo não são conclusivos, mas sugerem que a introdução da contratação tem efeitos positivos na saúde e na oferta de serviços de saúde. As autoras afirmam, também, que permanece incerto se a significância estatística dos resultados aumentaria se houvesse mais observações e que o impacto da contratação tem apenas validade externa; de modo que a introdução da estratégia de contratação em mais municípios do estado de São Paulo pode não ter o mesmo efeito, ao passo que a introdução da estratégia em outros estados do Brasil pode ter um impacto positivo na oferta de saúde e assistência médica (GREVE; COELHO, 2017).

Em contraposição, entre aqueles que criticam negativamente as OSs estão os que acreditam que a redução do papel do Estado no provimento de serviços de saúde, expõe o sistema de saúde a um risco de privatização. Outros defendem que muitas OSs não representam a vontade da sociedade civil, mas defendem os interesses de pequenos grupos. Há, ainda, aqueles que citam os monitoramentos e avaliações falhos e ineficientes (SOARES *et al.*, 2016).

O estudo de Costa e Silva, *et al* (2016), além dos aspectos positivos apresentados anteriormente, também apontou quanto aos indicadores e metas a serem cumpridos pela gestão das OSs, a partir da percepção dos entrevistados e da análise do contrato de gestão, que o processo de negociação mostrou-se pouco presente na relação entre a SMS e as OSs, pois apenas algumas metas foram pactuadas com as equipes de saúde (COSTA; SILVA *et al.*, 2016). Além disso, tanto gerentes da SMS quanto das OSS reclamaram de baixa autonomia e, ainda,

os entrevistados apontaram limitações no processo: deficiências nos relatórios produzidos a partir do prontuário eletrônico do usuário; dificuldade de entendimento de algumas equipes de que o alcance ou não das metas é diretamente relacionado à melhor organização do processo de trabalho; e a imposição dos indicadores e metas pela SMS, dificultando o trabalho dos gerentes em mobilizar os profissionais (COSTA; SILVA *et al.*, 2016).

Costa e Silva, *et al* (2016) verificaram ainda, quanto a regulação das OSS, que periodicamente essas prestam contas sobre a execução financeira e que o desempenho é medido pelo alcance de metas. No entanto, a SMS não realiza auditorias para verificar a veracidade das informações assistenciais enviadas pelas OSs.

Em artigo publicado por Contreiras e Matta (2015), com o objetivo de caracterizar e discutir a privatização da gestão do sistema municipal de saúde na cidade de São Paulo, Brasil, os autores encontraram que a maioria dos instrumentos de firmação de acordo entre o Poder Público e a entidade era convênios em detrimento dos contratos de gestão. De acordo com os pesquisadores esse tipo de contrato era o utilizado antes da lei das OSs, persistindo aos dias atuais. No estudo as entidades pactuadas por meio de convênios foram chamadas de OS símiles.

No que se refere à magnitude da privatização da gestão na cidade, em 2010, 61% dos 936 estabelecimentos da rede municipal de saúde estavam sob gestão privada, com predomínio de OS símiles (36%) contra 25% sob gestão de OSs. Quando avaliadas por setores, a gestão privatizada representou 72% da atenção básica, 59% dos hospitais, 40% dos ambulatorios especializados e 1% do restante da rede (CONTREIRAS; MATTA, 2015). Verifica-se dessa forma, um predomínio de agentes contratantes privados na Atenção Primária, na cidade de São Paulo, em detrimento dos agentes contratantes públicos.

Outro aspecto relevante é a mudança do perfil do vínculo do trabalhador. Entre 2004 e 2012, o aumento do número de empregados vinculados à SMS foi de 68%. Porém, enquanto o número de servidores ou empregados das autarquias se

manteve estável, o número de contratados por OS ou OS símiles aumentou em 375%, passando a responder por 48% do total (CONTREIRAS; MATTA, 2015).

Em relação à participação no orçamento, os autores pesquisaram os repasses da SMS para as entidades parceiras desde 2007, ano dos primeiros contratos de gestão. Segundo Contreiras e Matta (2015) as rubricas utilizadas até 2009 nos relatórios não permitiam uma visualização clara do quanto se repassava às parceiras. A partir de 2010 a SMS adotou formas mais transparentes. A evolução dos dados evidenciou a crescente participação da gestão privada no orçamento da saúde, atingindo 41% em 2012.

Quanto ao perfil das entidades privadas,

verificou-se que, de um lado, há pequenas instituições de âmbito local gerindo somente um ou dois estabelecimentos. De outro, grandes conglomerados responsáveis por mais de cem serviços. Chama a atenção o fato de que cinco dessas entidades incluem-se entre as dez maiores empresas do país no setor de serviços médicos (note-se que o ranking não diferencia entidades lucrativas de não lucrativas, chamando todas de empresas). A parceria com o poder público contribuiu para o crescimento dessas entidades, que não mantêm vínculos somente com a prefeitura paulistana (CONTREIRAS; MATTA, 2015).

Corroborando esse achado, o estudo de Viana, Ibañez e Elias (2009) no qual se discutiu os aspectos vinculados a uma regionalização da área de saúde no Estado de São Paulo demonstrando que, o quadro está profundamente alterado, na medida em que existe uma governabilidade que não é mais exclusiva do Estado, mas exercida por um conjunto de agentes, que atuam na perspectiva de seus interesses particulares.

No que tange à regulação, Contreiras e Matta (2015) revelaram que o Tribunal de Contas do Município (TCM) identificou que a prefeitura não respeitou a lei que exigia a constituição das Comissões de Acompanhamento e Fiscalização (CAF), instituindo a primeira somente no fim de 2010; não cumpriu as obrigações por parte da CAF; não cumpriu metas; não executou todo o dinheiro repassado; apresentou escassez de funcionários no Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS) e falta de informatização; aprovou pelo NTCSS prestações de contas com erros; apresentou falhas na elaboração de indicadores de desempenho; desrespeitou aos regulamentos de compras; atrasou repasses dos recursos por parte da SMS. Tudo isso, mesmo após a instauração de uma Subcomissão das OSs, comissão de investigação com o objetivo de avaliar a efetividade regulatória do Executivo, de junho a setembro de 2011.

Na investigação realizada pela comissão, verificou-se o despreparo da SMS em controlar os vultosos contratos; a permanência de somente uma CAF geral, em vez de uma

para cada contrato de gestão; a existência de contratos que não haviam sido avaliados pela Comissão de Avaliação e a omissão da Auditoria Geral, que nunca havia auditado nenhum dos contratos de gestão. Por fim, o papel fiscalizador da sociedade civil revelou-se limitado nos convênios (CONTREIRAS; MATTA, 2015).

Em estudo realizado por Santos, *et al* (2013), os autores buscaram verificar a associação entre a natureza jurídica do agente contratante e o nível de certificação atribuído à equipe de saúde da família, a partir do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os pesquisadores avaliaram os resultados de acordo com a subdimensão gestão do processo de trabalho e acesso, composta pelas variáveis: Planejamento das Ações, Organização dos Prontuários e Informatização, Organização da agenda, Territorialização e População de Referência, Acolhimento à Demanda Espontânea e Visita Domiciliar. Os resultados revelaram que

nas variáveis referentes ao Planejamento das Ações, Organização da agenda e Visita Domiciliar, a certificação classificada como boa foi prevalente em todos os agentes contratantes, exceto na última variável, em que obtiveram a certificação ruim para o agente contratante privado não lucrativo. No restante das variáveis analisadas a maioria das equipes foi certificada como regular, exceto em relação ao Acolhimento à Demanda Espontânea, quando o agente contratante era a administração indireta. Ao se analisar a média do percentual de certificação entre todos agentes contratantes, ressalta-se que, a Territorialização e População de Referência possuíram maior percentual médio de certificação ótimo, enquanto a variável Organização dos Prontuários e Informatização possui maior percentual médio de certificação regular. O teste de associação do qui-quadrado demonstrou que apenas nas variáveis Organização dos Prontuários e Informatização e Organização da Agenda se observa uma associação estatisticamente significativa entre a natureza jurídica dos agentes contratantes dos coordenadores das equipes de saúde e a certificação das equipes (SANTOS *et al.*, 2013).

Na literatura internacional, estudo desenvolvido por Alonge, *et al* (2014), no Afeganistão, objetivou avaliar o efeito da contratação de ONGs nas iniquidades socioeconômicas em saúde, examinando se cada um dos diferentes tipos de contratação empregados no Afeganistão tornava os serviços prestados nas unidades básicas de saúde mais equânimes ao longo do tempo, entre 2005 e 2008, em comparação com as instalações não contratadas.

Na pesquisa desenvolvida, Alonge e colaboradores (2014) encontraram como resultado que as unidades de saúde sob certo tipo de contratação de ONGs, chamadas de CO-1, teve efeito significativo na redução de iniquidades quando comparadas com as instalações não contratadas. Algumas das características que distinguem CO-1 de outros tipos

de contratação incluíam o fato de que os contratos sob CO-1 passavam por um processo de licitação, os candidatos selecionados eram selecionados com base em certos critérios financeiros e técnicos e o orçamento fixado para CO-1 era negociável, isto é, os empreiteiros podiam decidir mudar a alocação de dinheiro de uma área de serviço para outra, de acordo com a necessidade, na medida em que eles não excedessem o valor orçado e tais mudanças fossem justificáveis para alcançar as entregas do contrato.

Além disso, ao contrário dos outros tipos de CO, os contratos sob CO-1 também ofereceram bônus de desempenho para as ONGs contratadas e seus trabalhadores de saúde de linha de frente, além dos compromissos monetários especificados estipulados nos contratos (ALONGE *et al.*, 2014).

Pletzen, *et al* (2013) relatam que os cuidados comunitários relacionados com a saúde na África do Sul são principalmente prestados através de organizações sem fins lucrativos, mas que pouco se sabe sobre o setor. Assim, os autores buscaram avaliar o tamanho, características e redes de parceria de organizações sem fins lucrativos relacionadas com a saúde em três comunidades sul-africanas e exploraram as implicações da mudança da política de cuidados primários de saúde. Os dados do estudo foram coletados entre 2009 e 2011.

Os principais resultados que os pesquisadores encontraram na África do Sul foram: no geral, as organizações não governamentais relacionados à saúde em Khayelitsha (um denso assentamento urbano com uma população de cerca de 500.000 habitantes, situado a 32 km do centro da Cidade do Cabo) eram mais estabelecidas, financiadas com mais segurança e mais propensas a serem organizações internacionais ou nacionais do que as ONGs nos locais semi-rurais e rurais. Khayelitsha também tinha um número maior de ONGs do que os outros locais pesquisados (Botshabelo e Bushbuckridge). Além disso, nos três locais, predominaram as organizações locais baseadas na comunidade (PLETZEN *et al.*, 2013).

Estudo de Heard, Nath e Loevinsohn (2013) objetivou avaliar o esforço em andamento para melhorar a atenção primária à saúde urbana, no Bangladesh, através da expansão de instalações de saúde urbanas financiadas com recursos públicos e a contratação com ONGs parceiras. A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Chittagong, uma vez que uma parte dessa cidade foi designada para uma ONG contratada gerenciar, enquanto as outras partes da cidade ficaram na responsabilidade do governo local.

Entre os resultados encontrados pelos autores no Bangladesh estão: melhor qualidade dos cuidados e maior oferta de serviços per capita na área das ONGs. Com base nos dados das pesquisas domiciliares coletadas, a área de ONGs de Chittagong era mais pobre e tinha cobertura menor no início do estudo. Ao final do período pesquisado, houve melhorias

significativas tanto nas áreas gerenciadas pelo governo, quanto nas áreas administradas por ONGs. No entanto, melhorias maiores foram observadas em alguns indicadores de cobertura na área de ONGs em comparação com a área de governo. As melhorias na cobertura entre os 50% mais pobres da população foram maiores na área administrada por ONGs. Além disso, o custo por serviço entregue foi 47% menor na área de ONGs (HEARD; NATH; LOEVINSOHN, 2013).

Assim, nos diversos estudos apresentados, verifica-se que os aspectos positivos das Organizações da Sociedade Civil estão relacionados a aspectos gerenciais, a agendamento, marcação de consultas, tempo de espera, opção de escolher o médico, maior número de procedimentos e menores taxas de mortalidade. Entretanto, inúmeros problemas puderam ser elencados nos estudos apresentados principalmente no que tange à regulação, na qual o descumprimento de metas foi recorrente. Ressalta-se, ainda, que nenhum dos estudos foi capaz de mostrar diferenças de financiamento entre serviços prestados diretamente pelo setor público e aqueles prestados por OSC. Além disso, não foram encontrados estudos internacionais mostrando como se estrutura e se caracteriza o controle interno e externo dessas organizações em outras partes do mundo.

O alinhamento das entidades do Terceiro Setor às diretrizes do SUS é imprescindível para que não haja prejuízo ao desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde. Assim, o descumprimento das metas pelas entidades sem fins lucrativos e a falta de regulação são fatores que minam o sistema único brasileiro e podem colocar os serviços geridos pela administração pública direta e indireta em condição desfavorável às organizações do Terceiro Setor.

2.5 A Estratégia de Saúde da Família

A reorganização dos serviços básicos de saúde se inscreveu no projeto da Reforma Sanitária brasileira desde os anos 1970, no final da ditadura militar e início do período de redemocratização do país. A Constituição Federal brasileira de 1988 apontou a organização de um serviço de saúde universal, descentralizado, integral, resolutivo, humanizado com a participação social consolidado na criação do SUS pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.515-516).

Em 1991, foi criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), transformado em 1992, em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) inicialmente nas regiões Norte e Nordeste em áreas rurais e periurbanas no combate e controle

de epidemias, diarreia com foco na reidratação oral e vacinação na concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva. No entanto, diante da precária cobertura de atendimento médico naquelas regiões, os agentes comunitários de saúde foram capacitados e tiveram seu campo de atuação ampliado. Em 1993, o PACS já abrangia treze estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil ACS atuando em 761 municípios. Em 1994, o programa estava implantado em dezessete estados somando 33.500 agentes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.516; BRASIL, 2015).

O MS instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), a partir da portaria MS nº 692, de dezembro de 1993. Este nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário, ainda em 1993, e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época. Focalizado, para sua implantação, os recursos financeiros eram escassos e transferidos aos Estados e municípios por meio de convênios e por produção de serviços (BRASIL, 2010).

Inicialmente, o PSF foi implantado em pequenos municípios, sob a forma de caráter restrito de APS. Em 1996, no entanto, o PSF ganhou força, com a Norma Operacional Básica/96 quando a atenção básica foi caracterizada como primeiro nível de atenção do sistema de saúde; foi estabelecida a modalidade de transferência de recursos financeiros do fundo da União para os fundos estaduais e municipal - transferência fundo a fundo e estabelecido o Piso da Atenção Básica (PAB) com uma variante fixa e outra variável (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.518-519).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012, p. 519-520) a Saúde da Família foi abordada enquanto estratégia, em 1997, quando o MS lançou o documento intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”. A partir desse entendimento, a Atenção Primária à Saúde ganhou caráter mais abrangente.

Esse documento possibilitou que a família fosse entendida, a partir do ambiente em que se vive, onde as relações são construídas; nas relações intra e extrafamiliares, onde se desenvolve a luta por melhores condições de vida; permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 1997).

Ainda segundo o documento, embora o PSF seja rotulado como um programa, o mesmo é mais que isso, uma vez que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas se caracteriza como “uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012, p.520-521) a Estratégia Saúde da Família traz mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir: a Equipe de Saúde da Família (EqSF), estabelecer o cadastramento das famílias na Unidade Básica de Saúde, definir o profissional médico como o generalista da atenção básica, instituir o ACS voltado para a atuação comunitária e ao incorporar a atuação intersetorial, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo.

Em 2006, o MS editou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) pela portaria ministerial nº 648, de 28 de março, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o PSF e o PACS.

A PNAB ampliou a concepção de atenção básica, incorporando os atributos da APS abrangente, definindo a atenção básica como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, estabelecendo a integralidade, as relações de vínculo e responsabilização, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Além disso, permitiu a realização da avaliação e monitoramento de resultados, propôs uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional, legitimou a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica e estimulou a participação popular e o controle social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.518-519).

Na PNAB, a ESF é constituída por equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada profissional de saúde deve se cadastrar em apenas uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo duas ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais. A carga horária deve ser de 40 horas semanais

para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos.

Em 2011, a portaria ministerial nº 648, de 28 de março de 2006, foi revogada pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que constituiu na fundamentação legal da PNAB até o ano de 2017, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e para o PACS.

No entanto, no dia 21 de setembro de 2017, a portaria nº 2.488/2011 foi revogada pela portaria nº 2.436, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Em que pese esta recente legislação reduza a capacidade máxima de pessoas por equipe de atenção básica e de saúde da família, de 4.000 pessoas para 3.500 e recomende a obrigatoriedade de que todos os profissionais da equipe, inclusive profissionais médicos, pertençam a apenas uma EqSF esta nova política apresenta, também retrocessos e brechas que podem dificultar o fortalecimento da atenção básica no Brasil.

Nesse aspecto, a nova portaria iguala equipes de atenção básica e equipes de saúde da família para repasse de recursos; retira a obrigatoriedade de NASF, que anteriormente dava suporte às equipes de atenção básica; não explica as modalidades do NASF; não estabelece um número mínimo de ACS para cada equipe; atribui funções do Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem ao ACS; inclui o agente de endemias na composição da equipe de atenção básica e estabelece ações em conjunto entre estes e os ACSs.

Assim, a portaria 2.436/2017 altera aspectos fundamentais da organização da PNAB e na contramão da posição de diversos órgãos como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

2.6 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)

Com a finalidade de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica foi criado o PMAQ-AB, instituído por meio da Portaria 1654 de 19 de julho de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde como componente de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

De acordo com as diretrizes do PMAQ, todas as Equipes de Atenção Básica (EAB) participantes do Programa devem assegurar os princípios da Atenção Básica, tais como a

definição do território de atuação das unidades de saúde da família e da população adstrita por equipe de atenção básica (BRASIL, 2013a).

Os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso na atenção básica foram, progressivamente, articulados ao empenho de melhoria permanente da qualidade da atenção à saúde envolvendo participação voluntária, contratualização, autoavaliação, avaliação, educação permanente, apoio institucional, monitoramento e certificação tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários (BRASIL, 2013a).

O PMAQ, até o momento, desenvolveu três ciclos. O primeiro foi implantado em 2011 e contou com a adesão de 3.972 municípios e 17.482 EABs, o segundo foi implantado em 2013, contando com 5.077 municípios aderidos e 30.522 EABs e o terceiro foi implantado em 2015 e teve suas equipes homologadas divulgadas, em 2016, pela Portaria nº 1.658 de 12 de setembro, contando com 42.978 equipes (BRASIL, 2017b). Abaixo são abordadas as etapas e os procedimentos do segundo ciclo do PMAQ por se tratar do ciclo objeto de trabalho deste estudo.

O segundo ciclo do PMAQ-AB esteve organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

1. Adesão e Contratualização - consiste na indicação, pelos gestores municipais, do quantitativo de EABs (incluindo as equipes de Saúde Bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF) que participarão do processo de certificação, por meio do sistema do PMAQ, no Portal do Gestor. A etapa da adesão é condição obrigatória para a segunda etapa de contratualização/ recontratualização. Nesse processo, o município pode incluir todas ou apenas uma parte de suas equipes no Programa, não existindo um teto máximo para a sua adesão.

A Contratualização/Recontratualização se trata de uma etapa voluntária e pressupõe um processo de pactuação num primeiro momento entre equipes e gestores municipais e, posteriormente, desses com o MS. Ao completar a etapa de contratualização no sistema de adesão ao PMAQ, o MS, os gestores estaduais, os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e qualidade no âmbito da atenção básica.

2. Desenvolvimento - consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover as transformações da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro

dimensões: 1 – Autoavaliação; 2 – Monitoramento; 3 – Educação Permanente; e 4 – Apoio Institucional, que consistem em ações transversais e sistemáticas durante toda a participação da equipe e gestão no programa.

3. **Avaliação Externa** - Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados por Instituições de Ensino e/ou Pesquisa, aplicam instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. São avaliadas infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde; ocorre entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários e verificação de documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico. O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações: **Módulo I** - Observação na Unidade Básica de Saúde; **Módulo II** - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde; **Módulo III** - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde e **Módulo eletrônico** que compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III.

4. **Recontratualização** - esta fase constitui o processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação das EABs. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa. A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das Unidades Básicas de Saúde e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas.

A certificação é um processo que deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Para compor a certificação geral são definidos três itens, conforme o seu desempenho: implementação de processos autoavaliativos; verificação do desempenho no monitoramento de indicadores de saúde contratualizados na adesão ao PMAQ-AB e verificação do desempenho para um conjunto de padrões de qualidade verificados na avaliação externa. A cada um dos itens acima, foi atribuído um peso na composição da certificação geral, sendo 10%, 20% e 70%, respectivamente (BRASIL, 2013).

O instrumento de avaliação externa é composto por 893 padrões de qualidade. Estes, por sua vez, refletem necessidades de informações acerca da Política Nacional de Atenção Básica, com vistas a subsidiar a formulação e/ou aprimoramentos das políticas e programas

relacionados, bem como, para certificação das equipes participantes do PMAQ (BRASIL, 2013).

A avaliação externa está distribuída em cinco dimensões que compõem uma Matriz de Pontuação:

DI - Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica;

DII - Estrutura e condições de funcionamento da UBS;

DIII - Valorização do trabalhador;

DIV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e

DV - Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário.

Cada dimensão é uma estrutura temática que consolida grupos de subdimensões com padrões de qualidade sobre determinado tema. A subdimensão é o grupo de perguntas que vai compor parte da dimensão (BRASIL, 2013).

Juntas, as cinco dimensões são compostas por 34 subdimensões, conforme o quadro 1.

Quadro 1. Distribuição das subdimensões por dimensões da saúde - 2º ciclo do PMAQ. Brasil, 2013a.

