

Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014

Primary health care and Social Organizations in capitals in the Southeast Region of Brazil: 2009 and 2014

Atención primaria de salud y Organizaciones Sociales en las capitales de la región sudeste de Brasil: 2009 y 2014

André Luis Paes Ramos ^{1,2}
Marismary Horsth De Seta ¹

doi: 10.1590/0102-311X00089118

Resumo

Este estudo focaliza o desempenho das quatro capitais da Região Sudeste do Brasil na atenção primária à saúde (APS), nos anos de 2009 e 2014, em relação a indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas (PDM) 2013-2015. Duas capitais recorreram a Organizações Sociais (OS) e duas mantiveram a prestação e a gerência da APS mediante a Administração Direta (AD), configurando modelos distintos de gestão. Dados secundários de acesso livre e pesquisa em sítios eletrônicos subsidiaram a caracterização das cidades e o seu desempenho em APS. A caracterização foi baseada em dados demográficos e socioeconômicos, modelo de gestão da APS, gastos com saúde e APS, importância do Fundo de Participação Municipal no orçamento e percentual de despesas do Poder Executivo com pessoal. Para medir o desempenho em APS, 13 indicadores foram calculados para 2009 e 2014, em três diretrizes do PDM: (i) acesso, (ii) atenção integral à saúde da mulher e da criança, e (iii) redução dos riscos e agravos à saúde. A análise comparativa do desempenho considerou o ano de 2014 e a evolução de cada capital no período analisado. As capitais São Paulo e Rio de Janeiro, de gestão por OS, não obtiveram melhor desempenho no conjunto de indicadores em relação às que mantiveram a gestão por AD. Destaca-se a rápida expansão de cobertura de APS no Rio de Janeiro mediante OS. Na evolução do desempenho houve melhoria em indicadores como mortalidade infantil e internações por condições sensíveis à APS em todas as capitais. As cidades são distintas em relação a diversos parâmetros que podem influenciar o desempenho em APS e não se pretendeu estabelecer relação direta entre o modelo de gestão adotado e o desempenho medido.

Atenção Primária à Saúde; Serviços Terceirizados; Avaliação de Resultados

Correspondência

A. L. P. Ramos
Rua Dionísio Ertal 69, bloco 2, apto. 904, Niterói, RJ 24240-020, Brasil.
andrepaesramos@gmail.com

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

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

Nos anos 1990, o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganhou força no Brasil, com propostas de superação baseadas em: ajuste fiscal, enxugamento da máquina pública e modificação de seu relacionamento com o setor privado ⁴. No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a Nova Administração Pública ganhou institucionalidade com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE).

A implantação de Organizações Sociais (OS) configurou-se como estratégia central no PDRAE e a principal expressão de “Organizações Públicas Não-estatais”. Elas estabeleceriam contratos de gestão com o Estado para a prestação de serviços não exclusivos, com ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados. Esse modelo causaria verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social ⁵.

Dados de 2013 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de informações básicas municipais – 2013. <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013/default.shtm>, acessado em Out/2014). evidenciaram a presença de OS em 1.215 municípios, distribuídos em 24 dos 26 estados da Federação, de modo expressivo em capitais como São Paulo e Rio de Janeiro.

Na cidade de São Paulo, no âmbito da APS, 273 unidades básicas de saúde (UBS) são gerenciadas por parcerias com 17 OS, o que corresponde a 62% das unidades do modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), unidades mistas ou de atenção básica tradicional. No Rio de Janeiro, 193 UBS são administradas por OS e quatro pela Administração Direta (AD), o que representa 98% das UBS em contratos de gestão com quatro OS ⁶.

Vitória (Espírito Santo) e Belo Horizonte (Minas Gerais) – esta apontada como um dos quatro exemplos exitosos na construção da rede de APS ⁷ –, mantiveram a gestão e a prestação dos serviços de saúde exclusivamente por meio da AD ⁶.

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

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

Método

Estudo exploratório e descritivo que analisa o desempenho da APS nas capitais da Região Sudeste, nos anos 2009 e 2014, em relação aos indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas (PDM) 2013-2015 ⁸. Esse documento norteia a pactuação tripartite no âmbito do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e figura nos relatórios de gestão anuais das secretarias municipais de saúde.

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

Na caracterização das cidades utilizaram-se indicadores de gastos em saúde e com a APS; importância dos recursos financeiros partilhados pela esfera federal nos orçamentos; dados demográficos e socioeconômicos. Verificou-se também o percentual de despesas com pessoal do Poder Executivo em relação ao limite estabelecido pela *Lei de Responsabilidade Fiscal* (LRF) ⁹, apontado como um dos fatores que justificam a adoção do modelo de OS, ao lado da flexibilização para a contratação de recursos

humanos e para a aquisição de equipamentos e insumos sem a rigidez da *Lei de Licitações*. Referidos ao período 2010 a 2014, esses indicadores com suas fontes e fórmulas de cálculo estão no Quadro 1.

Os 13 indicadores do PDM ⁸ selecionados são relevantes, usuais e representativos do desempenho em APS e de fácil obtenção no *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS. <http://www.datasus.gov.br>). Eles foram agrupados segundo as diretrizes do PDM: (i) acesso, (ii) atenção integral à saúde da mulher e da criança, e (iii) redução dos riscos e agravos à saúde (Quadro 2). Excluíram-se os indicadores relativos à média e alta complexidade.

As análises descritivas das variáveis seguiram a lógica inerente ao alcance de cada um dos objetivos específicos, e os indicadores compuseram uma base de dados no Excel (<https://products.office.com/>).

