

## Relação entre natureza jurídica de prestadores de serviços e qualidade na atenção básica brasileira

Relationship between corporate classification of service providers and quality of primary healthcare in Brazil

Relación entre la naturaleza jurídica de los prestadores de servicios y la calidad en la atención primaria de la salud en Brasil

Thaís dos Santos Gomes <sup>1</sup>  
Alaneir de Fátima dos Santos <sup>1</sup>  
Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado <sup>1</sup>  
Lucas Henrique Lobato de Araújo <sup>1</sup>  
Joana Natalia Cella <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00231518

### Resumo

*Este estudo tem como objetivo verificar a existência de associação entre os diferentes tipos de agentes contratantes atuantes na atenção básica brasileira, e a qualidade do cuidado ofertado medida pelo Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Trata-se de pesquisa quantitativa, com abordagem descritiva e inferencial por meio de regressão logística. Foram analisados 4.469 municípios brasileiros. Os resultados mostraram que não houve associação entre o tipo de agente contratante, se público ou privado, e a nota obtida no processo de certificação (valor de  $p > 0,05$ ). Verificou-se que os municípios maiores e socioeconomicamente mais dinâmicos concentram as maiores parcelas de municípios que têm os serviços de atenção básica gerenciados por agentes contratantes privados (23,2%). No que se refere à nota da certificação obtida, também foram esses municípios que obtiveram as notas mais altas. Por fim, em todas as categorias tanto de agentes contratantes públicos quanto de agentes contratantes privados, a maioria dos municípios teve notas classificadas como média (entre 50 e 69,99). Dessa forma, identificou-se que a qualidade do cuidado ofertado na atenção básica brasileira medida pelo PMAQ não está associada ao tipo de agente contratante envolvido na gestão do serviço quando os dados são municipalizados. Além disso, encontrou-se que os agentes contratantes privados e as notas mais altas obtidas no processo de certificação estão concentrados nos municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos.*

*Atenção Primária à Saúde; Modernização do Setor Público; Setor Público; Setor Privado; Administração de Serviços de Saúde*

### Correspondência

T. S. Gomes  
Rua Peru 106, Betim, MG 32668-126, Brasil.  
thais.arrebol@gmail.com

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.



## Introdução

É na esteira das propostas de reforma do Estado, fenômeno verificado em diversos países nas três últimas décadas do século XX, sob influência de instituições financeiras internacionais, especialmente do Banco Mundial <sup>1</sup>, que novos mecanismos de gestão privada passam a se inserir no Sistema Único de Saúde (SUS), adentrando o espaço que anteriormente era exclusivamente público. Sob o discurso neoliberal de um Estado burocratizado, agigantado e incapaz de atender às demandas dos cidadãos, afirmava-se que a máquina pública deveria ser enxugada para o alcance de maiores níveis de eficiência e superação da crise fiscal que os países vinham enfrentando nos últimos decênios do século passado <sup>2</sup>.

Após a Segunda Guerra Mundial, viu-se a aceleração do desenvolvimento tecnológico desencadeado pela associação entre conhecimento científico e produção industrial, a partir do qual o sistema econômico mundial passou por profunda transformação, tornando-se mais integrado e competitivo (Mattos, 2001, *apud* Andreazzi & Bravo <sup>3</sup>). Tal mudança na ordem mundial, associada às quedas no preço do petróleo ao longo da década de 1970, levaram os Estados a crises em seu interior. Nos anos seguintes, os principais bancos internacionais defenderam que os Estados deveriam ser reformados para que fossem capazes de superar as profundas instabilidades do período (Mattos, 2001, *apud* Andreazzi & Bravo <sup>3</sup>).

Nos países pioneiros da contrarreforma, como Estados Unidos, Reino Unido e Nova Zelândia, cada um apresentou suas singularidades. Nos Estados Unidos, adotaram-se os princípios da *Total Quality Management* –TQM (Gestão de Qualidade Total), posteriormente adaptada a outras realidades; no Reino Unido, as autoridades administrativas definiram políticas gerais e criaram as agências para alocação dos serviços; e, na Nova Zelândia, houve privatizações intensas e submissão da administração pública à concorrência de mercado <sup>4,5</sup>.

Na saúde, destaca-se a reforma inglesa implantada no início da década de 1990, sob a premissa da ineficiência do setor público. Inicialmente, a reforma objetivava alterar os mecanismos de financiamento do sistema de saúde inglês – NHS (*National Health Service*), na época fortemente subfinanciado e sob inúmeros conflitos setoriais. Além disso, desejava-se aumentar a eficiência no uso dos recursos e assegurar a disponibilidade dos serviços para os pacientes <sup>6</sup>.