Dimensão	Subdimensões	Percentual na avaliação externa	
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	1. Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	2,5%	10%
	2. Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica	7,5%	
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS	1. Funcionamento da Unidade de Saúde	1,1%	15%
	2. Características Estruturais, Ambiente e Sinalização da UBS	2,1%	
	3. Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS	3,2%	
	4. Informatização, Conectividade e Telessaúde	2,1%	
	5. Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	3,2%	
	6. Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde	2,1%	
	7. Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde	1,1%	
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador	1. Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	2,7%	15%
	2. Educação Permanente	4,1%	
	3. Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo	4,1%	
	4. Plano de Carreira e Remuneração Variável	4,1%	
DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	1. População de Referência da Equipe de Atenção Básica	2,7%	50%
	2. Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica	2,7%	
	3. Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	2,7%	
	4. Organização dos Prontuários na unidade básica de saúde	2,7%	
	5. Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	4,1%	
	6. Acolhimento à Demanda Espontânea	5,5%	
	7. Saúde da Mulher e da Criança	2,7%	
	8. Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)	5,5%	
	9. Saúde Mental	5,5%	
	10. Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	5,5%	
	11. Promoção da Saúde	2,7%	

	12. Participação do Usuário e Controle Social	2,7%	
	13. População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	1,25%	
	14. Programa Saúde na Escola	*	
	15. Práticas Integrativas e Complementares	*	
DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário	1. Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	1,9%	10%
	2. Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	1,0%	
	3. Acolhimento à Demanda Espontânea	1,9%	
	4. Saúde da Mulher e da Criança	1,9%	
	5. Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)	1,9%	
	6. Satisfação e Participação do Usuário	1,4%	

* A nota metodológica não forneceu o percentual desta subdimensão.

Fonte: Nota metodológica PMAQ - 2º ciclo. Brasil, 2013a. Adaptado.

Assim, destaca-se que a maior percentagem da nota é composta pela verificação do cumprimento de indicadores de saúde, que são os mesmos estabelecidos tanto para equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos quanto para aquelas gerenciadas por agentes contratantes privados. Isto, embora, ainda não permita uma avaliação das diferenças de financiamento relacionadas às diferentes modalidades de gestão, permitem que sejam feitas análises equilibradas e consistentes.

A partir da avaliação externa, as equipes são classificadas em quatro categorias: desempenho muito acima da média (considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% das equipes, classificadas com os maiores desempenhos), desempenho acima da média (considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% das equipes, classificadas com desempenho intermediário), desempenho mediano ou abaixo da média (considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% das equipes, classificadas com os menores desempenhos) e desempenho insatisfatório (quando a equipe não cumprir os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ. De acordo com este desempenho, ocorrem repasses distintos de recursos financeiros para os fundos municipais de saúde.

Estratos socioeconômicos dos municípios foram criados no âmbito do PMAQ, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das EABs no processo de certificação. Na definição dos estratos foram considerados cinco indicadores: 1. Produto Interno Bruto (PIB) (per capita), 2. Percentual da população com plano de saúde, 3. Percentual da população com bolsa família, 4. Percentual da população em extrema pobreza e 5. Densidade demográfica. Para a composição de um índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos; o PIB possui peso 2, na medida em que os demais indicadores apresentam peso 1. Os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a sua pontuação total e seu porte populacional:

- Estrato 1 - Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes;
- Estrato 2 - Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes;
- Estrato 3 - Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes;
- Estrato 4 - Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes;
- Estrato 5 - Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes e
- Estrato 6 - Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Em 2015, a Portaria nº1645 de 02 de outubro revogou a portaria nº1654 de 2011 que dispunha das primeiras orientações para a implantação do PMAQ na atenção básica. A partir dessa reestruturação, com a nova Portaria nº 1645 de 02 de outubro de 2015, a antiga fase três (fase da avaliação externa), passou a ser compreendida pela fase dois (fase de certificação) e a antiga fase quatro (fase da reconstrutualização) foi transformada na fase três. Foi, ainda, acrescentado um Eixo Transversal de Desenvolvimento que anteriormente compreendia a fase dois, mas que a partir da vigência da nova portaria passou a ser transversal e norteador a todas as fases.

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB deve ser entendido como transversal a todas as fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB. O mesmo é composto pelos elementos: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal presencial e/ou virtual (Portaria 1645, 2015d; BRASIL, 2013a).

Assim, no terceiro ciclo do PMAQ há essa reestruturação de suas fases, a partir da implantação da nova portaria. No entanto, o objeto deste estudo é o segundo ciclo do PMAQ, ainda sob a vigência da Portaria nº1654 de 2011.

O PMAQ em seu segundo ciclo teve a participação de 30.522 EABs, que foram visitadas, avaliadas e certificadas em processo envolvendo universidades e o MS. Portanto,

tanto dados relativos à qualidade do cuidado quanto às distintas vinculações jurídico-institucionais existentes na atenção básica no Brasil, foram coletados. Uma série de dimensões e subdimensões do universo das práticas em Atenção Básica a partir de padrões de qualidade estabelecidos foram avaliados, objetivando melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde no fortalecimento do SUS.

3 JUSTIFICATIVA

O SUS desde sua criação a partir das Leis Orgânicas da Saúde tem enfrentado inúmeros desafios que dificultam sua consolidação, tais como: financiamento; sua implementação em um país caracterizado por vasta extensão de terras; desigualdades; iniquidades; práticas coronelistas, clientelistas e paternalistas e a coexistência ao longo de sua história com os serviços privados de saúde.

As contrarreformas do Estado e da administração pública na década de 1990, embora tenham buscado combater o nepotismo e o clientelismo do Estado Patrimonialista e alcançar formas de administrar mais eficientes e efetivas, além de não conseguirem findar essa característica brasileira enraizada, têm de lidar com o não cumprimento de metas e indicadores da parte das organizações da sociedade civil atuantes em nome do Estado e com a falta de fiscalização dessas entidades da parte do poder público.

O processo de publicização desenvolvido pelo Estado, implementado no governo FHC, a partir da reforma conduzida pelo seu ministro Bresser Pereira, qualificou entidades sem fins lucrativos, financiadas pelo Estado, marcadas por uma regulação frágil e prestando serviços de assistência à saúde em uma rede complexa multifacetada.

Em que pese o SUS apresente desafios, carecendo de ampliação de acesso e eficácia de seus serviços em todos os níveis de atenção, a implantação dessas organizações na área da saúde necessita de estudos que avaliem seu impacto na qualidade do cuidado ofertado e sob o Sistema Único de Saúde. Além disso, são escassos na literatura os estudos que fazem esse tipo de análise a partir da introdução do PMAQ na atenção básica.

Assim, este estudo se justifica pela necessidade de compreensão de como se configura a presença de diferentes tipos de agentes contratantes na atenção básica brasileira; buscando identificar similaridades e diferenças na qualidade do cuidado ofertado, a partir das notas recebidas nas avaliações promovidas pelo PMAQ. É considerada, ainda, a importância do alcance de obtenção de mesmos padrões de qualidade tanto de equipes vinculadas a agentes contratantes públicos quanto de equipes vinculadas a agentes contratantes privados, de modo a fortalecer o SUS e a qualidade do cuidado na atenção básica.

4 OBJETIVO GERAL

Verificar a existência de associação entre as novas formas de gestão privada no SUS, na atenção básica no Brasil, e a qualidade do cuidado ofertado, identificando em quais dimensões da qualidade existem possíveis diferenças em relação à gestão realizada pela administração pública direta e indireta.

4.1 Objetivos Específicos

Construir uma tipologia de classificação das notas das equipes obtidas no processo de certificação, do PMAQ;

Construir uma tipologia de classificação das equipes considerando o tipo de agente contratante predominante em cada equipe;

Construir uma tipologia de classificação dos municípios considerando o tipo de agente contratante predominante em cada município;

Descrever os resultados das notas obtidas no processo de certificação, do PMAQ, por agentes contratantes, considerando o Brasil, as regiões, os estados e os estratos do PMAQ;

Identificar se existe associação entre o tipo de agente contratante e o resultado final da certificação, do PMAQ, ao nível de municípios e de equipes;

Verificar se existe associação entre o tipo de agente contratante e as notas obtidas nas cinco dimensões do cuidado, no processo de certificação, do PMAQ, ao nível de equipes.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal, com abordagem descritiva e inferencial.

5.2 Coleta e análise dos dados

Os dados foram obtidos a partir de três bancos de dados. Dois destes do PMAQ-AB e um do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), todos do MS. Os bancos do PMAQ utilizados foram: banco do Módulo Eletrônico e o banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores. Ambos são resultantes da avaliação ocorrida durante o 2º ciclo do PMAQ, entre 2013 e 2014.

O banco do Módulo eletrônico do PMAQ foi respondido pelos gestores municipais. Este banco é composto por 4805 municípios (86% dos municípios brasileiros) e contém o número de profissionais da atenção básica por classe (ACS, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal) distribuídos de acordo com os doze tipos de agentes contratantes atuantes na gestão da atenção básica brasileira: administração direta, consórcio intermunicipal de direito público, consórcio intermunicipal de direito privado, fundação pública de direito público, fundação pública de direito privado, OS, OSCIP, entidade filantrópica, ONG, empresa, cooperativa e outros.

Para a análise, esses doze tipos de agentes contratantes descritos foram categorizados em Público e Privado, de acordo com a literatura na área do Direito Administrativo, do posicionamento de juristas e de Manuais de Gestão elaborados pelo MS e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2015b; DIPIETRO, 2010; BRASIL, 2014; CONASS, 2018; BRASIL, 2007). Como público foram consideradas as categorias: administração direta, consórcio intermunicipal de direito público, consórcio intermunicipal de direito privado, fundação pública de direito público e fundação pública de direito privado. Como modalidade de agentes contratantes privados, consideraram-se as categorias: OS, OSCIP, entidade filantrópica, ONG, empresa e cooperativa. A categoria “outros” foi excluída, por não distinguir outras modalidades de público e de privado.

O banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores do PMAQ é composto por 29778 equipes, distribuídas em 5041 municípios (90% dos municípios brasileiros) e contém as notas obtidas por cada equipe no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores.

Essas notas são apresentadas por dimensões e subdimensões do cuidado e a nota final consiste na somatória das pontuações das dimensões da avaliação externa, juntamente com as notas obtidas na autoavaliação. Esta variou de 0 a 89.

Este estudo pretendeu fazer dois tipos de análise para verificar a existência de associação entre as novas formas de gestão privada na atenção básica no Brasil, e a qualidade do cuidado ofertado, em relação à administração pública direta e indireta.

Na primeira análise foram agregados apenas dois bancos: o da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e o banco do módulo eletrônico. Para que essa agregação fosse possível, a nota da certificação foi municipalizada, uma vez que o módulo eletrônico fornece as informações dos casos ao nível de município; ou seja, os casos são municípios; enquanto que no banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores a nota é dada ao nível de equipe, ou seja, os casos são equipes. Assim, a nota por equipe foi transformada ao nível de município, para que em ambos os bancos cada caso fosse um município.

Após a agregação dos bancos foram excluídos das análises 572 municípios, pois haviam sido avaliados no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores, mas não haviam respondido o módulo do gestor ou haviam respondido o módulo, mas não tinham sido avaliados no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores. Dessa forma, foram analisados 4469 municípios, correspondendo a 80,2% dos municípios brasileiros.

A municipalização foi obtida a partir da média das notas finais de cada equipe daquele município. Para aqueles municípios que só possuem uma equipe certificada, foi considerado como nota do município aquela da equipe certificada. A partir disso, as médias obtidas foram classificadas em três categorias: Baixa - de 0 a 49,99; Média - de 50 a 69,99 e Alta - igual ou maior que 70. Nessa primeira análise, por municípios, a pesquisa não foi feita no âmbito das dimensões. Foi usada apenas a nota final da avaliação externa/autoavaliação/indicadores.

No processo de escolha da medida para a municipalização dos dados, foi testada além da média, a moda. Porém, os resultados foram similares. Considerando, além disso, que havia situações bimodais e trimodais, tornando difícil a escolha de uma das categorias da nota obtida no processo de avaliação externa/autoavaliação/indicadores predominante no município, a média foi a medida selecionada. Para monitorar o comportamento da média, em relação à sua sensibilidade aos dados, foi adotado o desvio-padrão das médias obtidas, como medida de dispersão. O menor desvio padrão obtido foi 0 e o maior foi 21,83.

Além da categorização das notas, foi categorizado, ainda, o quantitativo de agente contratante do profissional (se público ou privado), obtidos do banco do módulo eletrônico.

Assim, na análise descritiva foram obtidas as seguintes categorias: 0 - 100% público (municípios em que todos os profissionais são gerenciados por agentes contratantes públicos); 1 - de 75,00% a 99,99% público (municípios que têm de 75 a 99,99% de profissionais gerenciados por agentes contratantes públicos); 2 - de 50,00% a 74,99% público (os municípios possuem 50 a 74,99% de seus profissionais gerenciados por agentes contratantes públicos); 3 - de 0,01% a 49,99% público (municípios que têm 0,01 a 49,99% de agentes contratantes públicos) e 4 - 100,00% privados (municípios em que todos os profissionais são gerenciados por agentes contratantes privados).

Na segunda análise, pretendeu-se alcançar o objetivo da pesquisa não ao nível de município, como na primeira análise, mas ao nível de equipe. Assim, os casos foram as equipes. Para que essa análise fosse possível, foram agregados o banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e o banco do CNES, uma vez que esses dois bancos nos dão as informações por equipes.

O banco do CNES foi agregado ao banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores, tendo como base este último. Assim, foram agregadas 29778 equipes de atenção básica, as mesmas que compõem o banco de avaliação externa/autoavaliação/indicadores do PMAQ. A partir do banco do CNES, foi obtido o tipo de vínculo (estatutário, celetista, cargo comissionado, outro vínculo empregatício, contrato por prazo determinado, autônomo sem intermediação, autônomo intermediado, bolsa e outros) por categorias profissionais da atenção básica, as mesmas usadas no banco do módulo eletrônico do PMAQ: ACS, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal. Para as 29778 equipes de atenção básica, foram obtidos 311.629 vínculos.

Ao contrário do banco do módulo eletrônico do PMAQ que fornece informações de agentes contratantes dos profissionais, o banco do CNES mostra os vínculos desses profissionais conforme o quadro 2, abaixo, extraído do dicionário do banco do CNES:

Quadro 2. Distribuição dos vínculos de profissionais de saúde, CNES. Brasil, 2014.

Código	Tipo de vínculo
10000	Vínculo empregatício sem tipo
10100	Estatutário sem subtipo (antigo)
10101	Estatutário efetivo, servidor próprio
10102	Estatutário efetivo, servidor cedido
10200	Emprego público sem subtipo
10200	Empregado público celetista sem subtipo

10201	Emprego público, subtipo CLT
10202	Empregado público celetista próprio
10203	Empregado público celetista cedido
10300	Contrato por prazo determinado, sem subtipo
10301	Contrato por prazo determinado, público
10302	Contrato por prazo determinado, privado
10400	Cargo comissionado, sem subtipo
10401	Cargo comissionado, subtipo cargo comissionado não cedido
10402	Cargo comissionado, subtipo cargo comissionado cedido
10403	Cargo comissionado, servidor público próprio
10404	Cargo comissionado, servidor público cedido
10405	Cargo comissionado, sem vínculo com o setor público
10500	Celetista
10501	Celetista, subtipo contrato por OSCIP/OS
10502	Celetista, subtipo contrato por ONG
10503	Celetista, subtipo contrato por entidade filantrópica
10504	Celetista, subtipo contrato por rede privada
20000	Autônomo sem tipo
20100	Intermediado por OS
20200	Intermediado por OSCIP
20300	Intermediado por ONG
20400	Intermediado por entidade filantrópica
20500	Intermediado por empresa privada
20600	Consultoria
20700	RPA
20800	Intermediado por cooperative
20900	Autônomo, Pessoa Jurídica
21000	Autônomo, Pessoa Física
21100	Autônomo, cooperado
30000	Cooperado
40100	Bolsa
40200	Contrato verbal/informal
40300	Proprietário
50000	Residência, sem tipo
50000	Residente, sem subtipo
50101	Residente, próprio
50102	Residente, subsidiado por outro ente/entidade
60000	Estágio, sem tipo
60000	Estagiário, sem subtipo

Fonte: Extraído do dicionário do Banco do CNES, 2014.

Ao verificar a porcentagem das categorias profissionais distribuídas pelos tipos de vínculos nas equipes certificadas do PMAQ, verifica-se que dos 311.629 vínculos (100%) os estatutários representaram 36,6%, celetistas 16,3%, cargo comissionado 0,8%, outro vínculo empregatício 5,1%, contrato por prazo determinado 31,5%, autônomo sem intermediação 0,3%, autônomo intermediado 6,4%, bolsa 2,1% e outros (contrato verbal/informal; sem tipo) 0,9%, conforme o quadro 3.

Quadro 3. Distribuição de tipos de vínculos, CNES. Brasil, 2014.

		Tipos de Vínculos									Total
		Estatutário	Celetista	Cargo comissionado	Outro vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	Autônomo sem intermediação	Autônomo intermediado	Bolsa	Outros	
Profissões e ocupações da saúde	Médicos	5343	2185	223	493	12374	201	2268	6126	679	29892
	Cirurgiões dentistas	7079	2310	240	460	8684	69	784	124	274	20024
	Enfermeiros	10006	3464	388	694	11320	84	2021	168	403	28548
	Técnicos de enfermagem	7508	2568	193	449	8242	44	839	0	260	20103
	Auxiliares de enfermagem	9104	2729	102	1045	3901	67	2345	0	95	19388
	Técnicos em saúde bucal	1119	242	16	56	683	2	266	0	12	2396
	Auxiliares de saúde bucal	7290	2367	254	695	7622	64	690	1	218	19201
	Agentes Comunitários de Saúde	66679	35064	944	11977	45167	531	10682	185	848	172077
Total		114128 (36,62%)	50929 (16,34%)	2360 (0,76%)	15869 (5,09%)	97993 (31,45%)	1062 (0,34%)	19895 (6,38%)	6604 (2,12%)	2789 (0,89%)	311629 (100%)

Fonte: Elaboração própria.

Assim, foi necessário categorizar cada vínculo descrito no quadro 2 em sete categorias: 1 "Público"; 2 "Privado"; 3 "Vínculo empregatício, sem descrição"; 4 "Contrato por prazo determinado, sem descrição"; 5 "Bolsa"; 6 "Contrato verbal/informal" e 7 "Outros", a fim de que fosse estabelecido o agente contratante.

Desse modo, cada vínculo foi caracterizado de acordo com seu respectivo agente contratante, conforme o quadro 4:

Quadro 4. Distribuição de agentes contratantes de profissionais da saúde, a partir de seus respectivos vínculos, CNES. Brasil, 2014.

Código	Tipo de vínculo	Agente contratante
10000	Vínculo empregatício sem tipo	3 "Vínculo empregatício, sem descrição"
10100	Estatutário sem subtipo (antigo)	1 "Público"
10101	Estatutário efetivo, servidor próprio	1 "Público"
10102	Estatutário efetivo, servidor cedido	1 "Público"
10200	Emprego público sem subtipo	1 "Público"
10200	Empregado público celetista sem subtipo	1 "Público"
10201	Emprego público, subtipo CLT	1 "Público"
10202	Empregado público celetista próprio	1 "Público"
10203	Empregado público celetista cedido	1 "Público"
10300	Contrato por prazo determinado, sem subtipo	4 "Contrato por prazo determinado, sem descrição"
10301	Contrato por prazo determinado, público	1 "Público"
10302	Contrato por prazo determinado, privado	2 "Privado"
10400	Cargo comissionado, sem subtipo	1 "Público"
10400	Cargo comissionado, sem subtipo	1 "Público"
10401	Cargo comissionado, subtipo cargo comissionado não cedido	1 "Público"
10402	Cargo comissionado, subtipo cargo comissionado cedido	1 "Público"
10403	Cargo comissionado, servidor público próprio	1 "Público"
10404	Cargo comissionado, servidor público cedido	1 "Público"
10405	Cargo comissionado, sem vínculo com o setor público	1 "Público"
10500	Celetista	*
10501	Celetista, subtipo contrato por OSCIP/OS	2 "Privado"
10502	Celetista, subtipo contrato por ONG	2 "Privado"
10503	Celetista, subtipo contrato por entidade filantrópica	2 "Privado"
10504	Celetista, subtipo contrato por rede privada	2 "Privado"
20000	Autônomo sem tipo	2 "Privado"
20100	Intermediado por OS	2 "Privado"
20200	Intermediado por OSCIP	2 "Privado"
20300	Intermediado por ONG	2 "Privado"
20400	Intermediado por entidade filantrópica	2 "Privado"
20500	Intermediado por empresa privada	2 "Privado"
20600	Consultoria	2 "Privado"
20700	RPA	2 "Privado"

20800	Intermediado por cooperative	2 "Privado"
20900	Autônomo, Pessoa Jurídica	2 "Privado"
21000	Autônomo, Pessoa Física	2 "Privado"
21100	Autônomo, cooperado	2 "Privado"
30000	Cooperado	2 "Privado"
40100	Bolsa	5 "Bolsa"
40200	Contrato verbal/informal	6 "Contrato verbal/informal"
40300	Proprietário	2 "Privado"
50000	Residência, sem tipo	7 "Outros"
50000	Residente, sem subtipo	7 "Outros"
50101	Residente, próprio	7 "Outros"
50102	Residente, subsidiado por outro ente/entidade	7 "Outros"
60000	Estágio, sem tipo	7 "Outros"
60000	Estagiário, sem subtipo	7 "Outros"

* Não há nenhum profissional cadastrado com esse código, assim não foi necessário criar uma categoria para o mesmo.

Fonte: Dados extraídos do dicionário do Banco do CNES, 2014. Modificado.

Das categorias que não puderam ser dicotomizadas em público e privado, a saber: 3 "Vínculo empregatício, sem descrição"; 4 "Contrato por prazo determinado, sem descrição"; 5 "Bolsa"; 6 "Contrato verbal/informal" e 7 "Outros", conforme o quadro 3 mostrou, apenas a categoria 4 "Contrato por prazo determinado, sem descrição" apresentou valores maiores que 5% (31,5%). Assim, essa categoria foi tratada, a fim de que fosse possível mensurar melhor o quantitativo de contratos por prazo determinado, sem descrição pertencente a agentes contratantes públicos e privados.

Para que esse tratamento fosse realizado foi agregado ao banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e CNES, o banco do módulo do gestor, utilizado na primeira análise. Foram filtrados dos três bancos agregados o número de municípios que possuíam algum "Contrato por prazo determinado, sem descrição"; desse filtro foram obtidos 4094 municípios com 97993 vínculos.