Quadro 1

Indicadores para caracterização das cidades.

Variável	Fórmula de cálculo	Fonte
Densidade demográfica (2010)	População/Área geográfica (km ²)	IBGE (https://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm)
População: cálculo para o Tribunal de Contas da União (2012)	Indicador disponível	IBGE (https://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm)
PIB <i>per capita</i> (2011)	PIB/população residente	IBGE (https://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm)
IDH-M (2010)	Indicador disponível	PNUD (<i>Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios</i> . http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/atlas-do-desenvolvimento-humano/atlas-dos-municipios.html)
Participação percentual do FPM no total das receitas orçamentárias	Cota FPM/receita orçamentária * 100	Finbra 2012/População (http://www.tesouro.fazenda.gov.br/web/stn/contas-anuais)
Percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções	Despesa com ações e serviços públicos de saúde/despesa com ações e serviços em todas as funções * 100	Finbra 2012/População (http://www.tesouro.fazenda.gov.br/web/stn/contas-anuais)
Percentual dos gastos com atenção básica nos gastos com saúde	Despesa com ações e serviços em atenção básica/despesa com ações e serviços de saúde * 100	Finbra 2012/População (http://www.tesouro.fazenda.gov.br/web/stn/contas-anuais)
Gasto por habitante na função saúde	Despesas com ações e serviços públicos de saúde/população em 2012	Finbra 2012/População (http://www.tesouro.fazenda.gov.br/web/stn/contas-anuais)
Percentual das despesas com pessoal sobre a receita corrente líquida (Poder Executivo)	Despesa total com pessoal/receita corrente líquida * 100	Siconfi 2014 (https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf)

Finbra: Finanças do Brasil; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; FPM: Fundo de Participação dos Municípios; PIB: Produto Interno Bruto; PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Siconfi: Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro.

Quadro 2

Indicadores de desempenho selecionados segundo diretrizes, relevância e sentido valorativo.

Diretriz/Indicador	Relevância	Melhor sentido
Acesso		
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	Mensura a disponibilidade de recursos humanos da APS para a população, indicando o potencial de oferta de ações e serviços básicos e facilidade de acesso a este nível da atenção.	↑
Proporção internação por condições sensíveis à atenção básica	Representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária.	↓
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	Permite monitorar as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza) no que se refere às condicionalidades de saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.	↑
Cobertura por equipes de saúde bucal	Estima o acesso aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS e aponta a tendência de inserção das ações odontológicas como parte de cuidados integrais em saúde.	↑
Média de escovação dental supervisionada	Permite monitorar o acesso à escovação dental orientada por profissional de saúde bucal, visando a prevenir doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal). Estima a proporção de pessoas com acesso ao flúor tópico, gel ou presente no dentífrico utilizado para esta ação, assim como a oportunidade de aprimoramento da técnica e do hábito de escovação.	↑
Atenção integral à saúde da mulher e da criança		
Razão de exame citopatológico do colo do útero	Avalia a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) do câncer de colo de útero.	↑
Proporção de nascidos vivos de mães que receberam sete ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos	Indica bom acesso para as gestantes na APS, embora isoladamente não garanta qualidade do cuidado, sendo necessárias avaliações quanto à adequação dos procedimentos.	↑
Número de óbitos maternos	Indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. As mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, são, atualmente e em sua maioria, passíveis de prevenção e evitáveis.	↓
Taxa de mortalidade infantil	É um dos principais indicadores de saúde pública. Expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Revela as condições de saúde materno-infantil.	↓
Casos de sífilis congênita	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada ao longo do período de gestação.	↓
Redução dos riscos e agravos à saúde		
Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas	Permite monitorar o acesso à imunização a doenças como difteria, coqueluche, tétano, entre outras, assim como a capacidade do município em aplicar as demais vacinas e mensurar a efetividade da atenção básica no combate às doenças evitáveis por meio desta ação.	↑
Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar	Representa o êxito no tratamento da tuberculose com a consequente redução na transmissão, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes. Proporções baixas de cura de casos podem indicar dificuldades no acesso aos serviços de saúde.	↑
Óbitos por dengue	Reflete a qualidade da assistência ao paciente com dengue.	↓

APS: atenção primária à saúde; SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: elaboração própria, com base nos indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas (PDM) 2013-2015 8.

O desempenho das capitais no ano de 2014 é enfatizado como o dado mais recente do estudo. A análise comparativa do desempenho das cidades em APS considerou os anos 2009 e 2014 e o modelo de gestão adotado. Calculou-se a variação percentual 2009-2014 para detectar situações de melhoria, estagnação ou piora do desempenho dessas capitais.

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

Variações positivas nem sempre refletem melhorias no indicador, ou negativas refletem piora no desempenho, tendo em vista os diferentes indicadores e seus significados, como exemplos: cobertura por equipes de atenção básica e taxa de mortalidade infantil. O Quadro 2 apresenta a análise do sentido e da valoração de cada indicador.

Resultados

Existem diferenças importantes entre as capitais quanto à população absoluta e à densidade demográfica. Vitória conta com um número de moradores e povoamento bem inferiores às demais capitais, por outro lado, é a capital com o maior Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na região.

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

No que tange aos limites da LRF ⁹, as capitais apresentam índices relativamente similares, com exceção de São Paulo, que registra o menor percentual (34,39%). Todas estão ainda distantes do limite máximo de 54%, determinado pela lei (Tabela 1).

