

## **Relação entre cumprimento das metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde: uma revisão integrativa**

### ***Relationship between goals achievement of management contracts and quality of health care: an integrative review***

Mariana Vieira de Melo, Leonardo Carnut

#### **Resumo**

Este estudo se trata de uma revisão sistemática integrativa da literatura realizada no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o objetivo de compreender se existe relação entre o cumprimento de metas quantitativas e a qualidade da atenção à saúde. A estratégia de busca foi construída pelos polos: metas (fenômeno); contrato de gestão (população); e qualidade (contexto). A seleção das publicações foi feita através do protocolo PRISMA por dois revisores independentes e a análise de dados realizada na modalidade temática, com foco no tema sobre a relação entre o cumprimento das metas e a qualidade. Dos 22 artigos incluídos na revisão, apenas 4 respondiam diretamente ao objeto desta pesquisa. 7 temas foram alvo de discussão nos artigos revisados: metodologia dos artigos; metas e seus cumprimentos nos contratos de gestão; tipos de contratualização; ideia de qualidade; aspectos do cumprimento do contrato de gestão; metas do contrato de gestão e, por fim, a relação entre cumprimento das metas e qualidade. A maioria dos artigos revisados encontram-se no nível 4 de qualidade das evidências. Com as evidências encontradas, foi possível concluir que as metas dos contratos de gestão não se relacionam com a qualidade da atenção à saúde e que faltam estudos que abordem o contexto brasileiro e do SUS.

**Descritores:** Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde. Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde. Contratos. Gestão em Saúde. Parcerias Público-Privadas. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Avaliação do Impacto na Saúde. Revisão. Revisão Sistemática.

#### **Abstract**

This study is a systematic integrative review was carried out on the Virtual Health Library (VHL) portal to understand whether there is a relationship between the achievement of quantitative goals and the quality of health care. The search strategy was built by the poles: goals (phenomenon); management contract (population); and quality (context). The selection of publications was made through the PRISMA protocol by two independent reviewers and data analysis was carried out in the thematic mode, with focus on theme of the relationship between the achievement of goals and quality. 22 articles were included in the review and only 4 answered the object of this research. 7 themes were discussed in the reviewed articles: methodology; goals and compliance with management contracts; types of contracting; quality idea; aspects of compliance with the management contract; management contract goals and, finally, the relationship between achievement of goals and quality. Most of the reviewed articles refer to level 4 of quality evidence. The evidence in this review allows us to conclude that the goals of management contracts are not related to the quality of health care and that studies that comprehend the Brazilian context and SUS are lacking.

**Keywords** Outcome and Process Assessment, Health Care. Health Care Evaluation Mechanisms. Contracts. Health Management. Public-Private Sector Partnerships. Health Care Quality, Access, and Evaluation. Health Impact Assessment. Systematic Review.

## **Introdução**

Baseado em experiências internacionais anteriores de reformas da administração pública, principalmente as ocorridas na Europa por volta da década de 1980, um movimento de reforma do Estado também ocorreu no Brasil com características neoliberais, especialmente ligado às privatizações e ao encolhimento das funções exclusivas do Estado<sup>1</sup>. Este movimento internacional de “reformas do Estado” (que na realidade foram apenas ‘reformas administrativas’) estava em consonância com a dissolução do ‘Estado Social Capitalista’ europeu<sup>2</sup> em virtude da queda da taxa de lucro que já vinha assolando o capitalismo mundial desde década de 60<sup>3</sup>.

É neste cenário do capitalismo mundial nos países centrais que um dos objetivos iniciais desta (contra)reforma administrativa foi reduzir a capacidade do Estado em salvaguardar os direitos relacionados ao trabalho e à vida social (direitos de segunda geração). No caso do Brasil, o direito à saúde como um direito social inscrito na constituição federal de 1988 foi um dos direitos atingidos por essa contrarreforma esvaziando o *ethos* público dos serviços de saúde tanto do ponto de vista da prestação quanto da gestão destes serviços.

Para os defensores da contrarreforma, pensando no campo da saúde pública, os argumentos residiam na maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais e à contratação de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, e, além disso, da possibilidade de priorizar uma ‘gestão baseada em resultados’, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados<sup>1</sup>. No Brasil, a redução do tamanho do Estado se daria em diversas modalidades, mas principalmente com a modificação da natureza jurídica dos de serviços direcionado ao direito privado a relação jurídica entre gestão, trabalhadores e prestação dos serviços na saúde pública.

Impulsionada por Fernando Henrique Cardoso (FHC) e idealizada por Luiz Carlos Bresser-Pereira, no Brasil, nos anos de 1995 ocorre a contrarreforma administrativa do Aparelho do Estado. Esta, que tinha, dentre vários objetivos, o da descentralização e transferência da execução de atividades desenvolvidas pelo Estado para iniciativa privada, incluindo a saúde<sup>4</sup>, passou a ser o exemplo a ser seguido pelas esferas subnacionais nos anos subsequentes. A partir desta contrarreforma foram criadas através das leis n. 9637/98 e lei n. 9790/99, as Organizações Sociais (OS) e as Organizações Sociais da Sociedade Civil de Interesse Público (OSSCIP) na estrutura organizativa da administração pública<sup>1</sup>.

As OS caracterizam-se, formalmente, como entidades civis de interesse social e utilidade pública, de direito privado, sem fins lucrativos, que têm sua relação com o poder público pautada através do contrato de gestão, que prevê como se dará a prestação do serviço cedido pelo Estado à entidade civil. Este contrato de gestão detalha sobre multas em caso de descumprimento do acordo, resultados esperados, prestação de contas, processos de fiscalização entre outros pontos da prestação do serviço<sup>1,4</sup>. As OS foram criadas, segundo os documentos oficiais, com a premissa de que exerceriam atividade pública descentralizada e ofereceriam maior autonomia e flexibilidade ao serviço público com vistas a aumentar sua eficiência e qualidade.

Segundo Barbosa e Elias<sup>4</sup>, a existência de metas nos contratos de gestão permite, por um lado, a melhor avaliação do desempenho das OS e indica os critérios de eficiência nos quais ela atua, mas por outro lado, gera uma cobrança excessiva e desvincula o alcance dos resultados projetados de um suposto impacto sobre os indicadores de saúde da população<sup>4</sup>. Essa cobrança excessiva gerada para o cumprimento das metas refere-se principalmente àquela exercida sobre os profissionais da saúde, pois modelos de gerenciamento mais flexíveis – como o proporcionado pelas OS – seguem a lógica da economia de mercado, que regula as relações de trabalho minorando os cuidados necessários à saúde dos trabalhadores para poder gerar aumento da carga e do ritmo de trabalho<sup>5</sup>. Estas organizações focam na melhoria do desempenho para atingir as metas e resultados almejados, contudo é importante ressaltar que o alcance dos resultados vem acompanhado de mecanismos de ganhos/perdas de incentivos dispostos nos contratos de gestão<sup>6,7</sup>. Assim, em última instância, o desempenho fica resumido apenas à uma gradação de resultados, à produtividade e à quantidade de trabalho, deixando de funcionar como ferramenta gerencial para qualificar o serviço, não contribuindo para a tomada de decisão por não expressar a complexidade dos sistemas de saúde<sup>6,7</sup>.