Segundo Almeida <sup>6</sup>, os ganhos financeiros atrelados à implantação da “reforma” inglesa na área da saúde foram mínimos, porém alteraram o *ethos* e os valores do NHS. ocorreu a adoção de diferentes mecanismos de alocação de recursos e a formação de quase monopólios de prestadores de serviços. Por outro lado, aumentaram consideravelmente os investimentos em pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

No Brasil, a contrarreforma do Estado foi promovida sob a liderança de Bresser-Pereira, no primeiro governo FHC, em 1995. Buscando promover a reforma, foi implantada a administração pública gerencial, baseada em um pretensão aumento da eficiência, que estaria associado à transferência de tarefas com foco em resultados e descentralização das atividades <sup>7</sup>. Dessa forma, foi proposta a publicização, processo em que foi transferida para novos arranjos institucionais a execução de serviços de saúde, que até então eram prestados pelo Estado, mas que foram entendidos como não exclusivos dele <sup>2</sup>.

Nessa seara, o Estado trouxe para perto de si entidades que começaram a executar ações e serviços em seu nome, chamadas de entidades paraestatais. Entre elas, destacam-se as organizações da sociedade civil (OSC), que compõem o terceiro setor: organizações sociais (OS), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), organizações não governamentais (ONG), entidades filantrópicas e cooperativas.

Os marcos legais que sustentam as mudanças inseridas são: a *Lei nº 9.637/1998* <sup>8</sup>, que dispõe sobre a qualificação de OS e estabelece o contrato de gestão como instrumento de relação entre o Poder Público e a entidade qualificada; a *Lei nº 9.790/1999* <sup>9</sup>, que qualifica as OSCIP e institui o Termo de Parceria e a *Lei nº 13.019/2014*, alterada em 2015 pela *Lei nº 13.204/2015* <sup>10</sup> (Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC), visando modernizar as relações do poder público com as OSC, instituindo novos instrumentos, como o Termo de Fomento, Termo de Colaboração ou Acordo de Cooperação para a celebração de vínculo com o poder público.

Além dessas, destaca-se a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (*Lei Complementar nº 101/2000*) <sup>11</sup>, ao estabelecer o limite de despesas do Poder Público com pessoal em 50% (Governo Federal) e 60%

(governos estaduais e municipais) da receita corrente líquida. Os órgãos e entidades pertencentes à administração pública direta e indireta devem cumprir o estabelecido na LRF. No entanto, entendimentos do Tribunal de Contas da União (TCU) e Tribunais de Contas do Estado (TCE), em seus pareceres finais, sugerem que os pagamentos feitos pelo Poder Público às OS e OSCIP são transferências correntes, e não se incluem nos limites de gastos com pessoal<sup>12</sup>. Assim, é permitido aos novos arranjos jurídicos inseridos na saúde driblar as imposições da LRF ampliando sua possibilidade de contratação de pessoal.

Tem-se, então, um quadro de fortalecimento e consolidação do setor de saúde privado sob a roupagem da publicização, na forma de novas modalidades de prestação de serviços públicos de saúde por entidades privadas. Tais organizações têm sido defendidas como mais eficientes que os serviços ofertados pela administração pública direta<sup>13,14,15</sup>, num cenário em que, de um lado, tem-se o subfinanciamento do SUS ao longo de toda a sua existência e os limites fiscais impostos e, de outro, o financiamento de organizações do terceiro setor pelo poder público, as formas de contorno à LRF e as modalidades de contratação isentas de licitação.

Verifica-se na literatura escassez de estudos envolvendo a análise das OSC abordando a atenção básica. O Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pelo Ministério da Saúde em 2011, na rede pública no Brasil, oferece condições para avaliações mais abrangentes e em profundidade da atenção básica<sup>16</sup>.

Nesse processo de certificação das equipes, tanto dados relativos à qualidade do cuidado quanto aos distintos agentes contratantes existentes na atenção básica no Brasil foram coletados. Assim, o PMAQ representa a oportunidade de investigar essas novas modalidades de prestação de serviços públicos de saúde por entidades privadas na atenção básica.

Este estudo tem por objetivo verificar a existência de associação entre os diferentes tipos de agentes contratantes atuantes na atenção básica no Brasil e a qualidade do cuidado ofertado.

## Metodologia

Trata-se de estudo transversal, com abordagem descritiva e inferencial. Atualmente, o PMAQ está em seu terceiro ciclo. O primeiro foi implantado em 2011 e o segundo, em 2013. As equipes que aderiram ao processo de certificação pelo PMAQ foram visitadas, avaliadas e certificadas em processo envolvendo universidades e o Ministério da Saúde.

Para compor a certificação geral, são definidos três itens, conforme o seu desempenho: implementação de processos autoavaliativos, verificação do desempenho no monitoramento de indicadores de saúde contratados na adesão ao PMAQ e verificação do desempenho para um conjunto de padrões de qualidade verificados na avaliação externa. A cada um dos itens descritos, é atribuído um peso na composição da certificação geral, sendo 10%, 20% e 70%, respectivamente.

Na verificação do desempenho no monitoramento, são estabelecidos 47 indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e oito indicadores do módulo e-SUS, classificados quanto ao desempenho e monitoramento. O instrumento de avaliação externa é composto por 893 padrões de qualidade, organizados em cinco dimensões: gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica; estrutura e condições de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS); valorização do trabalhador; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e acesso, utilização, participação e satisfação do usuário<sup>17</sup>.