A Tabela 2 evidencia variações que caracterizam melhoria no desempenho de grande parte dos indicadores da diretriz Acesso entre os anos analisados para todas as capitais. São Paulo evoluiu com melhoria em menor número de indicadores dessa diretriz, com o pior resultado em dois dos cinco indicadores em 2014, comparativamente ao ano de 2009. O Rio de Janeiro expandiu a cobertura por equipes de atenção básica (126,1%) entre os anos analisados, embora a proporção da população coberta no último ano de análise, 2014 (50,67%), seja inferior à apresentada por Belo Horizonte (94,16%) e Vitória (100%). São Paulo foi a única capital a apresentar variação negativa nesse indicador. O melhor desempenho em 2014 foi predominante nas capitais com gestão por AD, como no indicador de cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, em que Belo Horizonte apresentou 86,9% e Vitória, 87,07%. No percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica, o Rio de Janeiro apresentou o melhor resultado da região (20,26%).

Na diretriz atenção integral à saúde da mulher e da criança todas as capitais apresentaram redução da taxa de mortalidade infantil entre 2009 e 2014, porém, apenas Belo Horizonte e Vitória registraram resultados inferiores a 10,0 mortes por mil nascidos vivos no último ano. O mesmo cenário foi observado no indicador de óbitos maternos, seja em número absoluto ou na conversão para taxas por população (Tabela 3), com variação negativa para todas as cidades. O inverso ocorreu no Indicador de casos de sífilis congênita, agravo para o qual todas as capitais apresentaram aumento de casos e taxas de incidência.

Na diretriz redução dos riscos e agravos à saúde, todas as capitais apresentaram piora no indicador de proporção de cura de casos novos de tuberculose, tendo a cidade de São Paulo registrado a maior variação negativa (-34,98%) e o menor percentual de cura em 2014 (47,65%). Vitória foi a única a apresentar decréscimo no indicador de percentual de vacinas com coberturas adequadas (-40%). Também foi a única a apresentar o menor número de óbitos por dengue em 2014, em comparação a 2009.

Tabela 1

Caracterização das capitais da Região Sudeste, Brasil, 2010-2014.

Capital	Belo Horizonte	Vitória	Rio de Janeiro	São Paulo
População: cálculo para o Tribunal de Contas da União (2012) *	2.395.785	333.162	6.390.290	11.376.685
Densidade demográfica (2012) *	7.239	3.568	5.405	7.470
PIB <i>per capita</i> (2011) *	23.053,10	85.794,30	32.940,20	42.152,80
IDH-M (2010) **	0,810	0,845	0,799	0,805
Participação percentual do FPM no total das receitas orçamentárias (2012) ***	4,70	6,40	1,20	0,50
Percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções (2012) ***	29,30	15,50	19,40	17,70
Percentual dos gastos com atenção básica nos gastos com saúde (2012) ***	4,00	11,20	32,50	33,10
Gasto por habitante na função saúde (2012) ***	847,10	678,40	566,70	565,50
Percentual das despesas com pessoal sobre a receita corrente líquida (2014) #	42,06	46,48	44,30	34,39

IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; FPM: Fundo de Participação dos Municípios; PIB: Produto Interno Bruto.

* Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (https://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm);** Programa das Nações para o Desenvolvimento (*Atlas do Desenvolvimento Humano*. <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/atlas-do-desenvolvimento-humano/atlas-dos-municipios.html>);*** (Finanças do Brasil (<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/web/stn/contas-anuais>);# Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (<https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf>).

Discussão

As capitais da Região Sudeste têm características distintas ⁶, inclusive no que concerne à adoção da terceirização da APS. São Paulo adotou o modelo em 2006 e o Rio de Janeiro, em 2009.

A classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios. <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/atlas-do-desenvolvimento-humano/atlas-dos-municipios.html>) define como baixo desenvolvimento humano os valores de IDH até 0,499; como médio, entre 0,500 e 0,799; como alto, o IDH maior que 0,800. Apenas o Rio de Janeiro não está no patamar considerado alto, embora esteja no limite da transição para a classificação mais elevada (0,799). Vitória, com o maior PIB *per capita* da região, tem também o maior IDH.

As capitais mais populosas, São Paulo e Rio de Janeiro, apresentaram a maior proporção de gasto em atenção básica e seguiram a tendência de evolução apresentada pelo Ministério da Saúde, de 12,8% em 2000 para 23,5% em 2012 ¹⁰. O Rio de Janeiro expandiu o número de equipes de saúde da família a partir de 2009, quando a ESF foi enunciada como prioridade governamental ^{11,12} e esse patamar do gasto em atenção básica pode traduzir esta priorização da APS, na busca de uma mudança gradual do modelo de atenção baseado em serviços de especialidades médicas e de urgência/emergência, em unidades de pronto atendimento ou hospitalares.

Contudo, uma menor proporção de gastos em APS pode não ser um problema se o gasto total em saúde for mais alto. Esse parece ser o caso de Belo Horizonte, que apresentou gastos em APS de apenas 4% do total de gastos em saúde. Tendo construído uma forte rede de APS desde 2002 ^{7,13}, essa capital teve sucessivos governos implementando políticas que, ao longo de vinte anos, expandiram a rede de pronto-atendimento e de apoio diagnóstico e terapêutico, não reduziram leitos hospitalares e se responsabilizaram também pela atenção de média e alta complexidades ¹³. Belo Horizonte tem um dos valores mais elevados do país ¹⁴ para o gasto por habitante na função saúde.

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

Tabela 2

Indicadores de desempenho das capitais da Região Sudeste, Brasil, 2009 e 2014.