Ao abordar o alcance de metas das organizações de serviços de saúde, é preciso pensar em formas de avaliação do desempenho e da qualidade dos serviços prestados. Ao pensar em qualidade temos que, segundo Bonato:

‘Qualidade’ é um termo utilizado por diversos especialistas, sob diferentes perspectivas, tendo como ponto comum identificar focos que promovam seu desenvolvimento na gestão institucional. A busca de um conceito único torna-se algo difícil, especialmente na área da saúde. À medida que a gestão da qualidade em saúde se organiza, é evidente o benefício que gera ao cliente, quer seja no setor público, quer no privado.<sup>8</sup>

O referencial teórico mais utilizado para a avaliação da qualidade em saúde é o proposto por Avedis Donabedian, médico que criou um modelo conceitual próprio, que aborda as seguintes dimensões: Estrutura, Processo e Resultados<sup>9,10</sup>. Para ele, usar indicadores que representassem as três abordagens seria a melhor forma de avaliar a qualidade, levando em consideração que, mesmo dessa forma, poderia ser representada uma versão simplificada da realidade em saúde, por ser algo tão complexo<sup>9,10</sup>. No que se refere à Estrutura, tem-se que ela poderia possibilitar o desenvolvimento de um adequado processo de cuidados com resultados favoráveis; já o Processo se baseia na expressão da aplicação do conhecimento existente e de tecnologias disponíveis no cuidado que podem resultar em efeitos favoráveis na saúde; e, os Resultados são o que se refere à promoção, proteção e a recuperação da saúde, e também a satisfação do paciente decorrente dos cuidados prestados<sup>9,10</sup>.

Para Donabedian, a qualidade em saúde seria composta por atributos como: cobertura, acessibilidade e equidade, que se relacionam à disponibilidade e distribuição social dos recursos de saúde; eficácia e efetividade, que seriam os efeitos das ações e práticas implementadas; eficiência, relacionada aos custos das ações em saúde; técnico-científico, relacionado à adequação das ações ao conhecimento e tecnologias disponíveis; e aceitabilidade, ligada à percepção do usuário e o conceito de satisfação<sup>9,10</sup>. A avaliação desses atributos pode auxiliar na estimativa do impacto esperado de determinadas práticas em relação aos problemas de saúde a elas vulneráveis<sup>10</sup>. Conhecer os conceitos de Donabedian e aplicá-los à análise dos contratos de gestão e do serviço ofertado pelas OS pode demonstrar os reais impactos desse modelo de gestão na assistência à saúde.

Numa busca inicial da literatura é possível notar a existência de estudos que descrevem características das OS e falam sobre a contrarreforma do Estado. Outras pesquisas específicas abordam a qualidade em serviços de saúde e uso de ferramentas para melhoria gerencial e para sua mensuração além dos estudos que comparam o desempenho de serviços administrados por OS e pela administração direta do Estado, no entanto pouco se discute sobre a relação entre os contratos de gestão, seu cumprimento e o real aumento da qualidade na saúde. Diante deste contexto, este trabalho visa contribuir com a investigação e levantamento da literatura sobre a relação existente entre o cumprimento das metas estabelecidas nos contratos de gestão e a qualidade da atenção à saúde prestada à população de maneira geral.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática integrativa da literatura, escolhida como método por ser realizada de forma sistemática e rigorosa através da síntese de achados provenientes de pesquisas desenvolvidas a partir de diferentes metodologias, tanto qualitativas quanto quantitativas, sobre uma mesma temática, possibilitando inferências e interrelação dos resultados de forma crítica para produzir novo conhecimento integrado<sup>11</sup>. No caso desta revisão o objetivo é analisar se existe relação entre o cumprimento de metas quantitativas dos contratos de gestão e a qualidade da atenção à saúde.

### *Fonte dos dados e Estratégia de busca*

Esta revisão é norteada pelo questionamento “o que a literatura científica apresenta sobre o cumprimento das metas quantitativas dos contratos de gestão e sua relação com a qualidade da atenção à saúde?”. A partir da pergunta foram delimitados itens-chave derivados dos descritores formalmente catalogados através da plataforma Descritores em ciências da saúde (<http://decs.bvs.br/>).

Ficaram definidos os termos-chave e os descritores da seguinte maneira:

Item-chave	Descritores	Polo
Metas	Objetivos; Objetivos Organizacionais; Benchmarking; Desempenho profissional; Avaliação em Saúde; Avaliação de Desempenho Profissional; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Avaliação de Recursos Humanos em Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Indicadores de Serviços; Indicadores Básicos de Saúde; Indicadores de Gestão; Eficiência Organizacional; Análise Custo-Eficiência; Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente.	Fenômeno
Contrato de gestão	Administração de Serviços de Saúde; Gerenciamento da Prática Profissional; Gestão em Saúde; Governança Clínica; Gestão de Recursos da Equipe de Assistência à Saúde; Gestão da Saúde da População; Administração em Saúde Pública; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Administração em Saúde; Administração de Instituições de Saúde; Economia e Organizações de Saúde; Organizações de Planejamento em Saúde; Organizações sem Fins Lucrativos; Organizações em Saúde; Privatização; Parcerias Público-Privadas; Modernização do Setor Público; Contratos; Serviços Contratados.	População
Qualidade	Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Controle de Qualidade; Qualidade da Assistência à Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Gestão da Qualidade Total; Gestão da Qualidade; Melhoria de Qualidade; Avaliação do Impacto na Saúde.	Contexto

Quadro 1. Itens-chave da pergunta de pesquisa, descritores derivados dos itens-chave e polo da estratégia de busca que cada um dos itens representa. 2020.

Fonte: elaboração dos autores

A etapa seguinte foi realizar testes exploratórios com os descritores para verificar sua utilização pela comunidade científica, primeiro avaliando cada descritor individualizado e depois combinando todos os descritores do item-chave “metas” com todos os demais descritores dos outros termos-chave utilizando o operador Booleano “AND”.

Após a fase de testes, construiu-se a sintaxe de pesquisa de maneira ampla, sistematizada e reproduzível. Dentro de um mesmo item-chave foi utilizado o operador Booleano “OR” entre os descritores, com o objetivo de tornar a busca abrangente, e na combinação entre os itens-chave, o operador Booleano “AND” para restringir os resultados e contemplar os polos população, fenômeno e contexto determinados pela pergunta de pesquisa. Realizou-se a busca bibliográfica na *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)* (<http://bvsalud.org/>), escolhida por integrar diferentes bases de dados bibliográficas de informação em saúde. A seguir estão expostos os resultados das buscas.

