Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Gestão público-privada nos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo

Fabiana Cambricoli

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profª. Drª. Aylene Bousquat

São Paulo

2019

Gestão público-privada nos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo

Fabiana Cambricoli

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profª. Drª. Aylene Bousquat

Versão corrigida

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à minha orientadora, professora Dra. Aylene Bousquat, pela generosidade e confiança quando aceitou me orientar, pelos ensinamentos sobre saúde pública e sobre o fazer acadêmico, pela compreensão com minha rotina complicada, pela paciência com que conduziu essa orientação e pelo apoio em todos os momentos difíceis.

Às professoras Vera Schattan Coelho e Cleide Lavieri Martins, integrantes da minha banca de qualificação que, na ocasião, tanto colaboraram para o aprimoramento e amadurecimento desta pesquisa. Estendo esse agradecimento a todos os docentes da Faculdade de Saúde Pública da USP com os quais tive o privilégio de aprender nas disciplinas cursadas ao longo do mestrado.

Aos meus pais, Rosana e Gentil, à minha irmã, Luciana, e aos meus avós Edith e Bruno (*in memoriam*) por sempre acreditarem e se orgulharem de mim. Agradeço ainda aos meus tios Cidinha e Ozéas e à minha prima Bia, pela força e incentivo de sempre. Um agradecimento especial ao meu primo Bruno, exemplo de comprometimento e dedicação à construção do conhecimento, pelos ensinamentos e dicas do mundo acadêmico.

Às minhas amigas-irmãs Fernanda Barbosa e Laura Maia, pelo apoio e parceria. Mesmo de muito longe, vocês foram os pilares nos momentos em que eu não conseguia me sustentar sozinha.

Ao amigo e pesquisador Kaio Keomma, pela paciência e generosidade com que me ajudou nas dúvidas de metodologia.

Ao amigo Daniel Barzilay, pelos fundamentais ensinamentos de estatística e pelo apoio nos momentos de angústia.

CAMBRICOLI, F. **Gestão público-privada nos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo**. 2019. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

RESUMO

Introdução: A gestão público-privada na saúde brasileira, fortalecida após a criação das Organizações Sociais (OSs) no País, em 1998, se intensifica também na rede de atenção primária da cidade de São Paulo. Segundo a Secretaria Municipal da Saúde, das 449 UBSs existentes na capital paulista em 2014, 280 (62,3%) eram administradas via contrato de gestão ou convênios com entidades sem fins lucrativos. Faltam, no entanto, estudos que explorem o impacto da adoção desse modelo nas unidades de atenção primária. **Objetivos:** Analisar estrutura, processo e resultado das unidades de atenção primária da cidade de São Paulo segundo a modalidade de gestão e a entidade gestora. **Métodos:** Foi adotado estudo descritivo e exploratório em que foram analisados três bancos de dados do segundo ciclo do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) referentes às Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, o que significou uma amostra de 264 unidades/911 equipes. Foram escolhidos 28 indicadores para análise (um de estrutura, dez de processo e 17 de resultado). As UBSs e equipes de atenção primária foram classificadas de acordo com sua modalidade de gestão e entidade gestora e os resultados de cada grupo em cada um dos indicadores foram separados. Foram realizados testes estatísticos (qui-quadrado e Anova) para verificar a significância das diferenças encontradas. **Resultados:** Dos 28 indicadores analisados, 10 registraram diferença significativa entre equipes com diferentes modalidades de gestão. Em oito deles, houve melhor desempenho das equipes de unidades com gestão público-privada. Já na análise por entidade gestora, 25 dos 28 indicadores analisados tiveram diferenças significativas, com diferenças importantes entre unidades de administração público-privada, mas com entidades gestoras diferentes. **Conclusões:** Os resultados indicam que a contratualização na atenção básica pode colaborar com o aumento do acesso e produtividade dos serviços. No entanto, as evidências não são fortes o

suficiente para concluir que um modelo é superior ao outro. Ficou claro que a entidade gestora parece ter um peso maior no desempenho das unidades e equipes do que simplesmente a modalidade de gestão.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Serviços Terceirizados; Privatização; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Avaliação em Saúde; Nova Administração Pública.

CAMBRICOLI, F. [**Public-private management in Primary Health Care services in the city of São Paulo**]. 2019. Dissertation – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019. Portuguese.

ABSTRACT

Introduction: Public-private management in Brazilian healthcare system, strengthened after the creation of Social Organizations (OSs) in the country in 1998, is also strong in the primary care services of the city of São Paulo. According to the Municipal Health Department, from the 449 primary care services of the state capital in 2014, 280 (62.3%) were administered by non-profit entities through agreements with the government. There are, however, few studies that explore the impact of adopting this model in the primary care services. **Objectives:** Analyze structure, process and outcomes of primary care services in the city of São Paulo according to the management modality and the management entity. **Methods:** A descriptive and exploratory study was carried out in which three databases of the second cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) were analyzed for the Basic Health Units of the city of São Paulo, Brazil. which meant a sample of 264 units / 911 teams. We selected 28 indicators for analysis (one of structure, ten of process and 17 of outcomes). The UBSs and primary care teams were classified according to their management modality and managing entity and the results of each group in each of the indicators were separated. Statistical tests (chi-square and Anova) were performed to verify the significance of the differences found. **Results:** From the 28 indicators analyzed, ten registered a significant difference between teams with different management modalities. In seven of them, there was better performance of the teams of units with public-private management. In the analysis by management entity, 25 of the 28 indicators analyzed had significant differences, with significant differences among public-private administration services with different management entities. **Conclusions:** The results indicate that contracting in primary care may contribute to increased access and productivity of services. However, the evidence is not strong enough to conclude that one model is

superior to the other. It became clear that the management entity seems to have a greater weight in the performance of the services and teams than simply the management modality.

Keywords: Primary Health Care; Outsourced Services; Privatization; Health Policy, Planning and Management; Health Evaluation; New Public Management.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 17
1.1. O MODELO DE GESTÃO PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE 20
1.2. CONCEITOS DE UMA APS DE QUALIDADE E SUA APLICAÇÃO NO BRASIL 22
1.3. A AVALIAÇÃO POR MEIO DO PMAQ-AB 27
1.4. APS EM SÃO PAULO E AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS 30
2. OBJETIVOS 33
2.1. OBJETIVO GERAL 33
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 33
3. MÉTODOS 34
3.1. LOCAL DE ESTUDO 34
3.2. COLETA DOS DADOS 35
3.3. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 36
4. RESULTADOS 43
4.1. INDICADOR RELACIONADO A ESTRUTURA 45
4.2. INDICADORES RELACIONADOS A PROCESSO 48
4.2.1. Atributo Primeiro Contato 49
4.2.2. Atributo Longitudinalidade 54
4.2.3. Atributo Integralidade 58
4.2.4. Atributo Coordenação 62
4.2.5. Dimensão Tecnologia 67
4.3. INDICADORES RELACIONADOS A RESULTADO 70
5. DISCUSSÃO 80
5.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO 88
5.2. ACHADOS A SEREM MELHOR EXPLORADOS EM OUTROS ESTUDOS 89
6. CONCLUSÕES 91
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 93
ANEXOS 100

Anexo 1. Médias, desvios-padrão (DP) e tamanhos da amostra (N) dos indicadores de resultado segundo modalidade de gestão, São Paulo, 2014 100
Anexo 2. Médias e desvios-padrão (DP) dos indicadores de resultado segundo entidade gestora, São Paulo, 2014 101
CURRÍCULO LATTES 102

Lista de quadros

Quadro 1. Características dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil, 2011-12 e 2013-14 29

Quadro 2. Subdimensões, variáveis e padrão de referência para tipologia da estrutura das UBS brasileiras, 2012.....37

Quadro 3. Indicadores do questionário do módulo 2 da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ utilizados na análise das equipes de São Paulo, agrupados por atributo da APS 40

Quadro 4. Indicadores do questionário do módulo 2 da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB utilizados na análise das equipes de São Paulo, relacionados à dimensão tecnologia 40

Quadro 5. Indicadores de desempenho do PMAQ-AB utilizados na análise das equipes da cidade de São Paulo.....41

Quadro 6. Coordenadorias de atuação de cada entidade gestora/gestor responsável por serviços de APS, São Paulo, 2014 45

Quadro 7. Síntese dos resultados encontrados.....91

Lista de tabelas

Tabela 1. Gastos da Secretaria Municipal da Saúde total e com parcerias, São Paulo, 2012 a 2016 32

Tabela 2. Número de UBSs (total e participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB), por gestor responsável, São Paulo, 2014 44

Tabela 3. Tipologia das UBSs que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, por modalidade de gestão, São Paulo, 2014.....46

Tabela 4. Tipologia das UBSs de gestão público-privada que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, por entidade gestora, São Paulo, 2014.....47

Tabela 5. Tipologia das UBSs que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB segundo Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), São Paulo, 2014 47

Tabela 6. Número de equipes de saúde básica de UBSs de gestão público-privada que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, São Paulo, 2014 49

Tabela 7. Número de equipes conforme existência de população descoberta pela atenção básica no território, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014 ..50

Tabela 8. Número de equipes conforme existência de população descoberta pela atenção básica no território, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014.....51

Tabela 9. Número de equipes conforme existência de população descoberta pela atenção básica no território, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014 51

Tabela 10. Número de equipes conforme datas e horários como as consultas são agendadas na UBS, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014 52

Tabela 11. Número de equipes conforme datas e horários como as consultas são agendadas na UBS, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014.....53

Tabela 12. Número de equipes conforme datas e horários como as consultas são agendadas na UBS, por coordenadoria regional de saúde, São Paulo, 2014 53

Tabela 13. Número de equipes segundo o tempo em que foi feito o último mapeamento da sua área de abrangência, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014 54

Tabela 14. Número de equipes segundo o tempo em que foi feito o último mapeamento da sua área de abrangência, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014 55

Tabela 15. Número de equipes segundo o tempo em que foi feito o último mapeamento da sua área de abrangência, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014 56

Tabela 16. Número de equipes conforme número de grupos populacionais com registro, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014 56

Tabela 17. Número de equipes conforme número de grupos populacionais com registro, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014 57

Tabela 18. Número de equipes conforme número de grupos populacionais com registro, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014.....58

Tabela 19. Número de equipes conforme número de grupos populacionais para os quais são ofertadas ações, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014....58

Tabela 20. Número de equipes conforme número de grupos populacionais para os quais são ofertadas ações, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014 59

Tabela 21. Número de equipes conforme número de grupos populacionais para os quais são ofertadas ações, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014 60

Tabela 22. Número de equipes conforme número de procedimentos ofertados, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014 60

Tabela 23. Número de equipes conforme número de procedimentos ofertados, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014 61

Tabela 24. Número de equipes conforme número de procedimentos ofertados, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014.....62

Tabela 25. Número de equipes por forma de marcação de consulta especializada, conforme modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014 63

Tabela 26. Número de equipes por forma de marcação de consulta especializada, conforme entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014 64

Tabela 27. Número de equipes por forma de marcação de consulta especializada, conforme coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014.....64

Tabela 28. Número de equipes que recebem retorno da avaliação realizada por especialistas dos usuários encaminhados, conforme frequência da obtenção do retorno, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014.....65

Tabela 29. Número de equipes que recebem retorno da avaliação realizada por especialistas dos usuários encaminhados, conforme frequência da obtenção do retorno, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014 66

Tabela 30. Número de equipes que recebem retorno da avaliação realizada por especialistas dos usuários encaminhados, conforme frequência da obtenção do retorno, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014 66

Tabela 31. Número de equipes conforme participação em ações de Telessaúde, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014 67

Tabela 32. Número de equipes conforme participação em ações de Telessaúde, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014.....68

Tabela 33. Número de equipes conforme participação em ações de Telessaúde, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014.....68

Tabela 34. Número de equipes que possuem prontuário eletrônico implantado, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014 69

Tabela 35. Número de equipes que possuem prontuário eletrônico implantado, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014.....69

Tabela 36. Número de equipes que possuem prontuário eletrônico implantado, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014.....70

Tabela 37. Número de equipes de UBSs de gestão público-privada que informaram resultados dos indicadores de desempenho por meio do PMAQ-AB, São Paulo, 2014 71

Tabela 38. Médias dos resultados de cada indicador de desempenho por equipes conforme modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014 73

Tabela 39. Médias dos resultados de cada indicador por equipes conforme entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014.....76

Tabela 40. Médias dos resultados de cada indicador por equipes conforme coordenadoria regional de saúde da UBS, São Paulo, 2014 78

Siglas e abreviaturas utilizadas

AB – Atenção Básica

ACSs – Agentes Comunitários de Saúde

AIHs – Autorizações de Internação Hospitalar

Anova – Análise de variância

APS – Atenção Primária à Saúde

ASF – Associação Saúde da Família

Cejam – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim

CIB - Comissões Intergestoras Bipartites

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

DRU – Desvinculação da Receita da União

Einstein – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

FFM – Fundação Faculdade de Medicina

IAE/Unasp – Instituto Adventista de Ensino/Centro Universitário Adventista de São Paulo

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LAI - Lei de Acesso à Informação

Monte Azul – Associação Comunitária Monte Azul

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NTCSS - Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSs – Organizações Sociais

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programas de Agente Comunitários de Saúde

PAS – Plano de Assistência à Saúde

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

Qualis – Qualidade Integral em Saúde

Santa Casa – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Santa Catarina – Associação Congregação de Santa Catarina

Santa Marcelina – Casa de Saúde Santa Marcelina

Seconci – Serviço Social da Construção Civil

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIC - Serviço de Informação ao Cidadão

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Tribunal de Contas do Estado

TCM – Tribunal de Contas do Município

UBSs – Unidades Básicas de Saúde

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

1. INTRODUÇÃO

As discussões sobre a necessidade de redução do tamanho da estrutura do Estado e o aprimoramento da relação entre o público e o privado ganharam força mundialmente nas três últimas décadas do século 20, inspiradas principalmente pelo *New Public Management*, movimento de gestão que inseriu princípios e técnicas gerenciais do mercado privado no setor público (CARNEIRO JUNIOR et al., 2011; COSTA E SILVA et al., 2016; OLIVEIRA, 2016).

Pressupunha-se com tal movimento a redução do tamanho da máquina administrativa, o aumento de sua eficiência e a criação de mecanismos voltados à responsabilização dos atores políticos (PECI et al, 2008).

As transformações que ocorreram como consequência dessas discussões impulsionaram, nas décadas de 80 e 90, a formulação e a implementação de Reformas Administrativas do Estado, que tinham como objetivos, segundo seus defensores, contenção de custos, aumento da eficiência e estabelecimento de novas relações com a sociedade (BRESSER-PEREIRA, 2017; COSTA E SILVA et al., 2016; OFFE, 1999).

Um dos mecanismos dessa reforma foi incluir na elaboração e no planejamento das ações do Estado agentes sociais relacionados ao mercado e à comunidade. Nessa perspectiva, as instituições de caráter privado sem fins lucrativos, situadas entre o mercado e o Estado, administradas com a lógica do setor privado, mas com finalidades de interesse público, apresentaram-se como um dos principais agentes da sociedade civil nesse processo de reforma (OFFE, 1999; FRANCO, 1999).

O fortalecimento do terceiro setor nessa relação com o Estado, além de provocar mudanças de orientação da relação público-privado, fez ampliar o conceito de público como não exclusivamente sinônimo de estatal, emergindo o conceito de público não-estatal (CARNEIRO JUNIOR et al., 2011).

Tais mudanças, no entanto, vêm sendo alvos de controvérsias e debates de pesquisadores que discutem a eficiência do setor público e as motivações e consequências da opção pela contratação de entidades privadas para gerir serviços públicos. Os efeitos do fenômeno dividem a opinião de estudiosos em prós –

melhores resultados, melhor eficiência nos serviços e redução de custos – e contras – melhoria não evidente na qualidade dos serviços, desempenho ruim e falta de transparência (KAVALIAUSKAITE e JUCEVICIUS, 2010).

No caso brasileiro, a proposta de reforma do Estado foi apresentada em 1995, durante o primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, e tinha como base a desregulamentação da administração, principalmente nos contratos de recursos humanos, a diminuição do controle de processos administrativos e o estabelecimento de contratos de gestão entre governo e setores privados para a produção de serviços nas áreas sociais (CARNEIRO JUNIOR, 2002).

Foi nesse contexto que surgiram no Brasil as Organizações Sociais (OSs), figuras jurídicas privadas sem fins lucrativos autorizadas a estabelecer com o poder público uma parceria por meio da qual lhe é delegada a administração de uma instituição pública (CONTREIRAS e MATTA, 2015).

Regulamentadas por meio da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, as OSs tinham como um dos seus principais objetivos, segundo seus idealizadores, oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público, com a expectativa de aumento de eficiência e qualidade e possibilidade de contratação de pessoal em regime CLT sem a necessidade de concurso público (IBAÑEZ e NETO, 2007).

A norma deu ao Poder Executivo o direito de “qualificar como organizações sociais 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” (BRASIL, 1998).

Após a criação da legislação federal brasileira que regulamentou as OSs, alguns Estados e municípios editaram suas próprias leis de OSs. A saúde foi a principal área de aplicação do modelo (95% das leis). Pesquisa do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão feita em 2009 contabilizou 15 leis estaduais e 41 municipais (CONTREIRAS e MATTA, 2015).

Particularmente na área da saúde, a assistência médico-hospitalar foi o primeiro foco da implantação de políticas que delegavam bens e serviços públicos para entes privados não-lucrativos (CARNEIRO JUNIOR e ELIAS, 2006).

São Paulo foi o primeiro Estado a aplicar o modelo de OS na gestão de hospitais públicos. Menos de um mês depois da sanção da lei federal que regulamentou as organizações sociais no País, o Estado também aprovou legislação

local que criava regras específicas para tais entidades (RODRIGUES et al., 2014; ESTADO DE SÃO PAULO, 1998).

Sancionada em 4 de junho de 1998, durante o governo de Mario Covas (1995-2001), a Lei Nº 846 previa a celebração de contratos de gestão para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde ou da cultura. A norma estadual, no entanto, definiu algumas regras específicas para a atuação dessas instituições no Estado, como a comprovação, por parte das OSs, de experiência prévia de cinco anos na área de atuação (ESTADO DE SÃO PAULO, 1998).

A legislação foi passando por flexibilizações nos anos seguintes para aumentar o escopo das atuações das organizações sociais: na área da saúde, por exemplo, a lei paulista de 1998 previa que apenas estabelecimentos de saúde novos poderiam ser administrados por meio desse modelo, regra flexibilizada pela Lei Complementar Nº 1.095, de 18 de setembro de 2009 (ESTADO DE SÃO PAULO, 2009).

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) não foram vistos, inicialmente, como passíveis de serem repassados para o setor não-estatal. Esta tendência, no entanto, vem se modificando de forma acelerada nos últimos anos. Entre 2006 e 2015, o número de estabelecimentos de APS geridos por OSs cresceu 103,6% (CARNEIRO JUNIOR et al., 2011; MIRANDA, 2017).

A cidade de São Paulo é um exemplo de atuação ampla das entidades privadas na administração de serviços de Atenção Primária. Das 449 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) existentes no município em 2014, 280 (62,3%) eram geridas por meio de contratos de gestão ou de convênios, segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação.

Na capital paulista, as OSs foram regulamentadas por meio da Lei Municipal nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, durante a gestão do prefeito José Serra (2005-2006). No entanto, a participação da esfera privada não lucrativa na rede de saúde do município é anterior a isso, possibilitada principalmente por meio de convênios (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2006; CONTREIRAS e MATTA, 2015).

Diante das controvérsias ideológicas, políticas, econômicas e jurídicas sobre a contratação de entidades privadas sem fins lucrativos para a administração de serviços públicos, muitos autores se debruçaram sobre o desafio de quantificar a contribuição das OSs na gestão de hospitais. Pouco se sabe, no entanto, sobre o

processo e o impacto da adoção desses contratos na atenção básica (COELHO e GREVE, 2016).

Tendo em vista a ampla participação das entidades parceiras na gestão das UBSs da cidade de São Paulo e a necessidade de mais estudos sobre este modelo de gestão na atenção primária, pareceu relevante desenvolver pesquisa que analisasse as possíveis diferenças no serviço prestado entre as unidades de administração estritamente pública e as de gestão público-privada.

Neste contexto, a proposta desta pesquisa foi verificar se há diferenças de estrutura, processo e resultado nos serviços de atenção primária na cidade de São Paulo segundo a modalidade de gestão e a entidade gestora, utilizando informações de indicadores monitorados pelo segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado em 2014.

O estudo pretende contribuir no debate sobre esse modelo de gestão em unidades públicas de saúde de atenção primária.