Diretriz/Indicadores	Belo Horizonte			Vitória			Rio de Janeiro			São Paulo		
	2009	2014	Variação (%)	2009	2014	Variação (%)	2009	2014	Variação (%)	2009	2014	Variação (%)
Acesso												
1. Cobertura por equipes atenção básica	84,52	94,16	11,41	100	100	0,00	22,41	50,67	126,10	61,62	27,45	-55,45
2. Proporção internação por condições sensíveis à atenção básica	33,97	29,2	-14,04	28,25	26,84	-4,99	27,99	20,26	-27,62	24,73	23,95	-3,15
3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	83,11	86,9	4,56	59,93	87,07	45,29	35,71	73,15	104,84	21,2	80,05	277,59
4. Cobertura por equipes saúde bucal	38,78	46,71	20,45	58,76	71,14	21,07	16,53	26,26	58,86	18,56	19,06	2,69
5. Média de escovação dental supervisionada	0,31	4,29	1.283,87	5,98	8,48	41,81	0,26	0,56	115,38	1,04	0,94	-9,62
Atenção integral à saúde da mulher e da criança												
18. Razão de exame citopatológico do colo do útero	0,41	0,37	-9,76	0,6	0,64	6,67	0,23	0,02	-91,30	0,57	0,51	-10,53
21. Proporção de nascidos vivos de mães que receberam sete ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos	74,58	76,76	2,92	75,25	78,92	4,88	65,8	71,73	9,01	74,09	75,09	1,35
23. Número de óbitos maternos	12	11	-8,33	5	4	-20,00	67	64	-4,48	127	75	-40,94
24. Taxa de mortalidade infantil	11,05	9,99	-9,59	11,45	9,78	-14,59	13,86	11,32	-18,33	11,98	11,12	-7,18
28. Casos de sífilis congênita	44	173	293,18	8	59	637,50	824	1.375	66,87	411	913	122,14
Redução dos riscos e agravos à saúde												
35. Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas	14,29	100	599,79	83,33	50	-40,00	33,33	87,5	162,53	33,33	55,56	66,70
36. Proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar	64,04	63,07	-1,51	82,52	74,31	-9,95	67,18	63,08	-6,10	73,29	47,65	-34,98
51. Óbitos por dengue	0	7	-	7	3	-57,14	2	22	1.000,00	0	2	-

Fonte: elaboração própria, com base nos indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas (PDM) 2013-2015 ⁸.

Tabela 3

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

Diretrizes/ Indicadores	Capitais											
	Belo Horizonte			Vitória			Rio de Janeiro			São Paulo		
	2009	2014	Variação (%)	2009	2014	Variação (%)	2009	2014	Variação (%)	2009	2014	Variação (%)
Atenção integral à saúde da mulher e da criança												
Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos)	38,88	34,67	-11,00	112,28	83,25	-26,00	79,32	71,12	-10,00	72,99	42,65	-42,00
Taxa de incidência de sífilis congênita em residentes menores de 1 ano (por mil nascidos vivos)	1,43	5,45	282,00	1,80	12,28	583,00	9,75	15,28	57,00	2,36	5,19	120,00
Redução dos riscos e agravos à saúde												
Taxa de mortalidade por dengue (por 100 mil habitantes)	0,00	0,28	-	2,19	0,85	-61,00	0,03	0,34	1.033,00	0,00	0,02	-

Fonte: elaboração própria, com base nos indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas (PDM) 2013-2015 ⁸.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o Brasil como o país de menor participação do Estado no financiamento da saúde entre os países de sistema universal, com gasto *per capita* muito inferior ao realizado pela Inglaterra, Alemanha, França, Argentina e Canadá ¹⁴, por exemplo.

São poucos os estudos que analisam o volume e a variação da magnitude dos gastos quando se adota o modelo da terceirização da gestão. Na atenção hospitalar, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo apontou custos mais altos na administração por OS, com variações em torno de 39% na comparação com hospitais geridos pela AD ¹⁵. O orçamento da saúde do Município do Rio de Janeiro praticamente dobrou entre 2009 e 2013 ¹⁶, período de expansão da cobertura em APS mediante o modelo de OS.

Todas as capitais apresentaram, em 2014, percentual de gastos com pessoal bem inferior ao teto permitido para o Poder Executivo (54%) ⁹. Ademais, também registraram ligeira redução no percentual de 2014 em relação a 2009 – Rio de Janeiro, de 46,56 para 44,30; São Paulo, de 34,97 para 34,39; Belo Horizonte, de 42,32 para 42,06; Vitória, de 47,13 para 46,48 (Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro. https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/declaracoes_anteriores/declaracoes_anteriores_list.jsf, acessado em Mar/2018). Apesar da

contratação por OS aparecer como forma de não incidência sobre limite de gastos com pessoal, Belo Horizonte e Vitória conseguiram se manter dentro do teto e ainda reduzir o percentual nos anos analisados. Por outro lado, dados do Tesouro Nacional ¹⁷ indicam que, em 2015, 11 capitais extrapolaram o limite da LRF, dentre elas o Rio de Janeiro (única da Região Sudeste), sofrendo as restrições previstas pela legislação.

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

Embora o Rio de Janeiro tenha apresentado expressiva variação positiva em cobertura por equipes de atenção básica (126,1%), as capitais sem adoção do modelo conseguiram coberturas maiores em 2014. Os estudos dos casos de aumento de cobertura em APS no Rio de Janeiro (OS) e em Belo Horizonte (AD) evidenciaram distintas diretrizes adotadas pelas gestões locais na área dos recursos humanos.