Estratos socioeconômicos dos municípios foram criados no âmbito do PMAQ, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das equipes no processo de certificação. São definidos seis estratos por meio do porte do município e de uma nota agregada a cinco indicadores, a saber: Produto Interno Bruto (PIB) (*per capita*), percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa-família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.

Portanto, entre os municípios com baixo desenvolvimento socioeconômico, são classificados como estrato 1 os municípios com população de até 10 mil habitantes; estrato 2, os municípios com população de até 20 mil habitantes, e estrato 3, aqueles com população de até 50 mil habitantes. No estrato 4, estão os municípios com desenvolvimento socioeconômico intermediário e população de até 100 mil habitantes e municípios com baixo desenvolvimento socioeconômico, mas com população entre

50 e 100 mil habitantes. Por outro lado, os municípios com os graus mais elevados de desenvolvimento socioeconômico foram classificados da seguinte forma: no estrato 5, aqueles com população entre 100 e 500 mil habitantes; no estrato 6, municípios com população acima de 500 mil habitantes<sup>17</sup>.

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

O banco do módulo eletrônico foi respondido pelos gestores municipais. Esse banco é composto por 4.805 municípios e contém o número de profissionais da atenção básica por classe ocupacional (agente comunitário de saúde – ACS, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal), distribuídos de acordo com os 12 tipos de agentes contratantes estabelecidos: administração direta, consórcio intermunicipal de direito público, consórcio intermunicipal de direito privado, fundação pública de direito público, fundação pública de direito privado, OS, OSCIP, entidade filantrópica, ONG, empresa, cooperativa e outros.

Para a análise, esses 12 tipos de agentes contratantes descritos foram categorizados em público e privado, de acordo com a literatura na área do Direito Administrativo, do posicionamento de juristas da área e de manuais de gestão elaborados pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)<sup>12,18,19,20,21</sup>. Como público, foram consideradas as categorias: administração direta, consórcio intermunicipal de direito público, consórcio intermunicipal de direito privado, fundação pública de direito público e fundação pública de direito privado. Como modalidade de agentes contratantes privados, consideraram-se as categorias: OS, OSCIP, entidade filantrópica, ONG, empresa e cooperativa. A categoria “outros” foi excluída por não distinguir outras modalidades de público e privado.

O banco da avaliação externa/autoavaliação/indicadores do PMAQ é composto por 29.778 equipes de saúde da família, distribuídas em 5.041 municípios e contém as notas obtidas na avaliação externa e na análise dos indicadores de cada equipe e informações quanto à participação da equipe do processo de autoavaliação. Tais notas são apresentadas por dimensão, e a nota final consiste na somatória das pontuações das dimensões da avaliação externa, juntamente com as notas obtidas na autoavaliação e na análise dos indicadores, a qual variou de 0 a 89.

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

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

A municipalização foi obtida pela média das notas finais de cada equipe do município. Para aqueles municípios que só possuem uma equipe certificada, foi aceita como nota do município aquela da equipe certificada.

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

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

Dessa forma, na análise descritiva, foram obtidas as seguintes categorias: 0 – 100% público (municípios em que todos os profissionais são gerenciados por agentes contratantes públicos); 1 – de 75 a 99,99% públicos (municípios que têm 75 a 99,99% de profissionais gerenciados por agentes contratan-

tes públicos); 2 – de 50 a 74,99% públicos (os municípios possuem 50 a 74,99% de seus profissionais gerenciados por agentes contratantes públicos); 3 – 0,01 a 49,99% públicos (municípios que têm 0,01 a 49,99% de agentes contratantes públicos); e 4 – 100% privados (municípios em que todos os profissionais são gerenciados por agentes contratantes privados).

Na análise inferencial, foi realizada associação entre a variável dependente (nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores dicotomizada em Baixa e Média/Alta) e a independente (categorias de agentes contratantes), utilizando-se a regressão logística binária. Na regressão logística, as categorias (Média) de 50 a 69,99 e (Alta) igual ou maior que 70 foram agrupadas. Além disso, foram excluídas da análise inferencial as categorias que continham municípios mistos, a fim de viabilizar a comparação direta. Assim sendo, trabalhou-se apenas com as categorias 0 e 4 – municípios gerenciados 100% por agentes contratantes públicos e municípios gerenciados 100% por agentes contratantes privados, respectivamente, totalizando uma amostra de 3.788 municípios.

Adotou-se como categoria de referência da variável dependente a categoria Baixa da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e a categoria (0) – 100% público como categoria de referência da variável independente. Os dados foram ajustados pelos estratos do PMAQ.

Como medida de associação, foi utilizado o *odds ratio* (OR) e o nível de significância de 0,05. As análises foram desenvolvidas nos programas Excel, versão WPS Office 10.2.0.5978 (<https://products.office.com/>) e SPSS, versão IBM SPSS Statistics 20.0.0.0 (<https://www.ibm.com/>).

