

“ACCOUNTABILITY” E REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

A experiência de São Paulo¹

<http://dx.doi.org/10.25091/S01013300201900020003>

VERA SCHATTAN P. COELHO*

LUÍS MARCELO MARCONDES**

MARINA BARBOSA***

RESUMO

Em São Paulo, as desigualdades em saúde decresceram entre 2001 e 2016. Esse fato não é trivial, dada a bem conhecida dificuldade em reverter desigualdades. A partir do conceito de *accountability*, fundado na teoria de principal-agente, enfoca-se a implementação da política de atenção primária à saúde no município. A análise destaca o papel da acirrada competição eleitoral, dos conselhos de saúde e dos contratos — entre o governo federal e o município, e entre este último e as OSS — para promover esses resultados.

PALAVRAS-CHAVE: *SUS; política de saúde; desigualdade; accountability; contratos.*

Accountability and Health Inequalities Decrease: The São Paulo Megacity Experience

ABSTRACT

In the megacity of São Paulo health inequalities decreased between 2001 and 2016. These distributive results are striking given how difficult it is to reverse inequalities. The article focuses on the implementation of the primary health care policy in the city, highlighting the role of three accountability mechanisms in promoting these results: fierce electoral competition, health councils and contracts — between the federal government and the municipality, and between the latter and the OSS.

KEYWORDS: *Brazilian public health care system; health policy; inequalities; accountability.*

[*] Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: verasp@uol.com.br

[**] Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: lmmarcondes@gmail.com

[***] Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: mariquinha__cs@yahoo.com.br

Na cidade de São Paulo, as desigualdades em saúde decresceram entre 2001 e 2016. Esse fato não é trivial, dada a bem conhecida dificuldade em se reverter esse tipo de situação. No artigo descrevem-se mudanças que ocorreram na distribuição de serviços e nos indicadores de saúde no período e também os fatores que contribuíram para esses resultados. A partir do conceito de *accountability*, fundado na teoria de principal-agente, recupera-se o papel de mecanismos políticos, sociais e gerências de controle na implementação da política de atenção primária à saúde no município, no período.

A análise destaca o papel da acirrada competição eleitoral, dos conselhos de saúde e dos contratos — entre o governo federal e o município, e entre este último e as OSS (Organizações Sociais de Saúde) — em fomentar os resultados distributivos descritos no artigo.²

I. INTRODUÇÃO

Até 2000, a distribuição de serviços e equipamentos públicos de saúde era concentrada nas áreas centrais do município de São Paulo, detentoras dos melhores indicadores socioeconômicos (Coelho; Silva, 2007). Essa situação mudou ao longo dos anos e, entre 2001 e 2016, uma distribuição de serviços mais equitativa foi alcançada entre as regiões da cidade que apresentam melhores e piores indicadores sociais e econômicos.

Esses resultados não são triviais e não podem ser explicados unicamente pela chegada de novos programas federais e financiamento ao município,³ já que, caso tivessem sido implementados de acordo com a lógica até então existente, poderiam ter contribuído para a manutenção das desigualdades.⁴ Neste artigo argumentamos que esses resultados foram facilitados pela ação conjunta de três mecanismos de *accountability*: eleitorais, sociais e gerenciais, os quais colaboraram para criar dinâmicas locais que favoreceram os resultados distributivos alcançados.

As duas principais contribuições trazidas por este artigo para a literatura são: 1) Descrever a distribuição de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS em São Paulo durante um período de dezesseis anos, abrangendo quatro administrações completas, e analisar esse perfil em termos de impacto distributivo; 2) Discutir os fatores institucionais, destacando fatores políticos e gerenciais, que sustentaram esse impacto. Para tanto se discute como dinâmicas fomentadas pela competição eleitoral (*accountability* eleitoral); pela opinião pública e instâncias de participação e controle social (*accountability* social); e pela demanda por desempenho dos serviços públicos (*accountability* gerencial) interagiram no município, no período.

Este artigo está organizado em sete seções, o que inclui esta introdução. A próxima seção apresenta o debate sobre o papel dos mecanismos de *accountability* no enfrentamento das desigualdades em saúde. A seção seguinte a essa situa o caso discutido no artigo no contexto da política nacional de APS e apresenta a metodologia utilizada no estudo. A quarta seção caracteriza a trajetória dos indicadores e oferta de serviços públicos de APS nas 32 subprefeituras da capital, entre 2001 e 2016. Na quinta seção são descritas as mudanças que ocorreram nesse período na política municipal de atenção primária, com foco nos três mecanismos de *accountability* sob investigação. Na seção 6 são evidenciadas relações

[1] Este trabalho apresenta resultados das pesquisas “The Accountability Politics of Reducing Health Inequalities in Brazil and Moçambique”, coordenada pelo Cebrap, IDS e N’Weti e que recebe apoio do ESRC/DFID; “Enfrentando as desigualdades em saúde”, que conta com o apoio do CEM-Fapesp, processo n. 2013/07616-7; “Regionalização e contratação de serviços no SUS”, que recebe apoio UFABC/CNPq.

[2] Agradecemos a inestimável contribuição do Prof. Rômulo Paes em orientar a análise dos dados apresentados no trabalho e o intenso e cuidadoso trabalho de T. Anazawa, D. W. Silva, F. Szabzon, M. Dias, A. Ferraz, J. Veríssimo, A. Calandrini e D. Damiati no levantamento das informações e processamento e análise de dados apresentados no artigo. Agradecemos especialmente a J. A. Machado, A. Shankland, D. Namburete, C. Matsinhe, G. Bloom, G. Lotta, V. Oliveira, L. Waisbich, aos colegas do CEM e aos pareceristas anônimos os valiosos comentários e sugestões.

[3] Para o período de 2001 a 2016, as mudanças na forma como os gastos oficiais foram registrados impediram a construção de séries históricas mostrando os valores globais gastos pelas três esferas de governo em saúde no município de São Paulo. No entanto, sabemos que, entre 1995 e 2010, os gastos com assistência médica aumentaram no Brasil de 6,7% para 8,9% do PIB, com a parcela do setor público desse total aumentando de 43% para 47%. Além disso, o montante gasto com a atenção primária cresceu de 10% do gasto total do setor público em 1995 para cerca de 18% em 2011 (Mendes; Marques, 2014). Os dados consolidados de São Paulo para o período 2013-15 mostram estabilidade nos gastos, mesmo com uma crise fiscal ocorrendo, tendo a atenção primária recebido 13% do total de gastos, o que é um valor significativo, pois São Paulo detém a maior concentração de serviços de alta complexidade no Brasil (Castro et al., 2017).

[4] Por “desigualdades em saúde” entende-se: desigualdades nas condições e indicadores de saúde de grupos populacionais que podem ser identificados por características socioeconômicas, locais, de gênero, raça, cor e etnia.

entre as mudanças distributivas descritas na seção 4 e os mecanismos de *accountability* introduzidos nas diferentes administrações municipais. Na última seção tecemos comentários finais sobre as condições que sustentaram a redução nas desigualdades em saúde na cidade.

2. “ACCOUNTABILITY” E REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Vários autores têm discutido a trajetória das políticas sociais analisando diferentes fatores que explicam sua expansão, retração ou, ainda, seu desenho (Esping-Andersen, 1991; Pierson, 2001; Mares; Carnes, 2009; Garay, 2014). Esses trabalhos têm contribuído para um melhor entendimento da relação entre política e política social, destacando tanto o papel dos movimentos sociais, partidos e organizações em pressionar por mudanças, como os aspectos institucionais, por exemplo, o sistema eleitoral, as políticas prévias, o federalismo ou a descentralização, em facilitar ou constranger a adoção e transformação dessas políticas.

Em paralelo a essa literatura, alguns autores têm questionado a capacidade dessas políticas entregarem o que prometem (Domberger; Jensen, 1997; Shi, 2012; Coelho, 2016). Assim, enquanto uns têm investido na análise, por exemplo, da relação entre tipo de coalização no governo e preferência por certos desenhos de política, outros têm se concentrado em avaliar os resultados alcançados com a implementação dessas políticas.

Nessa última vertente vários estudos têm mostrado que mesmo políticas universalistas, que buscam garantir o acesso dos mais pobres aos serviços públicos, têm dificuldade em fazer os serviços chegarem até eles. Com isso, a população mais carente tende a se beneficiar menos dos gastos públicos do que a população também pobre, porém menos carente (Banco Mundial, 2004; Huber et al., 2006; Liu; Hotchkiss; Bose, 2007; Organização Mundial de Saúde; ONU-Habitat, 2010). No contexto brasileiro, o estudo de Coelho e Pedroso (2002) que analisa a distribuição de serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo chegou a conclusão semelhante. Em 2001, os equipamentos e serviços públicos estavam desproporcionalmente concentrados nas áreas que apresentavam melhores condições socioeconômicas, o que não significava que os ricos estavam usando esses equipamentos, mas sim que os pobres vivendo em áreas periféricas tinham menos acesso do que aqueles que viviam no centro da cidade.

O papel da política em moldar o processo de implementação das políticas sociais e, portanto, em gerar perfis distributivos como os acima descritos, também tem recebido atenção. Nessa linha vários trabalhos mostraram como grupos mais organizados costumam ser mais bem-sucedidos em pressionar tanto pela manutenção

quanto pela ampliação do seu acesso a serviços públicos (Mesa-Lago, 1985; Teixeira et al., 2016).

Brinkerhoff (2004) ampliou o debate sobre a relação entre política e política de saúde ao apontar a importância da análise combinada de aspectos ligados à política, ao financiamento e à gestão na implementação de políticas de saúde. Para tanto, distinguiu três tipos de *accountability* relacionados aos sistemas de saúde que podem desempenhar papel positivo no monitoramento e na capacidade de resposta das políticas e dos programas. São eles: *accountability* financeira, *accountability* de desempenho e *accountability* político-democrática. Segundo ele, a *accountability* financeira está associada às regras que dão parâmetros para que os gestores da saúde tomem decisões sobre como contratar e quando punir prestadores de serviço. Já a *accountability* de desempenho busca medir os resultados de uma determinada ação. Analisa se um serviço está adequado às necessidades de uma população local. O foco principal são os resultados em vez dos procedimentos técnicos-burocráticos. *Accountability* político-democrática, por sua vez, tem no processo eleitoral seu principal⁵ mecanismo e se dá em função do tempo; trata-se de uma avaliação tanto retrospectiva em que os eleitos são julgados pelo seu nível de comprometimento com a execução das propostas apresentadas durante a campanha, quanto prospectiva na medida em que os candidatos prometem responder às necessidades e preocupações sociais em curso e emergentes (idem).