Na capital fluminense, os servidores municipais concursados foram considerados inaptos para liderar o processo de expansão e qualificação da ESF, por questões de descumprimento de carga horária, desmotivação e desconhecimento dos atributos da APS, de modo que se priorizou a contratação de profissionais pelas OS por vínculo CLT ¹⁸.

Diferentemente, a capital mineira criou o Projeto BH-Vida, em 2002, para implantar e expandir a ESF, alcançando rapidamente o patamar de cobertura de 70% em 2004, com servidores estatutários que atuavam na APS e a abertura de concursos públicos em 2004, 2006 e 2007. O vínculo CLT era usado para complementar as equipes e contratar agentes comunitários de saúde (ACS), por dificuldades legais de incorporação destes ao quadro permanente ¹⁹.

Um estudo demonstrou predominância de vínculos estatutários entre médicos e enfermeiros da ESF, em torno de 80% em Belo Horizonte, Aracaju, Vitória e Florianópolis, à exceção dos médicos na capital catarinense (66%) ²⁰. Outro, relatou a difusão da ESF por meio da indução financeira federal, estimando uma cobertura de 53% da população nacional em 2012, com menor expansão nos grandes centros urbanos ²¹. Tendo em vista o parâmetro de 100% de cobertura em atenção básica proposto pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) ²², Rio de Janeiro e São Paulo ainda poderiam evoluir neste indicador. Variações negativas como no caso de São Paulo, remetem à situação de cadastro das equipes no programa SCNES (<http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/aplicativos.jsp>) ou dificuldade para a manutenção de ESF ou parametrizadas completas. Outra possibilidade seria a de inconsistência no dado informado nesse mesmo ano.

A acelerada expansão em cobertura de APS parece ter refletido na maior redução de internações por condições sensíveis alcançada pelo Rio de Janeiro. Esse indicador permite monitorar a situação das cidades em relação a agravos evitáveis ou redutíveis por meio de atuação mais efetiva e de maior acesso da população aos cuidados básicos em saúde, como o controle de doenças crônicas ou prevenção de doenças infecciosas ²³. Esse resultado corrobora os achados de um estudo sobre a implantação da ESF em Santa Catarina, onde municípios com mais de 100 mil habitantes obtiveram evolução neste indicador relacionado à expansão da cobertura em saúde da família ²⁴, bem como publicação recente sobre o Rio de Janeiro ¹².

Para a cobertura de acompanhamento de condicionalidades do Programa Bolsa Família, a meta sugerida ⁸ é de 73%, valor superado pelas quatro capitais em 2014. As maiores proporções de cobertura em APS em Belo Horizonte e Vitória corresponderam à maior cobertura de acompanhamento das famílias em vulnerabilidade do Programa Bolsa Família. Dentre as condicionalidades estão a imunização de crianças e gestantes, atenção ao pré-natal e à curva de crescimento infantil. Em 2009, um relatório apresentado no *Seminário Regional do Programa Bolsa Família na Saúde* apresentou os percentuais de cobertura por Unidades da Federação para a 2ª vigência de 2008, com resultados que variaram entre 24,3% no Amapá e 73% no Rio Grande do Norte. A média para o Brasil ficou em 58,2% de famílias beneficiárias acompanhadas ²⁵.

A cobertura por equipes de saúde bucal de Belo Horizonte e Vitória também é bem superior à do Rio de Janeiro e São Paulo, repetindo o padrão encontrado na cobertura por equipes de atenção básica. A Política Nacional de Saúde Bucal ²⁶ define responsabilidades municipais como ampliação do acesso ao acompanhamento odontológico e o desenvolvimento de ações de higiene bucal supervisionada para o combate às doenças bucais mais prevalentes, como a cárie e a gengivite. A maior proporção alcançada por Vitória em 2014 aproxima-se da alta cobertura por equipes de APS,

indicando que o município busca manter proporções equivalentes entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família; já em outras localidades pode-se encontrar equipes de saúde bucal responsáveis pelo acompanhamento de duas ou mais equipes de saúde da família. Segundo Castro & Fausto²⁷, havia 20.424 equipes de saúde bucal para 31.160 equipes de saúde da família no Brasil, em 2010. Moradores de áreas cobertas por equipes de saúde bucal têm maiores chances de conseguir consultas odontológicas em relação aos de áreas descobertas²⁸, embora UBS tradicionais também possam ter profissionais de saúde bucal.

Na média de escovação dental supervisionada, o desempenho das capitais de gestão por AD permaneceu superior no último ano de análise. Vitória atingiu um elevado índice (8,48), acima do parâmetro de 8,0²², e este bom desempenho na ação de prevenção às doenças bucais por meio da promoção do hábito da escovação, normalmente acompanhado de atividades educativas e com acesso ao uso do flúor presente no dentífrico, mostra relação com os achados do estudo sobre a saúde bucal no Brasil, realizado em 2010. Nele, Vitória apareceu como a cidade com os menores índices de dentes perdidos entre adolescentes e adultos²⁹.

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

Na diretriz atenção integral à saúde da mulher e da criança, Vitória apresentou o melhor desempenho em razão de exames de citopatológicos do colo de útero no ano de 2014, seguida de São Paulo, ao passo que o Rio de Janeiro manteve valores bem inferiores nos dois anos analisados. Ainda assim, nenhuma capital da região alcançou o parâmetro definido pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), de um exame para cada mulher na faixa etária prioritária (25 a 64 anos), no período de três anos. A prevenção ao câncer do colo uterino está entre as principais atribuições da APS, pela alta incidência e mortalidade desta doença. Com base no cadastro e na identificação da população alvo, as mulheres com risco aumentado devem realizar o exame diagnóstico e ter acompanhamento integral coordenado pelas equipes de saúde do primeiro nível de atenção³⁰.