A composição da sintaxe final foi feita com uso do operador Booleano “AND” conectando os três polos e chegando em 1.041 estudos identificados para posterior análise, ficando da seguinte forma: *(mh:(mh:(“objetivos” OR “objetivos organizacionais” OR “benchmarking” OR “desempenho profissional” OR “avaliacao em saude” OR “avaliacao de desempenho profissional” OR “pesquisa sobre servicos de saude” OR “avaliacao de processos e resultados em cuidados de saude” OR “avaliacao de programas e projetos de saude” OR “avaliacao de processos em cuidados de saude” OR “avaliacao de resultados em cuidados de saude” OR “mecanismos de avaliacao da assistencia a saude” OR “avaliacao de recursos humanos em saude” OR “indicadores de qualidade em assistencia a saude” OR “indicadores de servicos” OR “indicadores basicos de saude” OR “indicadores de gestao” OR “eficiencia organizacional” OR “analise custo-eficiencia” OR “medidas de resultados relatados pelo paciente”))) AND (mh:(mh:(“administracao de servicos de saude” OR “gerenciamento da pratica profissional” OR “gestao em saude” OR “governanca clinica” OR “gestao de recursos da equipe de assistencia a saude” OR “gestao da saude da populacao” OR “administracao em saude publica” OR “políticas, planejamento e administracao em saude” OR “administracao em saude” OR “administracao de instituicoes de saude” OR “economia e organizacoes de saude” OR “organizacoes de planejamento em saude” OR “organizacoes sem fins lucrativos” OR “organizacoes em saude” OR “privatizacao” OR “parcerias publico-privadas” OR “modernizacao do setor publico” OR “contratos” OR “servicos contratados”))) AND (mh:(mh:(“garantia da qualidade dos cuidados de*

*saude" OR "controle de qualidade" OR "qualidade da assistencia a saude" OR "qualidade, acesso e avaliacao da assistencia a saude" OR "gestao da qualidade total" OR "gestao da qualidade" OR "melhoria de qualidade" OR "avaliacao do impacto na saude"))))*

Com a finalização da sintaxe seguiu-se o processo de seleção dos estudos identificados seguindo o fluxograma PRISMA apresentado abaixo:

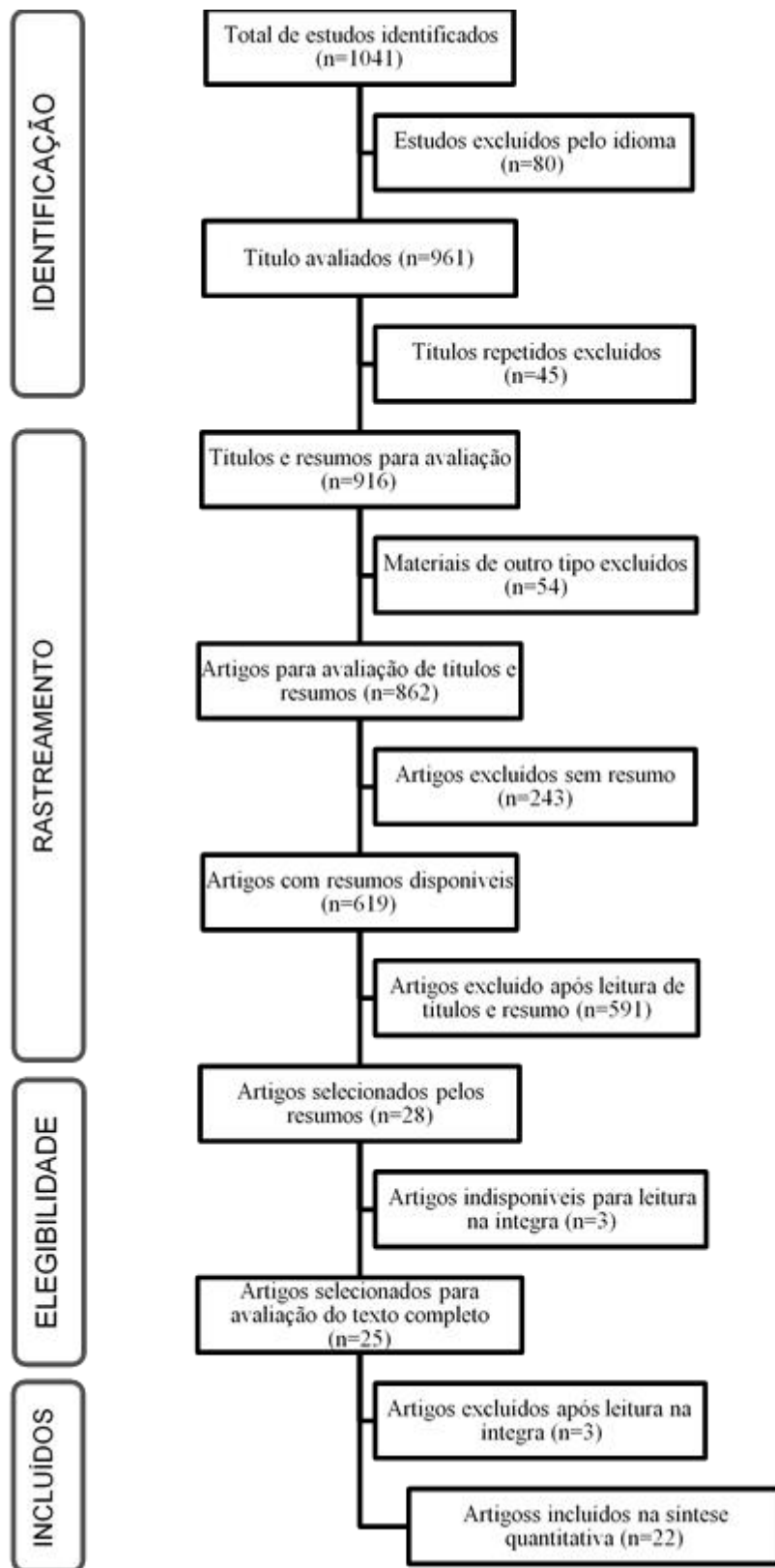


Figura 1. Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão. 2021.

Fonte: elaboração dos autores.



Na primeira etapa do fluxograma, relacionada à identificação dos estudos, foram excluídos os títulos escritos em outras línguas que não fossem a inglesa, portuguesa ou espanhola, sendo um total de 80 títulos divididos nos seguintes idiomas: 11 em chinês, 11 em árabe, 15 em russo, 18 em francês, 3 em italiano, 1 em polonês e 21 em alemão. Por conseguinte, foram descartados 45 títulos duplicados e passou-se para a fase de rastreamento com a análise do tipo de estudos disponíveis de 916 títulos. Nesta etapa foram excluídos outros 54 títulos que não se apresentavam no formato de artigo, sendo 13 teses, 20 monografias, 5 livros, 3 dissertações e 13 relatórios de congressos e eventos.

Os próximos passos foram a exclusão de 243 artigos que não apresentavam resumo e a leitura de títulos e resumos disponíveis. Após a leitura, 591 títulos foram descartados por não se relacionarem com o questionamento que norteia esta pesquisa. Estes artigos tratavam de temas como gestão da qualidade total, uso de diversas ferramentas para mensuração da qualidade, sobre o desempenho de programas e serviços de saúde específicos, relação custo-benefício em diferentes contextos, pagamento por performance médica, descrição e análise dos sistemas de saúde de diferentes localidades, gerenciamento de projetos e de processos de trabalho na área da saúde, sobre governança clínica e características dos gestores em saúde, sobre acreditação e auditoria de serviços de saúde, uso de indicadores para análise da assistência à saúde, desenvolvimento de habilidades gerenciais e habilidades dos profissionais e outros assuntos que não tratavam da relação entre cumprimento de metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde. Esta fase resultou em 28 artigos para análise.