A abordagem de Brinkerhoff, apoiada na teoria de principal-agente, aponta, portanto, tanto para a importância de se levar em conta diferentes mecanismos de *accountability* quanto para a capacidade destes, ao definirem as respostas esperadas e estabelecerem sanções no caso de seu não cumprimento, contribuindo para a quebra do círculo vicioso que tem reforçado a exclusão dos mais carentes. Esse modelo evidencia o papel que diferentes mecanismos de *accountability* podem desempenhar no sentido de aproximar os resultados alcançados no processo de implementação daqueles que eram esperados pelos formuladores da política.

O debate brasileiro sobre *accountability* em saúde aparece em diferentes registros. Especialistas em saúde pública têm explorado a questão da *accountability* da perspectiva dos compromissos do SUS com seus usuários. Nessa linha, um grupo de pesquisadores tem investigado se a Atenção Primária oferecida pelo SUS está de fato contribuindo para a melhora nos indicadores e na redução das desigualdades em saúde (Hone et al., 2017; Macinko et al., 2007; Landmann-Szwarcwald; Macinko, 2016). Como exemplo dos resultados a que chegaram, pode-se citar o trabalho de Hone et al. (2017) mostrando que, ao se priorizar a implantação da Estratégia de Saúde

[5] Segundo Guilherme O'Donnell, seria necessário pensar na *accountability* eleitoral como a dimensão vertical da *accountability* política, a qual coexiste com uma outra dimensão — horizontal — caracterizada, por exemplo, pelo controle exercido sobre o poder executivo por outros poderes ou órgãos de controle. Essa dimensão horizontal da *accountability* política não será tratada neste artigo.

[6] A ESF é um programa de promoção da APS operacionalizado por equipes multiprofissionais sediadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas equipes são formadas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários, dentistas e outros profissionais de saúde. Atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos frequentes. Enfim, a ESF não apenas acolhe os usuários que a procuram na UBS como, também, vai buscá-los ativamente na comunidade onde vivem.

[7] Em conversas informais, é comum se ouvir que os serviços prestados, em São Paulo, por organizações privadas sem fins lucrativos (OSs) são mais caros do que os da administração direta. Os poucos trabalhos que testaram essa relação sugerem que maiores gastos são acompanhados de ganhos de eficiência, o que se refletiria nos menores custos por unidade oferecidos (Barradas; Mendes, 2006; Medici, 2011). Essas observações são interessantes, uma vez que eles estão em oposição com o debate internacional, que associa o uso de *outsourcing* a contração de custos.

da Família (ESF) em municípios da região Nordeste e em municípios com menor nível de desenvolvimento socioeconômico,⁶ os quais concentram maior proporção de população afrodescendente, contribuiu-se para reduzir as desigualdades raciais nos índices de mortalidade por causas sensíveis a atenção primária. Assim, entre 2003 e 2009, enquanto, a redução da mortalidade, por causas sensíveis a APS, entre brancos foi de 6,8%, ela foi de 15,4% entre negros.

Cientistas políticos chamaram a atenção para componentes de negociação, transparência e sanção presentes tanto nos processos de descentralização como nos de participação social. A descentralização política, ao estabelecer a competição eleitoral para a escolha de governantes locais, bem como a descentralização das políticas públicas, teria o potencial de tornar as preferências dos cidadãos mais claras para os políticos, os quais, interessados nos votos dos munícipes, se tornariam mais responsivos a eles, e para os gestores (Arretche; Marques, 2002; Viana et al., 2003; Ouverney; Fleury, 2017; Arretche, 2018). Já a participação social, institucionalizada nos conselhos e conferências de saúde, teria o potencial de tornar o processo de negociação e implementação da política pública mais transparente, permitindo que os participantes, além da vocalização de suas preferências, monitorassem as decisões e atividades dos gestores públicos (Avritzer, 2004; Coelho et al., 2010; Pires, 2011; Faria e Lins, 2013). Estudos de Avelino et al. (2013) apontaram para a importância de se levar em conta as especificidades de processos de descentralização em um contexto como o brasileiro, no qual há forte presença de municípios com frágeis capacidades estatais. Nesse tipo de contexto, argumentam, o processo pode fomentar a corrupção e a baixa responsividade aos cidadãos, pois a transferência de recursos nem sempre é acompanhada de adequada capacidade de monitoramento e supervisão. Segundo resultados de pesquisa coordenada pelos autores, essas fragilidades estariam sendo, no entanto, parcialmente compensadas pela presença dos conselhos municipais de saúde, que estariam contribuindo de forma estatisticamente significativa para a redução da corrupção no plano municipal.

Especialistas em gestão pública chamaram a atenção para o fato de diferentes arranjos contratuais e gerenciais promoverem em graus distintos a transparência sobre o que é acordado e a clareza sobre as sanções que devem ocorrer caso os acordos sejam descumpridos (Barradas; Mendes, 2006; Ibanez; Vecina Neto, 2007; La Forgia; Couttolenc, 2008; Sano; Abrucio, 2008; Medici, 2011; Greve; Coelho, 2017).⁷ Essa lógica tem sido mobilizada para explicar resultados alcançados por contratos firmados tanto entre o Ministério da Saúde e estados e municípios quanto entre estes entes e prestadores de serviços. Em relação aos contratos relativos ao financiamento da Atenção Primária à Saúde firmados entre entes federativos, foi destacada a importância do Piso

de Atenção Básica (PAB) variável, o qual incorpora diferentes incentivos financeiros que “premiar” municípios desenvolvedores de programas, como a ESF.⁸ Segundo Mendes e Marques (2014), embora as ações e serviços de saúde sejam de responsabilidade municipal, o governo federal teria incentivado, mediante o financiamento, a implantação dos programas que considerava prioritários. Quanto aos contratos entre entes federativos e prestadores, estudo de Greve e Coelho (2016) no estado de São Paulo mostrou que os municípios vêm recorrendo crescentemente aos contratos com organizações sociais de saúde (OSS). Em 2015, 318 dos 645 municípios do estado haviam adotado em algum grau a contratação indireta na atenção primária, tendo a adoção desses contratos contribuído, segundo o estudo, para o aumento no número de consultas oferecidas aos usuários do SUS, bem como para a redução das taxas de internação por causas sensíveis à APS.

Essa revisão sugere que as análises existentes sobre o SUS ainda exploram pouco as interconexões entre política eleitoral, participação social e gestão. Neste artigo, procuramos avançar nessa direção seguindo o modelo analítico proposto por Brinkerhoff. Para tanto, aproximamos os debates apresentados ao explorar conexões entre: a) Mudanças no perfil de acesso a serviços e nos indicadores de saúde, tal como discutidas pelos especialistas em saúde pública; b) A presença de mecanismos de responsabilização e sanções nas esferas eleitoral, social e gerencial, tal como discutidas pelos especialistas em ciência política e gestão pública. Esse esforço deverá contribuir para um melhor entendimento sobre as dinâmicas que articulam a política de saúde à política e à gestão.

3. CONTEXTO E METODOLOGIA

Nos anos 1970, já existia um extenso debate sobre o financiamento da saúde pública no Brasil. Uma das principais críticas ao modelo então vigente era que se gastava muito em procedimentos complexos e pouco na Atenção Primária à Saúde (APS), a qual se atribui a capacidade de solucionar cerca de 80% dos agravos em saúde.⁹ Também se criticava a desigualdade na distribuição regional de recursos, em que o Norte e o Nordeste ficavam em uma situação de clara desvantagem em relação às demais regiões. Esse cenário sofreu alterações nas décadas seguintes, principalmente a partir dos anos 1990. Com isso, se em 1995 a APS recebia 9,7% dos recursos do Ministério da Saúde, em 2011 passou a receber 17,7%, valendo notar que o montante destinado à saúde pública como um todo cresceu consideravelmente no período (Mendes; Marques, 2014). As desigualdades entre regiões também foram atenuadas, tendo o coeficiente de Gini do gasto em saúde caído, entre 2000 e 2006, de 0,34 para 0,25 (Vasquez, 2014).

[8] A Atenção Primária à Saúde é financiada por dois pisos: o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e o PAB variável. O PAB fixo é atrelado ao tamanho da população do município, enquanto o variável leva em conta o número de equipes de saúde da família presentes no município.

[9] Em revisão de literatura sobre o impacto da APS, Shi (2012) aponta que, a partir de doze meses de tratamento com modelos centrados na APS, por exemplo, a ESF, podem se verificar resultados positivos e consistentes nos indicadores de saúde da população tratada. A literatura relata também uma relação significativa e negativa entre o número de consultas de saúde primária e a mortalidade infantil e doenças respiratórias (Caldeira et al., 2005; Macinko et al., 2007). Finalmente, mantendo-se tudo o mais constante (*ceteris paribus*), é razoável esperar que um sistema de saúde básico mais efetivo contribua para a redução no número de internações por doenças que poderiam ser prevenidas e tratadas por serviços de APS.

Esses avanços ocorreram de forma concomitante à adoção de mecanismos de *accountability* discutidos na seção anterior. No caso da política de saúde de APS, a literatura tem destacado mecanismos desenhados pelo Ministério da Saúde com a finalidade de induzir a adoção da ESF e promover sua chegada às áreas carentes, sejam os municípios mais pobres, sejam as áreas periféricas dos grandes centros urbanos. Nessa mesma linha, Vasquez (2014) destacou o estabelecimento de um patamar mínimo de gasto para municípios e a condicionalidade de repasses adicionais à ampliação da oferta municipal de serviços. Essas regras foram decisivas para que, entre 1998 e 2006, o número de visitas domiciliares crescesse 324,5% e a quantidade de famílias atendidas pelo ESF aumentasse em 282% (idem). E, igualmente importante, essa expansão foi acompanhada de uma estratégia de territorialização, em que parâmetros de cobertura foram definidos com a intenção de garantir a qualidade e a descentralização da ESF.¹⁰

[10] Na época, uma equipe de ESF deveria ser responsável pelo acompanhamento de 2.400 a 4.000 — algo entre 600 e 800 famílias — residentes de uma área geográfica delimitada.

A contribuição desses “contratos” firmados entre governo federal e municípios, que podem ser reconhecidos como mecanismos de *accountability* gerencial, está, portanto, bem descrita na literatura (Arretche, 2004; Giovanella et al., 2010; Vasquez, 2014). O que está menos problematizado nesses estudos é o uso feito pelos municípios e, sobretudo, pelos grandes municípios, durante o processo de expansão da APS, dos demais mecanismos de *accountability* discutidos na seção anterior. Afinal, se há elementos endógenos à ESF que favorecem sua expansão rumo às periferias, há também outros menos favoráveis, que podem comprometer a sustentabilidade da expansão. Entre eles, cabe destacar, a dificuldade em fixar médicos nessas regiões, a violência e os roubos a que estão sujeitos os profissionais de saúde que aí atuam e a dificuldade que a própria Secretaria Municipal de Saúde enfrenta em fazer a gestão de serviços e equipamentos localizados em regiões distantes do centro.