A partir desses municípios encontrados, verificou-se, por meio do módulo eletrônico respondido pelo gestor municipal, que 3012 municípios (74%) - 73888 vínculos (75%) - eram 100% de agentes contratantes públicos, logo esses contratos determinados também eram de agentes contratantes públicos e que 44 municípios (1%) - 1088 vínculos (1%) - eram 100% de agentes contratantes privados, logo esses contratos determinados eram de agentes contratantes privados. Além disso, foram encontrados 541 municípios (13%) - 12836 vínculos (13%) - com agentes contratantes mistos, ou seja, em um mesmo município há modalidades de

contrato que podem ser públicas e privadas, e 497 municípios (12%) - 10181 vínculos (10%) - correspondendo àqueles avaliados no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores, mas que não responderam ao módulo do gestor ou haviam respondido ao módulo, mas não tinham sido avaliados no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e possuíam “Contrato por prazo determinado, sem descrição”.

Assim, os “Contratos determinados, sem descrição” dos 541 municípios mistos para os quais não foi possível estabelecer o tipo de agente contratante e, conseqüentemente a categoria desses contratos por prazo determinado, se público ou privado, permaneceram como categoria 4 “Contrato por prazo determinado, sem descrição”. Os demais foram reagrupados - nas categorias “público”, se contrato determinado de município 100% público e, “privado”, se contrato determinado de município 100% privado. Dessa forma, a partir do tratamento da categoria 4 “Contrato por prazo determinado, sem descrição”, as frequências de vínculos por categorias profissionais sofreram alterações que podem ser vistas abaixo, conforme o quadro 5.

Quadro 5. Distribuição de tipos de vínculos, após agregação dos contratos por prazo determinado sem descrição, CNES E PMAQ. Brasil, 2014

		Tipos de Vínculos agregados							Total
		Público*	Privado*	Vínculo empregatício, sem descrição	Contrato por prazo determinado	Bolsa	Contrato verbal/ informal	Outros	
Profissões e ocupações da saúde	Médicos	17159	2936	493	2814	6126	172	192	29892
	Cirurgiões dentistas	16192	1110	460	2030	124	93	15	20024
	Enfermeiros	22365	2424	694	2710	168	132	55	28548
	Técnicos de enfermagem	16493	1100	449	1947	0	114	0	20103
	Auxiliares de enfermagem	14791	2500	1045	984	0	67	1	19388
	Técnicos em saúde bucal	1890	288	56	159	0	3	0	2396
	Auxiliares de saúde bucal	15629	934	695	1813	1	114	15	19201
	Agentes Comunitários de Saúde	136690	12281	11977	10560	185	362	22	172077

Total	241209 (77,40%)	23573 (7,56%)	15869 (5,09%)	23017 (7,39%)	6604 (2,12%)	1057 (0,34%)	300 (0,10%)	311629 (100,00%)
--------------	--------------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------	----------------	---------------------

*Contratos determinados público e privado agregados às categorias de público e privado, respectivamente.

Fonte: Elaboração própria.

A partir dos vínculos categorizados foram excluídas das análises as categorias: (3) - Vínculo empregatício, sem descrição; (4) - Contrato por prazo determinado, sem descrição (aqueles que após o tratamento não puderam ser referenciados como provenientes de agente contratante público ou privado), (5) - Bolsa; (6) - Contrato verbal/informal e (7) - Outros. Assim, foram trabalhadas apenas as categorias (1) e (2), público e privado, respectivamente.

A partir do tratamento desses vínculos, obtiveram-se de forma indireta os agentes contratantes por equipe. Tais agentes contratantes obtidos puderam então ser categorizados para a continuidade das análises dos dados. Foram utilizadas as mesmas categorias usadas na primeira análise: 0 - 100% público (equipes em que todos os profissionais são gerenciados por agentes contratantes públicos); 1 - de 75,00% a 99,99% público (equipes que têm de 75 a 99,99% de profissionais gerenciados por agentes contratantes públicos); 2 - de 50,00% a 74,99% público (as equipes possuem 50 a 74,99% de seus profissionais gerenciados por agentes contratantes públicos); 3 - de 0,01% a 49,99% público (equipes que têm 0,01 a 49,99% de agentes contratantes públicos) e 4 - 100,00% privados (equipes em que todos os profissionais são gerenciados por agentes contratantes privados).

Na análise descritiva essas categorias de agentes contratantes foram comparadas com as notas obtidas pelas equipes no processo de avaliação externa/autoavaliação/indicadores, também categorizadas em: Baixa - de 0 a 49,99; Média - de 50 a 69,99 e Alta - igual ou maior a 70.

Na pesquisa por equipe, foi analisada a nota final e as notas das cinco dimensões da atenção à saúde, utilizadas pelo PMAQ: 1. Gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica; 2. Estrutura e condições de funcionamento das unidades básicas de saúde; 3. Valorização do trabalhador; 4. Qualidade da atenção e organização do processo de trabalho e 5. Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário.

Conforme visto no quadro 1, cada dimensão é composta por um conjunto de subdimensões e é uma porcentagem da nota total da avaliação externa. Dessa forma, as notas das subdimensões obtidas pelas equipes foram somadas dentro de cada dimensão. Em seguida, foi feita regra de três simples para saber a quanto corresponde, em porcentagem, o resultado da soma obtida na dimensão.

Por exemplo: supõe-se que a equipe “Gentileza” tenha obtido na dimensão I as seguintes notas, conforme o quadro 6:

Quadro 6. Quadro exemplificativo dos cálculos das subdimensões no estudo. Brasil, 2014.

Subdimensão I	Notas obtidas pela equipe “Gentileza”
Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	2,10
Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica	6,56
Total	8,66

Fonte: Elaboração própria.

Sabe-se que a Dimensão I vale 10% da avaliação externa, conforme tabela 1. Assim, considerando que a avaliação externa vale 100 pontos, pode-se inferir que a dimensão I vale 10 pontos. A partir disso, faz-se regra de três simples:

$$\begin{array}{ccccc} 10 & \text{-----} & 100\% & \Rightarrow & X = \frac{8,66 \times 100}{10} & \Rightarrow & X = 86,60\% \\ 8,66 & \text{-----} & X & & & & \end{array}$$

Logo, pode-se dizer que a equipe “Gentileza” obteve 86,60% da dimensão I.

Nas análises descritivas de ambas as avaliações (por município e por equipe), as variáveis foram distribuídas por estrato, região e estado. Os estratos correspondem àqueles estabelecidos pelo PMAQ, a fim de tornar as equipes comparáveis entre si. As regiões correspondem às cinco regiões geográficas do país Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, de acordo com a divisão regional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Na análise inferencial tanto por município quanto por equipe foi verificada associação entre a variável dependente (nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores) e a independente (categorias de agente contratante). Na análise por município foi utilizada regressão logística binária e na análise por equipe, utilizou-se o Modelo de efeitos aleatórios ou Modelo Multinível devido à heterogeneidade das equipes.

Trata-se de modelo incluído na classe de modelos multiníveis, que também são conhecidos como modelos lineares generalizados mistos (FITZMAURICE, *et al.*, 2008),

modelos sujeitos-específicos (FITZMAURICE, LAIRD e WARE, 2012), ou ainda, modelos hierárquicos (GELMAN e HILL, 2006). Estes englobam as estruturas de agrupamento das variáveis.

Esses modelos foram desenvolvidos para análise de dados que possuem uma estrutura de grupo, ou seja, uma estrutura de hierarquia, por levarem em consideração a dependência dos dados existentes dentro de cada nível hierárquico e entre os níveis hierárquicos. As estimativas dos parâmetros desses modelos são apresentadas separando os efeitos fixos dos aleatórios (PINHEIRO, 2005).

Na presença de dados agrupados, parte-se do pressuposto de que existe correlação entre as observações em um mesmo nível hierárquico, fazendo-se necessário uma análise separando os efeitos das variâncias dentro e entre os níveis de agrupamento. A modelagem da variação entre os grupos é o que caracteriza a diferença entre a regressão clássica da modelagem multinível, sendo que nesta última, o erro embutido na equação é representado por mais de um termo (SNIJDERS & BOSKER, 1999).

O Modelo de Efeitos Aleatórios apresenta como vantagem sua robustez em relação à níveis discrepantes (outliers). A modelagem clássica faz a suposição da independência entre as observações, o que não pode ser assumido nesta análise, uma vez que as equipes estavam situadas no mesmo espaço geográfico. Além disso, quando comparados os modelos multiníveis com a regressão clássica, as estimativas obtidas a partir dos modelos multiníveis são menos elevados, pois consideram a estrutura hierárquica e as duas fontes de variação encontradas, o que não ocorre na modelagem clássica (LIMA, 2014).

Para a análise da regressão logística binária, devido ao pequeno número de municípios com nota alta (igual ou maior que 70), as categorias da nota obtida, média e alta, foram agrupadas. Assim, os dados ficaram distribuídos da seguinte forma: 0 - baixa (de 0 a 49,99) e 1 - Média/Alta (igual ou maior que 50). Na análise ao nível de equipe foi adotada esta mesma forma de categorização, a fim de tornar as análises mais homogêneas.

Além disso, as categorias de agentes contratantes também se modificaram na análise inferencial. Tanto para a regressão (análise ao nível de município), quanto na análise por meio do Modelo de efeitos aleatórios (análise ao nível de equipe) foram avaliadas apenas as categorias 0 - 100% público e 4 - 100% privado. As categorias 1 - de 75,00% a 99,99% público, 2 - de 50,00% a 74,99% público e 3 - de 0,01% a 49,99% público representam municípios e equipes mistos, ou seja, que possuem tanto agentes contratantes públicos quanto privados, e por isso foram excluídos da inferência estatística.

Adotou-se como categoria de referência tanto da variável dependente quanto da variável independente as categorias (0); ou seja a “baixa (de 0 a 49,99)” no que se refere à nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e a “100% público” em relação ao agente contratante.

Foram feitas duas rodadas de análises tanto ao nível de municípios, quanto ao nível de equipes. Na análise por município, na primeira rodada, os dados foram ajustados pelos estratos do PMAQ. Na segunda rodada os dados foram ajustados por Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), porte do município e cobertura de ESF no município.

Conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2015a), o IVS é construído a partir de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil e traz dezesseis indicadores estruturados em três dimensões, a saber, infraestrutura urbana, capital humano e renda e trabalho (Quadro 7).

Quadro 7. Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). IPEA, 2015.

Infraestrutura urbana	Percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados
	Percentual da população que vive em domicílios urbanos sem serviço de coleta de lixo
	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com renda per capita inferior a meio salário mínimo e que gastam mais de uma hora até o trabalho no total de pessoas ocupadas, vulneráveis e que retornam diariamente do trabalho.
Capital Humano	Mortalidade até um ano de idade
	Percentual de crianças de 0 a 5 anos que não frequentam a escola
	Percentual de pessoas de 6 a 14 anos que não frequentam a escola
	Percentual de mulheres de 10 a 17 anos de idade que tiveram filhos
	Percentual de mães chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos de idade, no total de mães chefes de família
	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade
	Percentual de crianças que vivem em domicílios em que nenhum dos moradores tem o ensino fundamental completo
	Percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e possuem renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo (2010), na população total dessa faixa etária
Renda e trabalho	Proporção de pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo (2010)
	Taxa de desocupação da população de 18 anos ou mais de idade
	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal
	Percentual de pessoas em domicílios com renda per capita inferior a meio salário mínimo (de 2010) e dependentes de idosos
	Taxa de atividade das pessoas de 10 a 14 anos de idade

Fonte: Atlas de Vulnerabilidade Social dos municípios brasileiros, IPEA (2015).

Quanto aos municípios, esses são classificados quanto ao seu porte em cinco categorias: pequeno porte I, pequeno porte II, médio porte, grande porte e metrópole, segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (quadro 8).

Quadro 8. Porte do município. PNAS, 2004.

Pequeno porte I	Município de até 20.000 habitantes/5.000 famílias
Pequeno porte II	Município de 20.001 a 50.000 habitantes/de 5.000 a 10.000 famílias
Médio porte	Município de 50.001 a 100.000 habitantes/de 10.000 a 25.000 famílias
Grande porte	Município de 100.001 a 900.000 habitantes/de 25.000 a 250.000 famílias
Metrópole	Município de mais de 900.000 habitantes/mais de 250.000 famílias

Fonte: Elaboração própria baseada em PNAS, 2004.

Segundo o MS (2001), para o cálculo da cobertura populacional, o número de residentes no município se dá de acordo com estimativa IBGE, pela fórmula:

$$\text{Cobertura populacional} = \frac{\text{nº de equipes} \times 3.450}{\text{População residente no município}} \times 100$$

A partir disso, a cobertura foi categorizada em baixa (menor que 50%), média (entre 50 e 69,99%) e alta (igual ou maior que 70%), conforme proposto por Costa e Calvo (2014).

Na análise por equipe, a primeira rodada foi feita apenas com as equipes do estrato 6 do PMAQ, ou seja, aquelas que agrupam a maioria das equipes cujos agentes contratantes são privados. Na segunda rodada, foram utilizados os dados de todos os estratos do PMAQ, ou seja, todas as amostras do banco.

Em ambas as análises foi utilizado o *Odds Ratio* (OR) como medida de associação e o nível de significância de 0,05.

Adicionalmente, o banco agregado com os agentes contratantes dos profissionais de cada equipe, obtidos a partir dos vínculos do CNES foi comparado ao banco público com microdados da avaliação externa do PMAQ, respondido por um profissional da equipe avaliada. Este último se trata de um quarto banco do PMAQ, na forma de dado aberto, disponível no sítio: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo>. Ele fornece o agente contratante do profissional da equipe que respondeu a avaliação externa. Dessa forma, surgiu a pergunta: *o agente contratante do profissional que respondeu a avaliação pode ser generalizado para toda a equipe dele?*

Assim, o objetivo foi comparar o agente contratante de cada profissional das equipes do banco agregado com o agente contratante do profissional da equipe que respondeu a avaliação, generalizado para toda a equipe deste profissional.

Os agentes contratantes no banco com as informações do profissional da equipe que respondeu a avaliação externa tem as mesmas categorias do banco do módulo eletrônico respondido pelo gestor do município e foram classificadas em público e privado da mesma

forma que foram feitas nas análises apresentadas anteriormente. A categoria “outros” também foi excluída, por não distinguir outras modalidades de público e de privado.

Em seguida, foram excluídas do banco agregado as categorias de agentes contratantes mistos. Dessa forma, em ambos os bancos a serem comparados foram trabalhadas apenas as equipes com categorias 100% Público e 100% Privado.

A partir disso, os dados foram distribuídos em tabela de contingência 2x2 e foram calculadas a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia. Dessa forma, foi comparado o banco respondido pelo profissional da equipe que teve seu agente contratante generalizado para toda a equipe com o banco agregado contendo o agente contratante de cada profissional da equipe obtido de forma indireta, a partir do vínculo fornecido pelo CNES. Nessa análise, foram avaliadas 22919 equipes.

As análises foram desenvolvidas nos programas Excel, versão WPS Office 10.2.0.5978 e Statistical Package for Social Science (SPSS), versão IBM SPSS Statistics 20 20.0.0.0.

6 RESULTADOS

6.1 ANÁLISE POR MUNICÍPIO

Foram analisados 4469 municípios, correspondendo a 80,2% dos municípios brasileiros. A tabela 1 apresenta a distribuição de municípios gerenciados por agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação. Observa-se nessa tabela que os municípios com menos modalidades de agentes contratantes 100% públicas estão localizadas nos estados de Roraima (72,73%), Amapá (75,00%) e Pará (78,38%). No entanto, quando são comparados apenas os municípios gerenciados totalmente por agentes contratantes públicos e totalmente privados; ou seja, quando são excluídos os municípios com modalidades de contratação mista (tabela 2), sobressai o estado do Amazonas dentre as demais unidades da federação, como aquele que tem mais municípios gerenciados integralmente por agentes contratantes privados (4,17%).

Tabela 1. Distribuição de municípios gerenciados por agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação. Brasil, 2014.

Unidade da Federação													Total
	Categorias de agente contratante												
	100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado				
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Unidade da Federação	AC	11	84,62	1	7,69	1	7,69	0	0,00	0	0,00	13	100%
	AL	70	88,61	7	8,86	1	1,27	1	1,27	0	0,00	79	100%
	AM	46	85,19	4	7,41	0	0,00	2	3,70	2	3,70	54	100%
	AP	6	75,00	1	12,50	1	12,50	0	0,00	0	0,00	8	100%
	BA	294	82,82	33	9,30	14	3,94	10	2,82	4	1,13	355	100%
	CE	139	82,74	19	11,31	7	4,17	1	0,60	2	1,19	168	100%
	DF	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100%
	ES	53	84,13	7	11,11	1	1,59	2	3,17	0	0,00	63	100%
	GO	181	83,03	23	10,55	6	2,75	3	1,38	5	2,29	218	100%
	MA	74	87,06	7	8,24	2	2,35	1	1,18	1	1,18	85	100%
	MG	587	82,91	78	11,02	25	3,53	8	1,13	10	1,41	708	100%
	MS	58	89,23	4	6,15	2	3,08	1	1,54	0	0,00	65	100%
	MT	96	80,00	18	15,00	3	2,50	1	0,83	2	1,67	120	100%
	PA	87	78,38	18	16,22	4	3,60	1	0,90	1	0,90	111	100%
	PB	174	84,06	19	9,18	10	4,83	3	1,45	1	0,48	207	100%
	PE	133	80,61	20	12,12	6	3,64	3	1,82	3	1,82	165	100%
	PI	167	88,36	15	7,94	4	2,12	2	1,06	1	0,53	189	100%
	PR	301	86,25	26	7,45	14	4,01	4	1,15	4	1,15	349	100%

RJ	70	83,33	9	10,71	2	2,38	2	2,38	1	1,19	84	100%
RN	122	84,14	15	10,34	2	1,38	4	2,76	2	1,38	145	100%
RO	42	89,36	4	8,51	0	0,00	1	2,13	0	0,00	47	100%
RR	8	72,73	3	27,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	11	100%
RS	246	80,66	36	11,80	12	3,93	4	1,31	7	2,30	305	100%
SC	237	84,04	28	9,93	11	3,90	3	1,06	3	1,06	282	100%
SE	53	86,89	8	13,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00	61	100%
SP	383	81,66	58	12,37	20	4,26	4	0,85	4	0,85	469	100%
TO	94	87,85	10	9,35	1	0,93	0	0,00	2	1,87	107	100%
Total	3733	83,53	471	10,54	149	3,33	61	1,36	55	1,23	4469	100%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Distribuição de municípios gerenciados totalmente por agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação. Brasil, 2014.

	Tipo de agente contratante				Total	
	100% Público		100% Privado			
	n	%	n	%	n	%
AC	11	100,00	0	0,00	11	100%
AL	70	100,00	0	0,00	70	100%
AM	46	95,83	2	4,17	48	100%
AP	6	100,00	0	0,00	6	100%
BA	294	98,66	4	1,34	298	100%
CE	139	98,58	2	1,42	141	100%
DF	1	100,00	0	0,00	1	100%
ES	53	100,00	0	0,00	53	100%
GO	181	97,31	5	2,69	186	100%
MA	74	98,67	1	1,33	75	100%
MG	587	98,32	10	1,68	597	100%
MS	58	100,00	0	0,00	58	100%
MT	96	97,96	2	2,04	98	100%
PA	87	98,86	1	1,14	88	100%
PB	174	99,43	1	0,57	175	100%
PE	133	97,79	3	2,21	136	100%
PI	167	99,40	1	0,60	168	100%
PR	301	98,69	4	1,31	305	100%
RJ	70	98,59	1	1,41	71	100%
RN	122	98,39	2	1,61	124	100%
RO	42	100,00	0	0,00	42	100%
RR	8	100,00	0	0,00	8	100%
RS	246	97,23	7	2,77	253	100%
SC	237	98,75	3	1,25	240	100%
SE	53	100,00	0	0,00	53	100%
SP	383	98,97	4	1,03	387	100%
TO	94	97,92	2	2,08	96	100%
Total	3733	98,55	55	1,45	3788	100%

Fonte: Elaboração própria.

Constatou-se, conforme a tabela 3, que a maioria dos municípios está vinculada a agentes contratantes públicos no Brasil (83,53%), variando de forma desigual de acordo com os estratos socioeconômicos definidos pelo PMAQ. O estrato 5 é o que comporta o maior número de agentes contratantes públicos (85,11%), enquanto que o estrato 6 comporta o menor número (76,80%). Observa-se, dessa forma, que o estrato 6 concentra os maiores números de agentes contratantes privados (23,20%), com uma concentração na categoria “De 75 a 99% Público” (15,20%); mostrando que a maioria dos agentes contratantes privados estão concentrados em municípios grandes que possuem os melhores indicadores socioeconômicos e que são mistos, ou seja, possuem tanto agentes contratantes públicos quanto agentes contratantes privados.

Tabela 3. Distribuição de municípios com agentes contratantes públicos e privados por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.

Brasil, 2011													
Percentual de agentes contratantes públicos e privados												Total	
	100% público		De 75 a 99,99% público		De 50 a 74,99% público		0,01 a 49,99% público		100% privado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n		
Estrato	1	1394	84,74	177	10,76	40	2,43	15	0,91	19	1,16	1645	100%
	2	737	82,44	92	10,29	35	3,91	17	1,90	13	1,45	894	100%
	3	503	83,42	61	10,12	21	3,48	10	1,66	8	1,33	603	100%
	4	740	82,87	97	10,86	35	3,92	11	1,23	10	1,12	893	100%
	5	263	85,11	25	8,09	12	3,88	7	2,27	2	0,65	309	100%
	6	96	76,80	19	15,20	6	4,80	1	0,80	3	2,40	125	100%
Total		3733	83,53	471	10,54	149	3,33	61	1,36	55	1,23	4469	100%

Fonte: Elaboração própria.

Quando a distribuição de agentes contratantes públicos e privados é analisada por regiões geográficas (tabela 4), verifica-se que a região sudeste é a que possui menos municípios gerenciados exclusivamente pela administração pública direta e indireta. Tais resultados estão em conformidade com a tabela 3, que mostrou que a maioria dos agentes contratantes privados está localizada nos municípios mais populosos e com maior dinamismo econômico. Nessa região, 17,45% dos municípios possuem alguma modalidade de gestão privada. Observa-se, no entanto, que as diferenças no que se refere ao quantitativo de municípios gerenciados por modalidades públicas e privadas, entre regiões geográficas, são

pequenas. A diferença entre o Sudeste, região com mais modalidades privadas, e o Nordeste, região com mais modalidades públicas é de apenas 1,77%.

Tabela 4. Distribuição de municípios com agentes contratantes públicos e privados por região geográfica. Brasil, 2014.