Outra atribuição essencial da APS é o cuidado pré-natal, que compreende a detecção e a intervenção precoce das situações de risco da gestante, acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como a integração da atenção básica com a rede e agilidade na referência hospitalar. Cuidado pré-natal e atenção ao parto adequados são as condições essenciais para a redução das principais causas de mortalidade materna, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU)³¹.

Na proporção de nascidos vivos de mães que receberam sete ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos, Vitória apareceu novamente com o melhor desempenho em 2014, mas há certo equilíbrio entre os valores alcançados pelas quatro capitais. Porém, nenhuma delas atingiu o parâmetro de 90%²². O Rio de Janeiro apresentou uma variação positiva entre os anos, provavelmente decorrente da expansão de cobertura em APS. Um estudo³² aponta associação da implantação da ESF ao maior número de consultas e qualidade do pré-natal.

A mortalidade materna configura um importante marcador das condições de vida gerais da população, na medida em que as mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério são, em sua maioria, passíveis de prevenção e evitáveis. Tratados no PDM como indicador do número absoluto de óbitos maternos, todas as capitais apresentaram variação negativa de óbitos, sugerindo avanços neste campo de atenção, principalmente a capital São Paulo, com redução expressiva. No entanto, considerando o número de nascidos vivos no período em cada capital, Vitória e Rio de Janeiro apresentaram taxas de mortalidade de aproximadamente oitenta mortes por 100 mil nascidos vivos, já São Paulo e Belo Horizonte registraram taxas próximas da meta dos ODM para 2015, de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos^{31,33}. Ainda distante da meta, o Brasil alcançou em 2015 a taxa de 60,0 óbitos por mil nascimentos, após significativa redução do indicador apresentada em 1990 (143,0). Políticas como o Pacto de Redução da Mortalidade e a Rede Cegonha contribuem para a melhoria³⁴.

As capitais apresentaram redução da taxa de mortalidade infantil no período analisado, porém, somente Belo Horizonte e Vitória a reduziram para valores abaixo de dois dígitos. Esse indicador é considerado mundialmente como referencial de desenvolvimento social das nações, e compõe um dos

ODM estabelecidos pela ONU para o século XXI³⁵. Ele expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade, especialmente do grupo materno-infantil, na medida em que a atenção prestada pelas equipes na APS (ações ligadas à saúde da mulher, acompanhamento de pré-natal, cuidados pós-parto e puericultura) pode ser determinante para melhores desempenhos no referido índice. O resultado apresentado pelas capitais da Região Sudeste vai ao encontro do anunciado no relatório nacional de acompanhamento dos ODM³⁵, que mostra a queda da taxa de mortalidade infantil (de 1990 a 2011, de 47,1 para 15,3) abaixo da meta estipulada pela ONU para 2015 (15,7 óbitos por mil nascidos vivos).

Quanto à sífilis congênita, todas as capitais apresentaram variação positiva no período, com aumento expressivo do número de casos novos, principalmente na capital Vitória. Quando observadas as taxas de incidência, os índices das quatro cidades estão bem superiores ao parâmetro definido²², de um caso por mil nascidos vivos. A tendência de aumento no Brasil é também observada²² com maiores progressões nas regiões Nordeste e Sudeste entre 2008 e 2011. A cidade do Rio de Janeiro despontou com o maior índice da região em 2014 (15,28). A tendência de aumento do número de casos na capital fluminense foi descrita¹⁸, entre 2007 e 2011, como sinal de ocorrência de grande proporção de gestantes com pré-natal inadequado, posto que está acompanhado do aumento de casos de sífilis em gestantes, embora ressalve-se que também possa decorrer de maior acesso aos exames diagnósticos. O desabastecimento de fármacos para combate à doença, como o antibiótico penicilina, também é apontado como causador do aumento de casos de sífilis em todo o país³⁶. Por outro lado, o maior número pode estar parcialmente ligado à melhoria do diagnóstico, o que indicaria um relativo avanço nas medidas iniciais para o controle da doença.

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

Na diretriz redução dos riscos e agravos à saúde, observam-se valores mais elevados em 2014 para o indicador de proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança, com coberturas vacinais alcançadas nas capitais Belo Horizonte e Rio de Janeiro. O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado na década de 1970, é uma referência para vários países. Um estudo ecológico de abrangência nacional³⁷ apontou tendência de cobertura favorável (patamares próximos a 100% entre 2008 e 2011) nos municípios brasileiros.

Na proporção de cura em casos novos de tuberculose pulmonar, Vitória apresentou o melhor resultado em 2014 (74,31), embora inferior ao atingido em 2009. Essa proporção é similar à alcançada pelo Brasil em 2010 (73,2), porém, ainda inferior ao recomendado pela OMS, que preconiza taxa de 85% de cura para a efetiva reversão da situação epidemiológica local²². São Paulo apresentou proporções de cura inferiores a 50% no último ano do estudo, o que pode representar fragilidade no tratamento pelas equipes da atenção primária, que têm papel fundamental na disponibilização e monitoramento da ingestão dos medicamentos indicados, bem como na vigilância da transmissão da doença aos grupos de convivência mais próxima. A atuação dos ACS nessa tarefa é um importante diferencial, por permitir a entrega e o acompanhamento do uso da medicação diária na residência do paciente. As elevadas coberturas por equipes de APS em Vitória podem ter influenciado no bom desempenho. Cabe registrar que as grandes cidades apresentam maiores números de casos de tuberculose pela sua relação com as condições de vida, bem como pelos índices de coinfeção por HIV.