Na fase de elegibilidade, 3 artigos foram excluídos por não estarem disponíveis para leitura na íntegra e restaram 25 artigos para avaliação do texto completo. Após leitura na íntegra, outros 3 artigos foram excluídos por não se relacionarem com o objeto de pesquisa, restando 22 artigos para análise.

### *Análise de dados*

O processo de análise dos dados dos 22 artigos incluídos seguiu a realização do método da revisão integrativa, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e sintetização das conclusões dos dados. A extração de dados foi concluída de forma independente por 2 revisores (M.V.M. e L.C). O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão de pesquisa que norteou essa revisão.

Os dados extraídos dos artigos incluem autor (ano de publicação), país, metodologia utilizada, objetivo, principais resultados e os elementos que relacionam o

artigo com a pergunta de pesquisa: metas e seus cumprimentos, tipo de contrato de gestão (contratualização) e a ideia de qualidade. Para completar estas informações identificou-se também o nível de atenção à saúde que a contratualização acontecia (quando o artigo mencionava). A integração dos dados foi operacionalizada pelo método da análise temática. Esse método foi escolhido porque a tipologia dos manuscritos permitia uma integração mais refinada dos dados. Assim, organizou-se os temas para cada elemento a seguir: metodologia (para discutir a qualidade e a força das evidências), a relação entre objetivos e resultados encontrados (ressaltando as metas e seu cumprimento), o elementos específicos da pergunta de pesquisa (as metas, o cumprimento das metas, o tipo de contratualização e a ideia de qualidade da atenção). Por fim, os aspectos mais focados nas características do uso das metas e seus cumprimento nos contratos como: presença de um estudo de linha-base, multas e punições, bonificação, tipos de metas (quantitativas ou qualitativas) e se o cumprimento da meta impacta na qualidade da atenção foram analisados. A elaboração dos temas tem a função de facilitar a integração cujos conteúdos são semelhantes.

## **Resultados**

A partir das informações extraídas dos artigos incluídos na revisão, elaborou-se dois quadros-síntese que proporcionam a análise comparativa dos estudos e a maneira como se relacionam com o questionamento desta revisão sistemática integrativa.

Os artigos são em sua maioria estudos de caso e abrangem diversos países – existindo representantes de todos os continentes –, com características culturais, socioeconômicas, epidemiológicas e de sistemas de saúde diferentes entre si. Também foi diverso o nível de atenção à saúde abordado nos artigos, sendo que o mais citado era a Atenção Primária à Saúde. Essa diversidade sugere o quanto o fenômeno de contratualização é comum e tem ganhado espaço dentro de diferentes sistemas de saúde.

Para a maioria dos estudos a qualidade é reduzida à ideia de cumprir metas e atingir determinados indicadores. Apenas um artigo<sup>20</sup> aborda a avaliação da qualidade seguindo o referencial teórico proposto por Avedis Donabedian e outro artigo<sup>25</sup> menciona uma definição utilizada para qualidade dos cuidados em saúde, além de citar a Teoria das falhas do contrato ao comparar organizações com e sem fins lucrativos. Um dos artigos<sup>16</sup> especifica o que seria um sistema de saúde de qualidade, trazendo a importância do acesso, eficácia e eficiência, conceitos que também são citados pelo artigo de Ashton et al, 2004<sup>27</sup>.

Para melhor apreciação dos resultados, os artigos foram classificados em três grupos distintos. O primeiro grupo compreende os estudos que tangenciam o objeto desta pesquisa<sup>13,14,20,22,23,25</sup>, ou seja, discorrem sobre contratualizações e relação entre público e privado, porém não tratam das metas estabelecidas neste tipo de contrato e não as relaciona com avaliações de qualidade em saúde. Neste grupo os artigos tratam principalmente da análise do papel das organizações sem fins lucrativos e da comparação entre instituições com fins lucrativos, da definição do modelo de parceria público-privada e da percepção divergente que diferentes atores da saúde (profissionais públicos e privados, gestores e acadêmicos) têm sobre esse modelo, comparação da qualidade entre serviços ofertados por ente público e privado, avaliação de critérios de seleção de organizações não governamentais para escolha da parceria mais eficiente, riscos e benefícios e casos de sucessos e fracassos da implementação de parcerias público-privadas.

O segundo grupo abarca os artigos<sup>12,15,16,17,18,21,26,27,30,31,32,33</sup> que respondem parcialmente ao questionamento desta revisão, visto que citam as metas ou citam seus cumprimentos no contrato de gestão, mas não aprofundam a maneira como são mensurados ou não possuem metas claras estabelecidas. Outro ponto a ser mencionado é que este grupo contém artigos que ou não abordam a qualidade dos serviços de saúde estudados ou a mensura sem nenhum tipo de relação com as metas referidas.

O terceiro grupo contém os artigos<sup>19,24,28,29</sup> que respondem diretamente ao objeto desta pesquisa. A partir deles podemos estabelecer a relação entre cumprimento das metas quantitativas dos contratos de gestão e a qualidade da atenção à saúde. Dos quatro estudos apresentados, dois deles<sup>24,29</sup> não estabelecem nenhuma relação de impacto entre metas e qualidade e outros dois não<sup>19,28</sup> estabelecem relação, pois a forma de mensurar a qualidade e os indicadores utilizados divergem daqueles estabelecidos como meta nos contratos.

Uma segunda análise foi realizada e as informações obtidas com os artigos presentes no terceiro grupo deu origem a outro quadro, que aprofunda a análise sobre metas e seus cumprimentos nos contratos, especificando os indicadores contidos nas metas quantitativas e qualitativas, a existência de multas ou de bonificações de acordo com o desempenho apresentado e o impacto proporcionado na qualidade em saúde.

Nenhum desses estudos citou a presença de metas qualitativas nos contratos e dois<sup>19,29</sup> não apresentavam multas ou punições caso as metas não fossem atingidas.

Quadro 2. Síntese dos artigos incluídos segundo autor/ano, país, método, objetivo, principais resultados, metas e seus cumprimentos, tipos de contratualização e ideia de qualidade. 2020.