		Percentual de vínculos públicos										Total	
		100% público		De 75 a 99,99% público		De 50 a 74,99% público		0,01 a 49,99% público		100% privado			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Região geográfica	Norte	294	83,76	41	11,68	7	1,99	4	1,14	5	1,42	351	100%
	Nordeste	1226	84,32	143	9,83	46	3,16	25	1,72	14	0,96	1454	100%
	Sudeste	1093	82,55	152	11,48	48	3,63	16	1,21	15	1,13	1324	100%
	Sul	784	83,76	90	9,62	37	3,95	11	1,18	14	1,50	936	100%
	Centro Oeste	336	83,17	45	11,14	11	2,72	5	1,24	7	1,73	404	100%
Total		3733	83,53	471	10,54	149	3,33	61	1,36	55	1,23	4469	100%
Fonte: Elaboração própria.													

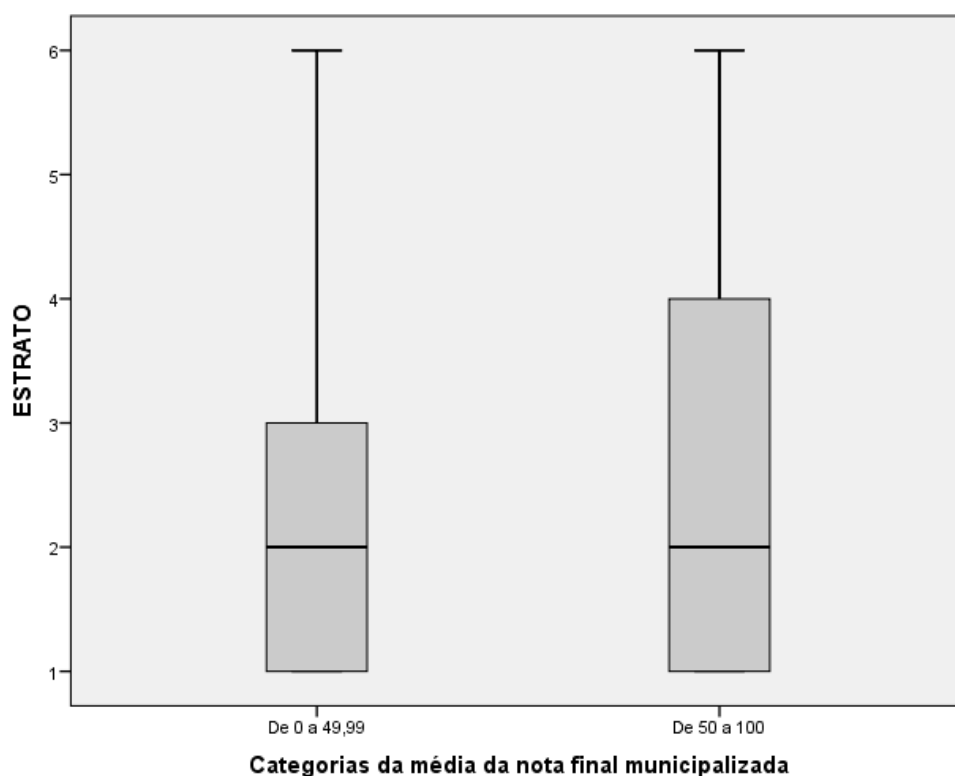
Na tabela 5 é mostrada a distribuição das categorias da média da nota final municipalizada por estratos do PMAQ. É possível perceber que na categoria “Baixa” há um predomínio de municípios no estrato 3 (48,31%), seguido do estrato 2 (46,59%), 1 (36,50%), 4 (32,53%), 5 (30,55%) e 6 (28,26%), respectivamente. Já na categoria “Média” predominam municípios no estrato 5 (65,13%), seguidos pelos municípios nos estratos 6 (63,04%), 4 (60,66%), 1 (58,94%), 2 (52,71%) e 3 (50,66%). Por fim, na categoria “Alta”, destacam-se os municípios nos estratos 6 (8,70), concentrando os maiores valores da categoria, seguido dos estratos 4 (6,81%), 1 (4,56%), 5 (4,32%), 3 (1,03%) e 2 (0,69%), respectivamente.

É importante observar que em nenhuma das categorias da avaliação externa/autoavaliação/indicadores (Baixa, Média e Alta) o estrato 1, ou seja, aquele que concentra os menores municípios e com o menor dinamismo econômico ficou na última posição, com os piores coeficientes. Por outro lado, fica evidente que as notas da avaliação externa/autoavaliação/indicadores mais baixas estão concentradas nos municípios 3, 2 e 1, respectivamente; enquanto que as notas médias e altas são predominantes nos estratos 5, 6 e 4, respectivamente; ou seja os municípios com melhor avaliação (Média e Alta) estão reunidos nos estratos mais elevados e os municípios localizados nos estratos mais baixos concentram as piores notas obtidas no processo de avaliação externa/autoavaliação/indicadores, da certificação pelo PMAQ (Gráfico 1).

Tabela 5. Distribuição da média da nota final municipalizada por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.

		Categorias da média da nota final municipalizada						Total	
		Baixa		Média		Alta			
		N	%	N	%	n	%	n	%
Estrato	1	680	36,50	1098	58,94	85	4,56	1863	100%
	2	472	46,59	534	52,71	7	0,69	1013	100%
	3	329	48,31	345	50,66	7	1,03	681	100%
	4	325	32,53	606	60,66	68	6,81	999	100%
	5	106	30,55	226	65,13	15	4,32	347	100%
	6	39	28,26	87	63,04	12	8,70	138	100%
Total		1951	38,70	2896	57,45	194	3,85	5041	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 1. Boxplot da distribuição da média da nota final municipalizada por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.

Fonte: Elaboração própria.

Quando a mesma análise é feita, verificando por região geográfica ao invés dos estratos do PMAQ (tabela 6), observa-se que os dados mantêm o mesmo comportamento. A região norte, a menos populosa e uma das mais pobres, apresenta um predomínio de municípios com notas baixas (66,08%), ao passo que nas demais regiões predominam notas

médias, com destaque para a região sudeste apresentando os valores mais altos de notas médias (65,15%). Além disso, a região sul se sobressai dentre as demais por apresentar os maiores coeficientes de nota alta (9,88%), contra o sudeste com 3,82%, centro-oeste com 2,23%, nordeste com 1,39% e norte com 0,25%.

Tabela 6. Distribuição da média da nota final municipalizada por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.

		Categorias da média da nota final municipalizada						Total	
		Baixa		Média		Alta			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Região geográfica	Norte	265	66,08	135	33,67	1	0,25	401	100%
	Nordeste	700	42,25	934	56,37	23	1,39	1657	100%
	Sudeste	463	31,03	972	65,15	57	3,82	1492	100%
	Sul	316	30,30	624	59,83	103	9,88	1043	100%
	Centro Oeste	207	46,21	231	51,56	10	2,23	448	100%
Total		1951	38,70	2896	57,45	194	3,85	5041	100%
Fonte: Elaboração própria.									

Quando cruzados os dados referentes à distribuição de municípios brasileiros gerenciados por agentes contratantes públicos e privados com as médias das notas da avaliação externa/autoavaliação/indicadores do PMAQ (tabela 7), verifica-se que os municípios mistos que tem de 0,01 a 49,99% de agentes contratantes públicos concentram as notas mais baixas em comparação às demais categorias de agentes contratantes (40,98%), em contrapartida a categoria “De 50 a 74,99% público” é a que possui os níveis mais elevados dos municípios com nota média (65,77%). Por fim, os municípios que são gerenciados 100% por agentes contratantes privados aglutinam as notas mais altas (7,27%). Observa-se, ainda, que de forma geral tanto os municípios sob gerenciamento público quanto privado, parcial ou total, aglutinam mais notas classificadas como médias.

Tabela 7. Percentual de agentes contratantes públicos e privados pela média da nota final da certificação categorizada. Brasil, 2014.

Categorias de agentes contratantes	Total
------------------------------------	-------

Nota geral categorizada		100% público		De 75 a 99,99% público		De 50 a 74,99% público		0,01 a 49,99% público		100% privado				
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
		Baixa	1347	36,08	174	36,94	46	30,87	25	40,98	19	34,55	1611	36,05
		Média	2235	59,87	275	58,39	98	65,77	36	59,02	32	58,18	2676	59,88
	Alta	151	4,05	22	4,67	5	3,36	0	0,00	4	7,27	182	4,07	
Total		3733	100,00	471	100,00	149	100,00	61	100,00	55	100,00	4469	100,00	

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar a associação entre a modalidade de contratação dos municípios brasileiros (agentes contratantes 100% públicos e 100% privados) na atenção básica e a nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores municipalizada e ajustada pelos estratos do PMAQ, verificou-se que não houve associação entre a modalidade de contratação a nota municipalizada obtida no processo de avaliação externa/autoavaliação/indicadores (tabela 8). Observa-se, que embora o *Odds Ratio* tenha sido 1,093 (0,621 - 1,925), o valor de p foi maior que 0,05. Assim, verifica-se que a obtenção de notas mais altas no processo de avaliação externa/autoavaliação/indicadores não está associada à modalidade do agente contratante, se público ou privado, quando os dados são municipalizados.

Tabela 8. Regressão logística binária entre agentes contratantes públicos e privados e nota do município. Brasil, 2014.

		B	p	OR	Intervalo de Confiança 95%
Agente contratante	100% Público	-	-	1	-
	100% Privado	0,089	0,758	1,093	0,621 - 1,925

Modelo Ajustado por Estrato; R²: 0,027

Nota: OR: Odds Ratio.

Categoria de Referência: Nota de referência Baixa.

Fonte: Elaboração própria.

Os mesmos resultados foram observados quando os dados foram ajustados pelo IVS, porte do município e cobertura de ESF para a nota geral municipalizada e para os três estados com maior número de OSC atuantes na área da saúde, RJ, SP e RS. Não foi encontrada significância estatística, $p > 0,005$ (tabela 9 e 10).

Tabela 9. Regressão logística binária entre agentes contratantes públicos e privados e nota geral do processo de certificação municipalizada: ajustada por IVS, porte do município e cobertura de ESF. Brasil, 2014.

		B	p	OR	Intervalo de Confiança 95%
Agente contratante	100% Público	-	-	1	-
	100% Privado	0,035	0,905	1,036	0,582 - 1,845

Modelo Ajustado por IVS, porte do município e cobertura de ESF; R2: 0,074

Nota: OR: Odds Ratio.

Categoria de Referência: Nota de referência Baixa.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 10. Regressão logística binária entre agentes contratantes públicos e privados e nota geral do processo de certificação municipalizada - recorte RJ, SP e RS: ajustado por IVS, porte do município e cobertura de ESF. Brasil, 2014.

		B	p	OR	Intervalo de Confiança 95%
Agente contratante	100% Público	-	-	1	-
	100% Privado	0,298	0,669	1,347	0,343 - 5,293

Modelo Ajustado por IVS, porte do município e cobertura de ESF; R2: 0,074

Nota: OR: Odds Ratio.

Categoria de Referência: Nota de referência Baixa.

Fonte: Elaboração própria.

6.2 ANÁLISE POR EQUIPE

Quando observada a distribuição das equipes de atenção básica gerenciadas por diferentes categorias de agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação (tabela 11), verifica-se que São Paulo é o estado que possui menos equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes públicos (46,80%), seguido por Rio de Janeiro (60,83%), Paraná (74,91%), Rio Grande do Sul (79,43%) e Bahia (79,93%), respectivamente.

Esses mesmos estados concentram os maiores coeficientes de equipes gerenciadas de forma mista; ou seja, tanto por agentes contratantes públicos quanto privados ou gerenciadas totalmente por agentes privados. Nos estados do Paraná, Bahia e Rio grande do Sul predominam as categorias mistas, com agentes contratantes aglutinados na categoria “De 75 a 99,99% público”, com 17,33%, 11,24% e 10,84%, respectivamente. Em contrapartida, São

Paulo e Rio de Janeiro concentram substancialmente equipes com agentes contratantes 100% privados, 30,61% e 30,77%, respectivamente.

Tabela 11. Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por unidades da federação. Brasil, 2014.

		Categorias de agentes contratantes										Total	
		100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado			
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Unidade da Federação	AC	90	97,83	2	2,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	92	100,00%
	AL	604	92,07	26	3,96	13	1,98	13	1,98	0	0,00	656	100,00%
	AM	361	91,39	5	1,27	4	1,01	21	5,32	4	1,01	395	100,00%
	AP	113	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	113	100,00%
	BA	1991	79,93	280	11,24	167	6,70	39	1,57	14	0,56	2491	100,00%
	CE	1443	94,01	60	3,91	21	1,37	8	0,52	3	0,20	1535	100,00%
	DF	97	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	97	100,00%
	ES	405	93,75	11	2,55	8	1,85	6	1,39	2	0,46	432	100,00%
	GO	1084	96,18	29	2,57	9	0,80	3	0,27	2	0,18	1127	100,00%
	MA	574	96,31	11	1,85	11	1,85	0	0,00	0	0,00	596	100,00%
	MG	3205	94,91	51	1,51	17	0,50	58	1,72	46	1,36	3377	100,00%
	MS	398	96,60	7	1,70	7	1,70	0	0,00	0	0,00	412	100,00%
	MT	445	92,52	26	5,41	4	0,83	6	1,25	0	0,00	481	100,00%
	PA	683	97,16	5	0,71	10	1,42	5	0,71	0	0,00	703	100,00%
	PB	1122	98,68	6	0,53	2	0,18	6	0,53	1	0,09	1137	100,00%
	PE	1620	93,97	40	2,32	24	1,39	29	1,68	11	0,64	1724	100,00%
	PI	616	90,06	57	8,33	10	1,46	0	0,00	1	0,15	684	100,00%
	PR	1245	74,91	288	17,33	117	7,04	8	0,48	4	0,24	1662	100,00%
	RJ	1014	60,83	16	0,96	23	1,38	101	6,06	513	30,77	1667	100,00%
	RN	711	96,47	9	1,22	10	1,36	6	0,81	1	0,14	737	100,00%
	RO	231	98,30	4	1,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	235	100,00%
	RR	59	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	59	100,00%
	RS	865	79,43	118	10,84	49	4,50	39	3,58	18	1,65	1089	100,00%
	SC	1219	93,91	53	4,08	16	1,23	8	0,62	2	0,15	1298	100,00%
	SE	341	98,27	2	0,58	2	0,58	2	0,58	0	0,00	347	100,00%
	SP	1570	46,80	304	9,06	160	4,77	294	8,76	1027	30,61	3355	100,00%
	TO	267	96,04	5	1,80	5	1,80	1	0,36	0	0,00	278	100,00%
Total		22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 12, foram excluídas as categorias mistas de agentes contratantes. Assim, foram apresentadas as equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes públicos e aquelas gerenciadas totalmente por agentes privados, ainda, por unidade da federação. Com exceção dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, os demais apresentaram mais de 97% de suas equipes sendo gerenciadas por agentes contratantes 100% público. Excluídas as equipes mistas, em São Paulo 60,45% das equipes são de agentes 100% públicos e 39,55% de agentes 100% privados. No Rio de Janeiro são de agentes 100% públicos 66,40 % e de agentes 100% privados, 33,60% das equipes.

Tabela 12. Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação, excluídas as equipes com agentes contratantes mistos. Brasil, 2014.

		Tipo de agente contratante				Total	
		100% Público		100% Privado		n	%
		n	%	n	%		
Unidade da Federação	AC	90	100,00	0	0,00	90	100%
	AL	604	100,00	0	0,00	604	100%
	AM	361	98,90	4	1,10	365	100%
	AP	113	100,00	0	0,00	113	100%
	BA	1991	99,30	14	0,70	2005	100%
	CE	1443	99,79	3	0,21	1446	100%
	DF	97	100,00	0	0,00	97	100%
	ES	405	99,51	2	0,49	407	100%
	GO	1084	99,82	2	0,18	1086	100%
	MA	574	100,00	0	0,00	574	100%
	MG	3205	98,59	46	1,41	3251	100%
	MS	398	100,00	0	0,00	398	100%
	MT	445	100,00	0	0,00	445	100%
	PA	683	100,00	0	0,00	683	100%
	PB	1122	99,91	1	0,09	1123	100%
	PE	1620	99,33	11	0,67	1631	100%
	PI	616	99,84	1	0,16	617	100%
	PR	1245	99,68	4	0,32	1249	100%
	RJ	1014	66,40	513	33,60	1527	100%
	RN	711	99,86	1	0,14	712	100%
	RO	231	100,00	0	0,00	231	100%
	RR	59	100,00	0	0,00	59	100%
	RS	865	97,96	18	2,04	883	100%
	SC	1219	99,84	2	0,16	1221	100%
	SE	341	100,00	0	0,00	341	100%
	SP	1570	60,45	1027	39,55	2597	100%

	TO	267	100,00	0	0,00	267	100%
Total		22373	93,14	1649	6,86	24022	100%

Fonte: Elaboração própria.

Foi analisada, também, a distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por estratos do PMAQ (tabela 13). O resultados mostram que embora em todos os estratos predominem equipes na categoria de agentes contratantes 100% públicos, o estrato 6 é o que menos tem equipes nessa categoria (60,42%), seguido dos estratos 4 (87,32%) e 5 (90,32%). Na categoria “De 75 a 99,99% público” se destaca o estrato 4 com 7,16% das equipes. Novamente, o estrato 6 se sobressai nas categorias “De 50 a 74,99% público”, de “0,01 a 49,99% público” e “100% privado” com 4,12%, 5,26% e 25,42%, os maiores coeficientes das categorias.

Tabela 13. Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.

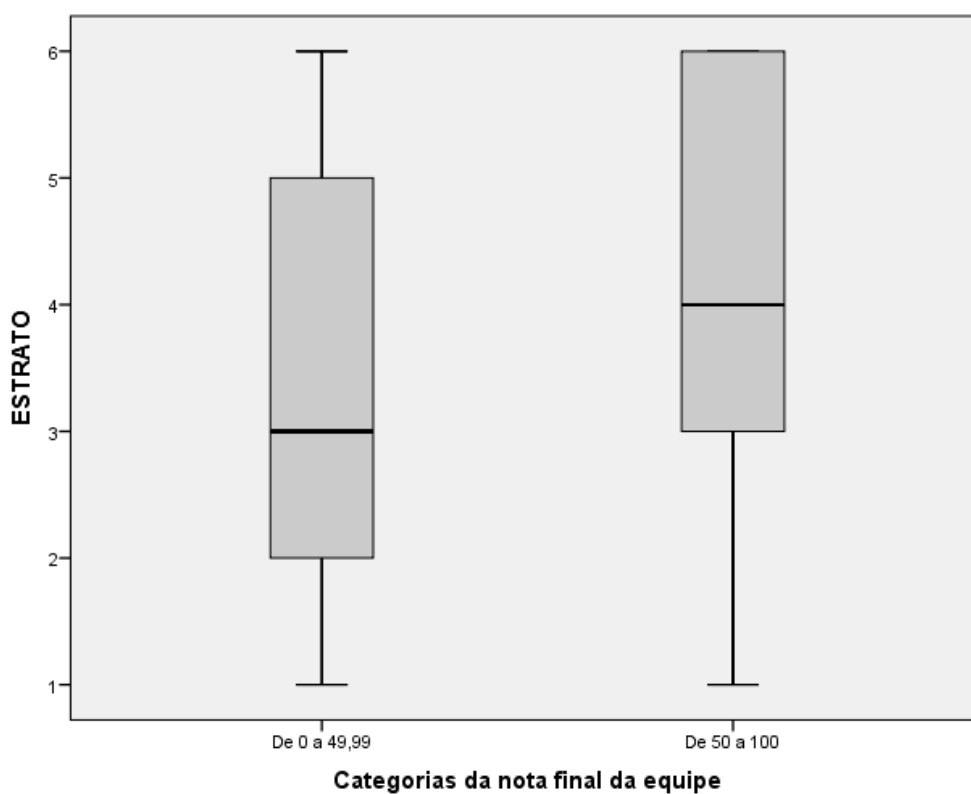
	Categorías de agentes contratantes											Total	
	100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado				
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ESTRATO	1	2454	92,22	141	5,30	33	1,24	27	1,01	6	0,23	2661	100,00%
	2	3506	92,00	183	4,80	64	1,68	35	0,92	23	0,60	3811	100,00%
	3	4134	90,62	247	5,41	108	2,37	53	1,16	20	0,44	4562	100,00%
	4	4388	87,32	360	7,16	129	2,57	116	2,31	32	0,64	5025	100,00%
	5	4271	90,32	198	4,19	108	2,28	107	2,26	45	0,95	4729	100,00%
	6	3620	60,42	286	4,77	247	4,12	315	5,26	1523	25,42	5991	100,00%
Total		22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Além da análise por estrato, quando observada a distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por região geográfica (tabela 14), verifica-se que as equipes se concentram na categoria “100% público”, porém verifica-se que nessa categoria as regiões Sudeste e Sul apresentam os menores percentuais, 70,14% e 82,22%, respectivamente. Nas categorias das equipes gerenciadas “De 75 a 99,99% público” e “De 50 a 74,99% público” sobressai com os maiores valores, a região sul com 11,34% e 4,49%, respectivamente. Nas categorias “De 0,01 a 49,99% público” e “100% privado” destaca a região sudeste, 5,20% e 17,98%, respectivamente.

Tabela 14. Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por região

Gráfico 2. Boxplot da distribuição das notas obtidas pelas equipes avaliadas por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

Corroboram com os achados anteriores, a tabela 16. Nesta é mostrada a distribuição das notas obtidas pelas equipes avaliadas por região geográfica. As regiões que apresentaram as notas mais baixas foram, respectivamente, a Norte (57,27%), a Centro-Oeste (43,28%) e a Nordeste (36,10%). Em contrapartida as regiões Sul e Sudeste concentraram as notas mais altas, 16,57% e 11,27%, respectivamente. Ou seja, as notas mais altas se concentraram nas regiões mais ricas economicamente e mais populosas, assim como os resultados por estrato do PMAQ mostraram.

Tabela 16. Distribuição das notas obtidas pelas equipes avaliadas por região geográfica. Brasil, 2014.

		Nota geral da equipe						Total	
		Baixa		Média		Alta			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Região geográfica	Norte	1237	57,27	905	41,90	18	0,83	2160	100,00%
	Nordeste	3887	36,10	6486	60,23	395	3,67	10768	100,00%
	Sudeste	2581	25,55	6381	63,18	1138	11,27	10100	100,00%
	Sul	1124	24,93	2638	58,51	747	16,57	4509	100,00%

Centro Oeste	970	43,28	1197	53,41	74	3,30	2241	100,00%
Total	9799	32,91	17607	59,13	2372	7,97	29778	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Quando é analisada a distribuição da nota geral das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados, observa-se que predominam entre as equipes gerenciadas totalmente por agentes públicos notas baixas (90,41%), em comparação àquelas que obtiveram notas médias (81,47%) e notas altas (70,91%). No entanto, verifica-se que o inverso ocorre quando são observadas as demais categorias, ou seja, aquelas que incluem modalidades de gestão mista e as que são gerenciadas totalmente por agentes privados. Os resultados mostram que dentre as equipes gerenciadas exclusivamente pelo privado, obtiveram nota baixa 0,72%, porém obtiveram notas médias e altas 8% e 14,69%, respectivamente (Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição da nota geral das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.