É a respeito dessa dinâmica de expansão e estabilização da APS em um grande município, no caso, São Paulo, que a pesquisa se debruçou. Quais mecanismos de *accountability*, complementares porém distintos daqueles mobilizados pelo Ministério da Saúde, contribuíram para evitar que a APS fosse capturada por dinâmicas locais capazes de fragilizar seus componentes inovadores? E também: essa expansão foi acompanhada de redução das desigualdades em saúde?

Os mecanismos de *accountability* que exploramos — eleitoral, social e gerencial — estão relacionados às dimensões apontadas por Brinkerhoff: *accountability* eleitoral e social remetem à dimensão político-democrática, enquanto a gerencial se refere às dimensões financeira e de desempenho. Em nossa análise, *accountability* eleitoral está associada à competição entre políticos pela ocupação de cargos no Executivo e no Legislativo, manifestando-se através do poder dos eleitores de

premiá-los ou puni-los com a recompensa por um bom programa de governo ou uma boa gestão por meio de eleição, reeleição ou aumento de maioria, e a punição com a perda do cargo. Já a *accountability* gerencial está associada à definição de normas e metas expressas em contratos que definem prêmios e punições dados em função dos resultados alcançados pelo contratado. Finalmente, a *accountability* social enfatiza a ação cívica dos cidadãos, institucionalizada ou não, na busca da satisfação de suas necessidades como consumidores e/ou da realização de seus direitos.

Trabalhamos com a hipótese de que a presença desses mecanismos de *accountability* contribuiu de forma decisiva para que a expansão que ocorreu entre 2001 e 2016 dos serviços de APS no município de São Paulo fosse acompanhada da redução das desigualdades em relação ao acesso aos serviços de saúde.

Para discutir a plausibilidade dessa hipótese apresentamos inicialmente as mudanças que ocorreram no perfil de distribuição de serviços de APS no município e o comportamento de alguns indicadores de saúde a ela associados. A seguir mostramos como a disputa eleitoral e a participação social institucionalizada, presente no Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município de São Paulo, nos conselhos de superintendências e conselhos gestores de unidades de saúde, moldaram a discussão, as inovações gerenciais e a implementação das políticas de APS do município. Finalmente, elaboramos uma explicação detalhada da relação entre os mecanismos de *accountability* em questão e os resultados distributivos descritos.

O levantamento das informações apresentadas foi feito ao longo de diferentes rodadas de pesquisa entre 2001 e 2018 e são descritas a seguir.

3.1. PERFIL DE DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS E DE INDICADORES ASSOCIADOS À APS

Distribuição de instalações e serviços de saúde pelas subprefeituras

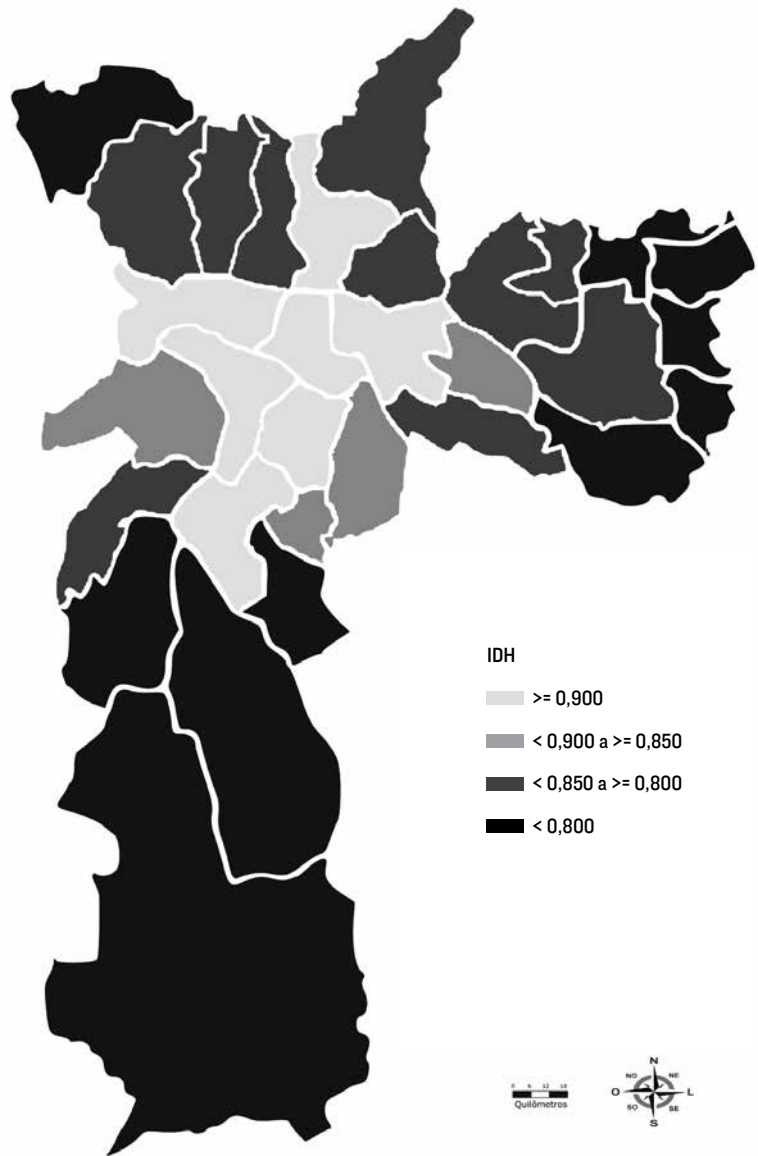
A análise da distribuição de instalações e serviços de saúde para o período 2001-16 foi feita a partir do ordenamento das 32 subprefeituras pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), calculado pela prefeitura a partir de dados socioeconômicos. O Mapa 1 mostra que regiões centrais têm IDH mais alto, espelhando o fato de essas regiões terem melhores indicadores de renda, educação e saúde.

Áreas periféricas apresentam os maiores percentuais de usuários exclusivos¹¹ do SUS, uma vez que estes tendem a ser pobres. Dados quantitativos sobre a prestação de serviços foram obtidos com o Departamento de Informática do SUS (Datusus).¹² A partir dessas informações, calculamos os indicadores relacionados à oferta de APS para a população de usuários exclusivos do SUS nas subprefeituras, que foram agrupadas em quartis de acordo com a classificação do IDH. Os primeiros quartis incluem subprefeituras com IDH mais baixo.

[11] Usuários exclusivos do SUS são aqueles que não possuem nenhuma cobertura parcial ou total de plano de saúde privado. Para cada subprefeitura, o percentual da população total que utiliza exclusivamente os serviços do SUS é calculado pela Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo/SMS). Para mais detalhes sobre o cálculo de usuários exclusivos do SUS, ver “Anexo 1 — População SUS”: [https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Anexo-1-Coelho__Marcondes__Barbosa.pdf](https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Anexo-1-Coelho_Marcondes__Barbosa.pdf).

[12] As informações são fornecidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

MAPA I
Índice de Desenvolvimento Humano/subprefeitura, São Paulo, 2010



Fonte: Departamento Municipal de Desenvolvimento Urbano. Elaboração: NCS/D/CEM/Cebrap.

Comportamento de indicadores de saúde associados à APS

Investigou-se o comportamento da mortalidade por causas sensíveis à APS e porcentagem de internações pelo mesmo motivo nas subprefeituras. É esperado que um sistema de saúde mais resolutivo reduza esses tipos de mortalidade e que as internações girem em torno de 28% das internações totais (Ministério da Saúde, 2011). Além de investigar o comportamento desses indicadores nas diferentes

subprefeituras, analisamos se as diferenças nesses indicadores foram reduzidas, no período 2001-16, entre as áreas com melhores e piores IDHs.

3.2. COMPETIÇÃO ELEITORAL, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTRATOS

Entre 2001 e 2016 aconteceram quatro gestões municipais. A pesquisa reconstituiu as disputas eleitorais, bem como políticas de APS implementadas por cada uma das administrações municipais, a partir de documentos oficiais e artigos acadêmicos e de imprensa. Adicionalmente, foram realizados dois estudos qualitativos, um com foco na gestão e outro na participação social. Nos dois estudos, foram realizadas observação participante e entrevistas.

No estudo que focou a gestão e as políticas implementadas, foram entrevistados quinze gestores ligados ao gabinete do secretário de Saúde e às áreas de contratos, informação e também às superintendências da Secretaria Municipal de Saúde. Quinze profissionais de saúde atuando em Unidades Básicas de Saúde foram ouvidos com o objetivo de investigar as motivações para a adoção de diferentes políticas e detalhes na forma de implementá-las. Os entrevistados responderam a questões abertas e semiabertas, e a análise do material obtido foi feita a partir de quatro eixos de análise: inovação proposta durante o mandato; capacidade administrativa e ciclo de planejamento, monitoramento e avaliação; opinião pública; conflitos políticos.

No estudo voltado para a participação social foram realizadas 143 entrevistas com conselheiros, usuários, gestores e líderes de associação. Foram abarcados sete conselhos de saúde (seis deles localizados entre as subprefeituras que apresentavam os piores IDHs da cidade e o Conselho Municipal de Saúde), com o objetivo de captar a percepção deles sobre o processo de expansão da APS e da participação social no município. Nesses conselhos, entrevistamos gestores envolvidos no processo e todos os conselheiros que aceitaram participar da pesquisa. Os entrevistados responderam questões fechadas e semiabertas. Foram coletadas minutas das reuniões dos conselhos pesquisados. O material analisado foi previamente organizado em três eixos: tópicos tratados; rede de comunicação estabelecida entre conselheiros, população local, unidades de saúde e instâncias governamentais; avaliação da capacidade do conselho de impactar a política.

É preciso notar que a análise do papel dos mecanismos de *accountability* em potencializar o impacto distributivo da APS em favor de áreas com piores indicadores socioeconômicos foi construída a partir de um único caso: o município de São Paulo. Isso limita a alegação de validade do estudo. Sob esse ponto de vista, oferecemos uma explicação plausível em termos de relações entre perfil distributivo

e mecanismos de responsabilização eleitorais, sociais e gerenciais. Relações causais entre esses eventos permanecem uma questão em aberto, pois as variáveis omitidas em nossa análise podem estar mais fortemente associadas a esses ganhos distributivos do que aquelas aqui examinadas. A possibilidade de replicar este tipo de estudo em outras grandes cidades oferece um escopo para avançar o conhecimento sobre o papel dos mecanismos de *accountability* na redução das desigualdades na distribuição dos serviços públicos de saúde.

4. HOUVE REDUÇÃO NAS DESIGUALDADES ENTRE 2001 E 2016?

Como mencionado anteriormente, em 2001 havia um forte viés distributivo em favor das áreas centrais da cidade, que também desfrutaram dos melhores indicadores socioeconômicos e epidemiológicos. Abaixo, acompanharemos as mudanças ocorridas nesse cenário no período 2001-16. Para tanto, investigamos se entre os anos em questão foram reduzidas as diferenças entre as áreas com melhores e piores IDHs em relação ao montante de equipamentos e às consultas básicas oferecidas, e também aos indicadores de saúde.