Diante do objeto de estudo, considerou-se pertinente apresentar, na revisão da literatura, um histórico do modelo de gestão público-privada na saúde; conceitos que definem uma atenção primária de qualidade e sua aplicação no Brasil; as diretrizes do PMAQ-AB; e o histórico da atenção primária no município de São Paulo e sua relação com a celebração de parcerias com entidades privadas não lucrativas na cidade

1.1. O MODELO DE GESTÃO PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE

A entrada da esfera privada na administração de serviços públicos de saúde suscitou ampla controvérsia ideológica, política, econômica e jurídica, seja no Brasil, seja internacionalmente, em vários aspectos, como a motivação da atuação do setor privado na saúde, as condições necessárias para a implementação desse tipo de modelo de gestão e a avaliação dos benefícios e prejuízos desse tipo de contratação (COELHO e GREVE, 2016).

No Brasil, ela suscitou debates desde o início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), entre as décadas de 80 e 90, e acabou apoiada pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado, na gestão de Fernando Henrique

Cardoso. Em 1997, apenas um ano antes da aprovação da lei que criou as OSs, o então ministro da pasta, Bresser-Pereira, afirmou que mais escassos que os recursos para melhorar os serviços sociais brasileiros era a capacidade administrativa de geri-los, e defendeu a entrega da administração dos hospitais para organizações públicas não-estatais. As supostas lentidão e ineficiência do Estado na execução de serviços públicos foram usadas pelo ministro para defender a terceirização dos mesmos (PAIM, 2013).

COELHO e GREVE (2016) mapearam uma série de estudos brasileiros que avaliaram a contribuição da contratação de entidades privadas para gerir serviços públicos hospitalares. De acordo com as autoras, o conjunto de pesquisas traz evidências que apontam para a possibilidade de esse tipo de contratação estar associada à ampliação da oferta de serviços, embora as evidências quanto à eficiência e efetividade sejam contraditórias.

LA FORGIA e COUTTOLENC (2008) e MEDICI e MURRAY (2010) verificaram que os hospitais administrados por OSs têm alcançado melhores resultados que as unidades de administração estritamente pública, produzindo mais altas por leito ocupado, utilizando mais intensamente as instalações hospitalares e produzindo serviços a custos médios por paciente inferiores aos dos hospitais diretamente administrados (MEDICI, 2011).

Para MEDICI (2011), as OSs asseguram melhor qualidade aos pacientes através do cumprimento de protocolos de serviços testados por processos que garantem excelência na qualidade assistencial.

Já CORREIA e SANTOS (2015) questionam a eficiência desse modelo e criticam a falta de transparência dessas gestões. As autoras trazem, por exemplo, dados sobre uma auditoria do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE) que comparou os dois métodos de administração e constatou que os hospitais geridos por OSs apresentam um prejuízo econômico maior do que os geridos pela administração direta.

Em pesquisa documental realizada em 2015 em inquéritos civis públicos de Ministérios Públicos Estaduais e em auditorias de Tribunais de Contas, as autoras relataram uma série de irregularidades nesse modelo de gestão em todo o país, como serviços ineficientes, aumento de gastos estatais nas unidades geridas por OSs e desvios de recursos públicos, sugerindo que os mecanismos de controle da

qualidade do serviço prestado por OSs e do uso do dinheiro público por essas instituições pareciam falhos.

Para MENDES (2015), a atuação crescente das OSs na administração de serviços públicos de saúde está inserida em um contexto maior de apropriação do fundo público pelo capital. Além dos constantes repasses de recursos públicos para essas entidades, o autor levanta outras medidas estatais na área da saúde que vem enfraquecendo a capacidade de arrecadação e prejudicando o financiamento do SUS, entre elas a permissão de entrada de capital estrangeiro na saúde e a manutenção da Desvinculação da Receita da União (DRU) por 21 anos.

Na área de atenção básica, COELHO e GREVE (2016) levantaram algumas pesquisas internacionais que apontam resultados positivos associados a esse modelo de gestão, como a de LIU, HOTCHKISS e BOSE (2008), que publicaram uma revisão de estudos sobre a eficácia do modelo público-privado em países de renda baixa e média, com evidências de que, em muitos casos, houve melhora no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da assistência prestada.

No mesmo trabalho no qual fizeram revisão bibliográfica sobre os impactos do modelo de gestão público-privado, COELHO e GREVE (2016) realizaram estudo quantitativo e qualitativo em UBSs de São Paulo no qual verificaram que a celebração de contratos com entidades privadas não lucrativas pode contribuir para um melhor desempenho do sistema municipal de Atenção Básica, principalmente por meio da ampliação do serviço nas periferias. Elas afirmam, no entanto, que mais estudos são necessários para conhecer melhor o processo e os impactos dessa modalidade de contratação na atenção primária.

1.2. CONCEITOS DE UMA APS DE QUALIDADE E SUA APLICAÇÃO NO BRASIL

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada componente-chave dos sistemas de saúde pelo impacto que promove na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram. Entre os impactos observados estão melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado,

maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (STARFIELD, 2002; SALTMAN et al., 2006; OPAS, 2011).

Esse entendimento foi coroado na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Na ocasião, como relatam GIOVANELLA e MENDONÇA (2012), questionou-se a concepção denominada seletiva da APS, definida por objetivos restritos de cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

A partir da conferência, considerou-se que essas intervenções seletivas não respondiam às principais necessidades de saúde das populações e que seria preciso avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes. Na Declaração de Alma-Ata, portanto, a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, com comprovação científica, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas da comunidade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Para ser considerada de qualidade, a Atenção Primária à Saúde deve orientar-se por quatro atributos essenciais – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade, e coordenação/integração – e três atributos derivativos – orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Como descreve a autora, a *atenção ao primeiro contato* indica o caráter acessível e de porta de entrada ao sistema de saúde que a APS deve ter. As unidades de atenção básica, portanto, devem ser o ponto de início de atenção e o filtro para acesso aos serviços especializados, procurados regularmente pela comunidade em caso de adoecimento ou acompanhamento rotineiro da saúde (BOUSQUAT et al., 2017).

Já a *longitunalidade* prevê a existência regular de uma estrutura de atenção e seu uso ao longo do tempo. “Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento na unidade” de forma contínua (STARFIELD, 2002).

A *integralidade* garante a assistência em todas as necessidades do paciente, mesmo que alguns procedimentos estejam disponíveis somente em outros tipos de serviços, para onde o indivíduo deve ser encaminhado. A unidade de atenção básica deve ser capaz de oferecer procedimentos preventivos e curativos e reconhecer problemas de saúde, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais, o que inclui condições psíquicas.

Por fim, a *coordenação* pressupõe integração entre todos os serviços de saúde e continuidade do cuidado, ambos geralmente possíveis pela disponibilidade e acompanhamento de dados do paciente, seja por meio do mesmo profissional ou de um prontuário médico, por exemplo.

No Brasil, o aprimoramento das políticas de atenção básica no Brasil tem como marco a reorganização desses serviços a partir da Reforma Sanitária brasileira, iniciada na década de 1970. O movimento ocorreu em um contexto de reestruturação da política social, com a defesa de um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Com a criação do SUS por meio da Constituição de 1988 e o processo de descentralização do sistema de saúde, o País viveu, na década de 1990, importantes mudanças na política nacional de atenção primária e grande investimento na ampliação do acesso à saúde (CASTRO e MACHADO, 2010).

Chamada de atenção básica no Brasil, a APS deveria ser a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS. “Atualmente, a APS é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012). Ela contribui, por meio de suas dimensões, para a performance geral do sistema de saúde (KRINGOS et al., 2010).

A partir de 1994, o SUS fez uma opção pela saúde da família, que propunha a superação dos enfoques mais restritos da APS seletiva. A Estratégia Saúde da Família avançou em sua concepção em dois principais aspectos: na opção por um modelo que se propõe a atuar segundo os princípios da determinação social da saúde por meio de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e na ideia de uma equipe multiprofissional que envolve médico generalista, enfermeiro

generalista, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de saúde bucal e, eventualmente, outros profissionais de saúde (OPAS, 2011).

Mas a implantação de uma política de atenção básica de concepção mais abrangente só passou a ser concretizada em 1998, com a aplicação da Norma Operacional Básica SUS 01/1996, que trouxe medidas para tentar induzir uma mudança do modelo assistencial através do estabelecimento de incentivos à estruturação dos Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF). No período de implantação da NOB 96 houve, de fato, expansão importante das estratégias do PACS e PSF em todo o país, sendo que, em dezembro de 2000, esses programas já atingiam, respectivamente, 51,5% e 22,5% da população brasileira (LEVCOVITZ et al., 2001).

Tais incentivos foram possíveis porque a NOB 96 estabeleceu a subdivisão do piso de atenção básica (PAB) em uma parte fixa e outra variável. Os municípios passaram, portanto, a receber um repasse fixo per capita por ano e um componente variável condicionado ao cumprimento de requisitos especificados em portarias do Ministério da Saúde e avaliados nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), como detalham os autores. Alguns desses requisitos estavam relacionados justamente ao PACS e ao PSF.

Com os incentivos, o Programa Saúde da Família passa de política de focalização da atenção básica em populações excluídas para uma estratégia de mudança no modelo de assistência do SUS, “na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da AB” (TEIXEIRA e SOLLA, 2006).

Em 2006, a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) buscou ampliar o escopo de ações das unidades de atenção primária, inclusive do programa Estratégia Saúde da Família, colocando esses serviços como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. Foi a PNAB de 2006 que incorporou os atributos de APS propostos por Starfield (BOUSQUAT et al., 2017), como detalhado a seguir:

> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem

> delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.
>
> A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.
>
> A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.
>
> A Atenção Básica tem como fundamentos:
>
> I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
>
> II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
>
> III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
>
> IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
>
> V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
>
> E VI - estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006)

Em 2011, a PNAB é reformulada, com a manutenção da essência do documento anterior e a reafirmação de uma concepção de APS abrangente, que

atua de forma acolhedora, resolutiva e avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais redes de atenção (BOUSQUAT et al., 2017b; BRASIL, 2012).

A nova PNAB, que manteve-se em vigor até 2017, mudou o desenho do financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade, e, assim, instituindo repasse variável de acordo com um componente de qualidade que passaria a ser avaliado por meio do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

> Em relação à equidade, o PAB Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Pelo viés da qualidade, induz a mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família e cria um Componente de Qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite (BRASIL, 2012).

Na mais recente reformulação da PNAB, em 2017, os atributos de uma APS abrangente são, em parte, mantidos, mas mudanças na configuração das equipes de saúde da família, no papel dos agentes comunitários de saúde (ACSs) e nas ações de educação e promoção de saúde têm sido alvos de críticas de diversos setores (MOROSINI e FONSECA, 2017; CANCIAN, 2017).

1.3. A AVALIAÇÃO POR MEIO DO PMAQ-AB

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo principal de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a esse nível de atenção (BRASIL, 2011).

Estabelecido pela Portaria GM/MS 1.654, de 19 de julho de 2011, o PMAQ-AB instituiu o repasse de incentivo financeiro por desempenho. O programa tem como diretrizes: considerar as diferentes realidades de saúde do país; gerar melhorias que envolvam a gestão, o processo de trabalho das equipes de atenção

básica e os resultados em saúde; transparência nas etapas do programa; mobilização/responsabilização dos atores das três esferas de governo, por meio de uma cultura de negociação e contratualização; mudança no modelo de atenção com foco nas necessidades e satisfação dos usuários; e caráter voluntário de adesão. O PMAQ-AB destaca-se atualmente como a principal estratégia de avaliação da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2011; GIOVANELLA et al., 2015).

Cada ciclo do programa – geralmente realizado a cada dois anos – se organiza em quatro fases, conforme portaria de 2011 que instituiu o programa:

A fase 1, chamada de *contratualização*, é a etapa formal de adesão ao programa mediante a contratualização de compromissos e indicadores. Uma vez oficializada a adesão das equipes de atenção básica, o Ministério da Saúde transfere ao município 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). O percentual restante é repassado posteriormente conforme os resultados da avaliação do desempenho (Fase 3).

Na fase 2, de *desenvolvimento*, o gestor municipal e as equipes executam ações com o objetivo de melhorar a atenção básica. Esta etapa inclui ações de autoavaliação, monitoramento dos indicadores de desempenho contratualizados, apoio institucional às equipes de atenção básica e ações de educação permanente.

A fase 3, nomeada de *avaliação externa* inclui o levantamento de informações que possibilite a certificação das condições de acesso e de qualidade da atenção prestadas pelas equipes participantes do programa. Ela busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da atenção básica.

A avaliação externa é feita pelo Ministério da Saúde em parceria com pesquisadores de instituições de ensino superior. No caso da avaliação das equipes de atenção básica, ela é dividida em três módulos: 1 – observação na Unidade Básica de Saúde de variáveis de infraestrutura das UBS; 2 - entrevista com um profissional sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS; e 3 - entrevista com usuários na UBS sobre sua experiência de uso, condições de acesso, utilização de serviços de saúde e satisfação. Cabe ao Ministério da Saúde, de posse dos dados coletados, proceder a avaliação de desempenho das equipes participantes, segundo metodologia definida pelo programa.

Na fase 4, de *recontratualização,* uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada com base na avaliação de desempenho de cada equipe. Nesta fase, está prevista a pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade.

Desde 2011, já foram concluídos dois ciclos do PMAQ-AB e o terceiro está em curso. A avaliação externa do primeiro ciclo foi feita em 2012 e a do segundo ciclo, entre 2013 e 2014. BOUSQUAT et al. (2017b) ressalta que o número de municípios, UBSs e equipes participantes do programa cresceu consideravelmente entre os dois ciclos, como pode ser observado no quadro 1. O instrumento utilizado para avaliação externa no ciclo 2 foi modificado, incluindo módulos adicionais para entrevista com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e módulos específicos para infraestrutura e profissionais de saúde bucal.

Quadro 1. Características dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil, 2011-12 e 2013-14

Características	**PMAQ-AB ciclo 1**	**PMAQ-AB ciclo 2**
Período das 4 fases	2011 a 2012	2013 a 2014
Período da coleta de dados	Junho a novembro de 2012	Novembro de 2013 a abril de 2014
Instrumento da coleta de dados	Módulo I, II e III	Módulos I, II, III, IV, V e VI
Limite para adesão das equipes	50% das equipes de saúde da família de cada município	Sem limites
Municípios participantes do censo	5.543 municípios	Não houve censo
UBSs participantes do censo	38.812 UBSs	Não houve censo
Municípios com equipes contratualizadas	3.935 municípios (71,3%)	5.211 municípios (93,5%)
Equipes de AB contratualizadas** (total)	17.482 equipes (54,1%)	30.562 equipes (94,5%)
Equipes de AB com saúde bucal***	12.075	19.948
Equipes de NASF contratualizadas	NASF não participante	1.813 NASFs
UBSs com equipes certificadas	13.973 UBSs	24.055 UBSs
Equipes de AB certificadas	17.202 equipes	29.808 equipes
Número de usuários entrevistados	65.391 usuários	114.615
Avaliadores externos	990	2000
Investimento com gastos da avaliação externa e com o pagamento de PAB variável por desempenho (R$)	770 milhões	~4,2 bilhões

** Contratualização significa as equipes que fizeram adesão ao PMAQ-AB, sendo esse número reduzido na certificação (somente equipes classificadas)

*** Esse número de equipes está incluído no total de Equipes de Atenção Básica contratualizadas: 17.482 equipes (ciclo 1) e 30.562 equipes (ciclo 2)

Fonte: BOUSQUAT *et al.* (2017b)

1.4. APS EM SÃO PAULO E AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

No município de São Paulo, as parcerias público-privadas na área da atenção primária tiveram início antes mesmo da criação da lei que regulamentou as OSs no país, em 1998, e na cidade, em 2006.

O Programa Saúde da Família (PSF) começou a ser implantado na cidade de em 1995 por meio de uma parceria do governo do Estado com duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini. Na época, as unidades de atenção primária não estavam todas municipalizadas e as OSs ainda não estavam regulamentadas (BOUSQUAT et al., 2006; ELIAS et al., 2004).

A parceria com as entidades, portanto, foi promovida pela Secretaria Estadual da Saúde em uma ação conjunta com o Ministério da Saúde. O programa foi batizado de Qualidade Integral em Saúde (Qualis) (BOUSQUAT et al., 2006).

A ação estadual ocorreu em um contexto de atraso na municipalização da gestão da saúde em São Paulo por decisão política da gestão Maluf-Pitta (1993-2000) de adotar um sistema de saúde baseado na transferência de recursos públicos para agentes privados (cooperativas), chamado de Plano de Assistência à Saúde (PAS) (ELIAS et al., 2004).

Somente na gestão de Marta Suplicy (2001-2004), o projeto de estruturação do SUS é retomado na cidade, com investimento na ampliação do Programa Saúde da Família (ELIAS et al., 2004).

Para alcançar esse objetivo, a gestão de Marta Suplicy também apostou em parcerias com entidades privadas sem fins lucrativos. A administração firmou convênios com doze entidades que tinham tradição na prestação de serviços de assistência social e saúde. São elas: 1) Associação Comunitária Monte Azul, 2) Associação Congregação Santa Catarina, 3) Instituto Adventista de Ensino - IAE, 4) Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - Cejam, 5) Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 6) Casa de Saúde Santa Marcelina, 7) Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, 8) Associação Saúde da Família, 9) Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 10) Universidade de Santo Amaro - Unisa, 11) Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein e 12) Fundação Zerbini (COELHO et al., 2014).

A estratégia adotada pela gestão Marta para a contratação de profissionais para o PSF foi firmar parcerias com entidades privadas na modalidade convênio, seguindo dinâmica parecida à experiência do Qualis. Cada entidade parceira era responsável por atividades que vão desde a contratação dos agentes comunitários de saúde (ACSs) até a complementação salarial sob a forma de contratação em regime CLT dos médicos e enfermeiros do quadro de funcionários da Secretaria Municipal da Saúde (ELIAS et al., 2004; BOUSQUAT et al., 2006).

Em sua definição jurídica, os convênios são um instrumento de fomento a uma entidade privada que realiza atividade de interesse público com sua própria estrutura e pessoal. Reconfigurado nos anos 1990 para ser utilizado no setor saúde, esse tipo de parceria se iguala aos contratos de gestão no objetivo de delegar a gestão de equipamento público ao setor privado não lucrativo, mas, por não estar submetido a uma legislação específica, tem mecanismos de controle mais frágeis (CONTREIRAS E MATTA, 2015).

Os convênios foram utilizados antes da regulamentação das OSs, e seguem sendo praticados até hoje, em 2019, por maior facilidade na celebração da parceria ou nos casos em que as entidades não puderam ser qualificadas como OS por falta de algum requisito legal. As entidades conveniadas não possuem marco legal específico, sendo sua regulação feita por um instrumento normativo elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde. Os convênios, ao contrário dos contratos de gestão, não são fiscalizados pelo Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS) da SMS nem têm sido alvos do monitoramento do Tribunal de Contas do Município (TCM) e do Legislativo municipal (CONTREIRAS E MATTA, 2015).

As parcerias utilizadas no início da implantação do PSF no município de São Paulo consolidaram esse modelo de gestão no município de São Paulo e foram ampliadas nos anos seguintes, favorecidas pela lei municipal que regulamentou as OSs, em 2006.

Segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde obtidos via Lei de Acesso à Informação, em 2014, 11 entidades tinham contratos de gestão ou termos de convênio firmados com a SMS para a administração de UBSs na cidade, a saber: Associação Comunitária Monte Azul, Associação Congregação de Santa Catarina, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Associação Saúde da Família, Casa de Saúde Santa Marcelina, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam), Fundação Faculdade de Medicina (FFM), Instituto

Adventista de Ensino/Centro Universitário Adventista de São Paulo (IAE/Unasp), Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Serviço Social da Construção Civil (Seconci) e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein.

Destas onze, dez estavam no grupo das 12 entidades privadas não lucrativas que firmaram convênio com a SMS na gestão Marta para a ampliação do PSF, o que indica o caráter de continuidade das entidades parceiras na gestão das unidades de atenção primária no município.

A ampla participação das entidades privadas na gestão dos serviços de saúde municipais (não só os de atenção primária, mas de atenção secundária e hospitalar) tem feito os gastos da Prefeitura com contratos de gestão e convênios aumentar. Dos R$ 10,2 bilhões gastos em saúde pela Prefeitura em 2016, cerca de R$ 4,1 bilhões (40,2%) foram usados para custear esses tipos de parceria - o maior grupo de despesas da Secretaria Municipal da Saúde naquele ano, superando até os gastos com pessoal, que consumiram R$ 3,1 bilhões no ano citado (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2017).

O percentual do orçamento da SMS gasto com contratos de gestão e convênios chegou ao seu maior índice entre 2012 e 2016, conforme tabela 1.