	Categorias de agente contratante da equipe												Total	
	100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nota geral da equipe	Baixa	7911	90,41	456	5,21	184	2,10	136	1,55	63	0,72	8750	100,00%	
	Média	12941	81,47	812	5,11	412	2,59	448	2,82	1271	8,00	15884	100,00%	
	Alta	1521	70,91	147	6,85	93	4,34	69	3,22	315	14,69	2145	100,00%	
Total		22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%	

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 18, é apresentada a distribuição das notas da dimensão I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica obtidas pelas equipes avaliadas por categorias de agentes contratantes públicos e privados. Conforme a tabela, observa-se uma diferença discreta entre equipes gerenciadas pelo público e o privado. Dentre as equipes gerenciadas 100% por agentes contratantes públicos, estão as que receberam predominantemente notas classificadas como média (88,78%), seguidas de notas baixas (85,03%) e altas (82,38%). Quanto às categorias de contratação mistas, os valores variaram.

Na categoria “De 75 a 99,99% público” predominaram equipes com notas médias (5,49%), enquanto que nas categorias “De 50 a 74,99% público” e “De 0,01 a 49,99% público” predominaram notas altas, 2,71% e 2,54%, respectivamente. As equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes privados também obtiveram majoritariamente notas altas (7,15%), seguidas de notas baixas e médias, respectivamente, 5,16% e 1,30%.

Tabela 18. Distribuição da nota da dimensão I - Gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica - das equipes avaliadas por categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.

		Categorias de agente contratante da equipe										Total	
		100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dimensão I	Baixa	4039	85,03	256	5,39	113	2,38	97	2,04	245	5,16	4750	100,00%
	Média	2587	88,78	160	5,49	58	1,99	71	2,44	38	1,30	2914	100,00%
	Alta	15747	82,38	999	5,23	518	2,71	485	2,54	1366	7,15	19115	100,00%
Total		22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da dimensão II - Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS mostraram que as equipes gerenciadas 100% por agentes contratantes públicos têm de forma predominante equipes que receberam notas baixas (90,64%), seguidas por notas médias (75,30%) e notas altas (55,85%). As categorias mistas “De 75 a 99,99% público” e “De 50 a 74,99% público” possuem mais equipes classificadas como média (6,66% e 3,31%, respectivamente). Em contrapartida, as equipes gerenciadas de 0,01 a 49,99% por agentes públicos e aquelas 100% privadas obtiveram em sua maioria notas altas: 7,63% e 30,26%, respectivamente (tabela 19).

Tabela 19. Distribuição da nota da dimensão II - Estrutura e condições de funcionamento da UBS - das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.

Categorias de agente contratante da equipe											
100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado		Total	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

Dimensão II	Baixa	15309	90,64	816	4,83	375	2,22	255	1,51	135	0,80	16890	100,00%
	Média	5966	75,30	528	6,66	262	3,31	248	3,13	919	11,60	7923	100,00%
	Alta	1098	55,85	71	3,61	52	2,64	150	7,63	595	30,26	1966	100,00%
	Total	22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%
Fonte: Elaboração própria.													

Ao contrário do que os resultados mostraram até o momento, no que se refere à dimensão III - Valorização do Trabalhador, observa-se que as equipes gerenciadas diretamente pelo poder público têm melhores notas em comparação àquelas gerenciadas por agentes contratantes privados. Nas categorias “100% público”, “De 75 a 99,99% público” e “De 50 a 74,99% público” predominam notas altas (87,39%, 7,49% e 4,45%, respectivamente), seguidas de notas médias (87,06%, 5,70% e 2,69%, respectivamente). Por outro lado, nas categorias “0,01 a 49,99% público” e “100% privado” há o predomínio de equipes com notas baixas (2,87% e 8,39%, respectivamente), seguidas de notas médias (2,08% e 2,47%, respectivamente) (tabela 20).

Tabela 20. Distribuição da nota da dimensão III - Valorização do trabalhador - das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.													
Dimensão III		Categorias de agente contratante da equipe										Total	
		100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Baixa	14536	81,72	852	4,79	397	2,23	511	2,87	1492	8,39	17788	100,00%
	Média	5363	87,06	351	5,70	166	2,69	128	2,08	152	2,47	6160	100,00%
	Alta	2474	87,39	212	7,49	126	4,45	14	0,49	5	0,18	2831	100,00%
Total		22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%
Fonte: Elaboração própria.													

No que se refere à dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho, observa-se que as equipes gerenciadas 100% por agentes contratantes públicos possuem predominantemente notas baixas (90,21%), seguidas de notas médias (85,03%) e altas (66,20%). Nas categorias de contratação mistas, os valores variaram. A categoria “De 75 a 99,99% público” apresentou mais equipes com notas altas (5,65%),

seguidas de notas baixas e médias (5,44% e 5,05%, respectivamente). Por outro lado, nas categorias “De 50 a 74,99% público”, “De 0,01 a 49,99% público” e “100% privado” predominaram equipes com notas altas. As equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes privados apresentaram 21,15% das equipes com notas altas, ao passo que notas médias e baixas significaram 4,31% e 0,66%, respectivamente (tabela 21).

Tabela 21. Distribuição da nota da dimensão IV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho - das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.

	Categorias de agente contratante da equipe											
	100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixa	7850	90,21	473	5,44	191	2,19	131	1,51	57	0,66	8702	100,00%
Dimensão IV												
Média	11327	85,49	669	5,05	354	2,67	328	2,48	571	4,31	13249	100,00%
Alta	3196	66,20	273	5,65	144	2,98	194	4,02	1021	21,15	4828	100,00%
Total	22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%
Fonte: Elaboração própria.												

Por fim, foi analisada a distribuição da nota da dimensão V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário das equipes avaliadas por categorias de agentes contratantes públicos e privados. Os resultados mostram, mais uma vez, que as equipes na categoria “100% público” tem mais notas baixas (87,13%) em comparação com as notas médias (58,90%) e altas (66,67%). O mesmo padrão se verifica com as categorias “De 75 a 99,99% público” e “De 50 a 74,99% público”. Essas categorias obtiveram 5,50% e 2,62% de notas baixas, respectivamente, e 3,80% e 2,27% de notas médias, respectivamente. Em nenhuma dessas categorias foram obtidas notas altas. A categoria mista “De 0,01 a 49,99% público” também não alcançou nenhuma nota alta; porém obteve mais equipes com notas médias (5,39%) do que baixas (2,01%). Em contrapartida, as equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes privados apresentam majoritariamente notas altas (33,33%), seguidas de notas médias (29,64%) e apenas 2,74% de notas baixas (tabela 22).

Tabela 22. Distribuição da nota da dimensão V - Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário - das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.

Categorias de agente contratante da equipe	Total
--	-------

	100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixa	20370	87,13	1286	5,50	612	2,62	470	2,01	641	2,74	23379	100,00%
Dimensão V Média	2001	58,90	129	3,80	77	2,27	183	5,39	1007	29,64	3397	100,00%
Alta	2	66,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	3	100,00%
Total	22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%
Fonte: Elaboração própria.												

Na análise inferencial, a partir do Modelo de efeitos aleatórios, quando são analisadas apenas as equipes classificadas no estrato 6 do PMAQ, observa-se que as dimensões II - Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS, III - valorização do trabalhador e V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário se mostraram não significativas. Verifica-se, também, que apenas a nota geral e as dimensões I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica e IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho mostraram significância estatística, ou seja, evidenciaram que equipes gerenciadas por agentes contratantes privados têm melhor nota obtida no processo de certificação quando comparadas às equipes gerenciadas pela administração pública direta e indireta (Tabela 23).

De acordo com a nota geral ser gerenciada por agente contratante privado tem 5,4 vezes mais chances da equipe obter melhor certificação. No que se refere à dimensão I essa chance é de 3,17 vezes e à dimensão IV de 6,59 vezes (tabela 23).

Tabela 23. Associação entre nota de certificação e agente contratante de Equipes de Atenção Básica situadas no estrato 6 do PMAQ. Belo Horizonte, 2014.

Notas	OR	I.C. - 95%	Valor-p
Geral	5,46	[1,11; 26,78]	0,036
Dimensão I	3,17	[1,26; 7,95]	0,014
Dimensão II	2,36	[0,69; 8,11]	0,172
Dimensão III	2,07	[0,64; 6,66]	0,222
Dimensão IV	6,59	[2,34; 18,52]	0,000
Dimensão V	2,17	[0; 9164,9]	0,856
Fonte: Elaboração própria.			

Quando analisadas as equipes de todo o Brasil, obtêm-se uma amostra de 22.373 equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes públicos e 1.649 equipes gerenciadas integralmente por agentes privados. Verifica-se que apenas a dimensão I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica permanece significativa, ou seja, dentro desta dimensão ser gerenciado por agentes contratantes privados tem 2,4 vezes mais chance de obter melhor nota no processo de certificação, comparado a equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos. Todas as demais dimensões e, inclusive, a nota geral, não mostrou significância estatística, mostrando dessa forma, que não há diferença estatística significativa entre modalidade de gestão e nota obtida no processo de certificação nessas modalidades (tabela 24).

Tabela 24. Associação entre nota de certificação e agente contratante de Equipes de Atenção Básica - análise geral. Belo Horizonte, 2014.

Notas	OR	I.C. - 95%	Valor-p
Geral	1,83	[0,85; 3,92]	0,120
Dimensão I	2,40	[1,13; 5,14]	0,024
Dimensão II	1,95	[0,91; 4,17]	0,086
Dimensão III	0,84	[0,42; 1,7]	0,634
Dimensão IV	1,50	[0,84; 2,68]	0,167
Dimensão V	3,18	[0,08; 122,75]	0,535
Fonte: Elaboração própria.			

Verifica-se portanto que a dimensão que mais está associada à uma melhor nota no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e ser gerenciada por agente contratante privado é a dimensão I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica, que apresentou significância estatística em ambas as análises. Em seguida, descancam-se a nota geral e a dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho, estatisticamente significativas na análise realizada somente com o estrato 6 do PMAQ, ou seja, aquele onde as equipes de atenção básica gerenciadas por agentes contratantes privados estão concentradas.

Por outro lado, verificou-se que as dimensões III - Valorização do Trabalhador e V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário não apresentaram associação significativa em nenhum dos testes realizados ao nível de equipes.

6.3 COMPATIBILIDADE DE BANCOS

Foi verificada, também, a compatibilidade entre os tipos de agentes contratantes de profissionais por equipes, a partir do banco público que consta o agente contratante do profissional que respondeu à etapa da avaliação externa e os agentes contratantes dos profissionais, por equipe, obtidos a partir do banco do módulo eletrônico, respondido pelo gestor municipal e do banco CNES, com o vínculo de cada profissional.

A tabela 25 apresenta o cruzamento de ambos os bancos citados anteriormente. A categoria outros do banco público com o agente contratante do profissional que respondeu à avaliação externa representa a categorias “outras” que não difere outras modalidades de público e privado. A partir das análises dos bancos foram obtidas 26549 equipes das 29778 equipes contidas no banco base que é o da avaliação externa/autoavaliação/indicadores.

Tabela 25. Compatibilidade de bancos: banco público como o agente contratante do profissional que respondeu a avaliação externa X banco do módulo eletrônico/CNES, considerando todas as categorias de agentes contratantes. Brasil, 2014.

		Categorias de agentes contratantes das equipes					Total
		100% Público	De 75 a 99,99% público	De 50 a 74,99% público	0,01 a 49,99% público	100% Privado	
Agente contratante do profissional que respondeu a avaliação externa	Público	20434	1118	430	367	141	22490
	Privado	854	236	233	266	1490	3079
	Outros	879	47	24	17	13	980
Total		22167	1401	687	650	1644	26549

Fonte: Elaboração própria.

Para que fosse possível calcular a sensibilidade, especificidade, os valores preditivos positivo e negativo (VPP e VPN) e a acurácia foram filtradas apenas as equipes sabidamente gerenciadas totalmente por agentes contratantes públicos e privados do banco do módulo eletrônico/CNES (tabela 26). Foram obtidas a partir disso, 22.919 equipes.

Tabela 26. Compatibilidade de bancos: banco público como o agente contratante do profissional que respondeu a avaliação externa X banco do módulo eletrônico/CNES, excluindo categorias mistas de agentes contratantes. Brasil, 2014.

		Categorias de agentes contratantes das equipes, excluídas as categorias mistas		Total
		100% Privado	100% Público	
Agente contratante do profissional que respondeu a avaliação externa	Privado	1490	854	2344
	Público	141	20434	20575
Total		1631	21288	22919

Fonte: Elaboração própria.

A sensibilidade para este teste é a proporção de verdadeiras equipes gerenciadas por agentes contratantes privados entre todas as equipes privadas do banco do módulo eletrônico/CNES. Esta avalia a capacidade do teste apresentar agentes privados quando de fato os agentes contratantes são privados (MEDRONHO *et al.*, 2009).

A especificidade é a proporção de verdadeiras equipes públicas dentre todas as equipes públicas do banco do módulo eletrônico/CNES. Ou seja, este avalia a capacidade do teste apresentar agentes públicos quando de fato os agentes contratantes são públicos (MEDRONHO *et al.*, 2009).

O VPP é a proporção de verdadeiros-privados entre todas as equipes que no banco testado apresentaram agentes contratantes privados. Por outro lado, o VPN é a proporção de verdadeiros-públicos entre todas as equipes que no banco testado apresentaram agentes contratantes públicos (MEDRONHO *et al.*, 2009).

A tabela 27 mostra os valores de sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e acurácia obtidos. Quando comparada a sensibilidade com a especificidade observa-se que ambos os valores estão acima de 90%. No entanto, a especificidade (95,99%) é maior que a sensibilidade (91,35%). Tais valores mostram que é maior a capacidade do banco testado de mostrar as equipes verdadeiramente públicas em comparação às verdadeiramente privadas dentre as equipes públicas e privadas do banco do módulo eletrônico/CNES.

Esses achados são corroborados com os valores de VPP e VPN. O VPN que é a capacidade do banco testado apresentar as equipes verdadeiramente públicas entre todas as equipes que ele diagnosticou como sendo públicas é bem superior ao VPP; ou seja, à capacidade do banco testado mostrar as equipes verdadeiramente privadas entre todas as equipes que o banco mostrou como sendo privadas (99,31% e 63,57%, respectivamente). Apesar disso, observa-se que a acurácia do banco testado é alta. Ou seja, a proporção de acertos (tanto os verdadeiros privados, quanto os verdadeiros públicos) é de 95,66% (tabela 27).

Tabela 27. Sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e acurácia do banco de livre acesso com o agente contratante do profissional que respondeu a avaliação externa em comparação ao banco do módulo do gestor/CNES. Brasil, 2014.

Método testado	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	Acurácia
----------------	---------------	----------------	-----	-----	----------

Agente contratante do profissional que respondeu a avaliação externa	91,35%	95,99%	63,57%	99,31%	95,66%
--	--------	--------	--------	--------	--------

Fonte: Elaboração própria.

7 DISCUSSÃO

As novas modalidades de gestão inseridas no sistema público de saúde brasileiro foram se estruturando e ocupando cada vez mais espaços que antes da contrarreforma do Estado eram exclusivos do poder público. Inicialmente, as Organizações da Sociedade Civil eram mais frequentes no âmbito hospitalar, porém aos poucos foram crescendo e se fortalecendo sob a égide do Estado, alcançando também a atenção básica brasileira (SANTOS *et al.*, 2013).

Os pressupostos da contrarreforma do Estado no Brasil tiveram a atividade regulatória como o cerne do processo de publicização, sob o qual entidades do Terceiro Setor foram fortalecidas. Estas se configuraram como novos arranjos jurídicos na gestão de serviços de saúde, a partir do discurso da maior eficiência e dinamismo desses agentes. Trata-se na realidade de pessoas jurídicas de direito privado que ameaçam o Sistema Único de Saúde (SUS) na medida em que competem com os serviços administrados diretamente pela administração pública, ao mesmo tempo em que se apropriam do sistema público de saúde, gozando de diversas vantagens que são usadas para defender uma aparente maior eficiência (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Os resultados encontrados neste estudo evidenciam elementos importantes sobre o processo de gestão de serviços de saúde, no tocante ao mix público-privado na atenção básica brasileira. Sano e Abrúcio (2008), em estudo sobre OSs no Estado de São Paulo, realizaram levantamento sobre o número de OSs existentes no país. Os autores verificaram que no final de 2007 havia 70 OSs em todo o país. Apesar de não apresentarem dados para todas as unidades da federação, foram disponibilizados dados de 13 estados. Segundo os autores, o Estado de São Paulo concentrava, naquela época, a maioria das OSs atuantes na área da saúde (16 OSs). Além de São Paulo, destacou-se também Pará (três OSs) e Bahia (três OSs).

Em estudo mais recente, desenvolvido por Santos, *et al* (2013), sobre novas modalidades de gestão na atenção básica brasileira, os autores verificaram que o sudeste é a região de maior concentração de modalidades privadas gerenciando serviços de atenção básica, com destaque para São Paulo e Rio de Janeiro.

Neste sentido, este estudo corrobora com os estudos encontrados na literatura. Os resultados desta pesquisa, apesar de aparecerem diluídos na análise por município, quando verificados a partir da análise por equipes de atenção básica, mostram que São Paulo e Rio de Janeiro lideram o *ranking* de unidades da federação com mais agentes contratantes privados,

principalmente quando são observadas apenas as equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes públicos e privados.

Além disso, ressaltam-se dentre os estados que têm equipes com modalidades de contratação mista; ou seja, equipes que têm profissionais pertencentes a agentes contratantes públicos e privados, a Bahia, o Paraná e o Rio Grande do Sul.

Santos, *et al* (2013) em seu estudo observaram que a região Sudeste, a mais desenvolvida entre as regiões brasileiras, se destacou por apresentar o maior percentual de privado não lucrativo como agente contratante das equipes de atenção básica, atingindo o percentual de aproximadamente 24%.

Greve e Coelho (2017), no estudo que desenvolveram no estado de São Paulo, encontraram que os municípios com menos de 10 mil habitantes, com alto percentual de usuários do SUS, e com alta porcentagem de negros e pardos são menos propensos a implementar a estratégia de contratação de entidades do terceiro setor para o gerenciamento de serviços de saúde. De acordo com Greve e Coelho (2017) esses resultados podem sinalizar tanto que as OSC estão concentradas em áreas mais populosas, como também que os municípios menores têm menos capacidade financeira e gerencial para contratar OSC.

Além desse estudo, Girardi e Carvalho (2003) verificaram que os agentes terceirizados contratados pelo poder público para a gestão dos serviços são mais utilizados nas regiões mais desenvolvidas do país.

Esses estudos vão ao encontro dos achados nesta pesquisa que observou, em ambas as análises (por município e por equipe), um maior número de contratações de agentes privados tanto no estrato 6, caracterizado por concentrar os municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos, quanto nas regiões sudeste e sul, caracterizadas como as porções mais industrializadas e com maior densidade demográfica do país (COELHO; SOARES, 2002).

No que se refere à distribuição das notas da avaliação externa/autoavaliação/indicadores por estratos, tanto na análise por município quanto na análise por equipe de saúde da família, verificou-se que o estrato 6 agrupa o conjunto de municípios com as melhores notas, enquanto que os estratos 1, 2 e 3, correspondentes aos municípios menores e com coeficientes econômicos mais frágeis, concentraram as menores notas.

Os resultados apontados vão ao encontro daqueles encontrados por d'Orsi, *et al* (2014). As autoras, ao analisarem desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil, verificaram que o atendimento na Região Sudeste ou Sul foi fator

significativamente associado à percepção de menor tempo de espera no atendimento, tratamento com mais respeito por parte dos profissionais de saúde, mais privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de fazer perguntas.

Esses dados são marcas das profundas desigualdades sociais existentes no país e que ainda persistem. Verifica-se que apesar da busca pelo SUS de oferecer um serviço de saúde universal, integral e equânime e das melhorias no acesso e qualidade dos serviços de saúde, já alcançados desde sua implantação, persiste, de forma urgente, a necessidade de esforços e a contínua luta para a oferta de serviços visando à redução das desigualdades no acesso e qualidade dos serviços de saúde ofertados no país.

Quando comparadas as notas obtidas no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores com as categorias de agentes contratantes públicos e privados, foi possível verificar que não houve diferenças, estatisticamente significativas, na análise por município. Em contrapartida, quando comparadas as mesmas categorias de agentes contratantes e a nota obtida no processo de certificação ao nível de equipes de atenção básica, observa-se que foi possível encontrar diferenças estatísticas significantes em todas as análises realizadas, ou seja, tanto na análise da nota geral, quanto nas análises por dimensões, seja quando os dados foram analisados em sua totalidade, bem como quando foi analisado apenas o estrato 6 do PMAQ.

Tal resultado evidencia que a análise de forma municipalizada não foi capaz de mostrar diferenças entre qualidade do cuidado ofertado e o tipo de gerenciamento, se público ou privado. Acredita-se que a aglutinação de notas de municípios muito grandes como é o caso de São e Rio de Janeiro e que concentram grande parte das OSC atuantes na área da saúde podem ter contribuído para a ausência de significância estatística nas análises por municípios.

Corroboram os achados deste estudo no que se refere à análise municipal, as pesquisas desenvolvidas por Volpato, *et al* (2016) e Machado, *et al* (2016). Volpato e colaboradores ao avaliar a qualidade do acesso nos serviços de atenção básica, constataram que as Unidades de Saúde da Família, apesar de terem maior autonomia administrativa e financeira, não obtiveram melhores resultados no acesso. Machado e colaboradores ao avaliarem associação entre mortalidade hospitalar e natureza jurídica do hospital, verificaram que o efeito da natureza jurídica do hospital sobre a mortalidade hospitalar ajustada não apresentou significância estatística.