Oferta de equipamentos

Em 2001, a rede de atenção primária contava com 135 unidades básicas de saúde (UBSs) do município de São Paulo, além de 224 equipamentos estaduais e federais. As UBSs, principal equipamento da APS, são voltadas ao acompanhamento clínico de especialidades, como pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia, e atendem, sobretudo, mediante agendamento prévio. Também abrigam equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), embora nem toda unidade conte com o programa. Em 2004 já eram 382 UBSs, em um processo marcado pela municipalização da rede estadual e pela construção de novas unidades. Em 2016, São Paulo tinha 451 UBSs municipais.

Em 2005 tem início a implementação de unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) para dar conta da demanda de urgência e emergência de baixa complexidade, com o objetivo de desafogar hospitais e prontos-socorros do município. Trata-se de um equipamento de baixa complexidade, orientado por um modelo queixa-conduta, voltado ao pronto-atendimento.¹³ Tanto UBSs como AMAs deveriam funcionar de forma complementar, encaminhando os pacientes atendidos em situação de emergência nas AMAs para acompanhamento clínico nas UBSs.¹⁴

A Tabela 1 apresenta um panorama da evolução anual da construção de equipamentos públicos de saúde durante o período estudado. A redução do número de AMAs a partir de 2013 se deve à política de integração com UBSs, facilitada pelo fato de a maioria das AMAs estar instalada em prédios de unidades básicas.

[13] As AMAs, por estarem estruturadas em modelo de atendimento baseado na queixa-conduta, geraram grande controvérsia entre especialistas, que em muitos casos não as reconheciam como um equipamento de APS. No caso desta pesquisa, suas características de equipamentos de baixa complexidade orientados a trabalhar em complementariedade com as UBS sustentaram a decisão de incluí-las como equipamento de APS.

[14] As UPAs foram lançadas em 2003, sob administração do PT no governo federal, como parte da Política Nacional de Urgência e Emergência.

TABELA I
Equipamentos públicos de saúde da cidade de São Paulo, 2001-16

Equipamentos Públicos de Saúde	Gestão								
	2000	Suplicy				Serra/Kassab			
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hospitais	51	50	53	51	51	52	53	53	55
UBSs	135	225	237	236	382	392	407	407	416
AMAs ¹⁵	0	0	0	0	0	10	33	55	116
UPAs	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Equipamentos Públicos de Saúde	Gestão							
	Kassab				Haddad			
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hospitais	53	55	55	54	54	49	54	54
UBSs	434	438	439	442	443	454	449	451
AMAs ¹⁵	130	131	133	139	134	133	53	42
UPAs	0	0	0	0	0	1	1	3

Fonte: SMS/PMSP. Elaboração: NCSD/CEM/Cebrap.

O crescimento no número de UBSs foi acompanhado pela expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No Gráfico 1 é possível ver que o número de equipes saltou de 180 no começo do período para 1.290 no final.

As equipes de saúde da família são compostas até hoje por médico generalista, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, e entregam uma gama ampliada de serviços com foco em cuidados e prevenção a uma população local definida (aproximadamente 3 mil indivíduos).

Oferta de serviços

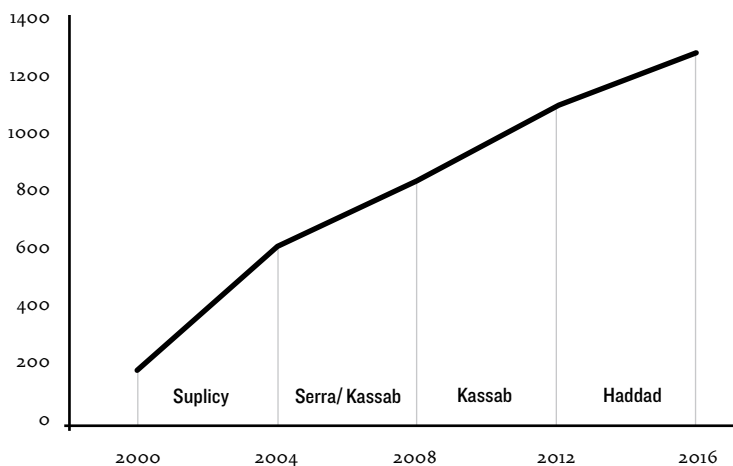
O Gráfico 2 apresenta o aumento percentual de consultas básicas oferecidas pelo SUS nas regiões com IDH mais baixo,¹⁶ e a sua redução nas regiões com melhores indicadores, mostrando o forte caráter redistributivo da política de APS adotada no período. Em relação às

[15] O total de AMAs apresentado inclui as AMEs (instalações ambulatoriais projetadas para lidar com casos de média complexidade em várias especialidades). Em 2012, havia dezesseis AMEs na cidade.

[16] Estas incluem consultas de identificação e para pacientes de tuberculose; médica em atenção básica; puericultura; avaliação clínica do fumante; pré-natal; puerperal; atendimento domiciliar; indicação e fornecimento de DIU; atendimento de urgência em atenção básica, incluindo aquelas com observação até oito horas e, também, com remoção.

GRÁFICO 1

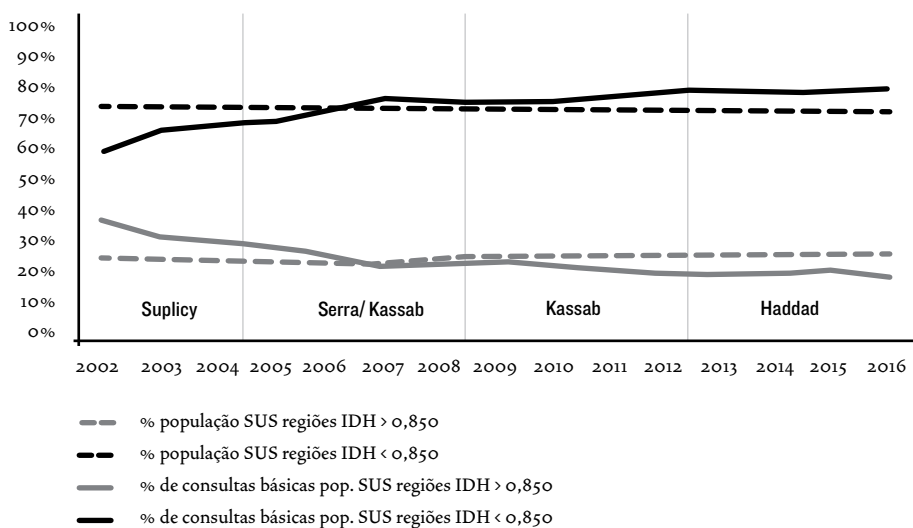
Número de equipes de saúde da família implantadas, Município de São Paulo, 2000-16



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Elaboração: NCSD/CEM/Cebrap.

GRÁFICO 2

Percentual de consultas básicas oferecidas pelo SUS. Subprefeituras ordenadas por IDH. Município de São Paulo, 2002-16¹⁷



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Elaboração: NCSD/CEM/Cebrap.

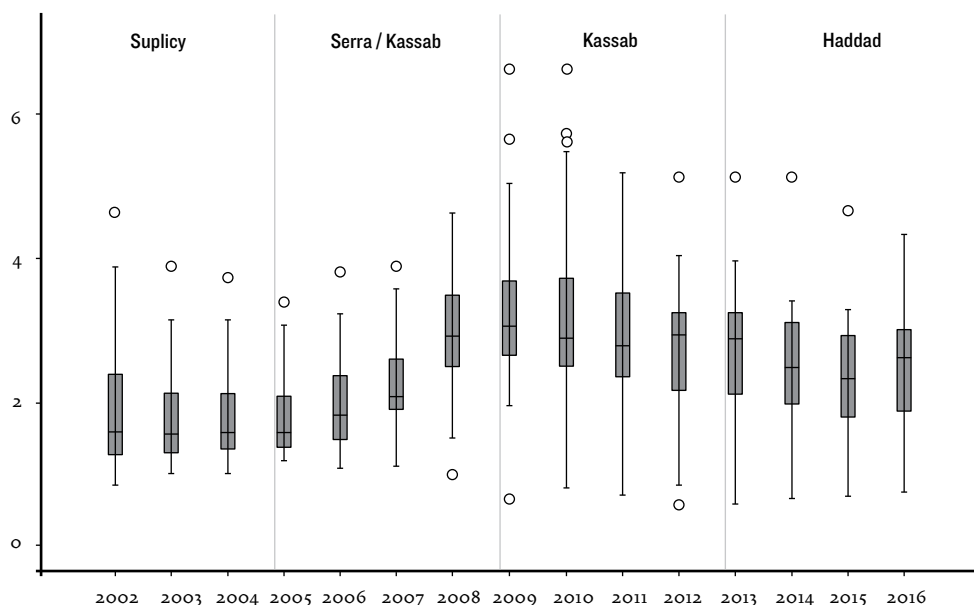
[17] Os dados relativos às consultas básicas por subprefeituras estão disponíveis apenas a partir de 2002, razão pela qual não são apresentadas informações para os anos anteriores.

consultas básicas, aumentou a desigualdade entre os grupos, tendo a oferta crescido mais rapidamente nas áreas mais pobres.

O número médio de consultas de atenção primária por usuário/ano do SUS cresceu significativamente entre as subprefeituras durante o período, passando de 1,8 em 2002 para 2,6 em 2016. O Gráfico 3

GRÁFICO 3

Consultas básicas por usuário do SUS, Município de São Paulo, 2002-16



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Elaboração: NCS/D/CEM/Cebrap.

mostra que em 2002 cerca de 50% das subprefeituras ofereciam pelo menos duas consultas básicas.¹⁸ Em 2016, mais de 75% ofereciam mais que duas consultas básicas.¹⁹

Também foi notada melhora nos indicadores de consultas pré-natais para bebês nascidos vivos. Ao compararmos a proporção do número de consultas pelo número de nascidos vivos nos quartis dos anos de 2004 e 2016, observamos a diminuição de nascimentos de recém-nascidos com menos de sete consultas durante o período pré-natal. Esse indicador toma o total de nascidos vivos no município e aponta para um crescimento importante das consultas pré-natais nas áreas mais pobres. No Gráfico 4, vê-se que, no primeiro quartil, a proporção caiu de 42,5% em 2003 para 24,6% em 2012, enquanto, no quarto quartil, a queda foi de 24,9% para 16,5%, no mesmo período. Nota-se, ainda, a aproximação dos quartis 1, 2 e 3, com ganho expressivo para os dois quartis mais pobres.

A distribuição de consultas aponta para a redução das desigualdades entre os quartis, embora as subprefeituras com melhores IDHs ainda apresentem, no caso do pré-natal, vantagem importante sobre os demais grupos.