Tabela 1. Gastos da Secretaria Municipal da Saúde total e com parcerias, São Paulo, 2012 a 2016

Ano	Despesa total SMS*	Gastos com contratos de gestão e convênios*	%
2012	6,7	2,4	35,8%
2013	7,7	2,9	37,7%
2014	8	3,1	38,8%
2015	9,1	3,3	36,3%
2016	10,2	4,1	40,2%

* em bilhões de reais
Fonte: Elaboração própria com base em dados da Prestação de Contas do 3º quadrimestre de 2016 da Secretaria Municipal da Saúde

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar estrutura, processo e resultado dos serviços de atenção primária na cidade de São Paulo segundo a modalidade de gestão e a entidade privada gestora.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Classificar as UBSs da cidade de São Paulo que participaram do PMAQ-AB segundo a modalidade de gestão e as diferentes OSs gestoras ou entidades conveniadas.
- Comparar indicadores de estrutura, processo e resultado das UBSs e equipes de atenção primária segundo a modalidade de gestão e a entidade parceira.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório em saúde, com abordagem quantitativa, feito a partir dos dados do segundo ciclo do PMAQ-AB no município de São Paulo. O referencial de análise é uma APS abrangente, definida na Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde de 2012 como resolutiva, acolhedora e ordenadora das redes de atenção (BRASIL, 2012), tendo como pano de fundo as relações público-privadas na gestão dos serviços de saúde de atenção primária da cidade de São Paulo.

3.1. LOCAL DE ESTUDO

Metrópoles como São Paulo constituem situações particulares para estudar as potencialidades da APS como modalidade estruturante do sistema de saúde, pois são elas que apresentam a maior densidade tecnológica e diversidade da capacidade instalada de serviços. Além disso, as experiências realizadas nas metrópoles, como a adoção de modelos de gestão público-privados, assumem um alto potencial de serem reproduzidas em outros municípios do país, o que torna São Paulo um rico local de estudo (ELIAS et al., 2004).

Maior cidade do Brasil, a capital paulista conta com 12.038.175 habitantes (IBGE, 2016), sendo 55,8% deles usuários SUS exclusivos (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2010), e o maior Produto Interno Bruto (PIB) do país, estimado em cerca de R$ 628 bilhões (IBGE, 2014).

Como já mencionado no capítulo sobre as parcerias público-privadas na atenção primária, chama a atenção em São Paulo a ampla participação das entidades privadas na gestão dos serviços públicos municipais de saúde. Dos R$ 10,2 bilhões gastos na área pela Prefeitura em 2016, cerca de R$ 4,1 bilhões (40,2%) foram usados para custear contratos de gestão e convênios - o maior grupo de despesas da Secretaria Municipal da Saúde naquele ano (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2017).

3.2. COLETA DOS DADOS

Para a comparação das Unidades Básicas de Saúde segundo a modalidade de gestão e a entidade privada gestora, foram utilizados três bancos de dados do segundo ciclo do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado em 2014, os quais foram compatibilizados com um banco de dados da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

O primeiro banco de dados extraído dos resultados do PMAQ-AB refere-se ao módulo 1 da avaliação externa, que traz detalhes sobre a estrutura de cada unidade que participou do programa.

O segundo corresponde ao módulo 2 também da avaliação externa do ciclo 2, que apresenta indicadores sobre o processo de trabalho das equipes de atenção básica ou de saúde da família, coletados por meio de uma entrevista com um profissional de saúde de cada equipe.

O terceiro traz os resultados dos indicadores de desempenho enviados ao Ministério da Saúde pelas equipes por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como parte da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB.

A escolha por essa abordagem se apoia em um esquema de avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian (1988) baseado em três dimensões: estrutura, processo e resultado. Para o autor, as características de estrutura, ao contribuírem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciam seus consequentes resultados.

Quanto ao banco de dados da SMS de São Paulo, ele traz dados sobre a modalidade de gestão e a entidade gestora de cada Unidade Básica de Saúde da cidade no ano de 2014, quando o segundo ciclo do PMAQ foi realizado.

Os bancos referentes aos módulos 1 (estrutura) e 2 (processo) da avaliação externa do PMAQ-AB são de acesso público e foram obtidos no site do PMAQ-AB, na seção de microdados da avaliação externa do segundo ciclo (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo).

Já o banco de dados com os resultados dos indicadores de desempenho foram obtidos junto ao Ministério da Saúde por meio de pedido ao Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), amparado pela Lei de Acesso à Informação (LAI).

Foi também por meio do SIC, desta vez da Prefeitura Municipal de São Paulo, que foi possível obter o banco de dados com o detalhamento das modalidades de gestão e entidades gestoras das Unidades Básicas de Saúde da cidade.

Foram incluídos no estudo os resultados das 264 UBSs que participaram de todas as fases do segundo ciclo do PMAQ-AB e que, portanto, tiveram seus indicadores de estrutura, processo e resultado medidos pelo Ministério da Saúde. Das 449 UBSs existentes na cidade de São Paulo em 2014, segundo a SMS, 264 (58,8%) participaram de todas as etapas do segundo ciclo do PMAQ-AB e, portanto, representam a amostra do presente trabalho. Cabe ressaltar que essa amostra se traduz em 912 equipes no caso dos indicadores analisados por equipe (indicadores de processo e de resultado).

No entanto, para a análise dos indicadores de processo, uma equipe foi excluída da amostra por integrar não uma UBS, mas sim um centro de saúde-escola. Desta forma, a base de dados de indicadores de processo foi composta por 911 equipes. Estas mesmas equipes foram selecionadas na base de dados de indicadores de resultados, mas seis delas não constavam desse banco, portanto, a base de dados de indicadores de resultados conta com 905 equipes.

3.3. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após coletadas, as bases de dados do PMAQ-AB foram cruzadas com informações sobre modalidade de gestão de cada unidade obtidas junto à Secretaria da Saúde de São Paulo.

Quanto ao módulo 1, de estrutura, não foi utilizada a base de dados bruta do módulo 1 da avaliação externa porque Bousquat *et al.* (2017) já haviam construído uma tipologia das UBSs brasileiras com base em 24 variáveis que integram cinco dimensões: tipos de equipes, elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura, conforme quadro 2.

Quadro 2. Subdimensões, variáveis e padrão de referência para tipologia da estrutura das UBS brasileiras, 2012

Subdimensão	**Variáveis**	**Padrão de referência**
Tipos de equipes	Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal	Equipe de saúde da família com saúde bucal, modelo estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica
	Equipe de Saúde da Família sem Saúde Bucal	
	Equipe de atenção básica parametrizada com Saúde Bucal	
	Outras configurações	
Elenco de profissionais	Médico	No mínimo um trabalhador de cada categoria, com exceção de ACS que foi considerado o mínimo de 4
	Enfermeiro	
	Cirurgião-dentista	
	Técnico ou auxiliar de enfermagem	
	Técnico ou auxiliar de Saúde Bucal	
	Agente comunitário de saúde (ACS)	
Turnos de funcionamento	Turnos de atendimento da unidade de saúde	2 ou 3 turnos de atendimento e funcionar em 5 ou mais dias na semana
	Dias de funcionamento	
Serviços disponíveis	Consultas médicas	Ofertar os cinco tipos de serviços
	Consultas de enfermagem	
	Consultas odontológicas	
	Dispensação de medicamentos	
	Vacinação	
Estrutura física e equipamentos	Sala de vacina	Possuir todas as estruturas e equipamentos
	Aparelho de nebulização	
	Geladeira exclusiva para vacina	
	Glicosímetro	
	Vacina tetravalente	
	Computador	
	Acesso à internet	

Fonte: BOUSQUAT *et al.* (2017) a partir do instrumento do PMAQ, ciclo 1, 2012

Para cada dimensão, os autores definiram um padrão de referência que correspondesse a itens elementares de estrutura de UBS necessários para ofertar ações básicas com um mínimo de qualidade e resolutividade. Com base na avaliação, as UBSs foram divididas em cinco tipos, sendo o grupo E com os piores resultados e o grupo A com padrão de referência em todas as dimensões analisadas.

A partir dos bancos de dados do PMAQ-AB e da tipologia construída no estudo de Bousquat *et al.* (2017), foram selecionadas, no presente trabalho, as informações das 264 UBSs da cidade de São Paulo que participaram da avaliação externa do segundo ciclo do programa.

Em seguida, foram incluídas no banco de dados, para cada UBS, três novas variáveis: modalidade de gestão em 2014 (administração pública ou público-privada), entidade parceira gestora em 2014 (quando havia) e coordenadoria regional de saúde (CRS) responsável (dentre as seis existentes na cidade: Norte, Oeste, Centro, Sul, Sudeste e Leste). Optou-se por agregar os dados das coordenadorias Centro e Oeste em uma única categoria pelo baixo número de unidades em cada uma dessas regiões e pela proximidade geográfica entre elas. Os dados sobre a coordenadoria regional de saúde de cada UBS foram coletados em documento no site da Secretaria Municipal da Saúde que mostra a lista de todas as unidades de atenção primária.

Inicialmente, o trabalho teria uma quarta variável de análise: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da prefeitura regional onde cada UBS está localizada. Durante as primeiras análises feitas, no entanto, verificou-se que havia pouco poder de discriminação dessa variável porque quase todas as prefeituras regionais da cidade têm IDH alto ou muito alto. Optou-se, então, por não prosseguir com a análise dos indicadores por essa variável.

As mesmas três variáveis foram incluídas também nos bancos de dados referentes ao módulo 2 da avaliação externa (processo) e aos indicadores de desempenho (resultado), lembrando que, nestes casos, os indicadores do PMAQ-AB são apresentados por equipe e não por unidade. Feita a inclusão das três novas variáveis nos bancos dos dois módulos da avaliação externa, foram definidos os indicadores que seriam analisados em cada aspecto.

No componente de estrutura (módulo 1), como já mencionado, as UBSs foram analisadas conforme a tipologia de Bousquat et al. (2017), que prevê a divisão dos

serviços em cinco grupos (A, B, C, D e E). O objetivo foi verificar se havia diferenças na distribuição de UBSs por cada grupo de acordo com a modalidade de gestão e a entidade gestora. A mesma análise foi feita para a variável coordenadoria regional de saúde, uma vez que as periferias da cidade, geralmente com piores indicadores socioeconômicos, historicamente têm mais escassez de equipamentos e recursos (COELHO et al., 2014).

Já no componente de processo (módulo 2), foram selecionados indicadores de interesse do questionário de avaliação externa do PMAQ-AB para que também fosse feita a comparação entre UBSs com diferentes formas de gestão, entidades gestoras e coordenadorias.

O módulo 2 conta com 32 blocos temáticos de perguntas para o profissional entrevistado, cada um subdividido em diversos itens e subitens. Para a escolha dos itens que seriam analisados neste trabalho, foi usado, inicialmente, o software SPSS para verificar as frequências de respostas a cada item. A maioria dos que tiveram mais de 80% de respostas iguais foram descartados da análise pois não seriam capazes de discriminar diferenças entre as UBSs e equipes.

Do grupo de itens restantes, foram escolhidos oito - dois relacionados a cada um dos quatro atributos essenciais de uma APS de qualidade (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), segundo Starfield (2002). De acordo com a autora, é necessário relacionar elementos de estrutura e processo para medir o potencial e alcance de cada um dos atributos essenciais.

Além dos oito indicadores relacionados aos atributos, foram incluídos na análise outros dois relacionados à adoção de novas tecnologias, uma vez que a opção por uma administração público-privada é, em parte, embasada por argumentos de maior possibilidade de modernização da gestão. Os indicadores escolhidos por atributo estão detalhados no quadro 3. Os indicadores relacionados à dimensão da inovação tecnológica estão detalhados no quadro 4.

Quadro 3. Indicadores do questionário do módulo 2 da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ utilizados na análise das equipes de São Paulo, agrupados por atributo da APS

Atributo APS	Indicador	Nº no questionário
Primeiro contato	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	II.10.5
	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?	II.12.12
Longitudinalidade	Quando foi realizado o último mapeamento da área de abrangência da equipe?	II.10.4
	A equipe possui o registro do seu território de todas as gestantes, mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero, mulheres elegíveis para exame de mamografia, crianças de até dois anos, pessoas com hipertensão, pessoas com diabetes, pessoas com DPOC/Asma e pessoas com obesidade?	II.14.2
Integralidade	Para quais grupos a equipe oferta ações? (gestantes, crianças, mulheres, usuários de tabaco, usuários álcool e outras drogas, pessoas com obesidade, idosos, escolares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, asma/DPOC)	II.13.2
	A equipe de atenção básica realiza: drenagem de abcesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicações injetáveis endovenosas, inserção de DIU?	II.17.2
Coordenação	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	II.14.1
	A equipe obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?	II.16.1

Quadro 4. Indicadores do questionário do módulo 2 da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB utilizados na análise das equipes de São Paulo, relacionados à dimensão tecnologia

Dimensão	Indicador	Nº no questionário
Tecnologia	A equipe participa de ações de Telessaúde?	II.7.2.3
	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	II.11.3

Quanto aos indicadores de desempenho/resultado, foram analisados 17 dos 20 itens medidos pelo Ministério da Saúde na fase de desenvolvimento do PMAQ-

AB. Nessa fase, o ministério colhe dados sobre o desempenho das equipes em quatro áreas estratégicas: saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas e produção geral, conforme detalhamento no quadro 5.

Quadro 5. Indicadores de desempenho do PMAQ-AB utilizados na análise das equipes da cidade de São Paulo

Área estratégica	Indicador	Descrição do indicador
Saúde da mulher	1.1	Proporção de gestantes cadastradas
	1.2	Nº médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada
	1.3	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre
	1.4	Proporção de gestantes com o pré-natal em dia
	1.5	Proporção de gestantes com vacina em dia
	1.6	Razão entre exame citopatológico na faixa etária de 15 anos ou mais
Saúde da criança	2.1	Média de atendimentos de puericultura em menores de 2 anos
	2.2	Proporção de menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo
	2.3	Proporção de menores de 1 ano com vacina em dia
	2.4	Proporção de menores de 2 anos pesadas
	2.5	Média de consultas médicas para menores de 1 anos
	2.6	Média anual de consultas médicas para crianças menores de 5 anos
Doentes crônicos	3.1	Proporção de diabéticos cadastrados com 15 anos ou mais
	3.2	Proporção de hipertensos cadastrados com 15 anos ou mais
	3.3	Média de atendimentos em diabéticos com 15 anos ou mais
	3.4	Média de atendimentos em hipertensos com 15 anos ou mais
Produção geral	4.1	Média de consultas médicas por habitante

Fonte: Ministério da Saúde

Os três indicadores de desempenho excluídos deste trabalho eram da área estratégica de produção geral e referiam-se à proporção de consultas médicas por modalidade (agendada, demanda imediata e cuidado continuado) frente ao total de consultas. Como a análise desses índices depende das características e das demandas de cada população e território, esses indicadores não foram considerados.

Após o tratamento dos dados dos três bancos (estrutura, processo e resultado), utilizou-se o software SPSS para a obtenção das frequências de cada indicador separados por modalidade de gestão, entidade gestora e coordenadoria.

O objetivo na análise de cada indicador era verificar se havia diferença significativa entre os resultados das unidades e equipes administradas de forma direta e as de gestão público-privada.

Também com o auxílio do SPSS, foram realizados testes estatísticos para determinar o nível de significância das diferenças encontradas entre os grupos de gestão pública e os de administração público-privada. O nível de significância adotado foi o de 5% ($p < 0,05$).

Para determinar o valor de p nos indicadores de estrutura e processo, foi usado o teste do qui-quadrado. Já na análise dos indicadores de resultado, foi feita uma análise de variância (Anova) univariada (neste caso equivalente ao teste “t”) para o cálculo das médias dos diferentes grupos, desvio-padrão e nível de significância (valor de p).

4. RESULTADOS

A cidade de São Paulo contava, em 2014, com 449 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), das quais 169 (37,6%) eram de administração estritamente pública e 280 (62,4%), de gestão público-privada. Neste segundo grupo, 168 eram administradas por meio de contratos de gestão com Organizações Sociais da Saúde (OSs) e outras 112 eram geridas por termos de convênio, segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação.

Onze entidades privadas sem fins lucrativos se dividiam na administração de UBSs com gestão público-privada: Associação Comunitária Monte Azul, Associação Congregação de Santa Catarina, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Associação Saúde da Família (ASF), Casa de Saúde Santa Marcelina, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam), Fundação Faculdade de Medicina (FFM), Instituto Adventista de Ensino/Centro Universitário Adventista de São Paulo (IAE/Unasp), Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Serviço Social da Construção Civil (Seconci) e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein.

Três delas (Santa Catarina, Cejam e Seconci) geriam unidades apenas por meio de contratos de gestão, outras três (IAE/Unasp, Monte Azul e Albert Einstein) prestavam tal serviço somente através de termos de convênios e cinco entidades (ASF, FFM, Santa Casa, Santa Marcelina e SPDM) administravam UBSs por meio das duas modalidades de gestão.

Entre as 11 entidades que tinham parceria com a Prefeitura de São Paulo, Casa de Saúde Santa Marcelina e SPDM acumulavam o maior número de unidades sob sua administração. A primeira estava a cargo de 59 unidades e a segunda era responsável por 55 UBSs. Já a FFM e a IAE/Unasp eram as que tinham o menor número de serviços sob sua gestão dentro do grupo de instituições privadas parceiras da administração municipal. Elas eram responsáveis pela administração de 12 unidades cada.

Considerando apenas a amostra utilizada neste trabalho, ou seja, de UBSs da cidade de São Paulo que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, temos 264 unidades, das quais 43 (16,3%) eram de administração estritamente pública e outras 221 (83,7%) tinham gestão público-privada. Destas, 113 eram administradas por

meio de contrato de gestão e 108, por termo de convênio. No grupo de unidades que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, portanto, notamos uma predominância maior de UBSs de administração público-privada (83,7%) do que no grupo total de serviços de APS existentes na cidade (62,4%).

Das 11 entidades privadas que administram serviços de atenção primária na cidade de São Paulo, apenas uma não está representada no grupo de unidades que responderam ao PMAQ-AB: o Seconci. Nenhuma das 13 UBSs geridas por essa entidade teve dados disponibilizados nos bancos do segundo ciclo do programa.

Considerando as dez entidades restantes representadas no grupo de UBSs que participaram do PMAQ-AB, Casa de Saúde Santa Marcelina e ASF eram as que tinham o maior número de unidades sob sua responsabilidade: 49 e 46, respectivamente. Na outra ponta, FFM e Santa Casa de São Paulo eram as instituições com o menor número de serviços sob sua gestão neste grupo: 10 e 8, respectivamente, como mostra a tabela 2.

Tabela 2. Número de UBSs (total e participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB), por gestor responsável, São Paulo, 2014

Entidade gestora	UBSs total	UBSs participantes do PMAQ	%
ASF	49	46	93,9
Cejam	18	18	100
Einstein	13	13	100
FFM	12	10	83,3
IAE/Unasp	12	12	100
Monte Azul	13	13	100
Santa Casa	13	8	61,5
Santa Catarina	23	12	52,2
Santa Marcelina	59	49	83,1
Seconci	13	0	0
SPDM	55	40	72,7
Administração direta	169	43	25,4
Total	**449**	**264**	**58,8**

Fontes: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados do segundo ciclo do PMAQ-AB

Analisando a distribuição das UBSs da cidade de São Paulo conforme o gestor responsável (entidade parceria ou administração direta) e as coordenadorias regionais, foi possível observar que a maioria das entidades privadas parceiras têm

regiões específicas de atuação no território. Sete das 11 entidades atuam em apenas uma coordenadoria. Outras três entidades atuam em duas coordenadorias e somente uma parceira gere serviços em mais de duas coordenadorias. Já a administração direta tem UBSs sob sua responsabilidade em todas as coordenadorias. Os dados estão detalhados no quadro 6.

Quadro 6. Coordenadorias de atuação de cada entidade gestora/gestor responsável por serviços de APS, São Paulo, 2014

Gestor responsável	**Coordenadorias de atuação**
ASF	Sul e Norte predominantemente
Santa Catarina	Sul
Cejam	Sul
Einstein	Sul
FFM	Oeste
IAE/Unasp	Sul
Santa Marcelina	Leste
Monte Azul	Sul
Santa Casa	Norte e Centro
Seconci	Leste e Sudeste
SPDM	Norte e Sudeste
Administração direta	Todas

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde

4.1. INDICADOR RELACIONADO À ESTRUTURA

A partir da seleção das informações das UBSs da cidade de São Paulo no banco de dados do PMAQ-AB construído de acordo com a tipologia de Bousquat *et al.* (2017), foi possível verificar que, das 264 unidades que participaram do módulo 1 da avaliação externa do segundo ciclo do programa, que avaliava as condições de estrutura das unidades, 93 (35,2%) delas foram classificadas como tipo A (o de referência); 168 (63,6)% como tipo B; e 3 (1,1%) como tipo C. Nenhuma UBS de São Paulo analisada, portanto, estava nos grupos de unidades com piores resultados, classificados como D e E.