O estudo desenvolvido por Volpato, *et al* (2016), tratou-se de estudo pequeno com apenas oito Unidades de Saúde da Família, sendo quatro gerenciadas por um município e

quatro gerenciadas por uma OS. Dessa forma, o estudo avaliou apenas uma unidade de gestão pública e uma unidade de gestão privado, podendo o estudo não ter validade externa.

Já o estudo de Machado, *et al* (2016) avaliaram a natureza jurídica dos hospitais estudados. No entanto, esse tipo de análise, por natureza jurídica do estabelecimento de saúde não é um bom método; pois mesmo um hospital tendo natureza jurídica pública ele pode ser gerenciado por agentes contratantes privados.

Sendo assim, verifica-se que os estudos que também não encontraram significância estatística nas análises envolvendo serviços de saúde gerenciados diretamente pelo poder público e aqueles gerenciados por OSC apresentaram fragilidades que podem ter contribuído para os resultados encontrados. Além disso, não recomenda-se análises com dados municipalizados, visto que as informações tendem a ser diluídas e tornam-se inconsistentes.

Os estudos desenvolvidos na área hospitalar que trataram de comparar serviços gerenciados pelo poder público e por OSC mostraram que aqueles gerenciados pelas OSC cumpriram mais os padrões de conformidade estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e apresentaram melhores resultados quanto ao tempo médio de internação, à taxa de ocupação, à renovação de leitos, à utilização de sala de operação, à taxa de cesáreas e à infecção hospitalar (SOUZA E SCATENA, 2013; BARBOSA E ELIAS, 2010; RODRIGUES, *et al.*, 2014).

O estudo desenvolvido por Souza e Scatena (2013), no estado do Mato Grosso avaliou hospitais gerenciados pelo poder público e aqueles gerenciados por OSS quanto ao cumprimento de padrões de qualidade do PNASS. Os autores encontraram que os hospitais gerenciados pelas OSS cumpriram mais os padrões de conformidade estabelecidos pelo PNASS.

No estudo desenvolvido por Barbosa e Elias (2010), ao compararem hospitais gerenciados por OSS e pela administração direta, no estado de São Paulo, encontraram que

a autonomia administrativa e financeira para provisão de bens e serviços e administração de pessoal interfere sobre o desempenho das duas unidades, com vantagem para a OSS. A capacidade de decidir sobre a organização da infraestrutura dos serviços e estruturá-la segundo critérios de eficiência e eficácia de forma desburocratizada permite uma melhor alocação de tempo e atenção a uma agenda de prioridades (BARBOSA, ELIAS, 2010).

O estudo desenvolvido por Rodrigues, *et al* (2014) objetivou apresentar os resultados dos hospitais da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo vinculados à administração direta do estado e às OSS, quanto à produtividade e à qualidade. Nesse estudo, os autores verificaram que os hospitais administrados pelas OSS apresentaram melhores resultados

quanto ao tempo médio de permanência, à taxa de ocupação, à renovação de leitos, à utilização de sala de operação, à taxa de cesáreas, à taxa de cesáreas em primíparas e à infecção hospitalar.

No entanto, ressalta-se que os autores atribuem os resultados às prerrogativas das OSC, como a maior autonomia de gestão e as facilidades na estruturação dos processos de trabalho, (aquisição de bens e insumos) e na movimentação de pessoal (admissão, valorização, substituição e demissão de recursos humanos) (RODRIGUES, *et al.*, 2014).

Costa e Ribeiro (2005) em estudo realizado para o Banco Mundial em 2003 compararam 12 hospitais de OS com 10 hospitais da administração direta, demonstrando a maior eficiência das OS. O estudo destacou que, com o mesmo nível de recursos, os hospitais de OS produziram respectivamente 35%, 61%, 62% e 65% mais altas nas seguintes áreas: geral, cirúrgica, clínica médica e obstétrica. Também estes hospitais utilizaram um número menor de horas médicas - 70% do que se exige de trabalho médico na administração direta e contrataram 33% mais horas de enfermagem. O mesmo estudo realizado em 2005 obteve os mesmos resultados.

Porém, em 2006 este estudo foi repetido e as diferenças entre os hospitais da administração direta e das OS se reduziram, segundo Barata e Mendes (2007), principais implementadores desta política no estado. Tal fato decorreu, segundo os autores, devido ao aperfeiçoamento do desempenho dos hospitais da administração direta, decorrente do grande investimento realizado nestes hospitais, tanto em materiais como em recursos humanos. Ou seja, ao investir também na área pública, os resultados se aproximaram.

No campo da Atenção Primária à Saúde, Santos, *et al* (2013) ao analisarem novas modalidades de gestão, pública e privada na atenção básica brasileira, verificaram que a equipe ser contratada por agente contratante privado está associado a melhor certificação no âmbito do PMAQ no que se refere a Organização dos Prontuários e Informatização, e Organização da Agenda.

Os estudos apresentados corroboram com os resultados encontrados nesta pesquisa, a partir da análise por equipes de atenção básica. Mas trata-se de um estudo transversal, sem ainda incorporar as dimensões relativas a investimentos distintos que podem ter ocorrido nas modalidades não públicas. Portanto, deve-se ter cautela na análise destes dados.

Sendo assim, verifica-se que a ampliação de recursos aos serviços prestados por agentes contratantes públicos é fator que pode contribuir para a redução das diferenças entre serviços de saúde gerenciados diretamente pelo poder público e aqueles sob gestão de OSC. Além disso, se fosse atribuída à gestão pública no que se refere à prestação de serviços de

saúde maior autonomia administrativa e financeira para provisão de bens, serviços e contratação de pessoal como ocorre com as OSC, poderiam ser verificadas diferenças ainda menores entre serviços de saúde gerenciados por agentes contratantes públicos e aqueles gerenciados por agentes privados.

Os resultados encontrados nesta pesquisa na análise por equipes podem ser considerados inovadores, dada a abrangência do estudo e as características evidenciadas. Não foram encontrados na literatura, estudos de abrangência nacional capazes de identificar associação entre diferentes tipos de agentes contratantes e acesso e melhoria do cuidado ofertado na atenção básica, principalmente, no âmbito do PMAQ.

Era esperado encontrar evidências favoráveis aos agentes contratantes privados dadas suas prerrogativas - como a gestão facilitada para contratação e dispensa de recursos humanos, a dispensa de licitação e a menor burocracia na gestão financeira dos recursos, principalmente possibilidades de investimentos maiores nestas novas formas de gestão - e aos achados encontrados na literatura. No entanto, mostrar que a Valorização do Trabalhador é melhor estruturada nas equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos, como visto na análise descritiva, e ausência de significância estatística como apontou a análise inferencial, apesar de todas as facilidades atreladas às gestões privadas, é um resultado singular e importante para o fortalecimento da saúde coletiva do país.

Observa-se que se os serviços gerenciados diretamente pelo poder público são capazes de obterem melhores resultados no que se referem à Valorização do Trabalhador, também podem avançar e alcançar resultados melhores em outras áreas do cuidado ofertado.

Verifica-se, portanto, que as maiores defasagens na gestão de agentes contratantes públicos estão relacionadas à gestão municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica e ao Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho. Corrobora esse achado a literatura apresentada, ao mostrar que os aspectos positivos dos agentes contratantes privados estão relacionados a aspectos gerenciais, como acesso ao serviço, processo de trabalho, a agendamento e marcação de consultas, tempo de espera, opção de escolher o médico, maior número de procedimentos, menores taxas de mortalidade, maior produtividade e qualidade dos serviços ofertados, como já discutido anteriormente.

Entretanto, cabe abordar os inúmeros problemas também podem ser elencados, principalmente, no que tange ao descumprimento de metas e indicadores e à regulação, sobre a qual a falta de fiscalização pelo poder público é recorrente (CONTREIRAS E MATTA, 2015).

Diversos estudos e auditorias dos Tribunais de contas tem evidenciado irregularidades no estabelecimento e cumprimento de metas e indicadores por agentes contratantes privados. Costa e Silva, *et al* (2016) a partir da percepção de entrevistados e da análise de contratos de gestão, apontou que o processo de negociação mostrou-se pouco presente na relação entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e as OSS, pois apenas algumas metas foram pactuadas com as equipes de saúde. Além disso, tanto gerentes da SMS quanto das OSS reclamaram de baixa autonomia e, ainda,

os entrevistados apontaram limitações no processo: deficiências nos relatórios produzidos a partir do prontuário eletrônico do usuário; dificuldade de entendimento de algumas equipes de que o alcance ou não das metas é diretamente relacionado à melhor organização do processo de trabalho; e a imposição dos indicadores e metas pela SMS, dificultando o trabalho dos gerentes em mobilizar os profissionais (COSTA E SILVA *et. al.*, 2016).

Costa e Silva, *et al* (2016) verificaram ainda, quanto a regulação das OSS, que periodicamente essas prestam contas sobre a execução financeira e que o desempenho é medido pelo alcance de metas. No entanto, a SMS não realiza auditorias para verificar a veracidade das informações assistenciais enviadas pelas OSS.

Estudo realizado por Soares, *e al* (2016) ao desenvolverem revisão integrativa de literatura sobre o modelo de Organizações Sociais de Saúde encontraram 31 artigos dos quais 11 apresentaram argumentos administrativos favoráveis e 02 argumentos favoráveis e desfavoráveis; dos 13 que apresentaram argumentos políticos, 05 se posicionaram a favor das OSS, 07 contra e 01 apresentou argumentos tanto contra quanto à favor e, dos 05 que apresentaram argumentos jurídicos 04 se posicionaram contra e 01 favorável. Os principais argumentos gerenciais favoráveis estavam ligados à crítica à burocracia, ineficiência e má governança do Estado; ou seja, os mesmos argumentos utilizados pelos idealizadores da contrarreforma do Estado, na década de 1990.

O Acórdão 3239-47/2013, do TCU, detectou no município de Araucária ausência de estabelecimento de indicadores e orientou que os municípios do Rio de Janeiro e São Paulo e os estados Paraíba, São Paulo e Bahia ampliassem as dimensões da qualidade avaliadas. Já o Acórdão 2057/2016 (TCU) observou que os resultados alcançados pelas OS são verificados de forma superficial, inclusive devido às falhas nas metas e indicadores.

Contreiras e Matta (2015) revelaram que o Tribunal de Contas do Município (TCM) identificou que a prefeitura não respeitou a lei que exigia a constituição das Comissões de Acompanhamento e Fiscalização (CAF) das OSS, instituindo a primeira somente no fim de

2010; não cumpriu as obrigações por parte da CAF; não cumpriu metas; apresentou escassez de funcionários no Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS) e falta de informatização; aprovou pelo NTCSS prestações de contas com erros e apresentou falhas na elaboração de indicadores de desempenho.

Albuquerque, *et al* (2015) mostrou a partir de relatos de gestores que o acompanhamento que o Ministério faz está ligado ao alcance de metas físicas, deixando de lado a avaliação das metas de qualidade e que a regulação não tem conseguido acompanhar o cumprimento das metas. Além disso, apontou que permanecem práticas clientelistas, repercutindo nas atividades regulatórias de controle e avaliação de OSS e que a comissão de acompanhamento, com a participação do Conselho de Saúde, como instância de controle social, não tem funcionado.

Barbosa, *et al* (2015) em estudo de caso de um hospital em Goiás sob gerenciamento de uma OSS verificou que o monitoramento e a avaliação das metas acordadas no Contrato de Gestão oscilavam em diversos momentos, por razões desde a falta de referência para cálculo da capacidade potencial de produção da unidade, até a regularidade no repasse dos recursos da secretaria estadual para a OSS.

Verifica-se, portanto, que irregularidades na regulação e deficiências no cumprimento de metas e indicadores são pilares centrais envolvidos na atuação de agentes contratantes privados na área da saúde. Embora o objetivo deste estudo não esteja atrelado à análise do processo de controle interno e externo dessas entidades, considera-se importante apresentar tais estudos a fim de que as melhores performances desses agentes contratantes privados em certas dimensões do cuidado não sejam vistas de forma isolada.

Para além da maior eficiência, eficácia ou efetividade alcançada por OSC atuantes na saúde, e mais especificamente na atenção básica, é necessária a reflexão acerca da capacidade do poder público de gerenciar tais serviços.

Além disso, ressalta-se, também, a importância da observação que deve ser feita a respeito desse processo de publicização como forma de contornar a LRF. Um município ao contratar um agente contratante privado, apesar de conseguir escapar dos limites impostos pela lei 101/2000 quanto à contratação de pessoal, está tirando de seus cofres os recursos para pagar a entidade privada contratada da mesma forma. Sendo assim, tais limites impostos pela lei, ao menos na área da saúde, têm se configurado como estruturas burláveis que fragilizam o fortalecimento do SUS, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado ofertado. Dessa forma, contribuindo cada vez mais para a contratação, por parte dos

municípios brasileiros, de agentes contratantes privados sem a estrutura adequada para promover o controle dessas organizações.

Aponta-se, ainda, a possibilidades de investimentos maiores nestas novas formas de gestão privada, que podem estar contribuindo para o aumento das diferenças entre serviços gerenciados por agentes contratantes públicos e aqueles gerenciados por agentes contratantes privados.

Por fim, a incapacidade do poder público de gerenciar as entidades paraestatais traz à tona o debate a respeito do que foi a proposta da contrarreforma, com a implantação do modelo de administração gerencial.

Segundo Valle (s/r) há:

(...) a transferência do patrimônio público (educacional, cultural, financeiro, científico e saúde e assistência social) para uma gestão praticamente privada, regida e controlada pela constituição de quase-mercados. (...) Quase-mercados requerem, por consequência, “quase-cidadãos” que operariam como consumidores de serviços historicamente constituídos de dinheiro público e apropriados de forma “quase-privada”. Isto, obviamente, não rompe com o patrimonialismo, entendido como apropriação do público pelo privado.

Para Souza Filho (2009) a contrarreforma do Estado implantada por meio do gerencialismo, na realidade, não se traduziu como modelo pós-burocrático, pois manteve o sistema burocrático através de um processo que combina “monocratização” e flexibilização, permitindo a reprodução de práticas. Nesse sentido, verifica-se a ocorrência de um transformismo na ordem patrimonialista brasileira. As decisões burocráticas centrais são reforçadas, enquanto se esvazia a “burocracia em nome de uma descentralização que na verdade se materializa através da desresponsabilização e privatização das ações que deveriam ser estatais” (SOUZA FILHO, 2009).

Diante do exposto há que se pensar, até que ponto o modelo gerencial implantado rompeu com os modelos anteriores?

8 CONCLUSÃO

Este estudo foi capaz de mostrar o comportamento de diferentes agentes contratantes sobre a certificação de equipes de atenção básica, envolvendo o principal programa, voltado para o alcance de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBSs do país, o PMAQ. Este programa foi instituído por meio da Portaria 1654/2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde como componente de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável, com a finalidade de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que o discurso emanado pelos atores que promoveram a contrarreforma e por aqueles que a defendem, o de que as entidades paraestatais são atores capazes de garantir maior eficiência na execução de atividades-fim que a gestão pública é capaz de alcançar, não se sustenta totalmente. Quando esses agentes são observados mais a fundo e são consideradas as múltiplas faces envolvidas na sua atuação, verifica-se que tanto agentes públicos quanto agentes privados possuem desafios atrelados ao seu processo de trabalho e ao cumprimento de metas e indicadores.

É necessário observar com cautela os aparentes resultados benéficos das entidades do terceiro setor atuantes na área da saúde; pois o que parece melhor, pode ser apenas fruto de maiores investimentos e de prerrogativas dessas organizações que ao longo de sua existência se fortaleceram sob o esteio do Estado e deste têm recebido diversas desobrigações.

Assim, considerando a intensa luta no processo de construção e estruturação do SUS e os riscos para sua consolidação enquanto política universal, igualitária e equânime, os resultados apontados mostram a necessidade de debates e formulação de políticas. Isso visando: o fortalecimento do sistema público brasileiro, principalmente no âmbito dos serviços gerenciados totalmente pela administração pública direta e indireta; a educação permanente dos gestores públicos e gestores de serviços de saúde, a fim de torná-los mais preparados para a execução de suas ações e a desmistificação do ideário de uma maior eficiência desses agentes privados construído no processo da implantação da contrarreforma e disseminado ao longo dos anos na sociedade brasileira. Sobretudo, com a finalidade de ampliar o acesso e a qualidade de serviços de saúde gerenciados diretamente pelo poder público garantindo maior efetividade do cuidado ofertado.

BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, L. F. O impacto do modelo gerencial na Administração Pública: Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**; n. 10. Brasília, 1997. 52p.

ALBUQUERQUE, M. S. V.; MORAIS, H. M. M.; LIMA, L. P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1825-1834, 2015.

ALCOFORADO, F. C. G. OS e OSCIP: Uma análise da abrangência dos serviços públicos e do perfil das entidades parceiras em Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo. **III Congresso Consad de Gestão Pública**. Brasília, DF, 2010.

ALEXANDRINO, M. **Direito Administrativo Descomplicado**. 16. ed. rev. e atual. São Paulo: Método, 2008.

ALONGE, O. *et al.* Assessing the pro-poor effect of different contracting schemes for health services on health facilities in rural Afghanistan. **Health Policy and Planning**, 2015;30:1229–1242.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499–518, set./dez. 2014.

ANJOS FILHO, R. N.; RODRIGUES, G. A. Estado Democrático de Direito: Conceito, história e contemporaneidade. In: BENÍCIO, S. G. (org.). **Temas de dissertação nos Concursos da Magistratura Federal**. 1. ed. v. 1. São Paulo: Editora Federal, 2006. p. 97–113.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. **Organizações Sociais de Saúde**: experiência exitosa de gestão pública de saúde no estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

BARBOSA, N. B. *et al.* As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão público/privada em Goiás — o caso Huana. **Revista do Serviço Público**, Brasília 66 (1) 121-144 jan./mar. 2015.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2483-2495, 2010.

BOSCHI, R. R.; LIMA, M. R. S. O Executivo e a Construção do Estado no Brasil. Do Desmonte da Era Vargas ao Novo Intervencionismo Regulatório. In: VIANNA, L. W. (org.). **A Democracia e os Três Poderes no Brasil**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: UFMG/IUPERJ, 2002. p. 195–253.

BRASIL. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros** / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. Brasília: IPEA, 2015a. 77p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde*. Brasília: CONASS, p. 98–112, 2015b.

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

BRASIL. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6017.htm>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 60.931, de 04 de julho de 1967**. Modifica o Decreto nº 50.517, de 2 de maio de 1961, que regulamentou a Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935. Brasília, 1967a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D60931.htm>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 8.726, de 27 de abril de 2016**. Regulamenta a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, para dispor sobre regras e procedimentos do regime jurídico das parcerias celebradas entre a administração pública federal e as organizações da sociedade civil. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8726.htm#art95>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasília, 1967b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm>. Acesso em 18 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969**. Altera disposições do Decreto-Lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967, e dá outras providências. Brasília, 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0900.htm>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Legislação sobre o terceiro setor [recurso eletrônico]:** dispositivos constitucionais, decretos-leis, leis, medidas provisórias e decretos federais sobre sociedade de utilidade pública e organização da sociedade civil de interesse público (Oscip). Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016b. (Série Legislação, n. 258)

BRASIL. **Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935.** Determina regras pelas quaes são as sociedades declaradas de utilidade publica. Brasília, 1935. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1930-1949/L0091.htm>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Lei 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, 04 maio 2000.

BRASIL. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.** Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Brasília, 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5764.htm>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 7.596, de 10 de abril de 1987.** Altera dispositivos do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, modificado pelo Decreto-lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, e pelo Decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986, e dá outras providências. Brasília, 1987. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/104117/lei-7596-87>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991.** Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8246.htm>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm. Acesso em 18 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, 15 maio de 1998.

BRASIL. Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 23 mar. 1999.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm. Acesso em 18 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.** Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014.** Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Brasília, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.204 de 14 de dezembro de 2015. 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. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 14 dez. 2015c.

BRASIL. **Medida Provisória nº 813, de 1º de janeiro de 1995**. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília, 1995a.

Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/1995/medidaprovisoria-813-1-janeiro-1995-377320-norma-pe.html>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a Revisão de Diretrizes para a Organização da Atenção Básica no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) — Terceiro Ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

BRASIL. **Perguntas frequentes**. Comunidade das Organizações da Sociedade Civil. As principais dúvidas sobre a Lei 13.019/2014 e o Decreto 8.726/2016. nov. 2016c. Disponível em: <<http://www.participa.br/osc/perguntas-frequentes-faq>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995b.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2015d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 2057/2016**. Requerimento de informações a respeito da possibilidade de celebração de contratos de gestão com organizações sociais e da forma de contabilização dos pagamentos a título de fomento nos limites de gastos de pessoal previstos na Lei Complementar 101/2000. Brasília, 2016d. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultaPagina=S&item0=569679>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 3239-47**. Relatório de auditoria operacional. Transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a Organizações Sociais. Falhas. Determinações e recomendações. Monitoramento. Brasília, 2013b. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultaPagina=S&item0=487806>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A Reforma do estado dos anos 90: Lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal de Reforma do Estado, 1997.

CAMPOS, E. J. **O público e o privado na gestão em saúde: um estudo de caso sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no município do Rio de Janeiro**. 2013. 112 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação profissional em Saúde) — Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2013.

CARDOSO, U. C. **Cooperativa**. Brasília: CEBRAE, 2014.

CARVALHO, R. B.; SANTOS, T. O Direito à Saúde no Brasil: uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre universalização da saúde. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFBA**, v. 25, n. 27, 2015.

CARVALHO FILHO, J. S. **Manual de direito administrativo**. 26. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Editora Atlas, 2013.

COELHO, M. A.; SOARES, L. T. **Geografia do Brasil**. 5. ed. São Paulo: Moderna, 2002.

CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS**. 2018. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/fundacao-publica>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31 (2): 285-297, fev., 2015.

COSTA e SILVA, V. *et al.* Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, maio, 2016, p. 1365–1376.

COSTA, F. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da implantação da Estratégia Saúde

da Família em Santa Catarina em 2004 e 2008. **Rev Bras Epidemiol**, abr.–jun. 2014, p. 557–570.

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

COULATO, R. D.; BEUREN. I. M. Proposta para Avaliação da Gestão do Conhecimento em Entidade Filantrópica: o Caso de uma Organização Hospitalar. **RAC**, v. 7, n. 4, out./dez. 2003, p. 163–185.

DAGNINO, E. **Os Anos 90: Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DI PIETRO. M. S. Z. **Direito Administrativo**. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

DI PIETRO. M. S. Z. **Parcerias na Administração Pública**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DINIZ, E.; AZEVEDO, S. (org.). **Reforma do Estado e Democracia no Brasil: dilemas e perspectivas**. Brasília: Editora da UnB, 1995.