Saúde da população

O Gráfico 5 mostra que a Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) por causas sensíveis à APS caiu no município em todos os quartis.

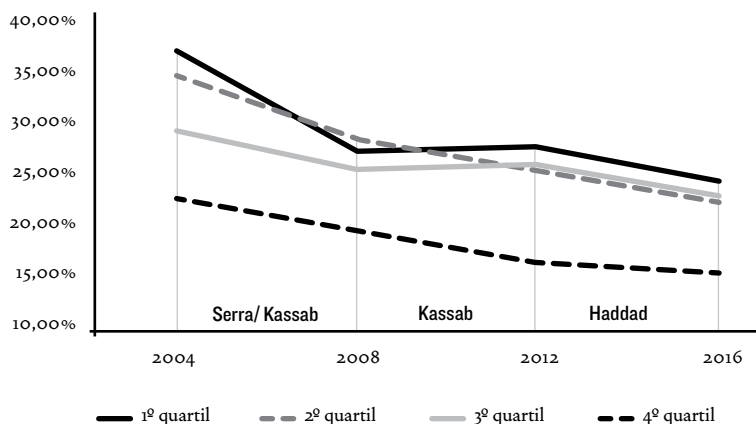
[18] O Ministério da Saúde recomenda a oferta de duas a quatro consultas básicas por habitante/ano.

[19] O teste de Friedman aponta que a distribuição das consultas de APS por usuário do SUS nas subprefeituras em 2002 é diferente da distribuição das consultas de APS por usuário do SUS nas subprefeituras em 2012.

[20] O portal InfoCidade só disponibiliza informações a partir de 2004, razão pela qual não foi possível apresentar os dados para o período 2001-03.

GRÁFICO 4

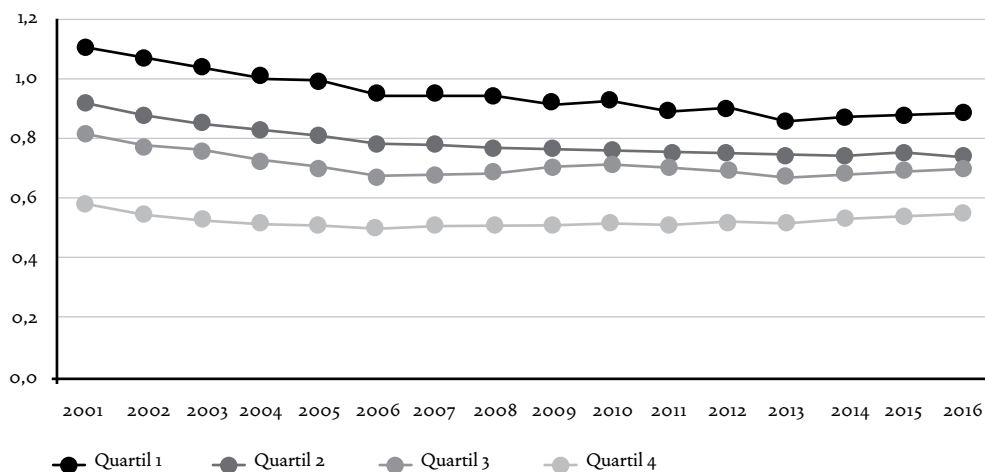
Evolução da proporção de recém-nascidos com menos de sete consultas pré-natais. Subprefeituras ordenadas por quartil de IDH. Município de São Paulo, 2004-16²⁰



Fonte: Portal InfoCidade/PMSP. Elaboração NCSD/CEM/Cebrap.

GRÁFICO 5

Taxa Bruta de Mortalidade por causas sensíveis à APS padronizada (por 1.000 habitantes), por quartil, no período 2001-16



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade — SIM/PRO-AIM — CEInfo — SMS-SP (2001 a 2016); Censo Demográfico (2010); Estimativas populacionais — Fundação Seade (2001-09, 2011-16). População padrão: Município de São Paulo (2010). Elaboração: NCSD/CEM/Cebrap.

A Tabela 2 mostra que a TBM caiu mais rapidamente no primeiro quartil de subprefeituras, onde há maior proporção de usuários do SUS, do que no quarto quartil, onde essa proporção é menor.

Assim, embora as taxas de mortalidade permaneçam maiores no primeiro quartil e menores no quarto, houve redução nas desigualdades, principalmente as relativas aos três primeiros quartis.

O Gráfico 6 apresenta uma pequena redução na proporção de internações por causas sensíveis à APS no município, indicando

TABELA 2

Razão entre TBM no quartil I e 4, anos de 2001 e 2016²¹

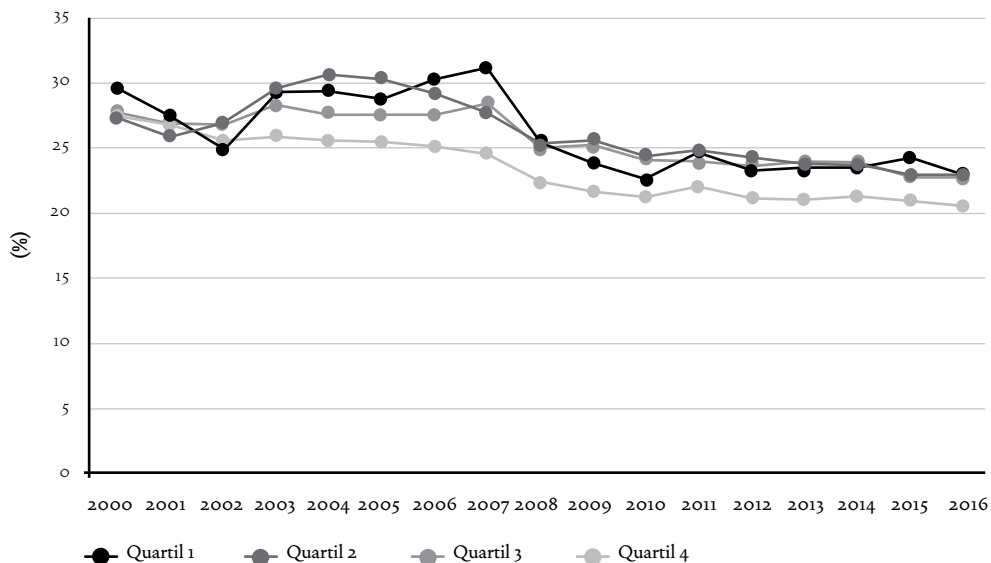
	Quartil I/Quartil 4
2001	1,90
2016	1,63

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade — SIM/PRO-AIM — CEInfo — SMS-SP (2001-16); Censo Demográfico (2010); Estimativas populacionais — Fundação Seade (2001-09, 2011-16). População padrão: Município de São Paulo (2010). Elaboração: NCS/D/CEM/Cebrap.

[21] A Tabela 1, com a Taxa Bruta de Mortalidade padronizada para o município, e a Tabela 2, com a Taxa Bruta de Mortalidade por causas sensíveis à APS padronizada (por 1.000 habitantes) por quartis no período de 2001 a 2016, são apresentadas no “Anexo 1 — Indicadores de saúde associados à APS”: https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Anexo-1-Coelho_Marcondes_Barbosa.pdf.

GRÁFICO 6

Percentual das internações no SUS por causas sensíveis à APS em relação ao total de internações de média complexidade, por quartil. Município de São Paulo, 2000-16



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde; CEInfo (SMS). Elaboração: NCS/D/CEM/Cebrap.

desempenho positivo em todos os quartis. Esse indicador se refere às internações no SUS.

Esses resultados evidenciam o crescimento da oferta de serviços na periferia do município entre 2001 e 2016. A rede de APS cresceu consideravelmente nas subprefeituras do primeiro e segundo quartis, enquanto os quartis com melhores IDH perderam equipamentos. Ao analisarmos a oferta de consultas básicas, percebemos que cresceram mais nos quartis com menor IDH. Os dados analisados sugerem, também, uma melhora nos indicadores e uma discreta redução das desigualdades em saúde, sobretudo, entre os três primeiros quartis de subprefeituras, ordenadas pelo IDH.

5. POLÍTICA, PARTICIPAÇÃO, OSSs E APS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Em 2001, Marta Suplicy assumiu a Prefeitura e Eduardo Jorge foi nomeado secretário de Saúde do município, retomando o projeto de descentralização da gestão, que ele começara durante o governo de Luiza Erundina (1989-92), com a criação de 41 distritos sanitários, posteriormente incorporados às 31 subprefeituras da cidade.²²

[22] Na ocasião eram 31 subprefeituras. A 32ª foi criada em 2013. Segundo o Censo de 2010, essas subprefeituras tinham populações que variavam de 139.441 a 594.930.

Jorge também investiu na ampliação da ESF, orientando a implementação do programa através de convênios com doze organizações privadas sem fins lucrativos (OSSs). Nesses convênios, o governo repassava recursos para uma entidade, que executava um plano de trabalho e, posteriormente, prestava contas do uso desses recursos, o que permitiu aumentar a oferta de serviços sem a necessidade de concursos para a contratação direta de profissionais de saúde. O critério usado para distribuir as novas UBS, que nucleavam a ESF, foi “uma para cada 20 mil usuários, garantindo-se que a unidade não ficasse a mais de trinta minutos a pé da residência do usuário”.²³ A prioridade foi dada às áreas onde os serviços de saúde estavam mais escassos e os indicadores socioeconômicos eram piores.

[23] Gonzalo Vecina, entrevistado pelo projeto em 16 de novembro de 2011.

A gestão fortaleceu o Conselho Municipal de Saúde (CMS), bem como criou os conselhos gestores de unidades de saúde, os conselhos regionais das subprefeituras e os de autarquias, passando de 30 para quase 4 mil conselheiros, distribuídos em aproximadamente quatrocentos conselhos. Também investiu em cursos de formação sobre o SUS para esses conselheiros (Alves Sobrinho; Capucci, 2003). Essa estrutura permanece até hoje, adaptada às transformações de desenho institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

[24] O lado negativo desse processo descrito em Coelho (2007) é que diversas associações que desenvolviam trabalhos na área de saúde na cidade não foram informadas sobre o processo eleitoral, pois não faziam parte da rede dos gestores e movimento de saúde.

A constituição inicial desses conselhos foi facilitada pela existência de conexões prévias entre gestores da saúde e uma rede de associações conectadas ao movimento de saúde (Coelho, 2007).²⁴ Em praticamente todos eles havia forte presença de associações ligadas ao Partido dos Trabalhadores (PT). Esses conselhos atuaram no processo de expansão da ESF pressionando por serviços; afinal, nas palavras de Paulo Capucci,²⁵ “quem chorasse mais levava” (Coelho et al., 2014).

[25] Diretor de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2001-03).