Autor/Ano	País	Método	Objetivo	Principais Resultados	Metas e seus Cumprimentos		Tipo de Contratualização	Ideia de Qualidade	Nível de atenção
					Metas	Cumprimentos			
Field et al, 2018 <sup>12</sup>	Papua-Nova Guiné	Estudo de caso	Avaliar quantitativamente e qualitativamente as mudanças na prestação dos serviços de saúde após implementação de parceria público-privada.	Melhora dos indicadores dos serviços de saúde em comparação ao período anterior à implementação da parceria público-privada.	Aumento dos indicadores: taxa de pacientes ambulatoriais, imunização, planejamento familiar, atendimento pré-natal e partos supervisionados. Não especifica o quanto de aumento a ser alcançado. Melhora dos equipamentos e infraestruturas das unidades de saúde.	Não contempla.	Similar ao contracting-out e à parceria p-ublico privada (PPP), mas difere por ser contratada por uma ONG em nome da comunidade que financia o programa.	Realizou apenas avaliação qualitativa da percepção dos profissionais de saúde através de entrevista semi-estruturada, que incluía tópicos sobre as mudanças percebidas após a PPP, barreiras e facilitadores para fornecer serviços de saúde de qualidade.	APS
Top e Sungur, 2018 <sup>13</sup>	Turquia	Estudo de caso - qualitativo	Definir o modelo de PPP, identificando as visões dos <i>stakeholders</i> e associando com as políticas de saúde. Avaliar um dos projetos (em hospitais) para determinar as vantagens e desvantagem do modelo.	Funcionários de ONGs e servidores públicos tendem a ter uma visão negativa das PPP, enquanto acadêmicos, funcionários do setor privado e alto-escalão público têm uma visão positiva. A maioria dos entrevistados acreditava que o modelo PPP era adequado para os “ <i>integrated health-campus</i> ” na Turquia.	Não contempla.	Não contempla.	Build-rent-transfer (concessão)	Não contempla.	Terciária
Almeida, 2017 <sup>14</sup>	Portugal	Revisão sistemática + estudo de caso	Analisar o papel das organizações sem fins lucrativos nos sistemas de saúde, comparando com as organizações lucrativas.	O retorno da administração dos hospitais em Portugal para o controle das Santas Casas (organizações sem fins lucrativos) melhorou o acesso e a eficiência sem comprometer a qualidade do atendimento.	Não contempla.	Não contempla.	<i>Contracting out</i> (similar a OS). <i>Profit and no-profit</i>	Não contempla. Apenas cita a qualidade ao falar de organizações com e sem fins lucrativos. Sem referencial teórico.	Terciária
Gardner et al, 2016 <sup>15</sup>	Austrália	Revisão sistemática	Avaliar as evidências do impacto do comissionamento nos serviços de saúde, qualidade, resultados e valor financeiro considerando os achados no contexto australiano.	Existem poucos estudos sobre o monitoramento e avaliação do desempenho dos contratos. Há poucas evidências da eficácia do comissionamento e os impactos são contexto-dependente.	Não contempla.	Não contempla.	Comissionamento	Recomenda ênfase em mensurar resultados clínicos e experiência do paciente para resultar em melhora da qualidade do atendimento.	Todos os níveis
O'Brien et al, 2016 <sup>16</sup>	Austrália	Estudo de caso	Descrever o modelo de comissionamento implementado no Sul da Austrália.	Melhora da prática clínica, redução do número de internações hospitalares e melhora do cuidado em todo o sistema de saúde obtidos com o comissionamento.	Não contempla. Enfatiza a importância de se estabelecer metas e avaliar resultados de forma geral. Também cita que as metas variam pela especificidade de cada oferta de serviço de saúde (exemplo de centros de tratamento de câncer).	Fala sobre desenvolver de um sistema de dados para monitorar os resultados e pontua que a estrutura de gestão de desempenho precisa evoluir. Contratos ainda precisam melhorar para garantir maior responsabilidade quando o comissionamento tem um desempenho inferior às metas estabelecidas.	Comissionamento	Princípios de um sistema de saúde de qualidade: centrado no paciente, seguro, eficaz, acessível, eficiente, equitativo.	Todos os níveis

Barbosa e Malik, 2015 <sup>17</sup>	Brasil	Estudo qualitativo baseado na tríade tese-antítese-síntese para construção da análise crítica	Responder por quais razões o processo de contratação de PPP em saúde tem apresentado dificuldades em sua implantação e contratação.	Algumas das razões são: assimetria de informações entre as organizações públicas e privadas; novidade do modelo e limitação jurídica associada ao novo modelo de contratação; insuficiente capacidade de execução de estudos gerenciais em epidemiologia para modelagem de projetos que atendam às necessidades em saúde da população; indefinição do modelo de gestão da PPP.	Não contempla. Cita a existência dos contratos de gestão e algumas de suas características, como a pactuação de metas.	Não contempla. Cita que nem todos os contratos possuíam indicadores de desempenho a serem monitorados.	PPP	Não contempla.	Todos os níveis de atenção.
Lee e McKee, 2015 <sup>18</sup>	Costa Rica	Estudo de caso	Avaliar se a descentralização afetou a eficiência clínica e a saúde da população. Comparar regiões que permaneceram centralizadas em relação às descentralizadas.	Redução do custo nas áreas descentralizadas sem afetar os indicadores de saúde da população de forma negativa (também não houve aumento significativo quando comparado com as áreas centralizadas), portanto, melhora apenas na eficiência.	Não contempla. Não deixa claro quais valores deveriam ser atingidos.	Incentivo de 10% do orçamento da clínica ou hospital com base em medidas de qualidade de cuidados de saúde e utilização de recursos, incluindo taxas de infecções intra-hospitalares, taxas de readmissão, duração média das listas de espera, taxa de absenteísmo de profissionais de saúde, tempo médio de internação.	Agenciamento	Qualidade baseada em métricas como número de altas, procedimentos ambulatoriais e readmissões (variáveis avaliadas pelo estudo e não exatamente do contrato de gestão).	Terciária
Heard et al, 2013 <sup>19</sup>	Bangladesh	Estudo de caso	Avaliar a expansão da APS em Bangladesh comparando áreas administradas por uma ONG e pelo governo local.	Houve melhora nas áreas administradas tanto pela ONG quanto pelo setor público, mas alguns indicadores foram maiores na área administrada pela ONG. Limitações metodológicas podem ter influenciado os resultados.	Contrato inclui 9 indicadores: porcentagens de cobertura vacinal infantil, cobertura de vitamina A, tratamento para insuficiência respiratória aguda, tratamento para diarreia, de mães capazes de citar espontaneamente 3 métodos anticoncepcionais modernos, cobertura de cuidados pré-natais, taxa de prevalência de contraceptivos, cobertura vacinal contra tétano, partos com assistência especializada.	Não contempla. O pagamento para a ONG não era diretamente ligado aos indicadores e o contrato poderia ser encerrado por mau desempenho.	<i>Contracting out</i> (similar a OS) com ONGs	Avaliada através de uma pesquisa realizada nos centros de atenção primária, analisava pontuações que combinavam diferentes medidas individuais. As pontuações eram: infraestrutura, serviços disponíveis, programas de saúde, suprimento de medicação, disponibilidade das medicações essenciais, disponibilidade de todos os métodos anticoncepcionais, treinamento e experiência dos profissionais, conhecimento médico sobre tratamentos de saúde, conhecimento de sinais e sintomas por todos profissionais de saúde, conhecimento dos profissionais sobre planejamento familiar e sobre calendário de imunização, supervisão e ambiente de trabalho. Não identifica nenhum referencial teórico.	APS