Quando feita a análise da tipologia conforme a modalidade de gestão, verificou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos de UBSs de diferentes formas de administração (p = 0,724). Enquanto na amostra total, 35,2% integram o tipo A, por exemplo, nas amostras separadas por modalidade de gestão, o índice variou muito pouco – 37,2% das UBSs de gestão estritamente pública foram classificadas como tipo A, contra 34,8% entre as unidades de administração público-privada, conforme detalhado na tabela 3.

Tabela 3. Tipologia das UBSs que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, por modalidade de gestão, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	**Tipo A**	**%**	**Tipo B**	**%**	**Tipo C**	**%**	**Total**	**%**
Pública	16	37,2	27	62,8	0	0,0	43	100
Público-privada	77	34,8	141	63,8	3	1,4	221	100
Total	**93**	**35,2**	**168**	**63,6**	**3**	**1,1**	**264**	**100**

Valor de p = 0,724
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB, BOUSQUAT et al. (2017) e Secretaria Municipal da Saúde (SMS)

Já quando a análise da tipologia é feita por entidade privada gestora – no caso das 221 UBSs de gestão público-privada –, as diferenças são maiores, mas ainda sem significância estatística (p = 0,229). O percentual de unidades classificadas no grupo A por entidade variou de 12,50% (unidades da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo) a 58,33% (Associação Congregação de Santa Catarina).

No grupo B, os índices ficaram entre 41,67% (Santa Catarina) e 87,50% (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). Já no grupo C, a variação ficou entre 0%, já que a maioria das entidades não tinha nenhuma unidade classificada nessa tipologia, e 3,27% (Cejam), conforme detalhado na tabela 4.

Tabela 4. Tipologia das UBSs de gestão público-privada que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, por entidade gestora, São Paulo, 2014

Entidade gestora	Tipo A	%	Tipo B	%	Tipo C	%	Total	%
ASF	16	34,8	30	65,2	0	0,0	46	100
Cejam	5	27,8	11	61,1	2	11,1	18	100
Einstein	6	46,2	7	53,8	0	0,0	13	100
FFM	2	20,0	8	80,0	0	0,0	10	100
IAE/Unasp	5	41,7	7	58,3	0	0,0	12	100
Monte Azul	5	38,5	8	61,5	0	0,0	13	100
Santa Casa	1	12,5	7	87,5	0	0,0	8	100
Santa Catarina	7	58,3	5	41,7	0	0,0	12	100
Santa Marcelina	16	32,7	33	67,3	0	0,0	49	100
SPDM	14	35,0	25	62,5	1	2,5	40	100
Total gestão público-privada	77	34,8	141	63,8	3	1,4	221	100
Total	**93**	**35,2**	**168**	**63,6**	**3**	**1,1**	**264**	**100**

Valor de p = 0,229
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB, BOUSQUAT et al. (2017) e Secretaria Municipal da Saúde (SMS)

A análise da tipologia das UBSs por coordenadoria regional de saúde (CRS) apontou diferenças, mas sem nível de significância (p = 0,759). O percentual de unidades do tipo A, por exemplo, variou de 22,2% na coordenadoria Centro-Oeste a 38,1% na Sudeste, conforme detalhado na tabela 5.

Tabela 5. Tipologia das UBSs que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB segundo Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	Tipo A	%	Tipo B	%	Tipo C	%	Total	%
Centro-Oeste	4	22,2	14	77,8	0	0	18	100
Leste	18	31,6	39	68,4	0	0,0	57	100
Norte	17	36,9	28	60,9	1	2,2	46	100
Sudeste	17	36,9	29	63,1	0	0,0	46	100
Sul	37	38,1	58	59,8	2	2,1	97	100
Total	**93**	**35,2**	**168**	**63,6**	**3**	**1,1**	**264**	**100**

Valor de p = 0,759
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do PMAQ-AB, BOUSQUAT et al. (2017) e SMS

4.2. INDICADORES RELACIONADOS A PROCESSO

Para a análise dos indicadores relacionados a processo, foram utilizados os dados do módulo 2 da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, coletados pelo Ministério da Saúde por meio de entrevista com profissionais de saúde das UBSs. Nesse módulo, os resultados são apresentados por equipe e não por unidade.

A amostra utilizada neste estudo, de 264 UBSs, se traduz em 911 equipes, das quais 693 (76,1%) eram do Programa Estratégia Saúde da Família e outras 218 (23,9%), equipes de atenção básica.

Do total de equipes analisadas, 116 (12,7%) eram de unidades de administração estritamente pública e 795 (87,3%) de UBSs com gestão terceirizada – 361 por meio de contratos de gestão e 434 por meio de termos de convênio.

Das dez entidades privadas que administravam as UBSs da cidade de São Paulo em 2014 e que tiveram unidades participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB, Casa de Saúde Santa Marcelina e Associação Saúde da Família eram as responsáveis pelo maior número de equipes. A primeira respondia por 199 equipes e a segunda, por 152.

A Fundação Faculdade de Medicina e a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo eram as que possuíam o menor número de equipes sob sua gestão: 29 e 18, respectivamente. Lembrando que o Seconci foi a única entidade não representada na amostra por não ter tido nenhuma unidade participante do PMAQ-AB. Os dados estão detalhados na tabela 6.

Tabela 6. Número de equipes de saúde básica de UBSs de gestão público-privada que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, São Paulo, 2014

Entidade gestora	N	%
ASF	152	19,1
Cejam	62	7,8
Einstein	75	9,4
FFM	29	3,6
IAE/Unasp	63	7,9
Monte Azul	60	7,5
Santa Casa	18	2,3
Santa Catarina	37	4,7
Santa Marcelina	199	25,0
Seconci	0	0,0
SPDM	100	12,6
Total	**795**	**100,0**

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

4.2.1. Atributo Primeiro Contato

O primeiro item analisado relacionado ao atributo *primeiro contato* verificava a existência de população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe. Das 911 equipes pesquisadas, 189 (20,7%) responderam que tinham população descoberta, 709 (77,8%) declararam não ter pacientes descobertos e 13 (1,43%) não responderam ou a questão não se aplicava.

Quando o mesmo item foi analisado sob a variável da modalidade de gestão das UBSs onde cada equipe está alocada, observou-se que as unidades de administração pública têm um percentual de equipes com população descoberta maior do que o das unidades com gestão terceirizada. Enquanto a média de equipes com pacientes sem cobertura é de 20,7% na amostra total, no grupo das unidades de gestão estatal, esse índice chega a 45,7%, diferença estatisticamente significativa (p=0,000), conforme detalhado na tabela 7.

Tabela 7. Número de equipes conforme existência de população descoberta pela atenção básica no território, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	Possui população descoberta	%	Não possui população descoberta	%	Não respondeu /não se aplica	%	Total	%
Pública	53	45,7	63	54,3	0	0,0	116	100
Público-privada	136	17,1	646	81,3	13	1,6	795	100
Total	**189**	**20,7**	**709**	**77,8**	**13**	**1,4**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Quando a análise é feita pela variável das diferentes entidades gestoras – apenas no caso das equipes de unidades que possuem gestão público-privada –, também foi possível ver diferenças estatisticamente relevantes (p=0,000) entre os dados de cada instituição.

O índice de equipes com população descoberta pela atenção básica varia de 0%, no caso das equipes administradas pela entidade Associação Congregação Santa Catarina, a 44,4%, taxa das equipes da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, conforme exposto na tabela 8.

Tabela 8. Número de equipes conforme existência de população descoberta pela atenção básica no território, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade gestora	Possui população descoberta	%	Não possui população descoberta	%	Não respondeu/ não se aplica	%	Total	%
ASF	41	27,0	109	71,7	2	1,3	152	100
Cejam	3	4,8	59	95,2	0	0,0	62	100
Einstein	18	24,0	56	74,7	1	1,3	75	100
FFM	10	34,5	19	65,5	0	0,0	29	100
IAE/Unasp	4	6,4	59	93,7	0	0,0	63	100
Monte Azul	8	13,3	48	80,0	4	6,7	60	100
Santa Casa	8	44,4	10	55,6	0	0,0	18	100
Santa Catarina	0	0,0	33	89,2	4	10,8	37	100
Santa Marcelina	27	13,6	170	85,4	2	1,0	199	100
SPDM	17	17,0	83	83,0	0	0,0	100	100
Total	**189**	**20,7**	**709**	**77,8**	**13**	**1,4**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na análise das equipes com população descoberta por coordenadoria regional de saúde, as diferenças encontradas também foram significativas (p=0,000). Enquanto na CRS Sul, apenas 15,5% das equipes declararam ter pacientes sem cobertura da atenção básica, no Centro-Oeste, esse índice chegou a 47,3%.

Os números mostram que é justamente nas UBSs localizadas nas áreas mais periféricas da cidade onde a taxa de cobertura da atenção primária é maior: na Sul, onde o índice foi de 82,1%, e na Leste, com taxa de 80,8%, conforme a tabela 9.

Tabela 9. Número de equipes conforme existência de população descoberta pela atenção básica no território, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	Possui população descoberta	%	Não possui população descoberta	%	Não respondeu/ não se aplica	%	Total	%
Centro-Oeste	26	47,3	29	52,7	0	0,0	55	100
Leste	41	18,3	181	80,8	2	0,9	224	100
Norte	40	28,4	99	70,2	2	1,4	141	100
Sudeste	24	20,5	93	79,5	0	0,0	117	100
Sul	58	15,5	307	82,1	9	2,4	374	100
Total	**189**	**20,7**	**709**	**77,8**	13	1,4	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

No segundo item analisado associado ao mesmo atributo, foi verificado como são agendadas as consultas na unidade de saúde à qual a equipe pertence. As opções de resposta eram: em qualquer dia da semana, em qualquer horário; em qualquer dia da semana, em horários específicos; dias específicos fixos, em qualquer horário; e dias específicos fixos, em horários específicos.

No grupo total de 911 equipes que responderam à avaliação do PMAQ-AB, a grande maioria (94,0%) respondeu ter a agenda aberta em qualquer dia da semana e em qualquer horário.

Não foi notada diferença estatisticamente significativa (p=0,430) na análise feita por modalidade de gestão das UBSs onde estão as equipes, conforme mostram os dados da tabela 10.

Tabela 10. Número de equipes conforme datas e horários como as consultas são agendadas na UBS, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	Qualquer dia e horário	%	Qualquer dia/horário específico	%	Dia específico/ qualquer horário	%	Dia e horário específico	%	Total	%
Pública	112	96,6	1	0,9	0	0,0	3	2,6	116	100
Público-privada	744	93,6	23	2,9	11	1,4	15	1,9	795	100
Total	**856**	**94,0**	**24**	**2,6**	**11**	**1,2**	**18**	**2,0**	**911**	**100**

Valor de p = 0,430
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

As diferenças são significativas (p = 0,000) quando analisados os mesmos índices por entidade gestora da UBS na qual a equipe atua. Entre as equipes sob responsabilidade do Einstein, Monte Azul e Santa Casa, 100% disseram que a consulta pode ser marcada qualquer dia e horário. Já entre as equipes de UBSs geridas pela FFM, só 58,6% estava na mesma situação, de acordo com os dados detalhados na tabela 11.

Tabela 11. Número de equipes conforme datas e horários como as consultas são agendadas na UBS, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade gestora	Qualquer dia e horário	%	Qualquer dia/horário específico	%	Dia específico/ qualquer horário	%	Dia e horário específico	%	Total	%
ASF	139	91,4	8	5,3	2	1,3	2	1,3	152	100
Cejam	59	95,2	1	1,6	1	1,6	1	1,6	62	100
Einstein	75	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	75	100
FFM	17	58,6	5	17,2	1	3,4	5	17,2	29	100
IAE/Unasp	62	98,4	0	0,0	0	0,0	1	1,6	63	100
Monte Azul	60	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60	100
Santa Casa	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	100
Santa Catarina	36	97,3	0	0,0	1	2,7	0	0,0	37	100
Santa Marcelina	188	94,5	5	2,5	3	1,5	3	1,5	199	100
SPDM	90	90,0	4	4,0	3	3,0	3	3,0	100	100
Total	**856**	**94,0**	**24**	**2,6**	**11**	**1,2**	**18**	**2,0**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Também há diferença estatisticamente significativa na comparação feita entre equipes de diferentes CRSs. A principal ocorre entre as coordenadorias Centro-Oeste, onde 76,4% disseram ter a agenda aberta em qualquer dia e horário, e o restante das CRSs, todas com índices superiores a 90%, conforme tabela 12.

Tabela 12. Número de equipes conforme datas e horários como as consultas são agendadas na UBS, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	Qualquer dia e horário	%	Qualquer dia/horário específico	%	Dia específico/ qualquer horário	%	Dia e horário específico	%	Total	%
Centro-Oeste	42	76,4	5	9,1	1	1,8	6	10,9	55	100
Leste	213	95,1	5	2,2	3	1,3	3	1,3	224	100
Norte	131	92,9	4	2,8	4	2,8	2	1,4	141	100
Sudeste	111	94,9	2	1,7	0	0,0	4	3,4	117	100
Sul	359	96,0	8	2,1	3	0,8	3	0,8	374	100
Total	**856**	**94,0**	**24**	**2,6**	**11**	**1,2**	**18**	**2,0**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

4.2.2. Atributo Longitudinalidade

O primeiro item do atributo *longitudinalidade* analisava há quanto tempo a equipe havia feito o último mapeamento da sua área de abrangência. Considerando a amostra total, de 911 equipes, 133 (14,6%) delas havia feito o mapeamento há menos de um mês, 494 (54,2%), no período entre um mês e um ano, 145 (15,9%), no prazo entre um e dois anos, e 127 (13,9%), há mais de dois anos. Outras 12 (1,3%) equipes declararam que a questão não se aplicava e, por isso, não serão representadas nas tabelas a seguir.

Na análise desse dado por modalidade de gestão, as equipes de unidades de administração estritamente pública parecem manter seus mapas de abrangência mais atualizados do que as atuantes em UBSs de gestão terceirizada, mas as diferenças não são estatisticamente significativas (p = 0,054). No grupo de equipes que haviam realizado o último mapeamento da área há um mês, não houve tanta discrepância de acordo com a modalidade de gestão – os índices variaram de 14,5% (equipes de UBSs com gestão público-privada) a 15,5% (equipes de UBSs de gestão pública).

Mas quando analisados os dados de equipes que realizaram a atualização no período entre um mês e um ano, as diferenças são maiores. Enquanto 62,1% das equipes vinculadas a unidades de administração pública tinham feito seu mapa nesse período, 53,1% das atuantes em unidades conveniadas realizaram seu mapeamento no mesmo período. Os dados estão detalhados na tabela 13.

Tabela 13. Número de equipes segundo o tempo em que foi feito o último mapeamento da sua área de abrangência, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	Menos de um mês	%	De um mês a um ano	%	De um a dois anos	%	Mais de dois anos	%	Total	%
Pública	18	15,5	72	62,1	19	16,4	7	6,0	116	100
Público-privada	115	14,5	422	53,1	126	15,8	120	15,1	795	100
Total	**133**	**14,6**	**494**	**54,2**	**145**	**15,9**	**127**	**13,9**	**911**	**100**

Valor de p = 0,054
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Analisando a mesma variável sob a ótica das diferentes entidades gestoras, as diferenças encontradas foram significativas estatisticamente (p = 0,000). O índice de equipes que havia realizado o último mapeamento de sua área há menos de um mês variou de 9,5%, caso da Santa Marcelina, a 24,1%, situação da FFM.

Já entre as equipes com mapeamento mais defasado, sem atualização há mais de dois anos, a taxa ficou entre 5,4% (Santa Catarina) e 23,0% (ASF), conforme detalhamento apresentado na tabela 14.

Tabela 14. Número de equipes segundo o tempo em que foi feito o último mapeamento da sua área de abrangência, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade gestora	Menos de um mês	%	De um mês a um ano	%	De um a dois anos	%	Mais de dois anos	%	Total	%
ASF	23	15,1	71	46,7	21	13,8	35	23,0	152	100
Cejam	9	14,5	42	67,7	7	11,3	4	6,5	62	100
Einstein	11	14,7	47	62,7	10	13,3	6	8,0	75	100
FFM	7	24,1	13	44,8	4	13,8	5	17,2	29	100
IAE/Unasp	15	23,8	28	44,4	9	14,3	11	17,5	63	100
Monte Azul	11	18,3	28	46,7	10	16,7	7	11,7	60	100
Santa Casa	4	22,2	8	44,4	3	16,7	3	16,7	18	100
Santa Catarina	6	16,2	23	62,2	2	5,4	2	5,4	37	100
Santa Marcelina	19	9,5	120	60,3	33	16,6	26	13,1	199	100
SPDM	10	10,0	42	42,0	27	27,0	21	21,0	100	100
Total	**133**	**14,6**	**494**	**54,2**	**145**	**15,9**	**127**	**13,9**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na comparação feita por coordenadoria regional de saúde, também foi possível ver diferenças significativas (p = 0,000), mas sem um padrão bem definido entre regiões e respostas. Os dados indicam que as regiões periféricas têm o mapeamento mais atualizado do que a região Centro-Oeste.

Somados os índices de equipes que atualizaram seus mapeamentos há menos de um mês ou entre um mês e um ano (os mais recentes, portanto), os resultados encontrados nas CRSs Sul e Leste foram de 74,8% e 71,4%,

respectivamente, enquanto nas coordenadorias Centro-Oeste, o índice registrado foi de 56,3%, conforme exposto na tabela 15.

Tabela 15. Número de equipes segundo o tempo em que foi feito o último mapeamento da sua área de abrangência, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	Menos de um mês	%	De um mês a um ano	%	De um a dois anos	%	Mais de dois anos	%	Total	%
Centro-Oeste	12	21,8	19	34,5	14	25,5	10	18,2	55	100
Leste	22	9,8	138	61,6	35	15,6	28	12,5	224	100
Norte	13	9,2	75	53,2	17	12,1	34	24,1	141	100
Sudeste	16	13,7	52	44,4	32	27,4	17	14,5	117	100
Sul	70	18,7	210	56,1	47	12,6	38	10,2	374	100
Total	**133**	**14,6**	**494**	**54,2**	**145**	**15,9**	**127**	**13,9**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

No segundo item desse atributo, buscava-se saber quantos dos oito grupos populacionais a seguir tinham registros junto à equipe a saber: gestantes, mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero, mulheres elegíveis para exame de mamografia, crianças de até dois anos, pessoas com hipertensão, pessoas com diabetes, pessoas com DPOC/Asma e pessoas com obesidade.

Neste trabalho, as equipes foram classificadas de acordo com o número de grupos dos quais possuía registros: sete a oito; cinco a seis; e menos de cinco.

No total de equipes analisadas, 66,5% estavam na primeira situação, 26,5% na segunda e apenas 7% na terceira. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as equipes de UBSs com diferentes modalidades de gestão, conforme mostra a tabela 16.

Tabela 16. Número de equipes conforme número de grupos populacionais com registro, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	7 a 8 grupos	%	5 a 6 grupos	%	Menos de 5 grupos	%	Total	%
Pública	76	65,5	28	24,1	12	10,3	116	100
Público-privada	530	66,7	213	26,8	52	6,5	795	100
Total	**606**	**66,5**	**241**	**26,5**	**64**	**7,0**	**911**	**100**

Valor de p = 0,305
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Já quando a análise é feita por entidade gestora, a diferença é significativa (p = 0,000). Enquanto nas UBSs administradas pela IAE/Unasp, 87,3% das equipes possuem registros de sete a oito dos grupos populacionais pesquisados (o melhor resultado), nas unidades geridas pela Santa Casa, só 50% das equipes possuem esse mesmo número de grupos registrados, conforme demonstram os dados da tabela 17.

Tabela 17. Número de equipes conforme número de grupos populacionais com registro, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade gestora	7 a 8 grupos	%	5 a 6 grupos	%	Menos de 5 grupos	%	Total	%
ASF	98	64,5	44	28,9	10	6,6	152	100
Cejam	52	83,9	8	12,9	2	3,2	62	100
Einstein	60	80,0	15	20,0	0	0,0	75	100
FFM	20	69,0	9	31,0	0	0,0	29	100
IAE/Unasp	55	87,3	6	9,5	2	3,2	63	100
Monte Azul	41	68,3	17	28,3	2	3,3	60	100
Santa Casa	9	50,0	5	27,8	4	22,2	18	100
Santa Catarina	22	59,5	10	27,0	5	13,5	37	100
Santa Marcelina	116	58,3	68	34,2	15	7,5	199	100
SPDM	57	57,0	31	31,0	12	12,0	100	100
Total	**606**	**66,5**	**241**	**26,5**	**64**	**7,0**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na análise feita por coordenadoria regional de saúde, as diferenças também são estatisticamente relevantes. Enquanto na amostra geral, o índice de equipes que têm registro de sete a oito grupos populacionais foi de 66,5%, nas CRSs, essa taxa variou de 57,1% (Leste) a 76,7% (Sul), de acordo com os dados expostos na tabela 18.