D'ORSI, E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, 2014, v. 30, suppl. 1, p. S154–S168.

FERNANDES, R. C. O que é o Terceiro Setor? **Revista do Legislativo**, Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. n. 18, p. 26–30, abr./jun. 1997.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. *et al.* (org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157–190.

GOHN, M. G. Ações Coletivas Cíveis na Atualidade: dos programas de Responsabilidade/compromisso Social às Redes de Movimento Sociais. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 46, n.1, p. 10–17, jan./abr. 2010.

GREVE, J.; COELHO, V. S. R. P. Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. **Health Policy and Planning**, 2017, v. 32, n. 7.

HEARD, A.; NATH, D. K.; LOEVINSOHN, B. Contracting urban primary healthcare services in Bangladesh — effect on use, efficiency, equity and quality of care. **Tropical Medicine and International Health**, v. 18, n. 7, p. 861–870 July 2013.

INSTITUTO FILANTROPIA. **Conceito de entidade filantrópica**. s/d. Disponível em: <http://www.revistafilantropia.net.br/_0rf/materias.asp?Id_pagina=2870>. Acesso em 15 nov. 2017.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. *et al.* (org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MACHADO, J. P.; MARTINS, M.; LEITE, I. C. Fontes de pagamento das internações e desempenho clínico: o caso dos hospitais do estado de São Paulo, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, out.–dez., 2016, p. 74–86.

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de Administração Pública**: foco nas instituições e ações governamentais. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

MATO GROSSO. TCE — Tribunal de Contas do Estado. **Parecer nº 035/2008**. Cuiabá, 08 de maio de 2008. Mato Grosso. Cuiabá, 2008. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://jurisdicionado.tce.mt.gov.br/protocolo/documento/num/44628/ano/2008/numero_documento/5320/ano_documento/2008/ha sh/975f8a9ed7009503c31cb6cf04edab8e>. Acesso em: 18 nov. 2018.

MELLO, C. A. B. de. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2008.

MOISÉS, M. N. M. *et al.* Cooperativas de Trabalho Médico no Setor Saúde: um estudo exploratório. **Observatório de Recursos Humanos**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSPSA-FIOCRUZ/Cooperativas.pdf>. Acesso em: nov. 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012.

PESTANA, M. **Direito Administrativo Brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008.

PLETZEN, E.V. *et al.* The size, characteristics and partnership networks of the health-related non-profit sector in three regions of South Africa: implications of changing primary health care policy for community-based care. **Health Policy and Planning**, 2014; 29:742–752.

POLLITTI, C.; BOUCKAERT, G. Avaliando reformas da gestão pública: Uma perspectiva Internacional. **Revista do Serviço Público**. Ano 53, n. 3, jul.-set., 2002.

QUINHÕES, T. A. T. **Análise de um novo modelo de governança para hospitais públicos no Brasil segundo a abordagem dos custos de transação: o caso das organizações sociais no estado de São Paulo**. 2008. Tese (Doutorado em Administração) — FGV — Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2008.

RODRIGUES, M. **A Década de 80**. Brasil: quando a multidão voltou às praças. São Paulo: Editora Ática, 1992.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

RODRIGUES, R. C. *et al.* Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais. **RAS**, v. 16, n. 65, out-dez, 2014.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. adm. empres.** [online], 2008, v. 48, n. 3, p.64–80.

SANTOS, A. F. *et al.* Novas modalidades de gestão “público e privada” na atenção básica no Brasil: uma análise a partir do PMAQ. In: Segundo Congresso Brasileiro de Política Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, MG. Minas Centro, 01-03/10, 2013. **Anais...** Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/039.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2017.

SAUERBRONN, F. F. Governança Pública em Saúde Pós — Reforma Gerencial no Brasil: Reconciliando Perspectivas para uma análise multinível. **Administração Pública e Gestão Social**, 9 (3), jul. -7 set., 2017, 148–158.

SILVA, A. M. M. *et al.* Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Rev. Saúde Pública**. 2017; 51. Supl 1:5s.

SOARES, G. B. *et al.* Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Rev. Gest. Saúde**, Brasília, v. 7, n. 2, ano 2016. p. 828–50.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. **RAS**, v. 15, n. 59, abr.–jun., 2013.

SOUZA FILHO, R. Crítica à concepção gerencialista de gestão pública: o caso brasileiro. **XIX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social**. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4–8 de octubre 2009.

TEODÓSIO, A. S. S.; O Terceiro Setor e a Provisão de Políticas Sociais: Desafios Perspectivas e Armadilhas entre Organizações da Sociedade Civil e Estado em Minas Gerais. In: X SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA. Diamantina, MG: Centro de desenvolvimento e Planejamento Regional/ UFMG 18-22/06, 2002. **Anais ...** Diamantina, MG, 2002.p. 1–25.

TOLEDO, C. N. de. **O Governo Goulart e o golpe 64**. 14. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

TORRES, M. D. F. **Agências Contratos e Oscips: a experiência pública brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

VALLE, A. S. Bresser Pereira e o concurso público da UFMG. **Boletim UFMG**, n. 1612, ano 34, jun. 2008. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/boletim/bol1612/2.shtml>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

VIANA A. L. D; IBAÑEZ, N; ELIAS, P.E. M. O pacto pela saúde e a gestão regional em São Paulo: estudos de caso do mix público-privado. In. VIANA, A. L. D.; IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M. **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec: 2009.

VOLPATO, L. F. Avaliação do acesso nas Unidades de Saúde da Família gerenciadas pela Organização Social e pelo município. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 21, n. 3, p. 349–356, set./dez. 2016.

APÊNDICE A

ARTIGO PARA SUBMISSÃO

Uma análise dos diferentes tipos de agentes contratantes das equipes de Atenção Básica no Brasil e certificação de qualidade

Resumo: Este estudo tem como objetivo verificar a existência de associação entre os diferentes tipos de agentes contratantes atuantes na atenção básica brasileira, e a qualidade do cuidado ofertado medida pelo Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de pesquisa quantitativa, com abordagem descritiva e inferencial por meio de Método de efeitos aleatórios. Foram analisadas 26779 equipes de atenção básica brasileiras. Os resultados mostraram que à análise apenas do estrato 6 do PMAQ, houve associação estatística significativa quanto à nota geral obtida no processo de certificação do PMAQ, à dimensão I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica e à dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho. À análise de todos os estratos do PMAQ apenas a dimensão I permaneceu significativa (valor $p < 0,05$). Por outro lado, verificou-se que as dimensões III - Valorização do Trabalhador e V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário não apresentaram associação em nenhum dos testes realizados (valor $p > 0,05$). Além disso, verificou-se que os agentes contratantes privados e as notas mais altas obtidas no processo de certificação estão concentrados nos municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Modernização do Setor Público. Setor Público. Setor Privado.

Introdução

Os pressupostos da contrarreforma do Estado no Brasil, em 1995, tiveram a atividade regulatória como o cerne do processo de publicização, sob o qual entidades do Terceiro Setor foram fortalecidas. Estas se configuraram como novos arranjos jurídicos na gestão de serviços de saúde, a partir do discurso da maior eficiência e dinamismo desses agentes.

Segundo Sauerbronn (2017) a publicização foi o processo de transferência de serviços não exclusivos, sob uma lógica de mercado, aos prestadores de serviços privados, para o preenchimento de lacunas deixadas pelo Estado no provimento de bens públicos.

No âmbito da contrarreforma, em 1998 e 1999, foram sancionadas pelo então presidente da república, FHC, as Leis nº 9.637/1998 e nº 9.790/1999 que dispõem sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil

de Interesse Público (OSCIP), respectivamente, permitindo a atuação dessas, entre outras áreas, na saúde.

Tais modalidades de gestão inseridas no sistema público de saúde brasileiro foram se estruturando e ocupando cada vez mais espaços que antes da contrarreforma do Estado eram exclusivos do poder público.

Em 2015, a Lei nº 13.019/2014, conhecida como Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, foi alterada pela Lei nº 13.204/2015, estabelecendo o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as Organizações da Sociedade Civil (OSC).

Vale, ainda, ressaltar que no ano 2000, foi sancionada a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF - Lei Complementar nº 101/2000). De acordo com essa Lei, em seus artigos 18 e 19 o limite de despesas do Poder Público com pessoal não pode ultrapassar 50% (governo federal) e 60% (governos estaduais e municipais) da receita corrente líquida. São consideradas despesas de pessoal o somatório dos gastos do Ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo Ente às entidades de previdência.

Os órgãos e entidades pertencentes à administração pública direta e indireta, seja no âmbito federal, estadual ou municipal deve cumprir o estabelecido na LRF. No entanto, conforme expõe Brasil (2015) o modelo de OS não precisa fazer licitação em suas compras e contratos e contratar por meio de concurso público. Além disso, as despesas das OS com pessoal não podem ser computadas no cálculo das despesas do estado, para fins de atendimento aos limites de despesas de pessoal estabelecidos pela LRF, extensivo às OSCIPs.

Verifica-se que ao longo do processo de desenvolvimento da saúde no Brasil e da construção e consolidação do SUS conviveram com os serviços de saúde públicos, os estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos. Arelado a isso, com a Reforma do Estado, de 1995, e as Leis nº 9.637/1998 e 9.790/1999 as organizações do Terceiro Setor ganharam espaço e se tornaram um braço do Estado na oferta de serviços de saúde no Brasil. Segundo Soares, *et al* (2016), a partir dessas leis houve o deslocamento de políticas sociais para a sociedade civil, afastando o papel redistribuidor do Estado.

Segundo SANTOS, *et al* (2013), a presença dessas modalidades sempre foi mais marcante no setor hospitalar; entretanto, nos últimos anos tem crescido, também, na atenção básica, sob novos arranjos institucionais, principalmente na gestão de recursos humanos.

Diante do exposto este estudo tem como objetivo verificar a existência de associação entre as novas formas de gestão privada no Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção básica no Brasil, e a qualidade do cuidado ofertado, identificando em quais dimensões da qualidade existem possíveis diferenças em relação à gestão realizada pela administração pública direta e indireta.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, com abordagem descritiva e inferencial, desenvolvido no âmbito do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade (PMAQ), da Atenção Básica. O PMAQ tem como objetivo avaliar o cuidado ofertado na Atenção Básica brasileira e, atualmente, está em seu terceiro ciclo.

O objeto deste estudo foram os dados coletados no segundo ciclo iniciado em 2013 e concluído em 2014. As equipes que aderiram ao processo de certificação pelo PMAQ foram visitadas, avaliadas e certificadas em processo envolvendo universidades e o Ministério da Saúde.

Um dos itens para compor a certificação geral, é a verificação do desempenho no monitoramento de indicadores de saúde contratualizados na adesão ao PMAQ. Nessa etapa, são estabelecidos 47 indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e oito indicadores do módulo e-SUS, classificados quanto ao desempenho e monitoramento. O instrumento de avaliação externa é composto por 893 padrões de qualidade, organizados em cinco dimensões: gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica; estrutura e condições de funcionamento da Unidade Básica de Saúde; valorização do trabalhador; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e acesso, utilização, participação e satisfação do usuário (BRASIL, 2013).

Estratos socioeconômicos dos municípios foram criados no âmbito do PMAQ, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das equipes no processo de certificação. São definidos seis estratos a partir do porte do município e de uma nota agregada a indicadores socioeconômicos.

Assim, entre os municípios com baixo desenvolvimento socioeconômico, são classificados como estrato 1 os municípios com população de até 10 mil habitantes; estrato 2,

os municípios com população de até 20 mil habitantes, e estrato 3, aqueles com população de até 50 mil habitantes. No estrato 4, estão os municípios com desenvolvimento socioeconômico intermediário e população de até 100 mil habitantes e municípios com baixo desenvolvimento socioeconômico, mas com população entre 50 e 100 mil habitantes. Por outro lado, os municípios com os graus mais elevados de desenvolvimento socioeconômico foram classificados da seguinte forma: no estrato 5, aqueles com população entre 100 e 500 mil habitantes; no estrato 6, municípios com população acima de 500 mil habitantes (BRASIL, 2013).

A análise realizada utilizou os bancos de dados do PMAQ-AB, estruturados pelo Ministério da Saúde. Os dados utilizados vieram do Módulo Eletrônico da avaliação externa e da avaliação externa/autoavaliação/indicadores, coletados durante o 2º ciclo do PMAQ, entre 2013 e 2014.

O banco do Módulo Eletrônico foi respondido pelos gestores municipais. Esse banco é composto por 4.805 municípios e contém o número de profissionais da atenção básica por classe ocupacional (ACS, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal), distribuídos de acordo com os doze tipos de agentes contratantes estabelecidos: administração direta, consórcio intermunicipal de direito público, consórcio intermunicipal de direito privado, fundação pública de direito público, fundação pública de direito privado, OS, OSCIP, entidade filantrópica, ONG, empresa, cooperativa e outros.

Para a análise, esses doze tipos de agentes contratantes descritos foram categorizados em Público e Privado, de acordo com a literatura na área do Direito Administrativo, do posicionamento de juristas da área e de Manuais de Gestão elaborados pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2015; DIPIETRO, 2010; CONASS, 2018).

Como público, foram consideradas as categorias: administração direta, consórcio intermunicipal de direito público, consórcio intermunicipal de direito privado, fundação pública de direito público e fundação pública de direito privado. Como modalidade de agentes contratantes privados, consideraram-se as categorias: OS, OSCIP, entidade filantrópica, ONG, empresa e cooperativa. A categoria “outros” foi excluída por não distinguir outras modalidades de público e privado.

O banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores do PMAQ é composto por 29.778 equipes de saúde da família, distribuídas em 5.041 municípios e contém as notas obtidas na avaliação externa e na análise dos indicadores de cada equipe e informações quanto

à participação da equipe do processo de autoavaliação. Essas notas são apresentadas por dimensão, e a nota final consiste na somatória das pontuações das dimensões da avaliação externa, juntamente com as notas obtidas na autoavaliação e na análise dos indicadores, a qual variou de 0 a 89.

Para a análise dos dados, foi necessário agregar o banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores ao banco do módulo eletrônico. Para que essa agregação fosse possível, a nota obtida no processo de certificação foi municipalizada, uma vez que o módulo eletrônico fornece as informações dos municípios, ou seja, os casos são municípios; enquanto no banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores a nota é dada a equipes, ou seja, os casos são equipes. Assim, a nota por equipe foi transformada na de município, para que, em ambos os bancos, cada caso fosse um município.

Após a agregação dos bancos, foram excluídos das análises 572 municípios, pois haviam sido avaliados no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores, mas não haviam respondido ao módulo do gestor ou haviam respondido ao módulo, mas não tinham sido avaliados no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores. Dessa forma, foram analisados 4.469 municípios, correspondendo a 80,2% dos municípios brasileiros.

Foi analisada a nota final e as notas das cinco dimensões da atenção à saúde, utilizadas pelo PMAQ: 1. Gestão municipal para o desenvolvimento da atenção básica; 2. Estrutura e condições de funcionamento das unidades básicas de saúde; 3. Valorização do trabalhador; 4. Qualidade da atenção e organização do processo de trabalho e 5. Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário.

A partir disso, as notas obtidas foram classificadas em três categorias: Baixa — de 0 a 49,99; Média — de 50 a 69,99 e Alta — igual ou maior que 70. Além disso, foi categorizado ainda o agente contratante do profissional (público ou privado) por município, obtido do banco do módulo eletrônico.

Assim, na análise descritiva, foram obtidas as seguintes categorias: 0 — 100% público (municípios em que todos os profissionais são gerenciados por agentes contratantes públicos); 1: de 75,00% a 99,99% público (municípios que têm 75 a 99,99% de profissionais gerenciados por agentes contratantes públicos); 2: de 50,00% a 74,99% público (os municípios possuem 50 a 74,99% de seus profissionais gerenciados por agentes contratantes públicos); 3: 0,01% a 49,99% de público (municípios que têm 0,01 a 49,99% de agentes contratantes públicos) e 4: 100,00% privados (municípios em que todos os profissionais são gerenciados por agentes contratantes privados).

Na análise inferencial tanto por município quanto por equipe foi verificada associação entre a variável dependente (nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores) e a independente (categorias de agente contratante) utilizou-se o Modelo de efeitos aleatórios ou Modelo Multinível.

Na análise inferencial devido ao pequeno número de municípios com nota alta (igual ou maior que 70), as categorias da nota obtida, média e alta, foram agrupadas. Assim, os dados ficaram distribuídos da seguinte forma: 0 - baixa (de 0 a 49,99) e 1 - Média/Alta (igual ou maior que 50). Além disso, foram avaliadas apenas as categorias 0 - 100% público e 4 - 100% privado. As categorias 1 - de 75,00% a 99,99% público, 2 - de 50,00% a 74,99% público e 3 - de 0,01% a 49,99% público representam municípios e equipes mistos, ou seja, que possuem tanto agentes contratantes públicos quanto privados, e por isso foram excluídos da inferência estatística.

Adotou-se como categoria de referência tanto da variável dependente quanto da variável independente as categorias (0); ou seja a “baixa (de 0 a 49,99)” no que se refere à nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e a “100% público” em relação ao agente contratante.

Foram feitas duas rodadas de análises. Na análise por equipe, a primeira rodada foi feita apenas com as equipes do estrato 6 do PMAQ, ou seja, aquelas que agrupam a maioria das equipes cujos agentes contratantes são privados. Na segunda rodada, foram utilizados todos os dados de todos os estratos do PMAQ, ou seja, todas as amostras do banco.

Como medida de associação, foi utilizado o *Odds Ratio* (OR) e o nível de significância de 0,05. As análises foram desenvolvidas nos programas *Excel*, versão *WPS Office 10.2.0.5978*; *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão *IBM SPSS Statistics 20 20.0.0.0* e *software R*, utilizando o pacote *lme4*.

Resultados

Ao observar a distribuição das equipes de atenção básica gerenciadas por diferentes categorias de agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação, verifica-se que São Paulo é o estado que possui menos equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes públicos (46,80%), seguido por Rio de Janeiro (60,83%), Paraná (74,91%), Rio Grande do Sul (79,43%) e Bahia (79,93%), respectivamente.

Esses mesmos estados concentram os maiores números de equipes gerenciadas de forma mista; ou seja, tanto por agentes contratantes públicos quanto privados, ou gerenciadas

totalmente por agentes privados. Nos estados do Paraná, Bahia e Rio grande do Sul predominam as categorias mistas, com agentes contratantes aglutinados na categoria “De 75 a 99,99% público”, com 17,33%, 11,24% e 10,84%, respectivamente. Em contrapartida, São Paulo e Rio de Janeiro concentram substancialmente equipes com agentes contratantes 100% privados, 30,61% e 30,77%, respectivamente.

Na tabela 1, foram excluídas as categorias mistas de agentes contratantes. Assim, foram apresentadas as equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes públicos e aquelas gerenciadas totalmente por agentes privados, ainda, por unidade da federação. Com exceção dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, os demais apresentaram mais de 97% de suas equipes sendo gerenciadas por agentes contratantes 100% público. Excluídas as equipes mistas, em São Paulo 60,45% das equipes são de agentes contratantes totalmente públicos e 39,55% de agentes contratantes totalmente privados. No Rio de Janeiro há 66,40% equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes públicos e 33,60% das equipes gerenciadas por agentes contratantes privados.

Foi analisada, também, a distribuição das equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por estratos do PMAQ (Tabela 2). Os resultados mostram que embora em todos os estratos predominem equipes na categoria de agentes contratantes 100% públicos, o estrato 6 é o que menos tem equipes nessa categoria (60,42%), seguido dos estratos 4 (87,32%) e 5 (90,32%). Por outro lado, verifica-se que o estrato 6 concentra a maioria das equipes gerenciadas por agentes contratantes privados (25,42%).

Além da análise por estrato, quando observada a distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por região geográfica. Verifica-se que as equipes se concentram na categoria “100% público”, porém verifica-se que nessa categoria a região Nordeste apresenta os maiores percentuais, 84,32%. Nas categorias das equipes gerenciadas “De 75 a 99,99% público” e “De 50 a 74,99% público” sobressai com os maiores valores, a região sul com 11,34% e 4,49%, respectivamente. Nas categorias “De 0,01 a 49,99% público” e “100% privado” destaca a região sudeste, 5,20% e 17,98%, respectivamente.

Quando se observa a distribuição das notas obtidas pelas equipes avaliadas por estratos do PMAQ, verifica-se que os estratos 2, 3 e 1 concentram as notas mais baixas: 42,51%, 42,39% e 38,78%, respectivamente. Em contrapartida, obtiveram mais notas classificadas como média e alta, equipes dos estratos 4, 5, e 6. O estrato 6 teve 20,16% de suas equipes classificadas como nota “Alta”, seguido dos estratos 5 e 4 com 6,24% e 6,14%, respectivamente (Tabela 3).

Corroboram com estes achados a distribuição das notas obtidas pelas equipes avaliadas por região geográfica. As regiões que apresentaram as notas mais baixas, foram, respectivamente, a Norte (57,27%), a Centro-Oeste (43,28%) e a Nordeste (36,10%). Em contrapartida as regiões Sul e Sudeste concentraram as notas mais altas, 16,57% e 11,27%, respectivamente. Ou seja, as notas mais elevadas se concentraram nas regiões mais ricas economicamente e mais populosas, assim como os resultados por estrato do PMAQ mostraram.

À análise da distribuição da nota geral das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados (Tabela 4), observa-se que predominam entre as equipes gerenciadas totalmente por agentes públicos notas baixas (90,41%), em comparação àquelas que obtiveram notas médias (81,47%) e notas altas (70,91%). No entanto, verifica-se que o inverso ocorre quando são observadas as demais categorias; ou seja, aquelas que incluem modalidades de gestão mista e as que são gerenciadas totalmente por agentes privados. Os resultados mostram que dentre as equipes gerenciadas exclusivamente pelo privado, obtiveram nota baixa 0,72%, porém obtiveram notas médias e altas 8% e 14,69%, respectivamente.

Ao analisar a distribuição das notas obtidas por dimensões, verifica-se no tange à dimensão I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica uma diferença discreta entre equipes gerenciadas pelo público e o privado. Dentre as equipes gerenciadas 100% por agentes contratantes públicos, estão as que receberam predominantemente notas classificadas como média (88,78%), seguidas de notas baixas (85,03%) e altas (82,38%). Quanto às categorias de contratação mistas, os valores variaram. Na categoria “De 75 a 99,99% público” predominaram equipes com notas médias (5,49%), enquanto que nas categorias “De 50 a 74,99% público” e “De 0,01 a 49,99% público” predominaram notas altas, 2,71% e 2,54%, respectivamente. As equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes privados também obtiveram majoritariamente notas altas (7,15%), seguidas de notas baixas e médias, respectivamente, 5,16% e 1,30%.