Souza e Scatena, 2013 <sup>20</sup>	Brasil	Estudo multicaso descritivo, com abordagem quantitativa (parte de doutorado)	Avaliar a qualidade da assistência hospitalar prestada por dez hospitais que compõem o mix público-privado do SUS no Estado de Mato Grosso.	Nesta avaliação, utilizando o roteiro de padrões de conformidade do PNASS, destacaram-se os hospitais públicos geridos por OSS e os filantrópicos. Ressalta-se que nenhum dos hospitais privados estudados apareceu entre aqueles com maiores pontuações, pelo contrário, geralmente eles estavam representados entre os que obtiveram menores pontuações.	Não contempla.	Não contempla.	OS	Relacionado ao programa nacional de avaliação dos serviços de saúde PNASS (baseado no modelo de estrutura, processos e resultados)	Terciária
Gridley et al, 2012 <sup>21</sup>	Reino Unido	Aborda dois estudos qualitativos	Explorar as principais premissas que sustentam o desenvolvimento contínuo do gerenciamento por GP ( <i>General Practitioner</i> – Médico de Família) em serviços de saúde.	Sugere que nem sempre os GPs são os coordenadores do cuidado em todas as questões de saúde e que o gerenciamento por esses grupos não estará sujeito à gestão de desempenho, o que levanta a questão de como padrões de qualidade serão atendidos.	Não contempla. Ainda não estabelecidas, mas cita algo sobre reduzir dias de internação em 5% em 3 anos; promover saúde infantil próximo ao domicílio.	Não contempla. Cita que incentivos financeiros podem ajudar a alcançar resultados, mas quais seriam os resultados e como o incentivo seria ofertado ainda não foi estabelecido.	CCG - <i>Clinical Commissioning Groups</i>	Baseada nos padrões do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), mas ainda não implementada.	Secundária e terciária
Heard et al, 2011 <sup>22</sup>	Índia	Estudo de caso	Avaliar o processo de contratação avaliando a seleção das ONGs e o seus desempenhos. Determinar se poderiam ser usados critérios de seleção mais eficientes.	A experiência no treinamento dos profissionais e a qualidade da proposta do projeto da ONG foram preditores significativos do seu desempenho, já as medidas de estabilidade financeira da ONG não serviam como preditores. Interessante que o indicador de experiência da ONG não foi um bom preditivo.	Não contempla. Cita como as ONGs seriam avaliadas: de acordo com a gestão de suas unidades e o alcance de indicadores como cuidados pré-natais, imunização e outros.	Não contempla.	ONGs. <i>Contracting out</i> (similar a OS)	Não contempla.	APS
Sekhri et al, 2011 <sup>23</sup>	EUA	Ensaio descritivo	Descrever o modelo integrado de parceria público-privada detalhadamente, evidenciando os potenciais riscos e benefícios. Descrever como esse modelo difere de outros tipos de parcerias, dar exemplos de parcerias em vários países e examinar sucessos e fracassos.	Não apresenta. Sem resultados por não se tratar de um estudo empírico.	Não contempla. Apenas cita a existência de metas neste tipo de parceria.	Não contempla. Apenas cita que o parceiro privado é pago com base nos resultados de seu desempenho e fica responsável por atender à padrões de qualidade.	PPP	Não contempla. Não cita nenhum referencial teórico e nem qual seria sua ideia de qualidade.	Não específica
Jacobs et al, 2010 <sup>24</sup>	Camboja	Estudo de caso	Descrever e analisar a transição dos serviços de saúde administrados por ONGs para administração governamental.	Foi possível a transição da administração da ONG para o governo com melhora dos indicadores traçados para avaliação. Isso foi facilitado através da gestão de desempenho e a vinculação desse com a remuneração de profissionais, além de incentivos nos programas verticais de saúde, envolvendo todos os atores da saúde.	Consultas, consulta de pré-natal, partos nas unidades de saúde, uso de contraceptivo e imunização.	Não contempla. Cita que os contratos possuíam indicadores e recompensas financeiras por seus alcances, formas de monitoramento, prazos e nível de aceitação de desempenho.	Modelo híbrido entre <i>contracting out</i> (similar a OS) e <i>contracting in</i> . Transição da administração pela ONG para um sistema operado pelo governo.	Associa melhor desempenho com a remuneração dos profissionais e cita preocupação com a qualidade do cuidado prestado. Não relaciona com o cumprimento de metas.	Todos os níveis de atenção. Foco na APS

Haldiman e Tzeng, 2010 <sup>25</sup>	EUA	Estudo transversal	Investigar as diferenças das médias das medidas de qualidade entre as agências de cuidado domiciliar com e sem fins lucrativos em Michigan.	As organizações com fins lucrativos tiveram melhor desempenho.	Não contempla.	Não contempla.	Não contempla.	Define qualidade dos cuidados em saúde como “um equilíbrio ideal entre as possibilidades realizadas e uma estrutura de normas e valores.” “The contract failure theory” - teoria econômica que explica a diferença entre organizações com e sem fins lucrativos.	Atenção domiciliar
Ameli e Newbrander, 2008 <sup>26</sup>	Afganistão	Estudo transversal	Pesquisar os efeitos das mudanças na utilização e na qualidade dos serviços de saúde em relação aos custos do BPHS <i>Basic Package of Health Services</i>	O acesso aos serviços de saúde pode ser estendido por meio de mecanismos de contratação em um estado de pós-conflito, mesmo na presença de problemas de segurança. As características dos serviços de saúde, sua qualidade, distância geográfica e situação de segurança não explicam as variações no custo per capita. Usar esses parâmetros para um planejamento não implicaria numa melhor alocação de recursos.	Não cita claramente. Fala apenas que segurança e isolamento foram considerados fatores importantes do custo do contrato por acreditarem que fosse mais caro fornecer serviços de saúde em áreas remotas e menos seguras.	Não contempla.	<i>Contracting out</i> (similar a OS) com ONGs. Financiado pelo USAID ( <i>United States Agency for International Development</i> ).	Baseada na satisfação dos usuários, na disponibilidade de profissionais do sexo feminino (importante devido fatores culturais) e disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades de saúde.	Foco na APS, mas compreende serviços de todos os níveis de atenção.
Ashton et al, 2004 <sup>27</sup>	Nova Zelândia	Estudo de caso	Descrever o processo de contratação na Nova Zelândia e analisar alguns de seus impactos.	A contratação contribui para melhoria da gestão e resultados do sistema público. Os contratos ajudaram a aumentar o foco nos custos e em métodos para aumentar a qualidade, além de melhorar a especificação dos serviços que deveriam ser ofertados pela terceirizada.	Não contempla. variava em cada contrato; ausência de diretrizes. Não especifica quais metas deveriam ser alcançadas	Não contempla. não avaliou se houve o cumprimento em cada contrato	1. entre <i>Regional Health Authorities RHA</i> e <i>Crown Health Enterprises CHE (privadas)</i> . 2. Entre <i>Health Funding Authority HFA</i> e <i>Hospital and Health services HHS</i> (organizações sem fins lucrativos)	A maioria dos contratos incorporou alguma avaliação de qualidade. De maneira geral incluíam categorias relacionadas ao acesso, eficácia, eficiência e segurança. Também não havia diretrizes para avaliação da qualidade posta nos contratos.	Diferentes níveis