Tabela 18. Número de equipes conforme número de grupos populacionais com registro, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	7 a 8 grupos	%	5 a 6 grupos	%	Menos de 5 grupos	%	Total	%
Centro-Oeste	39	70,9	15	27,3	1	1,8	55	100
Leste	128	57,1	77	34,4	19	8,5	224	100
Norte	82	58,2	46	32,6	13	9,2	141	100
Sudeste	70	59,8	36	30,8	11	9,4	117	100
Sul	287	76,7	67	17,9	20	5,3	374	100
Total	**606**	**66,5**	**241**	**26,5**	**64**	**7,0**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

4.2.3. Atributo Integralidade

No primeiro item relacionado ao atributo *integralidade*, foi pesquisado para quais grupos populacionais a equipe ofertava ações, entre 11 elencados: gestantes, crianças, mulheres, usuários de tabaco, usuários de álcool e outras drogas, pessoas com obesidade, idosos, escolares, pessoas com hipertensão arterial sistêmica, pessoas com diabetes e pessoas com asma/DPOC.

Neste trabalho, as equipes foram classificadas de acordo com o número de grupos para os quais ofertava ações: dez a 11; sete a nove; e menos de sete.

Na amostra geral, 49,2% das equipes obtiveram o melhor resultado, com oferta de ações para dez a 11 grupos; 37,1% delas responderam que tinham ações para sete a nove grupos, e 13,7% disse atender menos de sete desses grupos.

Não houve diferença significativa (p = 0,177) quando feita a análise das equipes por modalidade de gestão, conforme mostram os dados da tabela 19.

Tabela 19. Número de equipes conforme número de grupos populacionais para os quais são ofertadas ações, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	10 a 11 grupos	%	7 a 9 grupos	%	Menos de 7 grupos	%	Total	%
Pública	64	55,2	34	29,3	18	15,5	116	100
Público-privada	384	48,3	304	38,2	107	13,5	795	100
Total	**448**	**49,2**	**338**	**37,1**	**125**	**13,7**	**911**	**100**

Valor de p = 0,177
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Feita a análise por entidade gestora da UBS na qual a equipe atua, mais uma vez a diferença foi estatisticamente significativa (p = 0,002). O percentual de equipes que ofertam ações para 10 ou 11 grupos populacionais, por exemplo, variou de 34,9%, no caso das equipes da entidade ASF, a 65,1%, no grupo da IAE/Unasp, como detalhado na tabela 20.

Tabela 20. Número de equipes conforme número de grupos populacionais para os quais são ofertadas ações, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade gestora	10 a 11 grupos	%	7 a 9 grupos	%	Menos de 7 grupos	%	Total	%
ASF	53	34,9	70	46,1	29	19,1	152	100
Cejam	39	62,9	20	32,3	3	4,8	62	100
Einstein	35	46,7	25	33,3	15	20,0	75	100
FFM	11	37,9	12	41,4	6	20,7	29	100
IAE/Unasp	41	65,1	16	25,4	6	9,5	63	100
Monte Azul	32	53,3	20	33,3	8	13,3	60	100
Santa Casa	9	50,0	9	50,0	0	0,0	18	100
Santa Catarina	18	48,6	15	40,5	4	10,8	37	100
Santa Marcelina	106	53,3	74	37,2	19	9,5	199	100
SPDM	40	40,0	43	43,0	17	17,0	100	100
Total	**448**	**49,2**	**338**	**37,1**	**125**	**13,7**	**911**	**100**

Valor de p = 0,002
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Já na análise por CRS, a diferença foi estatisticamente significativa (p = 0,044). Os percentuais de equipes que ofertavam ações para 10 ou 11 grupos populacionais, por exemplo, variaram entre 38,2% (CRSs Centro-Oeste) e 54,0% (CRS Leste). Os dados completos estão detalhados na tabela 21.

Tabela 21. Número de equipes conforme número de grupos populacionais para os quais são ofertadas ações, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	10 a 11 grupos	%	7 a 9 grupos	%	Menos de 7 grupos	%	Total	%
Centro-Oeste	21	38,2	21	38,2	13	23,6	55	100
Leste	121	54,0	82	36,6	21	9,4	224	100
Norte	57	40,4	57	40,4	27	19,1	141	100
Sudeste	57	48,7	44	37,6	16	13,7	117	100
Sul	192	51,3	134	35,8	48	12,8	374	100
Total	**448**	**49,2**	**338**	**37,1**	**125**	**13,7**	**911**	**100**

Valor de p = 0,044
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

O segundo item deste atributo verificava quais procedimentos a equipe de AB realizava entre dez elencados: drenagem de abcesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicações injetáveis endovenosas e inserção de DIU.

Na amostra total analisada, de 911 equipes, 13% disseram fazer nove ou dez procedimentos, 62,1% afirmaram realizar de seis a oito desses serviços e 24,9% disse oferecer menos de seis desses procedimentos.

Na análise das equipes de acordo com a modalidade de gestão das UBSs onde elas estão inseridas, as equipes de unidades com gestão estritamente públicas oferecem, no geral, mais procedimentos do que as de UBSs de gestão público-privada, com diferença estatisticamente significativa (p = 0,010).

A condição é notada comparando os índices de equipes que disseram oferecer menos de seis procedimentos. Entre as unidades de gestão pública, a taxa foi de 13,8%, contra 26,5% no grupo das público-privadas. Os dados estão detalhados na tabela 22.

Tabela 22. Número de equipes conforme número de procedimentos ofertados, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	9 a 10	%	6 a 8	%	Menos de 6	%	Total	%
Pública	15	12,9	85	73,3	16	13,8	116	100
Público-privada	103	13,0	481	60,5	211	26,5	795	100
Total	**118**	**13,0**	**566**	**62,1**	**227**	**24,9**	**911**	**100**

Valor de p = 0,010
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Também foi notada diferença estatisticamente significativa (p = 0,000) na análise das equipes por entidade gestora. O pior índice foi o registrado pelas UBSs geridas pela SPDM, onde 36% das equipes declararam realizar menos de seis procedimentos entre os dez pesquisados. Já entre as unidades geridas pela FFM, nenhuma das (0%) equipes fazia menos de seis procedimentos – 41,4% disse realizar entre seis e oito e 58,6% afirmou fazer de nove a dez, conforme dados da tabela 23.

Tabela 23. Número de equipes conforme número de procedimentos ofertados, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade gestora	9 a 10	%	6 a 8	%	Menos de 6	%	Total	%
ASF	24	15,8	81	53,3	47	30,9	152	100
Cejam	4	6,5	38	61,3	20	32,3	62	100
Einstein	3	4,0	49	65,3	23	30,7	75	100
FFM	17	58,6	12	41,4	0	0,0	29	100
IAE/Unasp	9	14,3	44	69,8	10	15,9	63	100
Monte Azul	3	5,0	43	71,7	14	23,3	60	100
Santa Casa	2	11,1	11	61,1	5	27,8	18	100
Santa Catarina	5	13,5	25	67,6	7	18,9	37	100
Santa Marcelina	28	14,1	122	61,3	49	24,6	199	100
SPDM	8	8,0	56	56,0	36	36,0	100	100
Total	**118**	**13,0**	**566**	**62,1**	**227**	**24,9**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na análise por coordenadoria regional de saúde, também houve diferença significativa (p = 0,000), com melhor desempenho das equipes das CRSs Centro-Oeste, onde apenas 1,8% declararam oferecer menos de seis procedimentos, contra uma média de 24,9% na amostra geral e 37,6% (pior resultado) na coordenadoria Sudeste, como mostra tabela 24.

Tabela 24. Número de equipes conforme número de procedimentos ofertados, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	9 a 10	%	6 a 8	%	Menos de 6	%	Total	%
Centro-Oeste	27	49,1	27	49,1	1	1,8	55	100
Leste	31	13,8	144	64,3	49	21,9	224	100
Norte	18	12,8	83	58,9	40	28,4	141	100
Sudeste	5	4,3	68	58,1	44	37,6	117	100
Sul	37	9,9	244	65,2	93	24,9	374	100
Total	**118**	**13,0**	**566**	**62,1**	**227**	**24,9**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Nesse indicador, chama a atenção as discrepâncias encontradas quanto à modalidade de gestão e entidade gestora no procedimento com a maior variância: a inserção de DIU. Na amostra geral, 471 equipes (51,7%) disseram realizar o procedimento e as outras 440 (48,3%) declararam não fazer.

Já na análise das equipes de UBSs com diferentes formas de gestão, 81,9% das equipes de UBSs com gestão pública realizam o procedimento, contra 47,3% das de gestão terceirizada.

Na análise do mesmo item por entidade privada gestora, entre as equipes geridas pela Associação Congregação Santa Catarina, nenhuma realizava a inserção de DIU. No outro extremo, 89,66% das equipes sob gestão da Fundação Faculdade de Medicina (FFM) faziam o procedimento.

4.2.4. Atributo Coordenação

O primeiro indicador analisado referente ao atributo *coordenação* buscava saber quais são as condutas adotadas pela equipe quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta médica especializada. Neste item, as equipes podiam marcar mais de uma opção de resposta, portanto, não é possível realizar o teste de qui-quadrado para avaliar a

significância (valor de p) das diferenças encontradas, que serão apenas descritas em números absolutos e percentuais a seguir.

Na análise geral de todas as equipes, observou-se que a grande maioria delas (95,1%) afirmou que as consultas especializadas são marcadas pela unidade e informadas posteriormente ao usuário. Outra parcela significativa (63,2%) disse que também adota a prática de agendar e informar na hora para o paciente. Parte das equipes (27,3%) disse ainda que, em algumas ocasiões, o usuário recebe ficha e dirige-se a serviço indicado. Uma parcela menor das equipes disse ainda que o usuário agenda em central de marcação (14,7%) ou recebe ficha, mas não tem indicação do serviço a ser procurado.

Quando a análise é feita por modalidade de gestão, os percentuais não apresentam grande diferença. Tanto na gestão pública quando na administração público-privada, há predominância da prática de a unidade marcar a consulta e informar posteriormente ao usuário. Nas outras respostas, os percentuais dos grupos de equipes com diferentes formas de gestão são parecidos, conforme detalhado na tabela 25.

Tabela 25. Número de equipes por forma de marcação de consulta especializada, conforme modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	Pela unidade e informada na hora	%	Pela unidade e informada depois	%	Pelo usuário em central de marcação	%	Usuário recebe ficha e dirige-se a serviço indicado	%	Usuário recebe ficha, mas não tem indicação de serviço	%
Pública	69	59,5	101	91,4	20	17,2	24	20,7	2	1,7
Público-privada	507	63,8	760	95,6	114	14,3	225	28,3	17	2,1
Total	**576**	**63,2**	**866**	**95,1**	**134**	**14,7**	**249**	**27,3**	**19**	**2,1**

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na análise das equipes por entidade gestora, também observou-se predominância da conduta de a unidade marcar a consulta e informar ao usuário posteriormente, com percentuais que variaram pouco entre as diferentes organizações - 88,9% da Santa Casa a 98,4 da IAE/Unasp.

Como segunda resposta mais frequente de todas as entidades, novamente apareceu a prática de agendamento pela unidade com comunicação imediata ao paciente, conforme exposto na tabela 26.

Tabela 26. Número de equipes por forma de marcação de consulta especializada, conforme entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade gestora	Pela unidade e informada na hora	%	Pela unidade e informada depois	%	Pelo usuário em central de marcação	%	Usuário recebe ficha e dirige-se a serviço indicado	%	Usuário recebe ficha, mas não tem indicação de serviço	%
ASF	93	61,2	140	92,1	16	10,5	39	25,7	0	0,0
Cejam	36	58,1	60	96,8	8	12,9	17	27,4	1	1,6
Einstein	43	57,3	72	96,0	17	22,7	29	38,7	3	4,0
FFM	20	69,0	27	93,1	2	6,9	10	34,5	0	0,0
IAE/Unasp	51	81,0	62	98,4	8	12,7	18	28,6	0	0,0
Monte Azul	23	38,3	57	95,0	10	16,7	16	26,7	2	3,3
Santa Casa	9	50,0	16	88,9	3	16,7	6	33,3	1	5,6
Santa Catarina	20	54,1	35	94,6	8	21,6	11	29,7	2	5,4
Santa Marcelina	143	71,9	194	97,5	32	16,1	55	27,6	7	3,5
SPDM	69	69,0	97	97,0	10	10,0	24	24,0	1	1,0
Total	**576**	**63,2**	**866**	**95,1**	**134**	**14,7**	**249**	**27,3**	**19**	**2,1**

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

A mesma lógica foi observada na análise deste indicador por coordenadoria regional de saúde, com a maioria das equipes respondendo que o agendamento é feito na unidade e informada depois ao usuário, conforme é possível observar nos dados da tabela 27.

Tabela 27. Número de equipes por forma de marcação de consulta especializada, conforme coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	Pela unidade e informada na hora	%	Pela unidade e informada depois	%	Pelo usuário em central de marcação	%	Usuário recebe ficha e dirige-se a serviço indicado	%	Usuário recebe ficha, mas não tem indicação de serviço	%
Centro-Oeste	40	72,7	50	90,9	8	14,5	18	32,7	0	0,0
Leste	164	73,2	215	96,0	36	16,1	60	26,8	7	3,1
Norte	94	66,7	130	92,2	23	16,3	36	25,5	2	1,4
Sudeste	75	64,1	115	98,3	10	8,5	28	23,9	2	1,7
Sul	203	54,3	356	95,2	57	15,2	107	28,6	8	2,1
Total	**576**	**63,2**	**866**	**95,1**	**134**	**14,7**	**249**	**27,3**	**19**	**2,1**

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

No segundo item deste atributo, buscou-se verificar quantas e quais equipes obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados pela atenção básica. Na amostra geral, 49 (5,4%) equipes disseram receber retorno sempre, 164 (18,0%), na maioria das vezes, 619 (67,9%), poucas vezes e 79 (8,7%) declarou não receber retorno.

Quando a análise é feita sob o aspecto das diferentes modalidades de gestão das UBSs, observa-se que, em ambas, predominam equipes que recebem retorno poucas vezes ou nunca, mas com diferença estatisticamente significativa (p = 0,030) entre uma modalidade e outra, com resultado um pouco pior entre as equipes de unidades de administração estritamente pública. Neste grupo, 86,2% recebem retorno poucas vezes ou nunca. Entre as equipes de UBSs com gestão público-privada, o mesmo índice é de 75,3%. Os dados estão detalhados na tabela 28.

Tabela 28. Número de equipes que recebem retorno da avaliação realizada por especialistas dos usuários encaminhados, conforme frequência da obtenção do retorno, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	Sempre	%	Na maioria das vezes	%	Poucas vezes	%	Nunca	%	Total	%
Pública	5	4,3	11	9,5	85	73,3	15	12,9	116	100
Público-privada	44	5,5	153	19,2	534	67,2	64	8,1	795	100
Total	**49**	**5,4**	**164**	**18,0**	**619**	**67,9**	**79**	**8,7**	**911**	**100**

Valor de p = 0,030
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na análise feita por entidade gestora (no caso das UBSs com gestão terceirizada), verificou-se em todos os grupos predominância da resposta “poucas vezes” ou “nunca”, mas houve grande variação do índice entre as diferentes entidades, com nível de significância (p) de 0,000.

Enquanto entre as equipes de UBSs geridas pelo Cejam, 59,7% tiveram retorno poucas vezes ou nunca, nas equipes sob responsabilidade do Einstein, a taxa registrada foi de 86,7%, conforme exposto na tabela 29.

Tabela 29. Número de equipes que recebem retorno da avaliação realizada por especialistas dos usuários encaminhados, conforme frequência da obtenção do retorno, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade gestora	Sempre	%	Na maioria das vezes	%	Poucas vezes	%	Nunca	%	Total	%
ASF	3	2,0	18	11,8	103	67,8	28	18,4	152	100
Cejam	8	12,9	17	27,4	35	56,5	2	3,2	62	100
Einstein	3	4,0	7	9,3	59	78,7	6	8,0	75	100
FFM	0	0,0	5	17,2	24	82,8	0	0,0	29	100
IAE/Unasp	0	0,0	10	15,9	49	77,8	4	6,3	63	100
Monte Azul	2	3,3	16	26,7	39	65,0	3	5,0	60	100
Santa Casa	3	16,7	3	16,7	8	44,4	4	22,2	18	100
Santa Catarina	6	16,2	3	8,1	27	73,0	1	2,7	37	100
Santa Marcelina	14	7,0	51	25,6	125	62,8	9	4,5	199	100
SPDM	5	5,0	23	23,0	65	65,0	7	7,0	100	100
Total	**49**	**5,4**	**164**	**18,0**	**619**	**67,9**	**79**	**8,7**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Quando considerados os dados por coordenadoria regional de saúde (CRS), a mesma tendência observada nas variáveis anteriores é mantida, com a maioria das equipes de todas as regiões respondendo que obtêm retorno poucas vezes ou nunca, com variação estatisticamente significativa pequena (p = 0,042) entre as regiões. Enquanto esses dois índices (“poucas vezes” e “nunca”) somados ficaram em 84,4% na CRS Norte, na Leste, ele foi o menor: 67,9%. Os dados estão detalhados na tabela 30.

Tabela 30. Número de equipes que recebem retorno da avaliação realizada por especialistas dos usuários encaminhados, conforme frequência da obtenção do retorno, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	Sempre	%	Na maioria das vezes	%	Poucas vezes	%	Nunca	%	Total	%
Centro-Oeste	1	1,8	9	16,4	40	72,7	5	9,1	55	100
Leste	17	7,6	55	24,6	141	62,9	11	4,9	224	100
Norte	4	2,8	18	12,8	105	74,5	14	9,9	141	100
Sudeste	5	4,3	22	18,8	81	69,2	9	7,7	117	100
Sul	22	5,9	60	16,0	252	67,4	40	10,7	374	100
Total	**49**	**5,4**	**164**	**18,0**	**619**	**67,9**	**79**	**8,7**	**911**	**100**

Valor de p = 0,042
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

4.2.5. Dimensão Tecnologia

No primeiro item referente à tecnologia, foi verificado se a equipe participava de ações de Telessaúde. Do total pesquisado, 28,6% responderam sim e 71,4% disseram não participar.

Na análise das equipes por modalidade de gestão, não foi observada diferença estatisticamente significativa (p = 0,352), com índice de participação um pouco maior entre as equipes de UBSs de gestão público-privada (29,6%) em comparação com as equipes de unidades geridas de forma direta. Os dados estão detalhados na tabela 31.

Tabela 31. Número de equipes conforme participação em ações de Telessaúde, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	Participa	%	Não participa	%	Total	%
Pública	29	25,0	87	75,0	116	100
Público-privada	232	29,2	563	70,8	795	100
Total	**261**	**28,6**	**650**	**71,4**	**911**	**100**

Valor de p = 0,352
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na análise por modalidade de gestão, a variação foi bem maior, com diferença significativa (p = 0,000). A taxa de participação das equipes em ações de Telessaúde variou de apenas 11,1% no caso das equipes da IAE/Unasp a 55,2% no grupo da FFM, como demonstrado na tabela 32.

Tabela 32. Número de equipes conforme participação em ações de Telessaúde, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade Gestora	Participa	%	Não participa	%	Total	%
ASF	24	15,8	128	84,2	152	100
Cejam	16	25,8	46	74,2	62	100
Einstein	12	16,0	63	84,0	75	100
FFM	16	55,2	13	44,8	29	100
IAE/Unasp	7	11,1	56	88,9	63	100
Monte Azul	23	38,3	37	61,7	60	100
Santa Casa	5	27,8	13	72,2	18	100
Santa Catarina	12	32,4	25	67,6	37	100
Santa Marcelina	83	41,7	116	58,3	199	100
SPDM	34	34,0	66	66,0	100	100
Total	**261**	**28,6**	**650**	**71,4**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Também foi observada diferença relevante (p = 0,000) na comparação das equipes de diferentes coordenadorias regionais de saúde. Na CRS Norte, 12,1% das equipes declararam participar de ações do tipo enquanto na CRS Leste, o mesmo percentual era de 41,1%, conforme dados da tabela 33.