Os resultados da dimensão II - Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS mostraram que as equipes gerenciadas 100% por agentes contratantes públicos têm de forma predominante equipes que receberam notas baixas (90,64%), seguidas por notas médias (75,30%) e notas altas (55,85%). As categorias mistas “De 75 a 99,99% público” e “De 50 a 74,99% público” possuem mais equipes classificadas como média (6,66% e 3,31%, respectivamente). Em contrapartida, as equipes gerenciadas de 0,01 a 49,99% por agentes

públicos e aquelas 100% privadas obtiveram em sua maioria notas altas: 7,63% e 30,26%, respectivamente.

Ao contrário do que os resultados mostraram até o momento, no que se refere à dimensão III - Valorização do Trabalhador, observa-se que as equipes gerenciadas diretamente pelo poder público têm melhores notas em comparação àquelas gerenciadas por agentes contratantes privados. Nas categorias “100% público”, “De 75 a 99,99% público” e “De 50 a 74,99% público” predominam notas altas (87,39%, 7,49% e 4,45%, respectivamente), seguidas de notas médias (87,06%, 5,70% e 2,69%, respectivamente). Por outro lado, nas categorias “0,01 a 49,99% público” e “100% privado” há o predomínio de equipes com notas baixas (2,87% e 8,39%, respectivamente), seguidas de notas médias (2,08% e 2,47%, respectivamente).

No que se refere à dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho, observa-se que as equipes gerenciadas 100% por agentes contratantes públicos possuem predominantemente notas baixas (90,21%), seguidas de notas médias (85,03%) e altas (66,20%). Nas categorias de contratação mistas, os valores variaram. A categoria “De 75 a 99,99% público” apresentou mais equipes com notas altas (5,65%), seguidas de notas baixas e médias (5,44% e 5,05%, respectivamente). Por outro lado, nas categorias “De 50 a 74,99% público”, “De 0,01 a 49,99% público” e “100% privado” predominaram equipes com notas altas. As equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes privados apresentaram 21,15% das equipes com notas altas, ao passo que notas médias e baixas significaram 4,31% e 0,66%, respectivamente.

Finalmente, à análise da dimensão V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário os resultados mostram, mais uma vez, que as equipes na categoria “100% público” têm mais notas baixas (87,13%) em comparação com as notas médias (58,90%) e altas (66,67%). O mesmo padrão se verifica com as categorias “De 75 a 99,99% público” e “De 50 a 74,99% público”. Estas categorias obtiveram 5,50% e 2,62% de notas baixas, respectivamente, e 3,80% e 2,27% de notas médias, respectivamente. Em nenhuma dessas categorias foram obtidas notas altas. A categoria mista “De 0,01 a 49,99% público” também não alcançou nenhuma nota alta; porém obteve mais equipes com notas médias (5,39%) do que baixas (2,01%). Em contrapartida, as equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes privados apresentam majoritariamente notas altas (33,33%), seguidas de notas médias (29,64%) e apenas 2,74% de notas baixas.

Na análise inferencial, a partir do Modelo de efeitos aleatórios, quando são analisadas apenas as equipes classificadas no estrato 6 do PMAQ, observa-se que as

dimensões II - Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS, III - valorização do trabalhador e V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário não apresentaram significância estatística. Verifica-se, também, que apenas a nota geral e as dimensões I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica e IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho foram estatisticamente significativas, ou seja, evidenciaram que equipes gerenciadas por agentes contratantes privados têm melhor nota obtida no processo de certificação quando comparadas às equipes gerenciadas pela administração pública direta e indireta (Tabela 5).

De acordo com a nota geral ser gerenciada por agente contratante privado tem 5,4 vezes mais chances da equipe obter melhor certificação. No que se refere à dimensão I essa chance é de 3,17 vezes e à dimensão IV de 6,59 vezes (Tabela 5).

Por fim, quando são analisadas as equipes de todo o Brasil, verifica-se que apenas a dimensão I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica permanece significativa, ou seja, dentro desta dimensão ser gerenciado por agentes contratantes privados tem 2,4 vezes mais chance de obter melhor nota no processo de certificação, comparado a equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos. Todas as demais dimensões e, inclusive, a nota geral, não mostrou significância estatística, mostrando dessa forma, que não há diferença estatística significativa entre modalidade de gestão e nota obtida no processo de certificação (Tabela 5).

Verifica-se portanto que a dimensão que mais está associada à uma melhor nota no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e ser gerenciada por agente contratante privado é a dimensão I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica, que apresentou significância estatística em ambas as análises. Em seguida, destacam-se a nota geral e a dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho, estatisticamente significativas na análise realizada somente com o estrato 6 do PMAQ, ou seja, aquele onde as Equipes de Atenção Básica gerenciadas por agentes contratantes privados estão concentradas.

Por outro lado, verificou-se que as dimensões III - Valorização do Trabalhador e V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário não apresentaram associação em nenhum dos testes realizados.

Discussão

Os resultados encontrados neste estudo evidenciam elementos importantes sobre o processo de gestão de serviços de saúde, no tocante ao mix público-privado na atenção básica brasileira. Sano e Abrucio (2008), em estudo sobre Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Estado de São Paulo, realizaram levantamento sobre o número de OS existentes no país. Os autores verificaram que no final de 2007 haviam 70 OS em todo o país. Apesar de não apresentarem dados para todas as unidades da federação, foram disponibilizados dados de 13 estados. Segundo os autores, o Estado de São Paulo concentrava, naquela época, a maioria das OS atuantes na área da saúde (16 OSS). Além de São Paulo, destacou-se também Pará (3 OSS) e Bahia (3 OSS).

Em estudo mais recente, desenvolvido por Santos, *et al* (2013), sobre novas modalidades de gestão na atenção básica brasileira, os autores verificaram que o sudeste é a região de maior concentração de modalidades privadas gerenciando serviços de atenção básica, com destaque para São Paulo e Rio de Janeiro.

Neste sentido, este estudo corrobora com os estudos encontrados na literatura. Os resultados desta pesquisa mostram que São Paulo e Rio de Janeiro lideram o *ranking* de unidades da federação com mais agentes contratantes privados, principalmente quando são observadas apenas as equipes gerenciadas totalmente por agentes contratantes públicos e privados.

Além disso, ressaltam-se dentre os estados que têm equipes com modalidades de contratação mista; ou seja, equipes que têm profissionais pertencentes a agentes contratantes públicos e privados, a Bahia, o Paraná e o Rio Grande do Sul.

Santos, *et al* (2013) em seu estudo observaram que a região Sudeste, a mais desenvolvida entre as regiões brasileiras, se destacou por apresentar o maior percentual de privado não lucrativo como agente contratante das equipes de atenção básica, atingindo o percentual de aproximadamente 24%.

Greve e Coelho (2017), no estudo que desenvolveram no estado de São Paulo, encontraram que os municípios com menos de 10 mil habitantes, com alto percentual de usuários do SUS, e com alta percentagem de negros e pardos são menos propensos a implementar a estratégia de contratação de entidades do terceiro setor para o gerenciamento de serviços de saúde. De acordo com Greve e Coelho (2017) esses resultados podem sinalizar tanto que as OSC estão concentradas em áreas mais populosas, como também que os municípios menores têm menos capacidade financeira e gerencial para contratar OSC.

Esses estudos vão ao encontro dos achados nesta pesquisa que observou um maior número de contratações de agentes privados tanto no estrato 6, caracterizado por concentrar

os municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos, quanto nas regiões sudeste e sul, caracterizadas como as porções mais industrializadas e com maior densidade demográfica do país (COELHO E SOARES, 2002).

No que se refere à distribuição das notas da avaliação externa/autoavaliação/indicadores por estratos, verificou-se que o estrato 6 concentra os municípios cujas equipes alcançaram as melhores notas, enquanto que os estratos 1, 2 e 3, correspondentes aos municípios menores e com índices econômicos mais frágeis, concentraram as equipes com as menores notas.

Os resultados apontados vão ao encontro daqueles encontrados por d'Orsi, *et al* (2014). As autoras, ao analisarem desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil, verificaram que o atendimento na Região Sudeste ou Sul foi fator significativamente associado à percepção de menor tempo de espera no atendimento, tratamento com mais respeito por parte dos profissionais de saúde, mais privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de fazer perguntas.

Esses dados são marcas das profundas desigualdades sociais existentes no país e que ainda persistem. Verifica-se que apesar da busca pelo SUS de oferecer um serviço de saúde universal, integral e equânime e das melhorias no acesso e qualidade dos serviços de saúde, já alcançados desde sua implantação, persiste, de forma urgente, a necessidade de esforços e a contínua luta para a oferta de serviços visando a redução das desigualdades no acesso e qualidade dos serviços de saúde ofertados no país.

Quando comparadas as notas obtidas no processo da avaliação externa/autoavaliação/indicadores com as categorias de agentes contratantes públicos e privados foram encontradas diferenças estatísticas significantes em ambas as análises realizadas, ou seja, tanto na análise geral, quanto na análise apenas do estrato 6 do PMAQ.

Os estudos desenvolvidos na área hospitalar que trataram de comparar serviços gerenciados pelo poder público e por OSC mostraram que aqueles gerenciados pelas OSC cumpriram mais os padrões de conformidade e apresentaram melhores resultados quanto ao tempo médio de internação, à taxa de ocupação, à renovação de leitos, à utilização de sala de operação, à taxa de cesáreas e à infecção hospitalar (SOUZA E SCATENA, 2013; BARBOSA E ELIAS, 2010; RODRIGUES, *et al.*, 2014).

No entanto, ressalta-se que o autores atribuem os resultados às prerrogativas das OSC, como a maior autonomia de gestão e as facilidades na estruturação dos processos de trabalho, (aquisição de bens e insumos) e na movimentação de pessoal (admissão, valorização, substituição e demissão de recursos humanos)(RODRIGUES, *et al.*, 2014).

Costa e Ribeiro (2005) em estudo realizado para o Banco Mundial em 2003 compararam 12 hospitais de OS com 10 hospitais da administração direta, demonstrando a maior eficiência das OS. O estudo destacou que, com o mesmo nível de recursos, os hospitais de OS produziram respectivamente 35%, 61%, 62% e 65% mais altas nas seguintes áreas: geral, cirúrgica, clínica médica e obstétrica. Também estes hospitais utilizaram um número menor de horas médicas - 70% do que se exige de trabalho médico na administração direta e contrataram 33% mais horas de enfermagem. O mesmo estudo realizado em 2005 obteve os mesmos resultados.

Porém, em 2006 este estudo foi repetido e as diferenças entre os hospitais da administração direta e das OS se reduziram, segundo Barata e Mendes (2007), principais implementadores desta política no estado. Tal fato decorreu, segundo os autores, devido ao aperfeiçoamento do desempenho dos hospitais da administração direta, decorrente do grande investimento realizado nestes hospitais, tanto em materiais como em recursos humanos. Ou seja, ao investir também na área pública, os resultados se aproximaram.

No campo da Atenção Primária à Saúde, Santos, *et al* (2013) ao analisarem novas modalidades de gestão, pública e privada na atenção básica brasileira, verificaram que a equipe ser contratada por agente contratante privado está associado a melhor certificação no âmbito do PMAQ no que se refere a Organização dos Prontuários e Informatização, e Organização da Agenda.

Os estudos apresentados corroboram os resultados encontrados nesta pesquisa. Mas trata-se de um estudo transversal, sem ainda incorporar as dimensões relativas a investimentos distintos que podem ter ocorrido nas modalidades não públicas. Portanto, deve-se ter cautela na análise destes dados.

Sendo assim, verifica-se que a ampliação de recursos aos serviços prestados por agentes contratantes públicos é fator que pode contribuir para a redução das diferenças entre serviços de saúde gerenciados diretamente pelo poder público e aqueles sob gestão de OSC. Além disso, se fosse atribuída à gestão pública no que se refere à prestação de serviços de saúde maior autonomia administrativa e financeira para provisão de bens, serviços e contratação de pessoal como ocorre com as OSC, poderiam ser verificadas diferenças ainda menores entre serviços de saúde gerenciados por agentes contratantes públicos e aqueles gerenciados por agentes privados.

Não foram encontrados na literatura estudos recentes, de abrangência nacional capazes de identificar associação entre diferentes tipos de agentes contratantes e acesso e melhoria do cuidado ofertado na atenção básica, principalmente, no âmbito do PMAQ.

Mostrar que não há diferenças entre equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos em comparação àquelas gerenciadas por agentes contratantes privados no que se refere às dimensões Valorização do Trabalhador e ao Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário, apesar de todas as facilidades atreladas às gestões privadas, é um resultado singular e importante para o fortalecimento da saúde coletiva do país.

Acredita-se que se os serviços gerenciados diretamente pelo poder público são capazes de obterem melhores resultados nessas dimensões, também podem avançar e alcançar resultados melhores em outras áreas do cuidado ofertado.

Verifica-se, portanto, que as maiores defasagens na gestão de agentes contratantes públicos estão relacionadas à gestão municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica e ao Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho. Corroborar esse achado a literatura apresentada, ao mostrar que os aspectos positivos dos agentes contratantes privados estão relacionados a aspectos gerenciais, como acesso ao serviço, processo de trabalho, a agendamento e marcação de consultas, tempo de espera, opção de escolher o médico, maior número de procedimentos, menores taxas de mortalidade, maior produtividade e qualidade dos serviços ofertados, como já discutido anteriormente.

Entretanto, inúmeros problemas também podem ser elencados, principalmente, no que tange ao descumprimento de metas e indicadores e à regulação, sobre a qual a falta de fiscalização pelo poder público é recorrente (CONTREIRAS E MATTA, 2015; COSTA E SILVA, 2016; ACÓRDÃO TCU 3239-47/2013; ACÓRDÃO TCU 2057/2016).

Para além da maior eficiência, eficácia ou efetividade alcançada por OSC atuantes na saúde, e mais especificamente na atenção básica, é necessária a reflexão acerca da capacidade do poder público de gerenciar tais serviços.

Por fim, a importância da observação que deve ser feita a respeito desse processo de publicização como forma de contornar a LRF. Além disso, aponta-se, ainda, a possibilidades de investimentos maiores nestas novas formas de gestão privada, que podem estar contribuindo para o aumento das diferenças entre serviços gerenciados por agentes contratantes públicos e aqueles gerenciados por agentes contratantes privados.

Conclusão

É necessário observar com cautela os aparentes resultados benéficos das entidades do terceiro setor atuantes na área da saúde; pois as melhores performances observadas em determinadas dimensões, pode ser fruto de maiores investimentos e de prerrogativas dessas

organizações que ao longo de sua existência se fortaleceram sob o esteio do Estado e deste têm recebido diversas desobrigações, fragilizando o SUS na medida em que competem com os serviços administrados diretamente pela administração pública, ao mesmo tempo em que se apropriam do sistema público de saúde.

Referências

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. **Organizações Sociais de Saúde: experiência exitosa de gestão pública de saúde no estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2483-2495, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde*. Brasília: CONASS, p. 98–112, 2015.

BRASIL. Lei 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, 04 maio 2000.

BRASIL. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, 15 maio 1998.

BRASIL. Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 23 mar. 1999.

BRASIL. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999 e dá outras providências. Brasília, 31 jul. 2014.

BRASIL. Lei nº 13.204 de 14 de dezembro de 2015. Altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999 e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 14 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 2057/2016**. Requerimento de informações a respeito da possibilidade de celebração de contratos de gestão com organizações sociais e da forma de contabilização dos pagamentos a título de fomento nos limites de gastos de pessoal previstos na Lei Complementar 101/2000. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2016.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 3239-47/2013**. Relatório de auditoria operacional. Transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a Organizações Sociais. Falhas. Determinações e recomendações. Monitoramento. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2013.

COELHO, M. A.; SOARES, L. T. **Geografia do Brasil**. 5. ed. São Paulo: Moderna, 2002.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS**. 2018. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/fundacao-publica>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31 (2): 285-297, fev., 2015.

COSTA e SILVA, V. *et al.* Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, maio, 2016, pp. 1365–1376.

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

DI PIETRO. M. S. Z. **Direito Administrativo**. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

D'ORSI, E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, 2014, v. 30, suppl. 1, p. S154–S168.

GREVE, J.; COELHO, V. S. R. P. Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. **Health Policy and Planning**, 2017, v. 32, n. 7.

RODRIGUES, R. C. *et al.* Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais. **RAS**, v. 16, n. 65, out–dez, 2014.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. adm. empres. [online]**, v. 48, n. 3, pp. 64–80, 2008.

SANTOS, A. F. *et al.* Novas modalidades de gestão “público e privada” na atenção básica no Brasil: uma análise a partir do PMAQ. In: Segundo Congresso Brasileiro de Política Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, MG. Minas Centro, 01-03/10, 2013. **Anais...** Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/039.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2017.

SAUERBRONN, F. F. Governança Pública em Saúde Pós — Reforma Gerencial no Brasil: Reconciliando Perspectivas para uma análise multinível. **Administração Pública e Gestão Social**, vol. 9, nº 3, jul-set, pp. 148–158, 2017.

SOARES, G. B. *et al.* Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Rev. Gest. Saúde**, Brasília, v. 7, nº 2, pp. 828–50, 2016.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. **RAS**, v. 15, nº 59, abr–jun, 2013.

APÊNDICE B

TABELAS DO ARTIGO PARA SUBMISSÃO

Tabela 1. Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por unidade da federação, excluindo as equipes com agentes contratantes mistos. Brasil, 2014.

		Tipo de agente contratante				Total	
		100% Público		100% Privado		n	%
		n	%	n	%		
Unidade da Federação	AC	90	100,00	0	0,00	90	100%
	AL	604	100,00	0	0,00	604	100%
	AM	361	98,90	4	1,10	365	100%
	AP	113	100,00	0	0,00	113	100%
	BA	1991	99,30	14	0,70	2005	100%
	CE	1443	99,79	3	0,21	1446	100%
	DF	97	100,00	0	0,00	97	100%
	ES	405	99,51	2	0,49	407	100%
	GO	1084	99,82	2	0,18	1086	100%
	MA	574	100,00	0	0,00	574	100%
	MG	3205	98,59	46	1,41	3251	100%
	MS	398	100,00	0	0,00	398	100%
	MT	445	100,00	0	0,00	445	100%
	PA	683	100,00	0	0,00	683	100%
	PB	1122	99,91	1	0,09	1123	100%
	PE	1620	99,33	11	0,67	1631	100%
	PI	616	99,84	1	0,16	617	100%
	PR	1245	99,68	4	0,32	1249	100%
	RJ	1014	66,40	513	33,60	1527	100%
	RN	711	99,86	1	0,14	712	100%
	RO	231	100,00	0	0,00	231	100%
	RR	59	100,00	0	0,00	59	100%
	RS	865	97,96	18	2,04	883	100%
	SC	1219	99,84	2	0,16	1221	100%
	SE	341	100,00	0	0,00	341	100%
	SP	1570	60,45	1027	39,55	2597	100%
	TO	267	100,00	0	0,00	267	100%
Total		22373	93,14	1649	6,86	24022	100%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Distribuição de equipes gerenciadas por agentes contratantes públicos e privados por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.

		Categorías de agentes contratantes										Total	
		100% Público		De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTRATO	1	2454	92,22	141	5,30	33	1,24	27	1,01	6	0,23	2661	100,00%
	2	3506	92,00	183	4,80	64	1,68	35	0,92	23	0,60	3811	100,00%
	3	4134	90,62	247	5,41	108	2,37	53	1,16	20	0,44	4562	100,00%
	4	4388	87,32	360	7,16	129	2,57	116	2,31	32	0,64	5025	100,00%
	5	4271	90,32	198	4,19	108	2,28	107	2,26	45	0,95	4729	100,00%
	6	3620	60,42	286	4,77	247	4,12	315	5,26	1523	25,42	5991	100,00%
Total		22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3. Distribuição das notas obtidas pelas equipes avaliadas por estratos do PMAQ. Brasil, 2014.

		Categorias da nota final da equipe						Total	
		Baixa		Média		Alta			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Estrato	1	1360	38,78	1987	56,66	160	4,56	3507	100,00%
	2	1817	42,51	2375	55,57	82	1,92	4274	100,00%
	3	2048	42,39	2618	54,19	165	3,42	4831	100,00%
	4	1800	32,67	3371	61,19	338	6,14	5509	100,00%
	5	1559	30,02	3311	63,75	324	6,24	5194	100,00%
	6	1215	18,80	3945	61,04	1303	20,16	6463	100,00%
Total		9799	32,91	17607	59,13	2372	7,97	29778	100,00%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4. Distribuição da nota geral das equipes avaliadas pelas categorias de agentes contratantes públicos e privados. Brasil, 2014.

Categorias de agente contratante da equipe														Total
100% Público			De 75 a 99,99% Público		De 50 a 74,99% Público		0,01 a 49,99% Público		100% Privado					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nota geral da equipe	Baixa	7911	90,41	456	5,21	184	2,10	136	1,55	63	0,72	8750	100,00%	
	Média	12941	81,47	812	5,11	412	2,59	448	2,82	1271	8,00	15884	100,00%	
	Alta	1521	70,91	147	6,85	93	4,34	69	3,22	315	14,69	2145	100,00%	
Total	22373	83,55	1415	5,28	689	2,57	653	2,44	1649	6,16	26779	100,00%		
Fonte: Elaboração própria.														

Tabela 5. Associação entre nota de certificação e agente contratante de Equipes de Atenção Básica situadas no estrato 6 do PMAQ. Belo Horizonte, 2014.

Notas	Análise das equipes situadas no estrato 6 do PMAQ			Análise geral		
	OR	I.C. - 95%	Valor-p	OR	I.C. - 95%	Valor-p
Geral	5,46	[1,11; 26,78]	0,036	1,83	[0,85; 3,92]	0,120
Dimensão I	3,17	[1,26; 7,95]	0,014	2,40	[1,13; 5,14]	0,024
Dimensão II	2,36	[0,69; 8,11]	0,172	1,95	[0,91; 4,17]	0,086
Dimensão III	2,07	[0,64; 6,66]	0,222	0,84	[0,42; 1,7]	0,634
Dimensão IV	6,59	[2,34; 18,52]	0,000	1,50	[0,84; 2,68]	0,167
Dimensão V	2,17	[0; 9164,9]	0,856	3,18	[0,08; 122,75]	0,535

Fonte: Elaboração própria.