## Resultados

Foram analisados 4.469 municípios, correspondendo a 80,2% dos municípios brasileiros. Constatou-se, conforme a Tabela 1, que a maioria dos municípios está vinculada a agentes contratantes públicos no Brasil (83,53%), variando de forma desigual de acordo com os estratos socioeconômicos definidos pelo PMAQ. O estrato 5 é o que comporta o maior número de agentes contratantes públicos (85,11%), enquanto o estrato 6 comporta o menor número (76,8%). Observa-se, dessa forma, que o estrato 6 concentra os maiores números de agentes contratantes privados (23,2%); mostrando que a maioria dos agentes contratantes privados estão concentrados em municípios grandes que possuem os melhores indicadores socioeconômicos e que são mistos, ou seja, possuem tanto agentes contratantes públicos quanto agentes contratantes privados.

A distribuição de agentes contratantes públicos e privados é analisada por regiões geográficas (Tabela 2). Verifica-se que a Região Sudeste é a que possui menos municípios gerenciados exclusivamente pela administração pública direta e indireta. Tais resultados estão em conformidade com a

**Tabela 1**

Distribuição de municípios com agentes contratantes públicos e privados por estratos do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasil, 2014.

| Estrato      | Percentual de agentes contratantes públicos |       |                        |       |                        |      |                          |      |              |      | Total |        |
|--------------|---|-------|------------------------|-------|------------------------|------|--------------------------|------|--------------|------|-------|--------|
|              | 100% público                                |       | De 75 a 99,99% público |       | De 50 a 74,99% público |      | De 0,01 a 49,99% público |      | 100% privado |      | n     | %      |
|              | n   | %     | n                      | %     | n                      | %    | n                        | %    | n            | %    |       |        |
| 1            | 1.394                                       | 84,74 | 177                    | 10,76 | 40                     | 2,43 | 15                       | 0,91 | 19           | 1,16 | 1.645 | 100,00 |
| 2            | 737   | 82,44 | 92                     | 10,29 | 35                     | 3,91 | 17                       | 1,90 | 13           | 1,45 | 894   | 100,00 |
| 3            | 503   | 83,42 | 61                     | 10,12 | 21                     | 3,48 | 10                       | 1,66 | 8            | 1,33 | 603   | 100,00 |
| 4            | 740   | 82,87 | 97                     | 10,86 | 35                     | 3,92 | 11                       | 1,23 | 10           | 1,12 | 893   | 100,00 |
| 5            | 263   | 85,11 | 25                     | 8,09  | 12                     | 3,88 | 7                        | 2,27 | 2            | 0,65 | 309   | 100,00 |
| 6            | 96  | 76,80 | 19                     | 15,20 | 6                      | 4,80 | 1                        | 0,80 | 3            | 2,40 | 125   | 100,00 |
| <b>Total</b> | 3.733                                       | 83,53 | 471                    | 10,54 | 149                    | 3,33 | 61                       | 1,36 | 55           | 1,23 | 4.469 | 100,00 |

Fonte: elaboração própria.

**Tabela 2**

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

| Região geográfica | Percentual de vínculos públicos |              |                        |              |                        |             |                          |             |              |             | Total        |               |
|-------------------|---------------------------------|--------------|------------------------|--------------|------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|---------------|
|                   | 100% público                    |              | De 75 a 99,99% público |              | De 50 a 74,99% público |             | De 0,01 a 49,99% público |             | 100% privado |             | n            | %             |
|                   | n                               | %            | n                      | %            | n                      | %           | n                        | %           | n            | %           |              |               |
| Norte             | 294                             | 83,76        | 41                     | 11,68        | 7                      | 1,99        | 4                        | 1,14        | 5            | 1,42        | 351          | 100,00        |
| Nordeste          | 1.226                           | 84,32        | 143                    | 9,83         | 46                     | 3,16        | 25                       | 1,72        | 14           | 0,96        | 1.454        | 100,00        |
| Sudeste           | 1.093                           | 82,55        | 152                    | 11,48        | 48                     | 3,63        | 16                       | 1,21        | 15           | 1,13        | 1.324        | 100,00        |
| Sul               | 784                             | 83,76        | 90                     | 9,62         | 37                     | 3,95        | 11                       | 1,18        | 14           | 1,50        | 936          | 100,00        |
| Centro-oeste      | 336                             | 83,17        | 45                     | 11,14        | 11                     | 2,72        | 5                        | 1,24        | 7            | 1,73        | 404          | 100,00        |
| <b>Total</b>      | <b>3.733</b>                    | <b>83,53</b> | <b>471</b>             | <b>10,54</b> | <b>149</b>             | <b>3,33</b> | <b>61</b>                | <b>1,36</b> | <b>55</b>    | <b>1,23</b> | <b>4.469</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: elaboração própria.

Tabela 1, que mostrou a maioria dos agentes contratantes privados localizados nos municípios mais populosos e com maior dinamismo econômico. Nessa região, 17,45% dos municípios possuem alguma modalidade de gestão privada.

Observa-se, no entanto, que as diferenças, no que se refere ao quantitativo de municípios gerenciados por modalidades públicas e privadas entre regiões geográficas, são pequenas. A diferença entre o Sudeste, região com mais modalidades privadas, e o Nordeste, região com mais modalidades públicas, é de apenas 1,77%.