Tabela 33. Número de equipes conforme participação em ações de Telessaúde, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	Participa	%	Não participa	%	Total	%
Centro-Oeste	22	40,0	33	60,0	55	100
Leste	92	41,1	132	58,9	224	100
Norte	17	12,1	124	87,9	141	100
Sudeste	44	37,6	73	62,4	117	100
Sul	86	23,0	288	77,0	374	100
Total	**261**	**28,6**	**650**	**71,4**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

No segundo item deste atributo, verificou-se se existia prontuário eletrônico implantado nas equipes, das quais apenas 10,8% responderam possuir. Foi observada diferença estatisticamente significativa (p = 0,038) entre as equipes de

UBSs de gestão pública para as de administração público-privada. Entre as primeiras, 5,2% das equipes disseram possuir prontuário eletrônico, contra 11,6% das segundas, conforme tabela 34.

Tabela 34. Número de equipes que possuem prontuário eletrônico implantado, por modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Modalidade de gestão	Sim	%	Não	%	Total	%
Pública	6	5,2	110	94,8	116	100
Público-privada	92	11,6	703	88,4	795	100
Total	**98**	**10,8**	**813**	**89,2**	**911**	**100**

Valor de p = 0,038
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na análise das equipes por entidade gestora, a diferença é ainda mais significativa (p = 0,000). É possível notar, observando os dados, que, enquanto em UBSs de quatro entidades (ASF, FFM, IAE/Unasp e Santa Casa), não há nenhuma equipe com prontuário eletrônico implantado, nas unidades geridas pelo Einstein, 100% das equipes contam com a plataforma, como mostram os dados da tabela 35.

Tabela 35. Número de equipes que possuem prontuário eletrônico implantado, por entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Entidade gestora	Sim	%	Não	%	Total	%
ASF	0	0,0	152	100,0	152	100
Cejam	8	12,9	54	87,1	62	100
Einstein	75	100,0	0	0,0	75	100
FFM	0	0,0	29	100,0	29	100
IAE/Unasp	0	0,0	63	100,0	63	100
Monte Azul	4	6,7	56	93,3	60	100
Santa Casa	0	0,0	18	100,0	18	100
Santa Catarina	2	5,4	35	94,6	37	100
Santa Marcelina	2	1,0	197	99,0	199	100
SPDM	1	1,0	99	99,0	100	100
Total	**98**	**10,8**	**813**	**89,2**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na comparação dos dados das equipes por CRS, observou-se diferença significativa (p = 0,000) principalmente graças à variação entre o índice de equipes com prontuário eletrônico na coordenadoria Sul (23,8%) e nas restantes, que ficaram entre 0% e 6,0%. Os dados estão detalhados na tabela 36.

Tabela 36. Número de equipes que possuem prontuário eletrônico implantado, por coordenadoria regional de saúde (CRS), São Paulo, 2014

CRS	Sim	%	Não	%	Total	%
Centro-Oeste	0	0,0	55	100,0	55	100
Leste	2	0,9	222	99,1	224	100
Norte	0	0,0	141	100,0	141	100
Sudeste	7	6,0	110	94,0	117	100
Sul	89	23,8	285	76,2	374	100
Total	**98**	**10,8**	**813**	**89,2**	**911**	**100**

Valor de p = 0,000
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

4.3. INDICADORES RELACIONADOS A RESULTADO

Para a análise dos indicadores relacionados a resultados das equipes, foram utilizados os dados enviados por cada equipe ao Ministério da Saúde na fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, quando as unidades têm de enviar resultados de indicadores de desempenho pré-estabelecidos pelo ministério. São 20 indicadores de desempenho divididos em quatro áreas temáticas: saúde da mulher, saúde da criança, doentes crônicos e produção geral. Como já detalhado na seção de métodos, serão considerados 17 desses indicadores.

A amostra utilizada nesta seção é a mesma considerada na seção de indicadores de processo, com exceção de seis equipes cujos resultados não foram disponibilizados na tabela enviada pelo Ministério da Saúde. Serão, portanto, 905 equipes com indicadores de resultado analisados a seguir.

Do total de equipes, 114 (12,6%) pertenciam a unidades de administração estritamente pública e 791 (87,4%) a UBSs com gestão terceirizada. O número de

equipes atuantes em unidades com administração público-privada detalhado por entidade gestora está exposto na tabela 37.

Tabela 37. Número de equipes de UBSs de gestão público-privada que informaram resultados dos indicadores de desempenho por meio do PMAQ-AB, São Paulo, 2014

Entidade gestora	N	%
ASF	151	19,1
Cejam	60	7,6
Einstein	75	9,5
FFM	29	3,6
IAE/Unasp	63	8,0
Monte Azul	60	7,6
Santa Casa	18	2,3
Santa Catarina	37	4,7
Santa Marcelina	199	25,1
Seconci	0	0,0
SPDM	99	12,5
Total	**791**	**100,0**

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na análise geral dos indicadores, foi possível observar, na área da saúde da mulher, com seis indicadores, que: 86,5% das gestantes da cidade de São Paulo estavam cadastradas pela equipe de Atenção Básica; 7,62 era o número médio de atendimentos de pré-natal realizados por gestante cadastrada; 91,50% das grávidas haviam iniciado o pré-natal no primeiro trimestre; e cerca de 95% delas estavam com o pré-natal e as vacinas em dia. Em relação ao número de exames citopatológicos pela população feminina cadastrada maior de 15 anos, a razão ficou em 0,01.

Na área de saúde da criança, também com seis indicadores, os dados da cidade de São Paulo mostraram que a média de atendimentos em puericultura por criança de até dois anos ficou em 4,93; 76,96% das crianças menores de quatro meses estavam em aleitamento materno exclusivo; 97,72% dos menores de um ano tinham vacina em dia; 91,87% dos menores de dois anos haviam sido pesados; e as médias de consultas foram de 3,75 para menores de um ano e 1,38, para menores de cinco anos.

Na área de atendimento a doentes crônicos, que reunia quatro indicadores, observou-se que, na cidade de São Paulo, cerca de 81% dos diabéticos e hipertensos estavam cadastrados pela equipe; com uma média de atendimentos por paciente de 1,53 para os primeiros e 1,12 para os segundos.

Por fim, na área de produção geral verificou-se que a média de consultas médicas por habitante foi de 0,92.

Quando os mesmos dados são analisados conforme a modalidade de gestão das unidades onde atua cada equipe, foi observado que não há diferença estatisticamente significativa na maioria dos indicadores. Somente em seis dos 17 itens analisados, o valor de p encontrado nos testes estatísticos foi inferior a 0,05, o que indica diferença significante, detalhados a seguir.

O primeiro dos indicadores com diferença relevante é o do número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada. Enquanto na amostra geral esse índice era de 7,62 atendimentos por paciente, ele variou de 7,14 nas equipes de unidades com administração direta a 7,70 nas de UBSs com gestão público-privada.

Já a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre variou de 88,94% nas equipes de gestão estritamente pública a 91,94% nas de responsabilidade de entidades parceiras. O índice de grávidas com o pré-natal em dia ficou entre 93,83% (pública) e 95,21% (público-privada).

A média de atendimentos de puericultura em menores de dois anos variou de 4,38 entre equipes de unidades com gestão estritamente pública a 5,01 entre as sob responsabilidade de entidades privadas. Ainda na área de saúde da criança, o índice de menores de dois anos pesados ficou entre 91,61% (público-privado) e 93,62% (pública). A média anual de consultas para menores de cinco anos variou de 1,24 (pública) a 1,40 (público-privada).

Os dados detalhados com os resultados de todos os indicadores de acordo com a modalidade de gestão estão expostos na tabela 38, com a indicação, em negrito, dos indicadores nos quais foi encontrada diferença estatisticamente relevante. A tabela completa com as médias e desvios-padrão de cada indicador está disponível nos anexos.

Tabela 38. Médias dos resultados de cada indicador de desempenho por equipes conforme modalidade de gestão da UBS, São Paulo, 2014

Indicador	Descrição	Modalidade de gestão			Valor de p*
		Pública	Público-privada	Total	
1.1	Proporção de gestantes cadastradas (%)	84,03	86,95	86,55	0,120
1.2	Nº médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	7,14	7,70	7,62	**0,045**
1.3	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre (%)	88,49	91,94	91,50	**0,000**
1.4	Proporção de gestantes com o pré-natal em dia (%)	93,83	95,21	95,03	**0,039**
1.5	Proporção de gestantes com vacina em dia (%)	94,70	95,36	95,28	0,303
1.6	Razão entre exame citopatológico na faixa etária de 15 anos ou mais	0,01	0,01	0,01	0,830
2.1	Média de atendimentos de puericultura em menores de 2 anos	4,38	5,01	4,93	**0,001**
2.2	Proporção de menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo (%)	77,43	76,89	76,96	0,699
2.3	Proporção de menores de 1 ano com vacina em dia (%)	98,08	97,66	97,72	0,254
2.4	Proporção de menores de 2 anos pesados (%)	93,62	91,61	91,87	**0,038**
2.5	Média de consultas médicas para menores de 1 ano	3,45	3,79	3,75	0,073
2.6	Média anual de consultas médicas para crianças menores de 5 anos	1,24	1,40	1,38	**0,015**
3.1	Proporção de diabéticos cadastrados com 15 anos ou mais (%)	84,09	81,34	81,68	0,137
3.2	Proporção de hipertensos cadastrados com 15 anos ou mais (%)	83,84	81,38	81,70	0,102
3.3	Média de atendimentos em diabéticos com 15 anos ou mais	2,63	2,44	2,46	0,258
3.4	Média de atendimentos em hipertensos com 15 anos ou mais	2,04	2,05	2,05	0,898
4.1	Média de consultas médicas por habitante	0,90	0,92	0,92	0,533

*Diferença estatisticamente significativa quando p<0,050

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados de indicadores de desempenho do segundo ciclo do PMAQ-AB

Já na análise feita segundo as entidades gestoras, diferenças estatisticamente significativas foram observadas em 16 dos 17 indicadores.

No primeiro indicador de saúde da mulher, o percentual médio de gestantes cadastradas em relação ao total variou de 73,21% nas equipes das unidades geridas pela FFM a 94,72% nas equipes de UBSs administradas pelo Cejam.

O número de atendimentos de pré-natal realizados por gestante ficou entre 4,69 no caso da entidade Santa Catarina e 8,26 nas equipes da Associação Saúde da Família (ASF). Já a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre variou de 82,47% nas equipes sob responsabilidade da Santa Casa a 95,46% nas equipes geridas pela entidade Monte Azul.

Ainda na área de saúde da mulher, o índice de gestantes com pré-natal e vacina em dia ficou entre 92% (SPDM) e 97% (Einstein). Já a razão entre o número de exames citopatológicos por população feminina maior de 15 anos ficou entre 0,01 (IAE/Unasp) e 0,03 (Cejam). Cabe ressaltar que, neste caso, como os índices arredondados de cada entidade eram muito próximos, foi considerado o valor preciso de cada entidade para chegar à maior e à menor média.

Na área de saúde da criança, observou-se que a média de atendimentos de puericultura em menores de dois anos variou de 3,00 (Santa Catarina) a 5,54 (Einstein). A proporção de menores de um ano com vacina em dia ficou entre 96,57% (SPDM) a 98,70% (Einstein). Já a de menores de dois anos pesados variou de 87,85% (IAE/Unasp) a 96,13% (Santa Catarina).

A média de consultas médicas para menores de um ano variou de 2,36 (Santa Catarina) a 4,35 (ASF). Diferença significativa também foi observada no índice médio de consultas para menores de cinco anos, que ficou entre 0,85 (Santa Catarina) e 1,59 (IAE/Unasp).

Na assistência a doentes crônicos, observou-se que a proporção de diabéticos e hipertensos com mais de 15 anos cadastrados variou de 72,27% a 85,58% no caso dos primeiros e de 71,52% a 86,75%, para os segundos. Em ambos os casos, os menores percentuais foram observados nas equipes sob gestão do Einstein, e os maiores, nas que estavam sob responsabilidade da Santa Marcelina.

Quanto à média de atendimentos desses pacientes, o índice variou de 1,48 a 2,96 no caso dos diabéticos, e de 1,34 a 2,64, para os hipertensos. Em ambos os casos, os menores índices são os das equipes da entidade Santa Catarina, enquanto os maiores, das equipes do Cejam.

Por fim, na área de produção geral, o número médio de consultas por habitante ficou entre 0,70 nas equipes da Santa Catarina e 1,11 entre as administradas pela FFM.

Os dados detalhados com os resultados de todas as entidades em cada indicador estão apresentados na tabela 39, com a indicação, em negrito, dos indicadores nos quais foi encontrada diferença estatisticamente relevante e dos maiores e menores valores encontrados em cada. A tabela completa com as médias e desvios-padrão de cada indicador está disponível nos anexos.

Tabela 39. Médias dos resultados de cada indicador por equipes conforme entidade gestora da UBS, São Paulo, 2014

Indicador	Descrição	Entidade gestora											Valor de p*
		ASF	Cejam	Einstein	FFM	IAE/Unasp	Monte Azul	Santa Casa	Santa Catarina	Santa Marcelina	SPDM	Total	
1.1	Proporção gestantes cadastradas (%)	90,65	**94,72**	79,93	**73,21**	85,12	90,43	88,93	94,49	88,94	81,21	86,55	**0,000**
1.2	Nº de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	**8,26**	7,54	8,15	8,02	7,67	7,08	8,23	**4,69**	7,66	7,85	7,62	**0,000**
1.3	Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre (%)	89,34	94,35	94,85	92,12	90,16	**95,46**	**82,47**	94,98	93,95	87,89	91,50	**0,000**
1.4	Proporção de gestantes com pré-natal em dia (%)	93,33	96,15	**97,51**	95,54	93,87	97,21	94,07	96,19	96,71	**92,16**	95,03	**0,000**
1.5	Proporção gestantes com vacina em dia (%)	94,42	95,32	**97,66**	96,17	92,86	97,17	94,73	95,28	96,98	**92,21**	95,28	**0,000**
1.6	Razão entre exame citopatológico na faixa etária de 15 anos ou mais	0,01	**0,03**	0,01	0,01	**0,01**	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	**0,002**
2.1	Média de atendimentos de puericultura em menores de 2 anos	5,54	4,58	**5,54**	5,06	4,97	3,92	4,69	**3,00**	5,26	5,04	4,93	**0,000**
2.2	Menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo (%)	75,13	**79,95**	76,39	79,19	77,39	75,29	**73,51**	77,08	77,47	77,73	76,96	0,546

Continua

Continuação

2.3	Menor de 1 ano com vacina em dia (%)	97,32	97,61	**98,70**	97,43	97,29	98,19	97,55	98,47	97,95	**96,57**	97,72	**0,010**
2.4	Proporção de menores de 2 anos pesados (%)	89,47	92,31	94,60	91,21	**87,85**	95,01	92,16	**96,13**	91,71	90,66	91,87	**0,000**
2.5	Média de consultas médicas para menores de 1 ano	**4,35**	3,90	3,90	4,05	4,31	2,88	3,62	**2,36**	3,55	4,03	3,75	**0,000**
2.6	Média anual de consultas médicas para crianças menores de 5 anos	1,54	1,49	1,46	1,48	**1,59**	1,14	1,37	**0,85**	1,35	1,35	1,38	**0,000**
3.1	Proporção diabéticos cadastrados com 15 anos ou mais (%)	83,22	75,68	**72,27**	81,56	84,07	83,83	77,49	81,02	**85,58**	79,78	81,68	**0,000**
3.2	Proporção hipertensos cadastrados com 15 anos ou mais (%)	83,57	75,75	**71,52**	76,95	80,44	81,89	76,80	81,89	**86,75**	81,13	81,70	**0,000**
3.3	Média de atendimentos em diabéticos com 15 anos ou mais	2,84	**2,96**	2,46	2,34	2,54	2,47	2,74	**1,48**	2,23	2,18	2,46	**0,000**
3.4	Média de atendimentos em hipertensos com 15 anos ou mais	2,17	**2,64**	2,10	1,89	1,82	2,25	2,09	**1,34**	2,11	1,73	2,05	**0,000**
4.1	Média de consultas médicas por habitante	0,95	1,04	0,87	**1,11**	1,00	0,93	0,98	**0,70**	0,86	0,90	0,92	**0,000**

*Diferença estatisticamente significativa quando p<0,050

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados de indicadores de desempenho do segundo ciclo do PMAQ-AB

Na análise dos indicadores de resultado segundo a coordenadoria regional de saúde, 15 dos 17 indicadores mostraram diferença significativa, mas, para evitar repetições na descrição dos indicadores, os dados estão detalhados na tabela 41, com a indicação, em negrito, dos indicadores nos quais foi encontrada diferença estatisticamente relevante (valor de p maior que 0,05) e dos maiores e menores valores encontrados em cada.

Tabela 40. Médias dos resultados de cada indicador por equipes conforme coordenadoria regional de saúde da UBS, São Paulo, 2014

Indicador	Descrição	CRS						Valor de p*
		Centro-Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Total	
1.1	Proporção gestantes cadastradas (%)	**77,62**	**89,85**	85,66	79,86	89,21	86,55	**0,000**
1.2	Nº médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	7,97	7,52	**8,23**	7,49	**7,42**	7,62	**0,036**
1.3	Proporção gestantes que iniciaram pré-natal no 1º trimestre (%)	88,69	**93,91**	89,44	**85,55**	93,11	91,50	**0,000**
1.4	Proporção gestantes com pré-natal em dia (%)	94,32	**96,77**	94,43	**90,98**	95,58	95,03	**0,000**
1.5	Proporção gestantes com vacina em dia (%)	95,54	**97,03**	94,68	**91,90**	95,46	95,28	**0,000**
1.6	Razão entre exame citopatológico na faixa etária de 15 anos ou mais	**0,02**	0,01	0,02	**0,01**	0,01	0,01	**0,029**
2.1	Média de atendimentos de puericultura em menores de 2 anos	**5,25**	5,24	4,92	**4,61**	4,79	4,93	**0,010**
2.2	Proporção de menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo (%)	**75,21**	**78,09**	77,71	76,14	76,49	76,96	0,457
2.3	Proporção menores de 1 ano com vacina em dia (%)	96,61	98,01	**98,49**	**96,52**	97,79	97,72	**0,000**

Continua

Continuação

2.4	Proporção de menores de 2 anos pesados (%)	**89,37**	92,34	91,02	91,42	**92,40**	91,87	0,171
2.5	Média de consultas médicas para menores de 1 ano	4,06	**3,50**	**4,23**	3,64	3,70	3,75	**0,006**
2.6	Média anual de consultas médicas para menores de 5 anos	**1,51**	1,35	1,47	**1,21**	1,38	1,38	**0,009**
3.1	Proporção de diabéticos cadastrados com 15 anos ou mais (%)	83,00	**85,36**	84,95	82,54	**78,67**	81,68	**0,000**
3.2	Proporção hipertensos cadastrados com 15 anos ou mais (%)	79,27	**86,75**	85,74	82,35	**77,93**	81,70	**0,000**
3.3	Média de atendimentos em diabéticos com 15 anos ou mais	2,37	2,29	**2,65**	**2,16**	2,60	2,46	**0,030**
3.4	Média de atendimentos em hipertensos com 15 anos ou mais	1,89	**2,16**	1,98	**1,70**	2,14	2,05	**0,003**
4.1	Média de consultas médicas por habitante	**1,04**	0,88	0,93	**0,86**	0,93	0,92	**0,015**

*Diferença estatisticamente significativa quando p<0,050
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Municipal da Saúde e do banco de dados de indicadores de desempenho do segundo ciclo do PMAQ-AB

5. DISCUSSÃO

As diferenças encontradas entre UBSs e equipes de gestão direta e as de administração público-privada variaram de acordo com o tipo de indicador (estrutura, processo ou resultado). Foram 28 indicadores analisados: um de estrutura, dez de processo e 17 de resultado, como já detalhado na metodologia.

Na análise do único indicador de estrutura, que agrupava as UBSs em cinco tipos, de acordo com suas condições em 24 variáveis de estrutura, não foi observada diferença significativa entre as UBSs nem quanto à modalidade de gestão nem quanto à entidade gestora ou coordenadoria, segundo os testes estatísticos realizados.

Considerando as atribuições das entidades privadas contratadas pela Secretaria Municipal da Saúde e dispostas nos contratos de gestão ou termos de convênio, as condições de estrutura parecem ser, de fato, as menos sensíveis a diferentes modalidades de gestão.

Isso porque, no geral, os contratos de gestão são firmados para a oferta de serviços em unidades já existentes, com estrutura básica pronta, fornecida pela administração municipal (BAGGENSTOSS e DONADONE, 2014). Além disso, é possível observar nos contratos que, nas especificações das responsabilidades das contratadas predominam a descrição de procedimentos que devem ser ofertados com suas respectivas metas (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2007), e não melhorias na estrutura da unidade em si, o que faz com que as entidades parceiras tenham mais ingerência sobre os processos e resultados das unidades.