Soeters e Griffiths, 2003 <sup>28</sup>	Camboja	Estudo de caso	Descrever a experiência no Camboja em um dos distritos submetidos ao <i>contracting in</i> .	As famílias passaram a gastar menos com saúde com outros provedores e aumentaram a procura pelos serviços públicos de saúde. O modelo <i>contracting-in</i> foi mais eficiente que a administração governamental, porém o <i>contracting-out</i> foi superior à todos. Pagar os profissionais de saúde por desempenho se mostrou a melhor opção.	Detalha a forma de incentivo financeiro e pagamento dos profissionais de saúde. Continua metas financeiras e metas como cobertura de EPI, número de pacientes com tuberculose internados, porcentagem de diagnóstico e tratamento corretos.	Não contempla. Não havia um sistema adequado de monitoramento dos indicadores não-financeiros.	Foco no <i>contracting in</i> com ONG. Compara com o <i>contracting out</i> e com <i>reference districts</i> (operavam sob a estrutura de gestão governamental padrão e serviam como grupo controle para comparação)	Associa a melhora da qualidade com a melhora dos indicadores de cobertura dos serviços de saúde. Os indicadores eram: partos em unidades de saúde; duas ou mais visitas de cuidado pré-natal com verificação da pressão arterial; conhecimento de 4 ou mais métodos de planejamento familiar; uso de método contraceptivo por mulheres com filhos entre 12-23 meses; imunização total das crianças; crianças com diarreia que recebem reidratação oral. Num segundo momento passa a avaliar os serviços de saúde em critérios de qualidade (higiene, práticas de esterilização, diagnóstico e tratamento corretos), satisfação do paciente, ausência de fraudes nas estatísticas dos serviços. Sem referencial teórico.	Todos os níveis de atenção.
Abramson, 2001 <sup>29</sup>	Costa Rica	Estudo de caso	Analisar a experiência da Costa Rica em monitorar e avaliar os contratos entre uma cooperativa e o ministério da saúde na atenção primária à saúde.	Não há dados suficientes para falar do aumento da qualidade porque eles avaliaram apenas como “sim” ou “não”. A avaliação do desempenho do contratado não estava ligada aos resultados além dos relacionados à utilização dos serviços.	Definidas em 3 categorias: organização, qualidade e prestação direta de serviços. Cada um com indicadores específicos para análise.	Estipula que os resultados gerais de uma avaliação de 6 meses inferior a 90% do acordo teriam um impacto direto e proporcional de até 2,5% sobre o orçamento disponível para os 6 meses seguintes.	cooperativa COOPESALUD. <i>Contracting out</i> (similar a OS)	Mensurada em termos de oportunidade, continuidade, adequação, acessibilidade e satisfação do usuário. Avaliada apenas com “sim” ou “não”. As avaliações aplicadas não forneciam dados úteis sobre melhoria da qualidade do cuidado e da eficiência.	APS
Charlesworth, 2001 <sup>30</sup>	Reino Unido	Estudo de caso	Descrever como tem sido desenvolvidas e gerenciadas as parcerias entre organizações públicas e privadas na melhora da saúde e da APS.	Percepção de que há uma série de tensões e conflitos que não contribuem para a política de parceria.	Não contempla. Apenas cita que o Himp ( <i>Healthcare Improvement Programme</i> ) é a estratégia para cumprir as metas nacionais de saúde, mas não detalha quais.	Não contempla.	<i>Contracting out</i> (similar a OS)	Não contempla.	APS
Feldman, 1998 <sup>31</sup>	EUA	Ensaio descritivo	Compara como os cuidados em saúde mental eram fornecidos e discute o surgimento e características de um novo modelo de oferta desses cuidados.	Não contempla. Não apresenta resultados por não se tratar de um estudo empírico	Estabelecem padrões de desempenho em relação ao tempo de resposta por contato telefônico, previsão e pontualidade do pagamento aos provedores dos serviços de saúde, custo projetado dos sinistros, metas de utilização, acesso aos serviços, satisfação dos usuários, entre outros.	O não cumprimento das metas estabelecidas exige devolução de parte da taxa paga pelos contratantes.	<i>Carve-out contract</i> . <i>Entre MBHCO = managed behavioral health carve out</i> e o contratante público ou privado.	Não contempla.	Secundária



Halverson et al, 1997 <sup>32</sup>	EUA	Ensaio descritivo	Descrever diferentes modelos de privatização.	Não contempla. Não apresenta resultados por não se tratar de um estudo empírico	Cita que os contatos devem garantir qualidade, acessibilidade e custo dos serviços providos pela privatização.	Cita que o acompanhamento da performance dos fornecedores privados precisa ser realizado através de 5 dimensões: indicadores de saúde, quantidade de serviços prestados, custo, acesso e satisfação do consumidor.	Diferentes tipos.	Não contempla.	Não específica
McPake and Hongoro, 1995 <sup>33</sup>	Zimbábue	Estudo de caso	Avaliar o sucesso ou não da contratação entre instituições públicas e privadas do setor da saúde, comparando com um hospital da administração direta.	O parceiro privado oferta serviços com maior qualidade e menor custo unitário. No entanto, o contrato apresenta falha em não conter o seu custo total e por atender a minoria da população.	Não contempla. Não existem metas claras estabelecidas.	Não contempla. Não há monitoramento formal da qualidade do serviço ou da operação do contrato.	<i>Contracting out</i> (similar a OS)	Não contempla.	Atenção terciária

Fonte: elaboração dos autores

Quadro 3. Síntese dos artigos incluídos com foco no fenômeno: aspectos de cumprimento do contrato, tipos de metas do contrato e relação entre cumprimento e qualidade da atenção à saúde. 2020.