Na Tabela 3, é mostrada a distribuição das categorias da média da nota final municipalizada por estratos do PMAQ. É possível perceber que, na categoria Baixa, há um predomínio de municípios no estrato 3, 2 e 1, respectivamente. Já na categoria Média, pontificam municípios no estrato 5, seguidos pelos municípios nos estratos 6 e 4, respectivamente. Por fim, na categoria Alta, destacam-se os municípios nos estratos 6, concentrando os maiores valores da categoria, seguido dos estratos 4 e 1, respectivamente.

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

Quando cruzados os dados referentes à distribuição de municípios brasileiros gerenciados por agentes contratantes públicos e privados com as médias das notas da avaliação externa/autoavaliação/indicadores do PMAQ (Tabela 4), encontra-se que os municípios mistos, que têm de 0,01 a 49,99% de agentes contratantes públicos, concentram as notas mais baixas em comparação com às demais categorias de agentes contratantes (40,98%). Em contrapartida, a categoria “de 50 a 74,99% público” é a que possui os níveis mais elevados dos municípios com nota média (65,77%). Por fim, os municípios que são gerenciados 100% por agentes contratantes privados aglutinam as notas mais altas (7,27%).

Observa-se, ainda, quando comparadas as categorias de agentes contratantes, que em todas predominam notas médias, ou seja, de forma geral tanto os municípios sob gerenciamento público quanto privado, parcial ou total, aglutinam mais notas classificadas como médias.

Ao analisar a associação entre a modalidade de contratação dos municípios brasileiros (agentes contratantes 100% públicos e 100% privados) na atenção básica e a nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores municipalizada e ajustada pelos estratos do PMAQ, verificou-se que não aconteceu associação entre a modalidade de contratação e a nota municipalizada obtida no processo

**Tabela 3**

Distribuição da média da nota final municipalizada por estratos do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasil, 2014.

| Estrato      | Categorias da média da nota final municipalizada |       |       |       |      |      | Total |        |
|--------------|--|-------|-------|-------|------|------|-------|--------|
|              | Baixa  |       | Média |       | Alta |      | n     | %      |
|              | n  | %     | n     | %     | n    | %    |       |        |
| 1            |  |       |       |       |      |      |       |        |
| 2            | 472  | 46,59 | 534   | 52,71 | 7    | 0,69 | 1.013 | 100,00 |
| 3            | 329  | 48,31 | 345   | 50,66 | 7    | 1,03 | 681   | 100,00 |
| 4            | 325  | 32,53 | 606   | 60,66 | 68   | 6,81 | 999   | 100,00 |
| 5            | 106  | 30,55 | 226   | 65,13 | 15   | 4,32 | 347   | 100,00 |
| 6            | 39   | 28,26 | 87    | 63,04 | 12   | 8,70 | 138   | 100,00 |
| <b>Total</b> | 1.951  | 38,70 | 2.896 | 57,45 | 194  | 3,85 | 5.041 | 100,00 |

Fonte: elaboração própria.

**Tabela 4**

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

| Nota geral categorizada | Categorias de agentes contratantes |        |                        |        |                        |        |                          |        |              |        | Total |        |
|-------------------------|------------------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|--------------------------|--------|--------------|--------|-------|--------|
|                         | 100% público                       |        | De 75 a 99,99% público |        | De 50 a 74,99% público |        | De 0,01 a 49,99% público |        | 100% privado |        | n     | %      |
|                         | n                                  | %      | n                      | %      | n                      | %      | n                        | %      | n            | %      |       |        |
| Baixa                   | 1.347                              | 36,08  | 174                    | 36,94  | 46                     | 30,87  | 25                       | 40,98  | 19           | 34,55  | 1.611 | 36,05  |
| Média                   | 2.235                              | 59,87  | 275                    | 58,39  | 98                     | 65,77  | 36                       | 59,02  | 32           | 58,18  | 2.676 | 59,88  |
| Alta                    | 151                                | 4,05   | 22                     | 4,67   | 5                      | 3,36   | 0                        | 0,00   | 4            | 7,27   | 182   | 4,07   |
| <b>Total</b>            | 3.733                              | 100,00 | 471                    | 100,00 | 149                    | 100,00 | 61                       | 100,00 | 55           | 100,00 | 4.469 | 100,00 |

Fonte: elaboração própria.

de avaliação externa/autoavaliação/indicadores (Tabela 5). Observa-se que, embora o OR tenha sido 1,093 (0,621-1,925), o valor de p foi maior que 0,05. Por conseguinte, verifica-se que a obtenção de notas mais altas no processo de avaliação externa/autoavaliação/indicadores não está associada à modalidade do agente contratante, se público ou privado, quando os dados são municipalizados.

## Discussão

As novas modalidades de gestão inseridas no sistema público de saúde brasileiro foram se estruturando e ocupando cada vez mais espaços que, antes da contrarreforma do Estado, eram exclusivos do poder público. Inicialmente, as OSC eram mais frequentes no âmbito hospitalar, porém, aos poucos, foram crescendo e se fortalecendo sob a égide do Estado, alcançando também a atenção básica brasileira. Elas se configuraram como novos arranjos jurídicos na gestão de serviços de saúde, fundamentadas no discurso de técnicas gerenciais mais modernas e eficientes quando comparadas aos serviços prestados pela administração pública direta e indireta. Trata-se, na realidade, de pessoas jurídicas de direito privado que ameaçam o SUS à medida que se apropriam dele e, ao mesmo tempo, competem com os serviços administrados diretamente pela administração pública, gozando de diversas vantagens, como, por exemplo, maior autonomia e liberdade de execução financeira dentro do contrato assinado, que são usadas para defender uma aparente maior eficiência <sup>22</sup>.