No contrato de gestão firmado entre a Prefeitura de São Paulo e a organização social Casa de Saúde Santa Marcelina (a que possui o maior número de UBSs sob sua responsabilidade) para a gestão de serviços na região de Cidade Tiradentes e Guaianases, por exemplo, constam da lista de atribuições da entidade atividades como: consultas médicas, visitas domiciliares, grupos educativos, vacinação, coleta de exames, medicação e ações de vigilância em saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2007), mas pouco se fala sobre melhorias em estrutura física e equipamentos, o que ajuda a explicar a ausência de diferenças significativas entre modalidades de gestão distintas nos componentes de estrutura.

Nas análises dos indicadores de processo, observou-se que, dos dez indicadores verificados, quatro registraram diferença significativa quanto à modalidade de gestão: em três deles, houve melhor desempenho das equipes de gestão público-privada e no quarto, o melhor resultado foi das equipes de administração estritamente pública.

O primeiro indicador que evidenciou diferença favorável às equipes de gestão público-privada foi o que media a existência de população descoberta pela atenção básica no território. Cabe destacar, no entanto, que tal resultado pode não estar relacionado somente à modalidade de gestão, mas, sim, à existência do programa Saúde da Família predominantemente nas áreas mais periféricas da cidade (ARANTES et al., 2016), justamente onde há maior presença de gestão público-privada, como foi possível verificar na distribuição das entidades conforme a coordenadoria de atuação e também pode ser observado na página eletrônica da SMS que detalha os contratos de gestão por microrregião (http://transparencia.prefeitura.sp.gov.br/administracao/Paginas/OrganizacoesSociaisdaSaude.aspx).

O segundo indicador no qual foi notado melhor resultado das equipes de administração público-privada foi o que media a freqüência com que a equipe de atenção básica recebia retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados pela UBS, item relacionado ao atributo de coordenação.

Em estudo em que analisou as experiências de contratualização na atenção primária de Curitiba e em Portugal, COSTA e SILVA et al. (2014) já haviam identificado que parcerias na APS podem contribuir para uma melhor coordenação dentro do sistema de saúde. Como argumentos, assume-se maior facilidade de coordenação tendo em vista o caráter “profissional” dessas organizações parceiras, com seus atributos de planejamento compartilhado, responsabilização com autonomia, e sistema de incentivos ao bom desempenho dos profissionais.

No caso de Curitiba, os autores verificaram que a atuação dos gerentes das Organizações Sociais de Saúde com os gerentes de cada coordenação regional de saúde era uma prática instituída, o que indica maior diálogo entre os diferentes gestores e profissionais no sistema e maiores chances de uma coordenação do cuidado adequada.

Outros autores, no entanto, apontam possíveis prejuízos da contratualização no aspecto da coordenação do cuidado, tendo em vista o risco de fragmentação do

sistema. Análise feita por GIOVANELLA (2016) de mudanças recentes implantadas no sistema de saúde inglês, visto por muitos como modelo para o SUS, apontou que o avanço da contratualização levou à contratação de diferentes prestadores, afetando, assim, a continuidade do cuidado e resultando em insuficiente coordenação entre atenção primária, especializada e terciária.

Conclusão semelhante teve ALBUQUERQUE et al. (2015) com a análise das parcerias feitas pela Secretaria Municipal de Recife. Ao optar por concentrar os contratos em unidades isoladas, a gestão municipal poderá ampliar a desorganização do sistema e aumentar a fragmentação e o isolamento entre os prestadores, segundo as autoras.

O terceiro indicador no qual foi encontrado melhor resultado das equipes de administração público-privada foi o que verificou se existia prontuário eletrônico implantado na equipe. Fica claro ao observar os resultados que as equipes de gestão privada só têm índice mais alto por causa de uma entidade gestora que implantou a tecnologia em suas unidades, como será detalhado mais a frente.

O quarto indicador de processo em que foi observada diferença entre modalidades de gestão distintas foi o que media o número de procedimentos realizados pela equipe entre dez elencados. Nesse caso, as equipes geridas de forma direta obtiveram melhor desempenho.

A principal hipótese para tal resultado é a falta de uniformidade na oferta de serviços e procedimentos por equipes de gestão público-privada que são de diferentes entidades gestoras, como foi possível observar no procedimento inserção do DIU, detalhado na seção de Resultados. Observou-se que a baixa oferta de procedimentos por equipes de algumas entidades fizeram o índice geral das equipes de administração terceirizada cair e ficar abaixo das de gestão direta.

Outros trabalhos já demonstraram que, apesar de serem reguladas por contratos de gestão ou convênios com obrigações semelhantes, as entidades parceiras na área da saúde dificilmente mantêm entre si uma uniformidade nos serviços prestados, indicando, em alguns casos, falha de controle por parte dos contratantes.

IBAÑEZ et al. (2001), ao analisarem o primeiro ano de contratos de gestão de dez hospitais da Grande São Paulo, administrados por sete Organizações Sociais diferentes, encontraram resultados distintos entre os hospitais em indicadores como cumprimento de metas ambulatoriais e valores médios de Autorizações de

Internação Hospitalar (AIHs), o que pode estar relacionado à localização geográfica e característica da demanda, mas também às práticas de cada entidade.

O próprio perfil e histórico da entidade e a falta de monitoramento por parte da administração municipal são possíveis fatores de interferência nos resultados de cada organização.

CONTREIRAS e MATTA (2015) já chamaram a atenção sobre os dois tópicos em artigo no qual classificaram as entidades em sete tipos (filantropia religiosa, hospital privado, universidade, ONG, apoio administrativo, assessoria de gestão e serviço social autônomo) e destacaram a diversidade do terceiro setor e a consequente dificuldade de classificação das diferentes entidades que o compõem.

No mesmo trabalho, os autores ressaltaram falhas na regulação e no controle externo dos contratos, o que pode colaborar para práticas e resultados aquém do esperado por parte das contratadas.

Tais diferenças na atuação das entidades ficaram claras no presente trabalho quando feita a análise dos dez indicadores de processo segundo a entidade gestora. Do total, nove apresentaram diferenças estatisticamente significativas, indicando um achado importante, também observado nos indicadores de resultado, de que provavelmente a entidade gestora tenha maior peso nos processos e resultados de uma unidade/equipe do que simplesmente a modalidade de gestão.

Os resultados de alguns indicadores reforçam de forma mais evidente essa hipótese, conforme detalhamento a seguir.

A entidade Santa Casa de São Paulo foi a que teve o pior desempenho entre as dez entidades avaliadas no maior número de indicadores (3). Os itens em que ela figura entre as piores são: o que mede a existência de população descoberta no território, o que avalia o número de grupos populacionais cadastrados pela equipe e o que verifica a existência de prontuário eletrônico na unidade.

Embora não seja possível, apenas com a observação dos dados, definir as causas do desempenho de cada entidade, é importante ressaltar que em 2014, ano da realização do segundo ciclo do PMAQ-AB, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, responsável pela OS de mesmo nome, passava pela maior crise financeira de sua história, com dívida de R$ 800 milhões. Nesse contexto, a instituição teve contratos de gestão suspensos com Estado e municípios (MACHADO, 2016), evidenciando que a condição financeira da “instituição-mãe” estava afetando os serviços prestados pela organização social.

A situação traz luz sobre o fato de o terceiro setor, embora não lucrativo, ser de forte atividade econômica, com receitas, despesas, superávit ou déficit (CONTREIRAS e MATTA, 2015), o que traz riscos para a contratualização diante de situações como crises financeiras, conflitos de interesse ou problemas de gestão na entidade contratada.

Outro indicador que evidenciou o peso das entidades gestoras nos processos das equipes foi o que quantificava o número de procedimentos realizados, com destaque para o caso já mencionado da inserção de DIU. Considerando que o percentual de equipes que fazem o procedimento variou de 0% (Santa Catarina) a 88% (FFM), questiona-se até que ponto as prioridades e valores de cada entidade podem influenciar na prestação do serviço.

O fato de a entidade que não realiza em nenhuma de suas unidades a inserção de DIU (Santa Catarina) ser de origem religiosa é um ponto a ser destacado e questionado. A tipologia das entidades e a influência do perfil de cada uma delas sobre o serviço ainda não foram alvos de estudos aprofundados, o que se mostra necessário.

Nos indicadores de processo associados à dimensão de tecnologia, mais uma vez observou-se a importância das diferenças entre as entidades gestoras. No item que avaliava a adoção de ações de telessaúde, destacam-se com o melhor desempenho a Fundação Faculdade de Medicina (FFM) e a Casa de Saúde Santa Marcelina, ambas ligadas a escolas médicas.

Já no quesito de implantação do prontuário eletrônico, observa-se que praticamente apenas a entidade Albert Einstein o possui, mostrando essa ser uma ação mais da entidade do que da Secretaria Municipal da Saúde.

Embora idealizadores e defensores da gestão público-privada na saúde listem como uma das vantagens do modelo a modernização da gestão e dos serviços públicos (BRESSER-PEREIRA, 2017; IBAÑEZ et al., 2001; IBAÑEZ e VECINA NETO, 2007), os resultados dos dois indicadores mencionados acima mostram que não basta a terceirização da gestão para que avanços tecnológicos e gerenciais aconteçam, ficando a cargo de cada entidade promover as melhorias que julgar adequadas, de acordo com suas capacidades, prioridades e interesses.

Na análise dos 17 indicadores de resultados selecionados no presente trabalho, padrão similar foi observado: as diferenças foram mais frequentes quando

a comparação foi feita entre as equipes de diferentes entidades gestoras e não entre as distintas modalidades de gestão.

Importante ressaltar que, na análise da amostra geral da cidade de São Paulo, todos os resultados observados estavam dentro dos índices recomendados pelo Ministério da Saúde ou foram superiores à média observada no país considerando o disposto na Ficha de Qualificação de Indicadores do PMAQ-AB, desempenho este esperado para a cidade mais rica e com uma das melhores estruturas de saúde do território brasileiro.

Dos 17 indicadores analisados segundo a modalidade de gestão, somente em seis deles foram observadas diferenças estatisticamente relevantes: em cinco, houve melhor desempenho das equipes de administração público-privada, e em um indicador, as equipes de administração direta se saíram melhor.

Os indicadores nos quais as equipes de gestão terceirizada se sobressaíram são os que mediam o número médio de atendimentos de pré-natal por gestante, a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, a proporção de gestantes com o pré-natal em dia, a média de atendimentos de puericultura em menores de dois anos e a média anual de consultas médicas para crianças menores de cinco anos. Já no indicador de proporção de menores de dois anos pesados, as equipes de unidades com gestão direta tiveram melhor resultado.

Já na análise por entidade gestora, 16 dos 17 indicadores tiveram diferença estatística significativa, indicando, mais uma vez, o peso das entidades gestoras nos resultados das equipes.

Observando os resultados de cada indicador separadamente, foi possível verificar grande variação entre os resultados de uma entidade e outra, com casos em que os índices registrados por equipes de determinada organização ficaram muito aquém do registrado na cidade e do recomendado pelo Ministério da Saúde.

Um dos exemplos mais evidentes é o do indicador que analisava a média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada, no qual as equipes da entidade Santa Catarina, a que teve o pior desempenho, registrou uma média de 4,69 consultas por gestante, muito inferior ao número recomendado pelo Ministério da Saúde, de sete atendimentos por paciente (BRASIL, 2013).

O exemplo mostra que, embora nesse indicador, a diferença encontrada entre modalidade de gestão tenha sido favorável ao modelo público-privado, os índices encontrados nas equipes de cada entidade evidenciam que o serviço prestado pode

ser pior ou melhor que o da administração direta de acordo com a organização responsável pelas equipes.

É a entidade Santa Catarina, inclusive, a que registrou o pior desempenho entre as dez entidades analisadas nos indicadores de resultado: ela foi a pior classificada em sete dos 17 indicadores considerados. Na outra ponta, com o melhor desempenho em um maior número de indicadores está o Cejam, que registrou os melhores índices em cinco indicadores.

As análises dos indicadores de processo e resultado por coordenadoria, embora tenham mostrado diferença significativa na maioria dos itens, não serão aqui desenvolvidos já que, pela observação dos dados, percebeu-se que as diferenças encontradas não parecem estar associadas à localização geográfica, mas, sim, à entidade gestora daquele território, uma vez que, de acordo com os contratos e convênios firmados pela Prefeitura de São Paulo, cada entidade, quando contratada, fica responsável pela maior parte das unidades de um determinado distrito ou microrregião.

Em resumo, considerados os 28 indicadores analisados neste trabalho, observou-se que em dez deles houve diferença significativa entre as equipes segundo a modalidade de gestão (sendo oito deles com resultados mais favoráveis ao modelo de gestão público-privado) e em 25, foi observada diferença entre as equipes de diferentes entidades gestoras.

Os resultados encontrados quanto às diferentes modalidade de gestão reforçam dois achados já descritos na literatura: 1) que a contratualização parece aumentar a produtividade de serviços de saúde e o acesso a eles; 2) que as evidências, no entanto, ainda são muito tímidas para comprovar a superioridade de um modelo sobre o outro, principalmente no que se refere à qualidade da assistência prestada.

COSTA e RIBEIRO (2005) e QUINHÕES (2009) foram alguns dos autores que apontaram melhores resultados de acesso e produtividade da gestão terceirizada em relação à administração direta. O primeiro estudo analisou o desempenho de 12 hospitais de OSs e 10 de administração direta e concluíram que as unidades terceirizadas produziram mais altas e menos óbitos sob a mesma oferta de leitos e recursos.

Já a segunda pesquisa, feita com dados de três hospitais terceirizados do Estado de São Paulo, concluiu que a contratualização levou a melhores indicadores

de eficiência, com mais altas hospitalares por leito e mais atendimentos ambulatoriais por sala.

Revisão feita por RAVIOLI et al. (2018), no entanto, sobre diferentes modalidades de gestão em serviços de saúde mostrou que as pesquisas feitas até agora são inconclusivas quanto à superioridade de um modelo de gestão sobre outro e precisam ser aprimoradas.

Em estudos focados na atenção primária, resultados semelhantes foram encontrados. LIU et al. (2008) e COELHO e GREVE (2016) destacaram, em pesquisas de revisão e de impacto, respectivamente, que a contratualização na atenção primária parece ampliar o acesso ao serviço, o que não significa, necessariamente, melhoria da qualidade prestada.

Tal conclusão também dialoga com os resultados encontrados no presente trabalho: dos sete indicadores em que as equipes de unidades com gestão público-privada tiveram melhor desempenho, a maioria deles está relacionada principalmente com acesso, como acesso ao pré-natal por gestantes.

Outro trabalho que contesta a superioridade de um modelo sobre o outro é o de RAMOS (2016), que comparou o desempenho das capitais brasileiras em 19 indicadores segundo a modalidade de gestão adotada em cada uma das cidades. Nele, observou-se que as cinco capitais identificadas com experiência prévia ou atual em terceirização por meio de Organizações Sociais em Saúde ou Fundação Estatal de Direito Privado (Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Brasília) não obtiveram, de modo geral, melhor desempenho perante o modelo de administração direta.

Nenhum dos estudos que avaliaram as diferentes modalidades de gestão na atenção primária, no entanto, se debruçou sobre as diferenças entre as distintas entidades gestoras.

Com os resultados encontrados na presente pesquisa, é possível dizer que o desempenho das equipes de UBSs com gestão público-privada podem ser melhor ou pior do que as de equipes de administração direta de acordo com a entidade responsável pela gestão, o que indica algumas questões a serem discutidas: a falta de controle da administração pública sobre a atuação de suas parceiras, um alto grau de liberdade das organizações e as consequências de tais fenômenos na assistência prestada.

Muitos estudos (CONTREIRAS e MATTA, 2015; CORREIA e SANTOS, 2015) já mostraram a fragilidade dos mecanismos de controle dos contratantes sobre as entidades terceirizadas, sobretudo nas questões financeiras de prestação de contas. No entanto, para além das questões econômicas e administrativas, é possível observar que as diferentes práticas adotadas por cada entidade pode prejudicar um princípio básico do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade, ao impedir que usuários de diferentes unidades de saúde tenham acesso aos mesmos procedimentos e serviços com a mesma facilidade.

5.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como o trabalho utilizou o banco de dados do PMAQ-AB e a adesão ao programa é voluntária, não foi possível contar com os dados de todas as UBSs da cidade de São Paulo. Na amostra considerada – UBSs que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB –, há discrepância entre o percentual de unidades de administração estritamente pública e público-privada que responderam à avaliação externa em comparação ao percentual de cada um dos casos encontrados no grupo total de UBSs da cidade.

Detalhando a situação em números: das 449 UBSs existentes na capital paulista em 2014, 62,3% eram geridas por meio de contratos de gestão ou convênios e 37,7%, por administração estatal. No grupo de 264 unidades que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, 83,7% eram de administração público-privada e 16,3%, de gestão estritamente pública.

Já na análise da distribuição de UBSs por entidade gestora (no caso das de administração por entidade privada), também há discrepâncias, embora menores. Das 449 UBSs que a cidade tinha em 2014, 280 eram geridas por contratos de gestão ou convênio. Onze entidades se dividiam na administração destas. Já no grupo das 264 UBSs que responderam ao PMAQ, há 221 de gestão público-privada, geridas por dez entidades – o Seconci não está representado porque nenhuma UBS administrada por essa organização participou do PMAQ-AB.

A presença de um percentual maior de UBSs de administração público-privada na amostra do que no grupo total de unidades da cidade e a ausência de UBSs de uma das entidades gestoras limita o estudo ao grupo de unidades que participaram do PMAQ-AB.

A mesma situação foi observada na análise do banco de dados dos indicadores de resultados, com uma segunda limitação: embora o total de equipes considerado nesses indicadores sejam praticamente os mesmos dos analisados nos indicadores de processo, há diferença no número de equipes que responderam cada um dos 17 indicadores (nem todas as equipes deram respostas a todos os itens).

Diante das limitações aqui expostas, os resultados obtidos por meio da análise das possíveis diferenças entre unidades com diferentes modalidades de gestão não podem, portanto, ser extrapolados para o conjunto total de serviços de atenção básica da cidade, mas refletem a realidade de uma importante parcela das unidades de APS paulistanas.

5.2. ACHADOS A SEREM MELHOR EXPLORADOS EM OUTROS ESTUDOS

Seria interessante analisar por que, das 449 Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, só 264 tiveram seus dados disponibilizados no banco do segundo ciclo do PMAQ-AB, programa que oferece mais recursos financeiros às equipes participantes e que, por isso, deveria ser de interesse da maioria delas.

Interessante ainda observar que, proporcionalmente, as unidades de gestão terceirizada participaram em maior número do PMAQ-AB que as de administração direta. Como já exposto na seção de Introdução, o fenômeno pode estar relacionado à lógica gerencial da administração privada, trazida ao setor público pelo movimento *New Public Management*.

O redesenho gerencial da administração pública se baseia, entre outros conceitos, na busca de desempenhos e resultados mais satisfatórios do que aqueles proporcionados pelo modelo burocrático e na definição de objetivos e metas (CARNEIRO e MENICUCCI, 2013). Essa visão poderia explicar por que as unidades de gestão público-privada estiveram mais abertas a participarem do PMAQ-AB. Por

outro lado, a não participação de algumas entidades gestoras no programa é mais uma demonstração da falta de regulação por parte da administração municipal no acompanhamento do serviço prestado por essas organizações.

O achado poderia ser melhor analisado em um estudo qualitativo com gestores de unidades participantes e não participantes do PMAQ-AB para verificar as razões que fazem algumas unidades aderirem ao programa e outras não.

Outro ponto relacionado ao presente trabalho que pode servir de base para estudos futuros é o impacto das mudanças nos contratos de gestão da cidade de São Paulo nos resultados dos indicadores de cada equipe. Em 2014, a Prefeitura promoveu uma mudança no modelo de contratos de gestão, com a realização de chamamentos públicos e a progressiva substituição do modelo anterior.

O novo modelo contratual incluía, além do acompanhamento da produção, novas formas de acompanhamento da contratação de equipes e da qualidade dos serviços prestados, além de instrumentos de controle e sanção em caso de não cumprimento das metas estabelecidas (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2014). Os novos contratos foram assinados entre 2015 e 2016.

Como o terceiro ciclo do PMAQ-AB está sendo realizado em 2018 na cidade de São Paulo, seria possível comparar os resultados obtidos nessa etapa e verificar se as mudanças nos contratos de gestão tiveram alguma influência sobre os indicadores de estrutura, processo e resultado das equipes com diferentes modalidades de gestão.