O fato de a administração petista ter fortalecido as instâncias de participação não garantiu, no entanto, uma relação tranquila com elas. De acordo com Alves Sobrinho e Capucci (2003), a implantação da ESF foi decidida no CMS com apenas um voto a mais que o necessário. Dowbor e Houtzager (2014) também relatam o apoio limitado oferecido pelo conselho à ESF, apesar da importância dada pelo governo ao projeto.

Em 2003, com o mau desempenho da política perante a opinião pública e a pressão dos movimentos sociais ligados à saúde e ao PT, Eduardo Jorge foi substituído por Gonzalo Vecina Neto, que apostou

no aumento da frota de ambulâncias e no número de leitos de UTI. A mudança de foco foi discutida em reunião do CMS, mas não houve nenhuma recomendação ou votação sobre o tema (Coelho et al., 2014; Dowbor; Houtzager, 2014).

As eleições de 2004 foram polarizadas entre Marta Suplicy, do PT, e José Serra, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), ministro da Saúde (1998-2002) do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, do mesmo partido. No primeiro turno, somados os votos, ambos abarcaram quase 80% da votação, sendo 43,56% para o tucano e 35,82% para a petista. A saúde foi um tema de destaque nos debates eleitorais. Por fim, Serra venceu as eleições com 54,86% dos votos no segundo turno.

Em 2005, ele assumiu como prefeito, permanecendo no cargo até 2006, quando concorreu para governador, deixando seu vice, Gilberto Kassab, então do Democratas (DEM), antigo Partido da Frente Liberal (PFL), tradicional aliado do PSDB, em seu lugar. Nesse governo foram quatro secretários de Saúde em quatro anos.²⁶

Serra investiu em um gerenciamento mais centralizado e, em substituição às coordenadorias de saúde das 31 subprefeituras, criou cinco coordenadorias regionais de saúde (Centro-Oeste, Sudeste, Leste, Oeste, Norte e Sul) e 24 supervisões técnicas de saúde (STS), que estão subordinadas às primeiras e têm suas competências concentradas na coordenação dos serviços ambulatoriais (Pinto et al., 2009). Essa estrutura permanece até hoje com algumas mudanças, como o desmembramento da Coordenadoria Centro-Oeste em duas e a criação de mais três supervisões técnicas, totalizando 27.

No período, a política de ampliação das equipes de ESF teve continuidade, além da criação de um novo tipo de unidade ambulatorial: a AMA.

Essa gestão investiu na ampliação dos convênios, além de iniciar a celebração de contratos²⁷ para gerir estabelecimentos e regiões de saúde (Pinto et al., 2009). Esses contratos são dispositivos que devem conter um programa detalhado de trabalho, metas, produtos, comissão e avaliação de desempenho, previsão de receitas e despesas, utilização de regulamento próprio para compra de bens e serviços, obrigação de prestação de contas e fiscalização externa (Greve; Coelho, 2017). As OSSs precisam ser escolhidas por meio de chamamento público e, idealmente, recebem financiamento do governo, liberado a partir de desempenho aferido pelo próprio governo. Em 2007, 39 unidades de saúde e quatro AMAs eram geridas por contrato de gestão.²⁸ Dois hospitais municipais também foram inaugurados na periferia sob gestão de OSSs (Coelho et al., 2014).

As instâncias de participação social foram mantidas e as supervisões técnicas de saúde (STS) incorporaram os conselhos das

[26] Claudio Lottenberg iniciou o governo em 2005, mas em maio foi substituído por Maria Cristina Cury, que logo em seguida deu lugar a Maria Orsini, que permaneceu até novembro de 2007, quando Januário Montone assumiu a Secretaria de Saúde e permaneceu até o fim da gestão.

[27] Contratos de gestão são instrumentos que possibilitam a contratação de uma Organização Social para gerir equipamentos e prestar serviços através de financiamento do poder público a partir do controle por resultados (MARE, 1997).

[28] Essa ampliação foi facilitada pela aprovação da Lei Municipal n. 14.132, que flexibilizou os mecanismos de seleção dessas organizações, além de reduzir as exigências para que entidades sem fins lucrativos participassem do modelo.

subprefeituras. Cinco dos seis conselhos das STS acompanhados na época pela pesquisa se posicionaram contra a contratação das OSSs, afirmando que a estratégia fazia parte do “processo de privatização do SUS”. O conselho de Parelheiros chegou a entrar com mandato de segurança contra as OSSs. A exceção foi o conselho de M’Boi Mirim, que declarou apoio a uma OSS que atua na área e congratulou seus funcionários pelos serviços prestados à população local (Coelho et al., 2010).

Outros temas que apareceram com recorrência nas atas analisadas são o encaminhamento para instâncias da Secretaria Municipal de reclamações sobre a demora para conseguir consultas em especialidades e exames, a falta de medicamentos e o tratamento pouco educado dispensado aos usuários por alguns profissionais de saúde. Questões menos comuns, mas que foram encontradas em várias entrevistas, se referiam a intimidação, assalto e roubo de carros de profissionais de saúde em UBSs. Nesses casos, os conselheiros reportaram empreender esforços tanto no sentido de marcar posição contra a violência, apoiando, por exemplo, o fechamento de uma UBS por três dias em sinal de protesto e o pedido de reforço policial, quanto mediando negociações junto a lideranças locais com o objetivo de garantir a segurança para o atendimento.

Na eleição de 2008, candidatos dos três partidos com maiores chances de vitória (PT, PSDB e DEM) prometeram expandir a rede de atenção primária e as equipes da ESF. Marta Suplicy propôs, além disso, fortalecer o CMS, enquanto Alckmin e Kassab se comprometeram a aprimorar e ampliar a contratação de OSSs. A disputa foi acirrada no primeiro turno, com Kassab com 33,6% dos votos, Suplicy 32,7% e Alckmin 22,48%. Com apoio massivo do eleitorado tucano, Kassab ganhou o segundo turno com pouco mais de 60% dos votos.

Em 2009, Kassab manteve Januario Montone à frente da SMS durante toda a administração. Em sua gestão, os processos de terceirização se intensificaram, e as OSSs começaram a ser contratadas para gerenciar as instalações de saúde e as microrregiões.

Entre 2009 e 2012, a relação entre conselheiros e secretário de Saúde se deteriorou. A análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS mostra o conflito entre os representantes da sociedade civil e do governo, sendo o respeito às instâncias participativas assunto constante dos encontros. O prefeito e o secretário foram acusados por conselheiros de manipularem eleições e mudarem as regras de representação para tentar aumentar o controle sobre o CMS. A tensão foi tão grande que, em dado momento, os conselheiros chegaram a ser impedidos pela polícia de participarem de uma reunião. O secretário de Saúde não participou de nenhuma reunião do CMS entre 2011 e 2012, nem da posse dos conselheiros eleitos para o biênio 2012-13. No último ano da gestão Kassab, a Prefeitura levou três meses para indicar os representantes do governo para a composição do conselho.

O processo eleitoral de 2012 despontou com três candidatos favoritos: Celso Russomanno, do Partido Republicano Brasileiro (PRB), repórter e apresentador de programas populares de TV; José Serra (PSDB), mais uma vez concorrendo na eleição municipal; e Fernando Haddad (PT), ex-ministro da Educação de Luiz Inácio Lula da Silva. Enquanto Serra era o candidato do governo, forçado a defender a continuidade do legado de Kassab, Haddad usou a propaganda partidária para criticar a política de saúde do PSDB e os contratos de OSSs, propondo concursos públicos para reforçar o pessoal de saúde, além de descentralizar efetivamente o gerenciamento do sistema e fortalecer os mecanismos de controle e participação social. Celso Russomanno, que liderou o pleito durante boa parte do primeiro turno, não apresentou nenhuma proposta para a área da saúde, e foi ultrapassado na reta final do primeiro turno por Serra com 30,75% e Haddad com 28,98%, culminando na vitória do petista com 55,6% dos votos.

Em 2013, Haddad assumiu como prefeito e nomeou José de Filippi Júnior secretário de Saúde. A nova gestão via problemas na integração do trabalho entre AMAs e UBSs. A solução foi integrar os dois serviços e, nas palavras de um gestor entrevistado, “quebrar as paredes”, uma vez que diversas AMAs haviam sido instaladas nos mesmos prédios das UBSs.

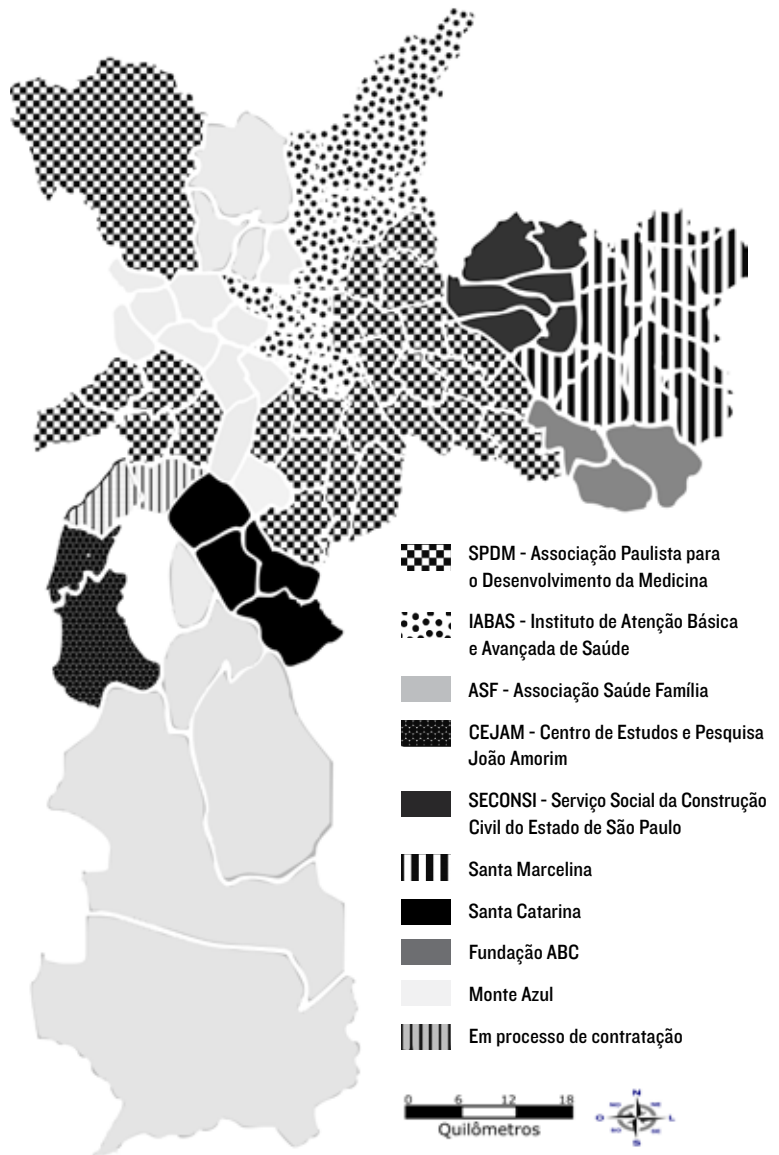
Um marco da gestão foi o novo modelo gerencial definido para organizar a contratação de OSSs. Até 2014, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possuía quatro tipos de contratos: de microrregião, de gerências de hospitais municipais, de territórios e de pronto-socorro, além da permanência de convênios. Essa variedade de contratos e convênios com diferentes prestadores estava muitas vezes presente em um mesmo equipamento dificultando a organização e gestão dos serviços.