**Tabela 5**

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

| Agente contratante | B     | p     | OR    | IC95%       |
|--------------------|-------|-------|-------|-------------|
| 100% público       | -     | -     | 1,000 | -           |
| 100% privado       | 0,089 | 0,758 | 1,093 | 0,621-1,925 |

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

Fonte: elaboração própria.

Nota: modelo ajustado por estrato; R<sup>2</sup>: 0,027; categoria de referência: nota de referência Baixa.

Os resultados encontrados neste estudo evidenciam elementos importantes sobre o processo de gestão de serviços de saúde, no tocante ao *mix* público-privado na atenção básica brasileira. Santos et al.<sup>23</sup>, em seu estudo, notaram que a Região Sudeste, a mais desenvolvida entre as regiões brasileiras, destacou-se por apresentar o maior percentual de privado não lucrativo como agente contratante das equipes de saúde da família, atingindo o percentual de aproximadamente 24%. Além desse estudo, Girardi & Carvalho<sup>24</sup> mostraram que os agentes terceirizados contratados pelo poder público para a gestão dos serviços são mais utilizados nas regiões mais desenvolvidas do país. Esses estudos corroboram os achados desta pesquisa, que observou maior número de contratações de agentes privados no estrato 6, caracterizado por concentrar os municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos.

No que se refere à distribuição das notas da avaliação externa/autoavaliação/indicadores pelos estratos, confirmou-se que o estrato 6 agrupa o conjunto de municípios com as melhores notas, enquanto os estratos 1, 2 e 3, correspondentes aos municípios menores e com indicadores socioeconômicos mais frágeis, concentraram as notas mais baixas.

Os resultados apontados vão ao encontro daqueles achados por d'Orsi et al.<sup>25</sup>. As autoras, ao analisarem desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil, verificaram que o atendimento no Sudeste ou no Sul foi fator significativamente associado à percepção de menor tempo de espera no atendimento, tratamento com mais respeito por parte dos profissionais de saúde, mais privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de fazer perguntas.

Quando comparadas as notas da avaliação externa/autoavaliação/indicadores com as categorias de agentes contratantes públicos e privados, foi possível constatar que não ocorreram diferenças entre as categorias da nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores (Baixa, Média e Alta) e o tipo de agente contratante. Observou-se que, em todas as categorias de contratação tanto de municípios sob gerenciamento público quanto privado, predominaram notas classificadas como médias, com discreta variação de notas altas.

Tal resultado sugere que a qualidade do cuidado ofertado na atenção básica não está atrelada ao tipo de gestão dos serviços, se público ou privado, quando avaliada sob a ótica da avaliação geral externa/autoavaliação/indicadores em relação ao município. Essa evidência é ainda fortalecida pela análise de regressão logística binária que evidenciou não haver associação entre nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores e diferentes tipos de agentes contratantes.

As pesquisas desenvolvidas por Volpato et al.<sup>26</sup> e Machado et al.<sup>27</sup> corroboram os achados deste estudo. Volpato e colaboradores, ao avaliar a qualidade do acesso aos serviços de atenção básica, constataram que as Unidades de Saúde da Família, apesar de terem maior autonomia administrativa e financeira, não obtiveram melhores resultados no acesso. Ao avaliarem associação entre mortalidade hospitalar e natureza jurídica do hospital, Machado et al.<sup>27</sup> encontraram que o efeito da natureza jurídica do hospital sobre a mortalidade hospitalar ajustada não apresentou significância estatística.

Na literatura, são encontrados estudos mostrando maior eficiência de OSC na gestão de serviços de saúde em comparação à administração pública direta e indireta. Tais estudos se concentram no âmbito hospitalar. Nessas pesquisas, verifica-se que os aspectos positivos das OSC estão relacionados



às áreas gerenciais, ao agendamento, à marcação de consultas, ao tempo de espera, à opção de escolher o médico, ao maior número de procedimentos e menores taxas de mortalidade<sup>13,14,15,28,29,30,31</sup>. Entretanto, diversos estudos e auditorias dos Tribunais de Contas têm evidenciado irregularidades envolvendo a execução de serviços de saúde por agentes contratantes privados. Tais estudos evidenciaram inúmeros problemas, sobretudo no que tange ao descumprimento de metas e indicadores e à regulação, sobre a qual a falta de fiscalização pelo poder público é recorrente<sup>22,32,33,34,35,36,37</sup>.

No presente estudo, ressaltam-se limitações quanto à não verificação de diferenças no financiamento entre agentes contratantes públicos e privados e as limitações atreladas ao próprio processo de certificação do PMAQ. As gratificações de desempenho na atenção básica nem sempre representam bem a qualidade da atenção.