Quanto aos óbitos por dengue, Vitória foi a única capital a apresentar redução entre os anos analisados, embora tenha mantido elevada taxa de mortalidade pela doença em 2014 (0,85), portanto, bem acima da taxa de 0,4/100 mil habitantes para o Brasil em 2010³⁸. O Rio de Janeiro apresentou variação positiva bastante elevada, aumentando o número de óbitos em 1.000% entre 2009 e 2014, o que corrobora os estudos que demonstram o crescimento da gravidade das epidemias de dengue que ocorrem no Brasil no século XXI³⁸.

As equipes de APS têm papel fundamental no diagnóstico e tratamentos iniciais aos pacientes com dengue, além das ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Eles devem ser avaliados com especial cuidado para aspectos como hidratação, pressão arterial, possíveis hemorragias, prova do laço, exames laboratoriais e busca de sinais de alerta³⁹. Os ACS devem contribuir com os agentes de vigilância em saúde na identificação de focos de mosquito, ações de combate e orientação às famílias da área

de referência. Fatores sazonais como estações do ano, clima, epidemias, mutações virais e condições sociais das populações locais podem influenciar nos resultados obtidos por cada capital estudada.

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

A predominância de melhores resultados para as capitais do modelo de AD observada neste estudo não foi igualmente encontrada no trabalho desenvolvido por Coelho & Greve⁴⁰ em municípios de São Paulo que adotaram a terceirização na APS. Os autores sugerem melhoras relativas à mortalidade infantil, internações por condições sensíveis à APS e por infecção respiratória aguda entre os anos de 2001 e 2012, embora afirmem que os achados não foram conclusivos quanto ao melhor desempenho. A hipótese era de que a adoção da terceirização não pioraria o desempenho anterior à mudança de modelo⁴⁰.

A avaliação do impacto da APS nos indicadores de saúde de uma população é uma tarefa que enfrenta muitas limitações. Os fatores determinantes da saúde vão além da efetividade desse nível de complexidade, abrangendo as condições de vida da população, também influenciadas pela escolaridade, oferta de emprego, saneamento básico, entre outros²⁴.

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

Considerações finais

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

Destaca-se a rápida expansão da cobertura em APS no Rio de Janeiro após a implantação do modelo, que já se reflete na melhoria de indicadores correlacionados, como a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica. No entanto, as capitais Belo Horizonte e Vitória alcançaram coberturas em APS superiores, e mantêm melhores resultados em indicadores fortemente relacionados com uma APS acessível e efetiva, como a proporção de consultas de pré-natal ou a clássica taxa de mortalidade infantil.

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

Colaboradores

A. L. P. Ramos contribuiu na concepção e desenvolvimento da pesquisa, na análise dos dados e na elaboração e revisão final do artigo, responsabilizando-se por todos os aspectos do trabalho. M. H. De Seta colaborou na concepção e desenvolvimento da pesquisa e na elaboração e revisão final do artigo, corresponsabilizando-se por todos os aspectos do trabalho.

Informações adicionais

ORCID: André Luis Paes Ramos (0000-0002-3262-7321); Marismary Horsth De Seta (0000-0003-4764-5159).

Referências

1. Fiori JL. Estado do bem-estar social: padrões e crises. *Physis* (Rio J.) 1997; 7:129-47.
2. Fiori JL. Sobre a crise do Estado Brasileiro. *Revista de Economia Política* 1989; 19:103-14.
3. Sheaff R, Gené-Badi J, Marshall M, S`vab I. A crescente combinação público-privado. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. *Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Berkshire: McGraw-Hill; 2006. p. 191-212.
4. Diniz E, Boschi R. *A difícil rota do desenvolvimento: empresários e a agenda neoliberal*. Rio de Janeiro: Belo Horizonte: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2007.
5. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Organizações sociais*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997. (Cadernos do Mare, 2).
6. Ramos ALP. *Atenção primária à saúde e terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
8. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Brasil. *Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 5 mai.
10. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. *Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul: atenção primária à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2014.
11. Pinto LF, Giovanella L. *Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)*. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1903-14.
12. Soranz D, Pisco LAC. *Reforma dos cuidados primários em saúde nas cidades de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios*. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:679-86.
13. Mendonça CS. *Internações por condições sensíveis à atenção primária e qualidade da saúde da família em Belo Horizonte/Brasil* [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
14. Conselho Federal de Medicina. *Governo gasta em média R\$ 3,05 ao dia na saúde de cada habitante*. https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24847:governo-gasta-em-media-r-305-ao-dia-na-saude-de-cada-habitante&catid=3 (acessado em Jan/2016).
15. Correia MVC, Santos VM. *Privatização da saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão*. In: Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB, Lima JB, Souza RO, organizadoras. *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Rede Sirius; 2015. p. 33-41.