6. CONCLUSÕES

A análise de UBSs e equipes de atenção primária da cidade de São Paulo segundo a modalidade de gestão e a entidade gestora com base em indicadores de estrutura, processo e resultado trouxe três importantes contribuições para o debate e para a produção científica sobre o tema.

Em primeiro lugar, foi possível observar que a modalidade de gestão adotada tem mais influência sobre os processos e resultados da equipe e não tanto sobre a estrutura dos serviços.

Em segundo lugar, ficou claro que, embora as equipes de gestão público-privada tenham tido desempenho levemente superior em alguns indicadores, as evidências são muito frágeis para concluir que um modelo é superior ao outro, principalmente na atenção primária à saúde, cujas contratualizações foram intensificadas posteriormente às dos hospitais e cujos estudos são menos numerosos.

Em terceiro lugar e como mais importante contribuição deste trabalho ressaltamos o peso da atuação das entidades gestoras sobre os processos e resultados das unidades de atenção primária, conforme sintetizado no quadro 7.

Quadro 7. Síntese dos resultados encontrados

Tipo de indicador	N. de indicadores analisados	N. de ind. com diferenças segundo modalidade de gestão	N. de ind. com diferenças segundo entidade gestora	Síntese
Estrutura	1	0	0	Sem diferença significativa em nenhum dos tipos de indicador
Processo	10	4	9	Pouca diferença entre unidades com modalidades de gestão diferentes e muita diferença entre unidades com entidades gestoras diferentes
Resultado	17	6	16	Pouca diferença entre unidades com modalidades de gestão diferentes e muita diferença entre unidades com entidades gestoras diferentes

Fonte: Elaboração própria

Como detalhado na Discussão, o desempenho de equipes com entidades gestoras diferentes teve grande variação, o que indica que, na análise aprofundada, unidades com gestão público-privada podem ter resultados muito inferiores aos de administração direta dependendo da organização que as administram.

Diante dessa conclusão, é importante ampliar a discussão sobre a forma de escolha das entidades contratadas, o perfil delas e como isso influencia sua atuação. Também é necessário aprimorar os mecanismos de controle e fiscalização da administração pública sobre o trabalho das entidades parceiras.

Dessa forma, deixamos como recomendação que tanto o trabalho de fiscalização e regulação da administração pública sobre as entidades parceiras quanto futuros estudos acadêmicos sobre o assunto passem a considerar em suas análises o desempenho dos serviços também segundo a organização que a administra e não somente segundo o modelo de gestão.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M.S.V.; MORAIS, H.M.M.; LIMA, L.P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1825-1834, Jun 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601825&lng=en&nrm=iso (Acesso em 12/09/2018).

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHAN-HAMANN, E.. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1499-1510, Maio 2016 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso (Acesso em 23/09/2018).

BAGGENSTOSS, S.; DONADONE, J.C. A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil.**Latinoamérica**, México , n. 59, p. 69-98, dez. 2014 . Disponível em http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-85742014000200004&lng=es&nrm=iso (Acesso em 20/09/2018).

BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. E. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1935-1943, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900025&lng=en&nrm=iso (Acesso em 15/02/2017).

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C.R.; FUSARO, E.; MENDONÇA, M.H.M.; LIMA, J.; VIANA, A.L.; Tipologia da estrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras: os 5 Rs, **Cadernos de Saúde Pública**, 2017a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00037316.pdf (Acesso em 04/03/2018).

BOUSQUAT, A.; LIMA, J.G.; MOTA, P.H.S.; FAUSTO, M.C.R. Avaliação da Atenção Primária à Saúde. In: TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.I. **Avaliação em Saúde – Contribuições para Incorporação no Cotidiano.** Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2017b, p. 101-113.

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, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo. Brasília: MS/SAS/DAB, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília: MS/SAS/DAB, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Reforma gerencial e legitimação do estado social. **Rev. Adm. Pública,** Rio de Janeiro , v. 51, n. 1, p. 147-156, Fev. 2017 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122017000100147&lng=en&nrm=iso (Acesso em 10/03/2018).

CANCIAN, N. **Governo aprova portaria que afrouxa normas de atendimento básico no SUS.** Folha de S.Paulo, São Paulo, 31/08/2017. Disponível em http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/08/1914654-governo-aprova-portaria-que-afrouxa-normas-de-atendimento-basico-no-sus.shtml (Acesso em 04/03/2018)

CARNEIRO JUNIOR, N. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. 2002. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P. E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 5, p. 914-920, Out. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600023&lng=en&nrm=iso (Acesso em 11/03/2018)

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V. B. do; COSTA, I. M. C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde Soc**., São Paulo , v. 20, n. 4, p. 971-979, dez. 2011 . Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400014&lng=pt&nrm=iso (Acesso em 03/03/2017).

CARNEIRO, R., e MENICUCCI, T.M.G. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. pp. 135-194. ISBN 978-85-8110-015-9. Disponível em SciELO Books (Acesso em 16/01/2019).

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400012&lng=en&nrm=iso (Acesso em 16/02/2017).

COELHO, V. S. P.; SZABZON, F.; DIAS, M. F. Política municipal e acesso a serviços de saúde São Paulo 2001-2012, quando as periferias ganharam mais que o centro. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo , n. 100, p. 139-161, 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002014000300139&lng=en&nrm=iso (Acesso em 15/02/2017).

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582016000300867&lng=en&nrm=iso (Acesso em 17/02/2017).

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 2, p. 285-297, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200285&lng=en&nrm=iso (Acesso em 17/02/2017).

CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V.M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, M. I. S. *et al* (Org.)**. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2015, v. 1, p. 33-39.

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

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V.A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3593-3604, Ago. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803593&lng=en&nrm=iso (Acesso em 15/09/2018).

COSTA E SILVA, V.; BARBOSA, P.R.; HORTALE, V.A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1365-1376, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501365&lng=en&nrm=iso (Acesso em 10/03/2018).

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, 1988.

ELIAS, P.; BOUSQUAT, A.; NAKAMURA, E.; COHN, A. A implantação do Programa Saúde da Família na metrópole paulista 2001-2003. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia7.pdf (Acesso em 25/02/2017).

ESTADO DE SÃO PAULO. Lei Complementar Nº 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais.

ESTADO DE SÃO PAULO. Lei Complementar Nº 1.095, de 18 de setembro de 2009. Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica.

FRANCO, A. A reforma do Estado e o terceiro setor. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Ed.). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, 1999. p. 273-89.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs**). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M.C.R.; FUSARO, E.; MENDONÇA, M.H.M.; GAGNO, J.. **Nota técnica 5/2015. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras.** Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf (Acesso em 30/06/2016).

GIOVANELLA, L. "Austeridade" no Serviço Nacional de Saúde inglês: fragmentação e mercantilização - exemplos para não seguir. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 7, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000700301&lng=en&nrm=iso (Acesso em 10/09/2018).

IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200009&lng=en&nrm=iso (Acesso em 15/05/2018).

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G.. Modelos de gestão e o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, supl. p. 1831-1840, Nov. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700006&lng=en&nrm=iso. (Acesso em 30/06/2016).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. São Paulo, 2016. Disponível em http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=355030 (Acesso em 25/02/2017).

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto Interno Bruto dos Municípios 2010-2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2014/default_xls.shtm (Acesso em 25/02/2017).

KAVALIAUSKAITE, V.; JUCEVICIUS, R. Readiness of public institutions for contracting. **Economics and Management**, 15(1), 587-596, 2010.

KRINGOS, D.S.; BOERMA, W.G.W.; HUTCHINSON, A.; VAN DER ZEE, J.; GROENEWEGEN, P.P.. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, 2010: 10:65. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-65.pdf (Acesso em 30/06/2016).

LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. **Hospital Performance in Brazil. The Search for Excellence.** Washington D.C., The World Bank, 2008.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=iso (Acesso em 23/02/2017).

LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C.R.; BOUSQUAT, A. **Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. Novos Caminhos**, N.12/2016. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br

LIU, X.; HOTCHKISS, D.; BOSE, S. The effectiveness of Contracting-out Primary Health Care Services in Development Countries: a Review of the Evidence. **Health Policy and Planning**, vol. 23, nº 1, p. 1-13, 2008.

MACHADO, L. **Entenda a crise financeira da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.** G1, São Paulo, 25/08/2016 http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2016/08/entenda-crise-financeira-da-santa-casa-de-misericordia-de-sp.html (Acesso em 01/10/2018).

MEDICI, A. Propostas para Melhorar a Cobertura, Eficiência e a Qualidade no Setor Saúde, in E. L. Bacha; S. Schwartzman (orgs.), **Brasil: A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro, LTC, p. 23-93, 2011.

MEDICI, A.; MURRAY, R. **Hospital Performance and Health Quality Improvements in São Paulo (Brazil) and Maryland (USA)**, 2010.

MENDES, Á. N. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, M. I. S. *et al* (Org.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.** 1ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2015, v. 1, p. 12-19.

MIRANDA, A. S. **Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil. Novos Caminhos**, n.16. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=en&nrm=iso (Acesso em 04/03/2018).

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Lei Nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais.

OFFE, C. A atual transição da história e algumas opções básicas para as instituições da sociedade. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (ed.). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: ENAP, 1999. p. 119-45.

OLIVEIRA, H.C. **Desempenho do contrato de gestão e a situação econômico-financeira dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde: uma análise do Estado de São Paulo**. Dissertação (mestrado). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: Opas, 2011, p. 56.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Tese (doutorado)**. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: J.S. Paim, 2007.

PECI, A.; PIERANTI, O. P.; RODRIGUES, S. Governança e new public management: convergências e contradições no contexto brasileiro. **Organ. Soc., Salvador** , v. 15, n. 46, p. 39-55, Set. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302008000300002&lng=en&nrm=iso (Acesso em 10/03/2018).

QUINHÕES, T. A. T. **O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente**. 2009.

RAMOS, A.L.P. **Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores**. Tese (doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

RAVIOLI, A.F.; SOAREZ, P.C.; SCHEFFER, M.C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 4, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000402001&lng=en&nrm=iso (Acesso em 01/10/2018)

RODRIGUES, R. C.; BITTAR, O. J. N. V.; MAGALHÃES, A.; MENDES, J. D. V. Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, Vol. 16, Nº 65 – Out-Dez, 2014.

SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. **Primary care in the driver's seat?** New York: Open University Press; 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Contrato de gestão nº 001/2007, celebrado entre a SMS e a Casa de Saúde Santa Marcelina para desenvolvimento das ações e serviços de saúde no âmbito da microrregião Cidade Tiradentes/Guaianases, São Paulo, 2007. Disponível em http://transparencia.prefeitura.sp.gov.br/Documents/OrgSociaisSaude/CG_01-2007.pdf (Acesso em 01/10/2018).

_____. Estimativa da população exclusivamente usuária do SUS no município de São Paulo. Boletim eletrônico CEInfo, Ano 1, Boletim 1, 2010. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/boletimeletronico/n01popsus.pdf (Acesso em 25/02/2016).

_____. Prestação de contas do terceiro quadrimestre de 2016. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/SMSPrestacaoContas3Quadrimestre2016.pdf (Acesso em 03/03/2018).

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologias.** Brasília: Unesco - Ministério da Saúde, 2002. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf (Acesso em 25/02/2017).

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Séries Sala de Aula, nº3. Disponível em https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf (Acesso em 04/03/2008).

ANEXOS

Anexo 1. Médias, desvios-padrão (DP) e tamanhos da amostra (N) dos indicadores de resultado segundo modalidade de gestão, São Paulo, 2014

Indicador	Modalidade de gestão									Valor de p*
	Pública			Público-privada			Total			
	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	
1.1	84,03	18,58	94	86,95	16,56	583	86,55	16,87	677	0,120
1.2	7,14	2,48	95	7,70	2,51	612	7,62	2,51	707	0,045
1.3	88,49	11,92	114	91,94	9,37	778	91,50	9,79	892	0,000
1.4	93,83	8,86	114	95,21	6,26	778	95,03	6,66	892	0,039
1.5	94,70	7,77	114	95,36	6,15	778	95,28	6,38	892	0,303
1.6	0,01	0,03	101	0,01	0,03	703	0,01	0,03	804	0,830
2.1	4,38	2,18	113	5,01	1,77	767	4,93	1,84	880	0,001
2.2	77,43	16,54	110	76,89	13,27	778	76,96	13,71	888	0,699
2.3	98,08	3,24	114	97,66	3,65	778	97,72	3,60	892	0,254
2.4	93,62	8,50	113	91,61	9,77	767	91,87	9,64	880	0,038
2.5	3,45	2,21	114	3,79	1,87	778	3,75	1,92	892	0,073
2.6	1,24	0,65	107	1,40	0,63	710	1,38	0,63	817	0,015
3.1	84,09	16,04	88	81,34	16,28	626	81,68	16,26	714	0,137
3.2	83,84	14,52	102	81,38	14,05	679	81,70	14,13	781	0,102
3.3	2,63	1,59	96	2,44	1,52	693	2,46	1,53	789	0,258
3.4	2,04	0,99	111	2,05	1,14	746	2,05	1,12	857	0,898
4.1	0,90	0,32	107	0,92	0,37	712	0,92	0,36	819	0,533

Anexo 2. Médias e desvios-padrão (DP) dos indicadores de resultado segundo entidade gestora, São Paulo, 2014

Indicador	Entidade gestora																						Valor de p*
	ASF		Cejam		Einstein		FFM		IAE/Unasp		Monte Azul		Santa Casa		Santa Catarina		Santa Marcelina		SPDM		Total		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
1.1	90,65	12,65	94,72	8,97	79,93	22,34	73,21	20,32	85,12	15,80	90,43	12,51	88,93	12,08	94,49	9,74	88,94	14,93	81,21	19,51	86,55	16,87	0,000
1.2	8,26	2,25	7,54	2,67	8,15	2,93	8,02	2,07	7,67	2,45	7,08	2,56	8,23	2,68	4,69	1,70	7,66	2,30	7,85	2,51	7,62	2,51	0,000
1.3	89,34	9,57	94,35	6,56	94,85	5,53	92,12	9,31	90,16	11,49	95,46	4,97	82,47	15,04	94,98	5,23	93,95	6,52	87,89	13,56	91,50	9,79	0,000
1.4	93,33	6,76	96,15	5,47	97,51	3,06	95,54	8,70	93,87	7,62	97,21	3,61	94,07	4,99	96,19	4,02	96,71	4,13	92,16	9,02	95,03	6,66	0,000
1.5	94,42	5,64	95,32	6,16	97,66	3,23	96,17	6,76	92,86	8,57	97,17	4,03	94,73	4,94	95,28	5,13	96,98	4,18	92,21	8,96	95,28	6,38	0,000
1.6	0,01	0,04	0,03	0,06	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,04	0,01	0,03	0,01	0,03	0,01	0,03	0,01	0,03	0,01	0,03	0,002
2.1	5,54	1,75	4,58	1,40	5,54	2,28	5,06	1,88	4,97	1,39	3,92	1,32	4,69	2,33	3,00	0,82	5,26	1,55	5,04	1,71	4,93	1,84	0,000
2.2	75,13	13,72	79,95	10,83	76,39	15,41	79,19	12,17	77,39	13,24	75,29	12,52	73,51	17,84	77,08	12,12	77,47	13,41	77,73	11,82	76,96	13,71	0,546
2.3	97,32	3,56	97,61	4,37	98,70	1,64	97,43	3,20	97,29	3,06	98,19	2,43	97,55	3,20	98,47	2,02	97,95	3,57	96,57	5,57	97,72	3,60	0,010
2.4	89,47	10,53	92,31	12,08	94,60	6,39	91,21	11,06	87,85	11,07	95,01	8,26	92,16	9,46	96,13	6,54	91,71	9,07	90,66	9,75	91,87	9,64	0,000
2.5	4,35	1,96	3,90	1,84	3,90	1,88	4,05	1,93	4,31	1,92	2,88	1,40	3,62	1,98	2,36	1,21	3,55	1,74	4,03	1,84	3,75	1,92	0,000
2.6	1,54	0,62	1,49	0,72	1,46	0,67	1,48	0,71	1,59	0,55	1,14	0,55	1,37	0,58	0,85	0,44	1,35	0,58	1,35	0,62	1,38	0,63	0,000
3.1	83,22	15,78	75,68	15,97	72,27	19,38	81,56	13,76	84,07	11,90	83,83	14,00	77,49	17,69	81,02	17,53	85,58	14,02	79,78	18,35	81,68	16,26	0,000
3.2	83,57	13,80	75,75	11,11	71,52	14,79	76,95	16,23	80,44	9,36	81,89	13,06	76,80	15,85	81,89	14,21	86,75	11,53	81,13	16,54	81,70	14,13	0,000
3.3	2,84	1,43	2,96	2,45	2,46	1,56	2,34	1,54	2,54	1,58	2,47	1,39	2,74	1,28	1,48	0,93	2,23	1,32	2,18	1,32	2,46	1,53	0,000
3.4	2,17	0,90	2,64	2,18	2,10	1,22	1,89	1,05	1,82	1,27	2,25	1,20	2,09	0,95	1,34	0,73	2,11	0,89	1,73	0,85	2,05	1,12	0,000
4.1	0,95	0,36	1,04	0,43	0,87	0,35	1,11	0,49	1,00	0,33	0,93	0,34	0,98	0,25	0,70	0,37	0,86	0,35	0,90	0,36	0,92	0,36	0,000

CURRÍCULO LATTES

Fabiana Cambricoli de Souza

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4549459834396650
Última atualização do currículo em 02/09/2018

Possui graduação em Comunicação Social Com Habilitação em Jornalismo pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo - ECA/USP (2009) e cursa mestrado na Faculdade de Saúde Pública da USP, onde estudo gestão público-privada nas unidades de atenção primária de São Paulo. É repórter especializada em saúde do jornal O Estado de S.Paulo, com passagem anterior pelo Grupo Folha. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Fabiana Cambricoli de Souza
Nome em citações bibliográficas	CAMBRICOLI, F.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Gestão público-privada e Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo,Orientador: Aylene Emilia Moraes Bousquat. Coorientador: Aylene Emilia Moraes Bousquat. Palavras-chave: atenção primária; público-privado. Grande área: Ciências da Saúde
2005 - 2009	Graduação em Comunicação Social Com Habilitação em Jornalismo. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Use e abuse - exploração da mão de obra de imigrantes sul-americanos na indústria de confecção em São Paulo. Orientador: Luiz Fernando Santoro.

Formação Complementar

2014 - 2014	Smart Cities: Covering urban development in L.A.. (Carga horária: 40h). International Center for Journalists, ICFJ, Estados Unidos.
2012 - 2012	Extensão universitária em Programa para Jornalistas -Relações Internacionais. (Carga horária: 16h). Faculdades Integradas Rio Branco, FIRB, Brasil.
2007 - 2007	Communicating Labour Rights. (Carga horária: 40h). Organização Internacional do Trabalho, OIT, Itália.

Atuação Profissional

Aylene Emilia Moraes Bousquat

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/3986790532175292
Última atualização do currículo em 26/06/2018

Graduada em Medicina pela UFRJ, Mestrado e Doutorado no Departamento de Medicina Preventiva da USP. Atualmente é Professora do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP. Participou de 24 projetos de pesquisa, sendo que em 10 foi coordenadora ou coordenadora-adjunta. Principais temas de pesquisa: políticas de saúde; sistemas e serviços de saúde; atenção primária à saúde; regionalização da saúde; e espaço e saúde. Editora associada da Revista Interface.É parecerista de diversos periódicos, entre eles Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health, Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Ciência e Saúde Coletiva, entre outros e consultora ad-hoc do CNPq, Capes, Fapesp e FACEPE. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Aylene Emilia Moraes Bousquat
Nome em citações bibliográficas	BOUSQUAT, A.;BOUSQUAT, AYLENE;BOUSQUAT, A E M;BOUSQUAT, AYLENE EMILIA;Bousquat, A

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública - USP, Departamento de Prática. Av Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617107 Fax: (11) 30833501 URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

1997 - 2000	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: PARA A INCORPORAÇÃO DO ESPAÇO NO ESTUDO DA SAÚDE, Ano de obtenção: 2000. Orientador: Amélia Cohn. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: espaço urbano; acesso à saúde; políticas de saúde. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências Humanas / Área: Geografia / Subárea: Geografia Humana.
1993 - 1995	Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: SAÚDE PÚBLICA E ESPAÇO URBANO- A Trajetória da Região de Santo Amaro- Município de São Paulo- 1958-1991,Ano de Obtenção: 1996. Orientador: Amélia Cohn. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: acesso à saúde; políticas de saúde; espaço urbano. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências Humanas / Área: Ciência Política / Subárea: Políticas Públicas. Grande Área: Ciências Humanas / Área: Geografia / Subárea: Geografia Humana.
1988 - 1990	Especialização - Residência médica. Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da Usp, HCFMUSP, Brasil. Residência médica em: Medicina Preventiva Número do registro: .