Além disso, destaca-se que o tipo de análise realizada, a partir da municipalização dos dados, é válido para municípios puros, ou seja, aqueles gerenciados integralmente por agentes contratantes públicos ou privados. Desse modo, os resultados encontrados não podem ser estendidos àqueles municípios mistos, gerenciados tanto por agentes públicos quanto privados. Para o desenvolvimento de estudos futuros, indica-se que sejam analisadas no âmbito do PMAQ a relação público/privado e nota da avaliação externa/autoavaliação/indicadores referentes a equipes de saúde da família que analisem as dimensões e subdimensões que compõem a avaliação final e que repitam o estudo em outros ciclos do programa.

Neste estudo foi possível avaliar indicadores estabelecidos igualmente para agentes contratantes públicos e privados. Ele foi capaz de mostrar como se caracteriza a qualidade do cuidado ofertado em municípios sob gerenciamento público e privado, mediante análise de indicadores estratégicos envolvendo o principal programa indutor de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS do país, o PMAQ.

## Conclusão

Este estudo sugere que o discurso emanado pelos atores que promoveram a contrarreforma e por aqueles que a defendem – o de que as entidades paraestatais são atores capazes de garantir maior eficiência na execução de atividades-fim que a gestão pública é capaz de alcançar –, deve ser analisado com cautela. Quando avaliadas metas e indicadores equiparáveis a agentes contratantes públicos e privados, sob o olhar da nota geral da avaliação externa/autoavaliação/indicadores do PMAQ, por dados municipalizados, observou-se que tanto municípios gerenciados por agentes contratantes públicos quanto privados obtiveram desempenho semelhante, apesar das vantagens das entidades paraestatais frente aos serviços prestados pela administração pública.

Destarte, defende-se a necessidade de outros estudos objetivando desmitificar esse campo de estudos, como estudos com equipes de saúde da família ou que busquem diferenças no repasse de recursos financeiros. Ademais, são necessários debates e formulação de políticas com a finalidade de ampliar o acesso e a qualidade de serviços de saúde gerenciados diretamente pelo poder público com fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro, garantindo a redução das iniquidades em saúde e maior efetividade do cuidado ofertado.

## Colaboradores

Todos os autores participaram de todas as etapas da elaboração do artigo.

## Informações adicionais

ORCID: Thaís dos Santos Gomes (0000-0001-9716-2628); Alaneir de Fátima dos Santos (0000-0002-7674-0449); Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado (0000-0002-0516-8529); Lucas Henrique Lobato de Araújo (0000-0001-8528-3166); Joana Natalia Cella (0000-0002-6856-5935).

## Agradecimentos

Agradecemos ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON), Universidade Federal de Minas Gerais.

## Referências

- Rizzotto MLF, Campos GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc* 2016; 25:263-76.
- Bresser-Pereira LC. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal de Reforma do Estado; 1997.
- Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. *Trab Educ Saúde* 2014; 12:499-518.
- Matias-Pereira J. Curso de administração pública: foco nas instituições e ações governamentais. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atlas; 2009.
- Pollitti C, Bouckaert G. Avaliando reformas da gestão pública: uma perspectiva Internacional. *Revista do Serviço Público* 2002; 53:7-31.
- Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciênc Saúde Colet* 1999; 4:263-86.
- Câmara da Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do estado. Brasília: Câmara da Reforma do Estado; 1995.
- Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 18 mai.
- Brasil. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 24 mar.
- Brasil. Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015. Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. *Diário Oficial da União* 2015; 15 dez.
- 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.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alternativas de gerência de unidades públicas de saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
- Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:2483-95.
- Costa NR, Ribeiro JM. Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social. Programa de pesquisas hospitalares "Em Busca de Excelência: fortalecendo o desempenho hospitalar em Brasil". Brasília: Ministério da Saúde/Banco Mundial/Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- Dutra A, Luz MRH. Avaliação do desempenho de Organização Social: a experiência do estado de Santa Catarina. *Estratégia e Negócios* 2009; 2:141-61.

16. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
17. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual instrutivo para as equipes de atenção Básica e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – segundo ciclo. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
18. Di Pietro MSZ. Direito administrativo. 24ª Ed. São Paulo: Editora Atlas; 2010.
19. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Consórcios públicos intermunicipais, no âmbito do SUS. Aspectos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
20. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia de apoio à gestão estadual do SUS. 2018. <http://www.conass.org.br/guiainformacao/fundacao-publica> (acessado em 30/Ago/2018).
21. Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados. Brasília: Editora MS; 2007.
22. Soares GB, Borges FT, Santos RR, Garbin CAS, Moimaz SAS, Siqueira CEG. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da gestão de serviços de saúde ou solução gerencial para o SUS? *Rev Gest Saúde* (Brasília) 2016; 7:828-50.
23. Santos AF, Lima AMLD, Abreu DMX, Araújo LHL, Evangelista LMF, Reis C, et al. Novas modalidades de gestão “público e privada” na atenção básica no Brasil: uma análise a partir do PMAQ. <https://slidex.tips/download/novas-modalidades-de-gestao-publico-e-privada-na-atenoao-basica-no-brasil> (acessado em 06/Jan/2020).
24. Girardi SN, Carvalho CL. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: Falcão A, Santos Neto PG, Costa PS, Belisário SA, organizadores. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 157-90.
25. d’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres, JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S154-68.
26. Volpato LF. Avaliação do acesso nas Unidades de Saúde da Família gerenciadas pela Organização Social e pelo município. *RFO UPF* 2016; 21:349-56.
27. Machado JP, Martins M, Leite IC. O arranjo público/privado e a mortalidade hospitalar por fontes de pagamento. *Rev Saúde Pública* 2016; 50:42.
28. André AM, Ciampone MHT, Santelle O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Rev Saúde Pública* 2013; 47:158-63.
29. Ferreira Júnior VC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *Rev Admin Pública* 2003; 37:243-64.
30. Tibério AA, Souza EM, Sarti FM. Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. *Saúde Soc* 2010; 19:557-68.
31. World Bank. Brazil: enhancing performance in Brazil’s health sector: lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Washington DC: World Bank; 2006.
32. Albuquerque MSV, Morais HMM, Lima LP. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20:1825-34.
33. Barbosa NB, Lima H, Trindade AMV, Dias NV, Castro MV, Santos CK. As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão público/privada em Goiás – o caso Huana. *Revista do Serviço Público* 2015; 66:121-44.
34. Tribunal de Contas da União. Acórdão 2057/2016. Requerimento de informações a respeito da possibilidade de celebração de contratos de gestão com organizações sociais e da forma de contabilização dos pagamentos a título de fomento nos limites de gastos de pessoal previstos na Lei Complementar 101/2000. 2016. <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultarPagina=S&item0=569679> (acessado em Nov/2018).
35. Tribunal de Contas da União. Acórdão 3239-47. Relatório de auditoria operacional. Transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a Organizações Sociais. Falhas. Determinações e recomendações. Monitoramento. 2013. <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultarPagina=S&item0=487806> (acessado em Nov/2018).
36. Contreiras H, Matta GC. 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* 2015; 31:285-97.
37. Costa e Silva V, Barbosa PR, Hortale VA. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da estratégia saúde da família. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:1365-76.

## Abstract

*This study aims to investigate a potential association between different categories of service providers in primary healthcare in Brazil and the quality of care provided, as measured by the Program for Improvement of Access and Quality of Basic Care (PMAQ). The study adopted a quantitative design with a descriptive and inferential approach via logistic regression. A total of 4,469 Brazilian municipalities (counties) were analyzed. The results showed that there was no association between type of service provider (public vs. private) and the score obtained in the certification process ( $p$ -value  $> 0.05$ ). Larger and more socioeconomically dynamic municipalities concentrated the largest proportions of municipalities with primary care services managed by private providers (23.2%). They also received the highest certification scores. Finally, for both categories (public and private), most municipalities obtained intermediate scores (from 50 to 69.99). We thus found that the quality of care in basic healthcare in Brazil, as measured by the PMAQ, is not associated with the type of provider involved in management of the service when the data are analyzed at the municipal level. Private providers and the highest scores in the certification process are concentrated in larger municipalities and those with the best socioeconomic indicators.*

*Primary Health Care; Modernization of the Public Sector; Public Sector; Private Sector; Health Services Administration*

## Resumen

*El objetivo de este estudio es verificar la existencia de asociación entre los diferentes tipos de agentes contratantes, que actúan en la atención básica brasileña, y la calidad del cuidado ofertado, medido por el Programa de Mejoría y Acceso de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ). Se trata de una investigación cuantitativa, con un abordaje descriptivo e inferencial mediante regresión logística. Se analizaron 4.469 municipios brasileños. Los resultados mostraron que no hubo asociación entre el tipo de agente contratante, sea público o privado, y la nota obtenida en el proceso de certificación (valor de  $p > 0,05$ ). Se verificó que los municipios mayores y socioeconómicamente más dinámicos concentran las mayores cuotas de municipios que cuentan con servicios de atención básica gestionados por agentes contratantes privados (23,2%). En lo que se refiere a la nota de la certificación obtenida, también fueron esos municipios los que obtuvieron las calificaciones más altas. Finalmente, en todas las categorías tanto de agentes contratantes públicos, como de agentes contratantes privados, la mayoría de los municipios obtuvieron notas clasificadas como medias (entre 50 y 69,99). De esta forma, se identificó que la calidad del cuidado ofrecido en la atención básica brasileña, medido por el PMAQ, no está asociada al tipo de agente contratante implicado en la gestión del servicio cuando los datos están gestionados por los municipios. Asimismo, se verificó que los agentes contratantes privados y las notas más altas obtenidas en el proceso de certificación están concentrados en los municipios mayores y con mejores indicadores socioeconómicos.*

*Atención Primaria de Salud; Modernización del Sector Público; Sector Público; Sector Privado; Administración de los Servicios de Salud*

---

Recebido em 02/Dez/2018  
Versão final reapresentada em 10/Jul/2019  
Aprovado em 14/Ago/2019