16. Oliveira CA. Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão. In: Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB, Lima JB, Souza RO, organizadoras. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Rede Sirius; 2015. p. 42-52.
17. Ministério da Fazenda. Indicadores fiscais das capitais. <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/Indicadores+fiscais+individuais+e+nota+metodologica/edc9e58b-aa88-40c9-bbf2-1a65729de4ea> (acessado em Abr/2018).
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos três anos de clínicas da família. Porto Alegre: Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.
19. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Relatório final. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
20. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:2355-65.
21. Fausto MCR, Mendonça MHM, Giovanella L. Experiências de avaliação da atenção básica no Brasil: notas para um debate. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora; 2013. p. 289-309.
22. Ministério da Saúde. Documento base do Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde. <http://idsus.saude.gov.br/documentos.html> (acessado em em 05/Fev/2017).
23. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados. Relatório das atividades. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série D. Reuniões e Conferências).
24. Costa FF, Calvo MCM. Avaliação da implantação da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina em 2004 e 2008. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17:557-70.
25. Ministério da Saúde. Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na saúde. Seminário Regional Programa Bolsa Família na Saúde, 2009. <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/apresentacaoSeminarioBolsaNorte.pdf> (acessado em 05/Jan/2016).
26. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
27. Castro ALB, Fausto MCR. A política brasileira de atenção primária à saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 31-60.
28. Viana IB, Martelli PJJ, Pimentel FC. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. *Rev Bras Promoç Saúde* 2012; 25:151-60.
29. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saúde Pública* 2013; 47 Suppl 3:78-89.
30. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
31. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
32. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da Região Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:713-24.
33. Senado Federal. Brasil não cumpre metas do milênio para redução de mortes maternas. <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/07/01/brasil-nao-cumprer-metas-domilenio-para-reducao-de-mortes-maternas> (acessado em Jan/2016).
34. United Nations. Declaração do milênio. Lisboa: United Nations Information Centre; 2000.
35. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento/coordenação. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.
36. Guarischi A. Falta penicilina, sobra sífilis. O Globo 2016; 30 mar. <http://noblat.oglobo.com/artigos/noticia/2016/03/falta-penicilina-sobra-sifilis.html>.
37. Domingues CMASI, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22:9-27.
38. Paixão ES. Tendência temporal e fatores associados à mortalidade por dengue no Brasil [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2013.
39. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2009.
40. Coelho VSP, Greve J. As Organizações Sociais de Saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. *Dados* 2016; 59:867-901.

Abstract

This study focuses on the primary health care (PHC) performance of the four capitals of the Southeast Region of Brazil in the years 2009 and 2014 in terms of the indicators of the 2013-2015 Guidelines and Goals Pact (PDM, in Portuguese). Two capitals turned to Social Organizations (OS, in Portuguese) and two kept the provision and administration of PHC through Direct Administration (AD, in Portuguese), configuring distinct management models. Freely accessible secondary data and research on websites subsidized the characterization of the cities and their PHC performance. The characterization was based on demographic and socioeconomic data, PHC management model, health and PHC spending, importance of the Municipal Participation Fund for the budget and percentage of Executive Branch spending on personnel. In order to measure PHC performance, we calculated 13 indicators for 2009 and 2014, in three PDM guidelines: (i) access, (ii) integral care for women and children's health and (iii) reduction of health risks and harms. The comparative performance analysis considered the year 2014 and each capital's evolution during the period we analyzed. The capitals São Paulo and Rio de Janeiro, with OS management, did not have a better performance in the set of indicators than the capitals that maintained a direct administration. We highlight the rapid expansion in PHC coverage in Rio de Janeiro through OS. In the performance evolution, there was improvement in indicators such as child mortality and hospital admissions due to conditions sensible to PHC in all capitals. The cities are different with regard to many parameters that can influence PHC performance. We did not intend to establish a direct relationship between the administration model and performance.

Primary Health Care; Outsourced Services; Outcome Assessment

Resumen

Este estudio se centra en el desempeño de las cuatro capitales de la región sudeste en lo que se refiere a la atención primaria de salud (APS), durante los años 2009 y 2014, respecto a los indicadores del Pacto de Directrices y Metas (PDM) 2013-2015. Dos capitales recurrieron a organizaciones sociales (OS) y dos mantuvieron la prestación y la gerencia de la APS, mediante la Administración Directa (AD), configurando modelos distintos de gestión. Los datos secundarios de acceso libre e investigación en sitios electrónicos ayudaron en la caracterización de las ciudades y su desempeño en la APS. La caracterización se basó en datos demográficos y socioeconómicos, modelo de gestión de la APS, gastos de salud y APS, importancia del Fondo de Participación Municipal en el presupuesto y porcentaje de gastos del Poder Ejecutivo en personal. Para medir el desempeño de la APS, se calcularon 13 indicadores para 2009 y 2014, en tres directrices del PDM: acceso, atención integral a la salud de la mujer y del niño, así como reducción de riesgos y efectos dañinos para la salud. El análisis comparativo del desempeño consideró el año 2014 y la evolución de cada capital durante el período analizado. Las capitales São Paulo y Río de Janeiro, de gestión mediante OS, no obtuvieron mejor desempeño en el conjunto de indicadores referentes a las que mantuvieron la gestión vía AD. Se destacó la rápida expansión de cobertura de APS en Río de Janeiro mediante OS. En la evolución del desempeño hubo una mejoría en indicadores como mortalidad infantil e internamientos por condiciones sensibles a la APS en todas las capitales. Las ciudades son distintas, en relación con diversos parámetros que pueden influenciar en el desempeño de la APS y no se pretendió establecer relación directa entre el modelo de gestión adoptado y el desempeño medido.

Atención Primária de Saúde; Serviços Externos; Avaliação de Resultados

Recebido em 08/Mai/2018
Versão final reapresentada em 03/Dez/2018
Aprovado em 14/Dez/2018