Em 2015, com Alexandre Padilha à frente da SMS, a cidade foi dividida em 22 regiões (Mapa 2) e, por meio de chamamento público, foram firmados contratos com OSSs que passaram a ser responsáveis pelos serviços de APS da região para a qual fora contratada. Assim, se essa inovação ia na contramão das promessas de campanha de Haddad de reduzir a presença de OSSs na cidade, não deixava de recuperar uma bandeira cara ao PT, a da territorialização.

Esses contratos tinham duração de cinco anos, com renovação do plano de trabalho a cada doze meses. Também previam (i) *metas de contratação* de equipe mínima de profissionais de saúde, implicando retenção de repasse financeiro caso o corpo técnico não estivesse completo; (ii) *metas de produção* por linha de atendimento, como consultas, exames, visitas a famílias. A OSS precisava cumprir 85% do estipulado para não sofrer nenhuma sanção econômica; e (iii) *metas de qualidade*, que iam desde a pontualidade na entrega de relatórios, passando pela

MAPA 2

As nove Organizações Sociais de Saúde (OSSs) responsáveis pela gestão territorial da APS no Município de São Paulo, 2017



Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde/Ceinfo. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347>.

satisfação dos usuários, até o funcionamento do Conselho Gestor local. O não cumprimento da totalidade das metas de qualidade implicava bloqueio proporcional de repasse. Uma das maiores inovações era que uma única OSS assumiria todo um território, facilitando, assim, a responsabilização dos prestadores de serviços em determinada região.

A administração também buscou reestabelecer boas relações com os conselhos de saúde da cidade. Os dois secretários participavam das reuniões e investiam na formação dos conselheiros com cursos sobre orçamento público. A análise das atas do período revela a centralidade dos debates em torno da questão da contratação das OSSs. Só depois de muito debate e conflito, o prefeito implementou, mesmo com o posicionamento contrário do CMS, o novo modelo gerencial.²⁹ Em resposta, o conselho aprovou duas recomendações: a primeira, em fevereiro de 2015, para que a Prefeitura apresentasse um plano de transferência gradual das unidades de saúde geridas por OSSs para a administração direta; e a segunda, em outubro do mesmo ano, pedia acesso dos conselheiros ao Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde, responsável pela relação com entidades privadas, bem como a comunicação ao CMS de qualquer alteração em novos contratos.

Essa breve retrospectiva chama a atenção para a acirrada disputa eleitoral presente no município no período, bem como para os conflitos em torno das diferentes estratégias mobilizadas ao longo dos quatro mandatos para sustentar a expansão e a descentralização da ESF.

6. MECANISMOS DE “ACCOUNTABILITY”

E REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Como pôde ser visto na seção 4, entre 2001 e 2016, no município de São Paulo, houve tanto redução nas desigualdades na distribuição da infraestrutura e dos serviços de APS oferecidos pelo SUS, como expansão de sua oferta, particularmente de UBSs, AMAs e de equipes de ESF, assim como do volume de consultas. As desigualdades em alguns indicadores de saúde sensíveis à APS também diminuíram, com taxas convergindo, sobretudo entre os três quartis de subprefeituras com menor IDH. Esses resultados mostram expansão da oferta, redução da desigualdade e sugerem, ainda, melhora na qualidade dos serviços. Como apontado anteriormente, eles não são triviais e merecem atenção.

Sugerimos de início que os contratos firmados entre o Ministério da Saúde e as secretarias municipais de Saúde, os quais garantiram a ampliação de recursos para a implementação territorializada da ESF, explicavam parcialmente os resultados. Condições desfavoráveis à sustentabilidade dos programas em áreas periféricas, tais como dificuldade de fixar profissionais de saúde, limitada capacidade de gestão e violência, apontavam para a necessidade de que dinâmicas locais fossem associadas ao processo de implementação. Entre essas dinâmicas, destacamos a importância de se atentar aos mecanismos de *accountability* — eleitoral, social e gerencial.

[29] De acordo com Pedro Henrique Oliveira, assessor de comunicação da SMS durante o governo Fernando Haddad, o modelo proposto pelo prefeito de contratos de gestão territorial foi uma política extremamente negociada com o Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e Tribunal de Contas do Município.

A análise empreendida na seção anterior mostrou que, em um cenário de forte competição eleitoral e acesso modesto a serviços de saúde pública em áreas periféricas e densamente povoadas, a promessa e o compromisso de melhoria de serviços de saúde para a população mais pobre apareceu como uma agenda duradoura, defendida por diferentes partidos ao longo do período (*accountability* eleitoral). As condições institucionais encontradas na cidade — capacidade financeira e gerencial localizada dentro da SMS, que contratou OSSs com experiência e capacidade técnica para a prestação de serviços (*accountability* gerencial), bem como a estrutura de participação social institucionalizada no período para expressar demandas e posicionamentos da sociedade (*accountability* social) — ajudam a explicar “como” foi possível avançar na implementação daquela agenda.

Os mecanismos de *accountability* eleitoral contribuíram para que a saúde aparecesse como tema de campanha e, posteriormente, recebesse atenção em diferentes mandatos. Esses mecanismos ganharam força em um contexto altamente competitivo, como o de São Paulo no período analisado, onde se assistiu a uma acirrada disputa entre o PT e a aliança PSDB-DEM. Decisões tomadas entre 2001 e 2016, relativas a como implementar e gerir a APS, refletem um processo dinâmico levado adiante pelas diferentes administrações municipais, as quais buscaram dar respostas adequadas para as demandas por serviços de saúde, uma área em que as pesquisas de opinião indicavam insatisfação generalizada ao longo de todo o período. Essa busca contribuiu para fomentar inovações — sobretudo a motivação para investir na descentralização da estrutura organizacional da SMS, a criação dos conselhos locais de saúde e a experimentação com diferentes formatos de contratação de serviços — que ajudaram a consolidar mudanças distributivas importantes a favor de áreas periféricas detentoras dos piores índices socioeconômicos. Essas mudanças não condicionaram, no entanto, ao menos diretamente, os resultados eleitorais. Nesse sentido, cabe lembrar as considerações de Fearon (1999) sobre as eleições como sendo um processo complexo de interação entre sanção e seleção, em que o eleitor deve dividir o olhar para frente e para o retrovisor, analisando a capacidade dos competidores de oferecer um futuro melhor crível, o que depende de se levar em conta o histórico de atuação política, as alianças presentes, bem como as propostas que desenhem um futuro melhor.

Para aferir o papel da *accountability* gerencial, é preciso considerar que houve um intenso processo de experimentação de formas de contratar serviços de APS no município, no período analisado. Em 2001, a SMS expandiu a ESF inicialmente utilizando convênios que, como vimos, são acordos que envolvem a definição de um plano de trabalho e a prestação de contas para garantir a transferência

de recursos do poder público para uma entidade privada sem fins lucrativos. A partir de 2005, no início da gestão Serra, esses acordos começaram a ser substituídos por contratos com OSSs, que passaram a não só prestar serviços, mas também gerenciar os equipamentos de saúde. Os contratos de gestão obedeciam a uma lógica de contratação, monitoramento e avaliação mais exigente que os convênios. Finalmente, em 2015, os vários tipos de contratos de gestão da APS foram substituídos por outros em que uma única OSS passou a administrar os equipamentos de saúde básica de uma região de saúde. O objetivo era mudar de uma avaliação centrada no serviço para a prestação de contas pelos resultados de saúde em um determinado território. O envolvimento das OSSs na gestão e prestação de serviços de APS facilitou a contratação de novos funcionários, quando unidades de saúde eram abertas ou ampliadas, e a demissão de funcionários por desempenho não satisfatório ou quando a rotatividade de pessoal era alta, contribuindo para ampliar a presença de profissionais de saúde, e especialmente médicos, nas periferias da cidade, um problema recorrente e de difícil solução. O fato de que, para receber, as OSSs precisam entregar aquilo que foi contratado também contribuiu para a expansão de serviços. Por fim, a SMS investiu na capacitação de um corpo técnico para fazer a gestão desses contratos com a criação do Centro Técnico de Contratação de Serviços de Saúde da SMS, que deve planejar, definir e avaliar contratos de OSSs e desempenho nas regiões, uma iniciativa a favor da qualidade dos serviços.

No caso da *accountability* social, vimos que a partir do governo Marta Suplicy, ocorreu o fortalecimento dos instrumentos de participação social, os quais possibilitaram incluir uma série de atores no planejamento e monitoramento das políticas de saúde. Esses atores que ganharam novos canais de comunicação com gerentes de equipamentos e supervisores de saúde puderam mais facilmente influenciar a política de distribuição dos equipamentos e serviços de saúde. Também importante, os canais de comunicação abertos entre usuários e gestores, além de facilitar o monitoramento dos serviços, fortaleceram a aliança entre eles para, por exemplo, proteger as UBS e seus profissionais da violência a que recorrentemente estiveram expostos. Nesse sentido, se os mecanismos de participação social oferecem pouca capacidade de sanção, são eficientes para vocalizar as demandas sociais e auxiliar no processo de expansão da rede para locais mais carentes, assim como mediar conflitos e monitorar os problemas dos equipamentos e a presença dos profissionais. Já no processo de definição das políticas de saúde, essa capacidade parece mais limitada, como testemunha o avanço de políticas prioritárias para o governo, mas que desagradavam aos conselhos.

A expansão e sustentabilidade da APS em um grande município como São Paulo, coloca um volume considerável de desafios como o conhecimento das especificidades regionais, a fixação dos médicos em áreas periféricas e a contenção da violência contra os profissionais e patrimônio público. A reconstituição da forma como os mecanismos de *accountability* analisados se interconectaram ao longo do período para enfrentar esses desafios apontou as inúmeras inovações empreendidas por políticos, gestores e lideranças sociais e permitiu não só descrevê-las como, também, iluminar as motivações e os valores que têm motivado esses atores a adotá-las.

7. COMENTÁRIOS FINAIS

A partir dos anos 1990, o Ministério da Saúde ampliou esforços para promover a APS, ao definir diversas estratégias para incentivar os municípios a implementá-la. Esses esforços foram potencializados no município de São Paulo a partir dos anos 2000, quando PT, PSDB e DEM disputavam acirradamente o controle político local e perceberam que o acesso aos serviços de atenção primária à saúde poderia ser importante para garantir os votos da população moradora na periferia. Com isso, naquele período a APS ganhou centralidade também na política municipal de saúde. No entanto, a prioridade política, por si só não explica as mudanças distributivas descritas neste artigo. Foi a combinação de ambiente político, mecanismos de participação social, condições financeira e capacidade de gestão da SMS, juntamente com a existência na cidade de OSSs com experiência na oferta de atenção primária o que, em conjunto, permitiu promover as mudanças descritas em São Paulo.

Demandas por respostas — dos eleitores para os políticos, dos conselheiros para os gestores e dos gestores públicos para as OSSs — e a existência de sanções — a possibilidade de perder eleições e contratos — ajudam a explicar as mudanças tanto no perfil distributivo dos serviços públicos oferecidos, quanto dos indicadores de saúde analisados. Os mecanismos de *accountability* iluminam, assim, como as dinâmicas locais contribuíram para os resultados descritos ao longo do artigo, ao identificar os incentivos que passaram a ser oferecidos a políticos, gestores e prestadores de serviços para que priorizassem as periferias e, também, as sanções a que passaram a estar sujeitos.

Em suma, se a presença de mecanismos de *accountability* eleitoral e social contribuíram para fomentar e tornar atraente para os políticos municipais uma agenda de redução na desigualdade em saúde, a qual já estava presente na cidade pelo menos desde os anos 1970, foi a capacidade de esses mesmos políticos, juntamente com a SMS, mobilizarem OSSs — muitas das quais já trabalhavam na cidade e tinham *know-how* em relação à implementação de programas de

cuidados primários — e responsabilizarem-nas pela prestação dos serviços contratados, o que facilitou a ampliação da oferta de serviços para as áreas periféricas da cidade, contribuindo para as mudanças distributivas examinadas neste artigo.

VERA SCHATTAN P. COELHO [<https://orcid.org/0000-0002-2000-6536>], doutora em ciências sociais, é coordenadora do Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento do Cebrap (NCSD), professora do Programa de Políticas Públicas da UFABC e pesquisadora associada do CEM-CEPID/Fapesp. Coordenadora geral da pesquisa, foi responsável pelas definições estratégicas da pesquisa, abordagem, consolidação de argumentos e redação do artigo.

LUÍS MARCELO MARCONDES [<https://orcid.org/0000-0002-2138-9479>] é jornalista, mes-trando em políticas públicas na Universidade Federal do ABC e pesquisador do Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento do Cebrap. Colaborou no levantamento de dados, no desenvolvimento da pesquisa e na elaboração do artigo.

MARINA BARBOSA [<https://orcid.org/0000-0003-1729-4511>] é antropóloga, pesquisadora do Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento do Cebrap. Colaborou no levantamento, na organização e na análise dos dados.

Recebido para publicação
em 9 de janeiro de 2019.

Aprovado para publicação
em 28 de julho de 2019.

NOVOS ESTUDOS

CEBRAP

114, mai.–ago. 2019

pp.323-349

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arretche, M. “Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil”. *RBCS*, v. 33, n. 96, e339613, 2018.
- . “Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia”. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, pp. 17-26.
- Arretche, M.; Marques, E. “Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, 2002, pp. 455-79.
- Avelino, G. et al. “Governance in Managing Public Health Resources in Brazilian Municipalities”. *Health Policy and Planning*, v. 29, n. 6, 2013, pp. 694-702.
- Avritzer, L. (org.). *A participação em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 2004.
- Banco Mundial. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, 2004.
- Barradas, L. R.; Mendes, J. D. *Organizações Sociais de Saúde: uma experiência exitosa de administração do estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde, 2006.
- Brinkerhoff, D. W. “Accountability and Health Systems: Toward Conceptual Clarity and Policy Relevance”. *Health Policy and Planning*, v. 19, n. 6, 2004, pp. 371-9.
- Caldeira, A. P.; França, E.; Perpétuo, I. H. O.; Goulart, E. M. A. “Trends in avoidable causes of infant mortality in Belo Horizonte, Brazil, 1984 to 1998”. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, 2005, pp. 67-74.
- Capistrano Filho, D. “O programa de saúde da família em São Paulo”. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, 1999, pp. 89-100.
- Castro, P. C. et al. “Estudo Técnico do cenário econômico-financeiro de duas regiões de saúde do estado de São Paulo”. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, Convênio 360/2015, 2017.
- Coelho, V. S. P. “Avaliando políticas públicas, abordagens qualitativas e quantitativas”. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. Sesc/Cebrap, 2016, pp. 76-99.
- . “A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de não atrair aliados”. *Novos Estudos Cebrap*, n. 78, 2007, pp. 77-92.
- . “Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando?”. In: Coelho, Vera S.; Nobre, Marcos. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004.
- Coelho, V. S. P.; Pedrosa, M. M. “Distribuição de serviços públicos de saúde no município de São Paulo”. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 64, nov. 2002, pp. 141-52.
- Coelho, V. S. P.; Silva, N. “Has the Distribution of Public Health Services Become More Equitable? Reflecting on the Case of São Paulo”. In: Shantayanan, S.; Widlund, I. *The Politics of Service Delivery in Democracies. Better Services for the Poor*. Estocolmo: EGDI/Ministry for Foreign Affairs, 2007.
- Coelho, V. S. P. et al. “Mobilization and Participation: A Win-Win Game?”. In: Coelho, V. S. P.; Von Lieres, B. (orgs.). *Mobilizing for Democracy: Citizen Action and the Politics of Public Participation*. Londres: Zed Books, 2010, pp. 176-98.
- Coelho, V. S. P. et al. “Política municipal e acesso a serviços de saúde”. *Novos Estudos Cebrap*, n. 100, 2014, pp. 139-61.

- Domberger, S.; Jensen, P. "Contracting Out by the Public Sector: Theory, Evidence and Prospects". *Oxford Review of Economic Policy*, v. 4, 1997, pp. 67-78.
- Dowbor, M.; Houtzager, P. "The Role of Professionals in Policy Reform: Cases from the City Level, São Paulo". *Latin American Politics and Society*, v. 56, n. 3, 2014, pp. 141-62.
- Esping-Andersen, G. "As três economias políticas do Welfare State". *Lua Nova*, São Paulo, n. 24, set. 1991, pp. 85-116.
- Faria, C. F.; Lins, I. L. "Participação e deliberação nas conferências de saúde: do local ao nacional". In: Avritzer, L.; Souza, C. H. L. de (orgs.). *Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade*. Brasília: Ipea, 2013, pp. 73-94.
- Fearon, J. "Electoral Accountability and the Control of Politicians: Selecting Good Types versus Sanctioning Poor Performance". In: Przeworski, A.; Stokes, S.; Manin, B. (orgs.). *Democracy, Accountability, and Representation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, pp. 55-97.
- Fox, J. A. "Social Accountability: What Does the Evidence Really Say?". *World Development*, v. 72, 2015, pp. 346-61.
- Garay, C. "Including Outsiders: Social Policy Expansion in Latin America". *Mimeo*, 2014.
- Giovanella, L. et al. "Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos". *Saúde em Debate*, v. 34, abr.-jun. 2010, pp. 248-64.
- Greve, J.; Coelho, V. S. "Evaluating the Impact of Contracting Out Basic Health Care Services in the State of São Paulo, Brazil". *Health Policy and Planning*, v. 32, n. 7, 2017, pp. 923-33.
- Hone, T. et al. "Association Between Expansion of Primary Healthcare and Racial Inequalities in Mortality Amenable to Primary Care in Brazil: A National Longitudinal Analysis". *PLoS Medicine*, v. 14, n. 5, e1002306, 2017.
- Huber, E. et al. "Politics and Inequality in Latin America and the Caribbean". *American Sociological Review*, v. 71, n. 6, 2006, pp. 943-63.
- Ibanez, N.; Vecina, N. G. "Modelo de gestão e o SUS". *Ciência e Saúde Coletiva*, IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007.
- IBGE. "Características da população e dos domicílios: resultados do universo". *Censo Demográfico 2010*, 2010.
- Junqueira, V. *Saúde na cidade de São Paulo: 1989 a 2000*. 2a ed. São Paulo: Pólis PUC, 2002.
- La Forgia, G. M.; Couttolenc, B. F. *Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence*. Washington DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, 2008.
- Landmann-Szwarcwald, C.; Macinko, J. "A Panorama of Health Inequalities in Brazil". *International Journal for Equity in Health*, v. 15, n. 1, 2016, pp. 174-6.
- Liu, X. et al. "The Impact of Contracting-Out on Health System Performance: A Conceptual Framework". *Health Policy*, v. 82, n. 2, 2007, pp. 200-11.
- Macinko, J. et al. "Going to Scale with Community-Based Primary Care: An Analysis of the Family Health Program and Infant Mortality in Brazil, 1999-2004". *Social Science & Medicine*, v. 65, n. 10, 2007, pp. 2070-80.
- MARE. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, Brasília, v. 2, 1997.
- Mares, I.; Carnes, M. "Social Policy in Developing Countries". *Annual Review of Political Science*, v. 12, 2009, pp. 93-113.
- Medici, A. "Propostas para melhorar a cobertura, eficiência e qualidade no setor saúde". In: Bacha, E.; Schwartzman, S. (orgs.). *Brasil: a nova agenda social*. Rio de Janeiro: LTC, 2011, pp. 23-93.
- Mendes, A.; Marques, R. M. "O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde". *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, out.-dez. 2014, pp. 900-16.
- Mesa-Lago, C. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Santiago: Publicaciones de las Naciones Unidas, 1985.
- Organização Mundial da Saúde; ONU-Habitat. *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequalities in Urban Settings*. Kobe/Nairóbi: World Health Organization/United Nations Human Settlements Programme, 2010.
- Ouverney, A. M.; Fleury, S. "Polarização federativa do SUS nos anos 90: uma interpretação histórico-institucionalista". *Revista Brasileira de Administração Pública*, v. 51, n. 6, nov.-dez. 2017, pp. 1085-103.
- Pierson, P. *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Pinto, N. R. S. et al. "Política de saúde e processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 4, 2009, pp. 927-38.
- Pires, R. R. C. "Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação". *Série Diálogos para o Desenvolvimento*, IPEA, v. 7, 2011, pp. 279-95.
- Sano, H.; Abrucio, F. L. "Promessas e resultados da empresa no Brasil: o evento das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo". *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 48, n. 3, 2008, pp. 64-80.
- Shi, L. "The Impact of Primary Care: A Focused Review". *Scientifica*, v. 12, 2012.
- Teixeira, A. et al. "Efeitos combinados dos movimentos de moradia sobre os programas habitacionais autogestionários". *Revista de Sociologia Política*, v. 24, n. 58, jun. 2016, pp. 85-102.
- Vasquez, D. A. "Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde". *Dados*, v. 57, n. 4, 2014, pp. 969-1005.
- Viana, A. L. D. et al. "Política de saúde e equidade". *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, 2003, pp. 58-68.