Autor, Ano	País	Aspectos do Cumprimento do Contrato			Metas do Contrato		Cumprimento da meta impacta na qualidade?
		Apresenta estudo de linha-base?	Multas e punições	Bonificação	Quantitativas	Qualitativas	
Heard et al, 2013 <sup>19</sup>	Bangladesh	Apresenta linha-base.	O contrato poderia ser finalizado por mau desempenho	Bônus calculado através de uma fórmula (não descrita) usando taxas de cobertura dos serviços de saúde.	Porcentagens de cobertura vacinal infantil, cobertura de vitamina A, tratamento para insuficiência respiratória aguda, tratamento para diarreia, de mães capazes de citar espontaneamente 3 métodos anticoncepcionais modernos, cobertura de cuidados pré-natais, taxa de prevalência de contraceptivos, cobertura vacinal contra tétano, partos com assistência especializada.	Não apresenta.	Não estabelece nenhuma relação de impacto, já que os indicadores avaliados para mensuração da qualidade eram distintos dos estabelecidos como meta no contrato de gestão.
Jacobs et al, 2010 <sup>24</sup>	Camboja	Apresenta comparação do desempenho entre diferentes anos do contrato.	Sem especificações.	Recompensa financeira paga ao DHTAT - <i>District Health Technical Advisory Team</i> de acordo com o desempenho das unidades de saúde.	35% de consultas de cuidados curativos para população mais pobre, 50% de consultas de cuidados pré-natais, 20% de partos em serviços de saúde, 40% de uso de anticoncepcionais por mulheres casadas e 75% de cobertura vacinal em crianças.	Não apresenta	Não estabelece nenhuma relação de impacto.
Soeters, Griffiths, 2003 <sup>28</sup>	Camboja	Apresenta linha-base.	Sem especificações.	Contrato com os trabalhadores da saúde: pagamento básico mensal 55%, 15% de bônus pela pontualidade e 30% de bônus pelo desempenho. Num segundo momento há a criação de subcontratos com os gestores das unidades de saúde, que poderiam decidir sobre o pagamento do bônus aos profissionais.	Metas financeiras mensais para o departamento ou unidade de saúde, além de metas como cobertura de EPI, número de pacientes com tuberculose internados, porcentagem de diagnóstico e tratamento corretos. Metas dos subcontratos: 3x maiores do que o nível de produção existente para consultas ambulatoriais, atendimento ambulatorial per capita, total de atendimento pré-natal, oferta de contraceptivos, partos em serviços de saúde, receitas financeiras provenientes de taxas de saúde pagas pelos usuários.	Não apresenta.	Não estabelece nenhuma relação de impacto, já que os indicadores avaliados para mensuração da qualidade eram distintos dos estabelecidos como meta no contrato de gestão.
Abramson, 2001 <sup>29</sup>	Costa Rica	Sem linha-base.	Estipula que os resultados gerais de uma avaliação de 6 meses inferior a 90% do acordo teriam um impacto direto e proporcional de até 2,5% sobre o orçamento disponível para os 6 meses seguintes.	Sem especificações.	Definidas em 3 categorias com indicadores específicos: organização (% de encaminhamentos e conformidade entre o fornecimento de custo biomédico e informações de orçamento em tempo hábil); qualidade (existência de comissão para analisar mortes maternas e infantis e estabelecer planos de intervenção, aplicação de protocolos, análise de tempo de espera, análise de operações eficientes do serviço de farmácia, existência de sistema de gestão e satisfação do usuário, aplicação de instrumento de satisfação do usuário); e prestação direta de serviços (cobertura de acompanhamento do desenvolvimento infantil de 0-1 ano e de 1-6 anos, cobertura vacinal, aconselhamento para adolescentes sobre saúde reprodutiva, para mulheres acima de 20 anos e planejamento familiar; análise qualitativa e quantitativa de problemas ginecológicos e obstétricos).	Não apresenta.	Não estabelece nenhuma relação de impacto.

Fonte: elaboração dos autores

## **Discussão**

Com a finalidade de promover uma melhor análise dos resultados, foram determinados sete temas para apreciação: 1) aspectos metodológicos; 2) metas e seus cumprimentos nos contratos de gestão; 3) tipos de contratualização; 4) ideia de qualidade presente nos artigos; 5) aspectos do cumprimento do contrato; 6) metas do contrato de gestão; e 7) relação entre cumprimento das metas e a verificação da qualidade.

### *Aspectos metodológicos*

Os artigos foram divididos de acordo com sua semelhança metodológica em cinco grupos. O primeiro grupo diz respeito aos estudos de caso<sup>12,13,14,16,18,19,20,22,24,27,28,29,30,33</sup>, sendo composto por mais da metade dos artigos que fazem parte desta revisão. Em que pese o fato dos estudos de caso serem muito usados nestes tipos de estudo de caráter mais administrativo, existem críticas à essa metodologia em relação a sua capacidade de generalização e à subjetividade de mensuração e confiabilidade dos dados extraídos, porém o estudo de caso pode ser considerado um método que permite estudos mais aprofundados e específicos de situações mais complexas<sup>34</sup>, possibilitando uma análise do fenômeno estudado sem dissociá-lo de seu contexto, o que se mostra relevante para o objeto de estudo desta revisão integrativa, uma vez que para entender o funcionamento e as características dos diferentes contratos de gestão é preciso considerar o sistema de saúde no qual ele está inserido.

O segundo grupo é formado por estudos 3 qualitativos<sup>13,17,21</sup>. Esse tipo de metodologia tem um caráter interpretativo dos temas estudados e os fenômenos são investigados e interpretados segundo o significado atribuído pelos participantes da pesquisa<sup>35</sup>. Isto se mostrou importante nesse caso, pois, de forma geral, os artigos discorreram sobre as parcerias público-privadas e a visão dos sujeitos envolvidos na sua implantação são essenciais na compreensão e crítica destas modalidades de gestão<sup>40</sup>.

Composto por 3 artigos, o terceiro grupo engloba os ensaios descritivos<sup>23,31,32</sup> que descrevem os diferentes modelos de privatização e evidencia seus potenciais riscos e benefícios, exemplificando a experiência em diversos países. Esse tipo de método refere-se sobre a obtenção de informações sobre um fenômeno e a descrição de suas características, sem o compromisso com a explicação deste fenômeno<sup>36</sup>. Por isso, os conteúdos apresentados pelos ensaios têm uma validade científica baixa e, portanto, questionáveis em relação aos seus achados e/ou argumentos.

O quarto grupo é composto por 2 revisões sistemáticas<sup>14,15</sup>, sendo que uma delas também incorpora um estudo de caso<sup>14</sup> e analisa o papel das organizações sem fins lucrativos nos sistemas de saúde em comparação com as organizações lucrativas, enquanto a outra revisão analisa o impacto do comissionamento nos serviços de saúde<sup>15</sup>. Como as revisões sistemáticas integram informações de um conjunto de estudos, proporcionando um resumo das evidências existentes e possibilitando agregar maiores resultados relevantes<sup>37</sup>, a inclusão desses dois artigos permitiu agregar maior consistência dos achados sobre as contratualizações na tentativa de generalização para outros países com perfil semelhante.

Por final, o quinto grupo é também formado por dois estudos do tipo transversal<sup>25,26</sup>, que apresentam a vantagem de serem de baixo custo e servem para examinar em uma amostra a presença ou ausência de efeitos após exposição a uma causa<sup>38</sup> no mesmo período. No caso dessa revisão, os artigos incluídos com essa metodologia investigaram a qualidade em saúde, um comparando o serviço de agências com e sem fins lucrativos<sup>25</sup> e outro comparando a qualidade com os custos empregados<sup>26</sup>.

#### *Metas e seus cumprimentos nos contratos de gestão*

Nessa sessão comparamos se informações sobre metas dos contratos de gestão estão presentes ou ausentes e se há informações sobre seus cumprimentos. Apenas 6 artigos citaram claramente a existência de metas e as descreveram<sup>12,19,24,28,29,31</sup> apenas 2 destes artigos relatam sobre os cumprimentos das metas estabelecidas<sup>29,31</sup>, enquanto outros 5 artigos apresentavam a importância de monitorar e avaliar os resultados e o desempenho esperados e estabelecidos nos contratos de gestão<sup>16,21,23,24,32</sup>. Apesar da terceirização na saúde ser pautada pelos contratos de gestão<sup>1,4</sup>, talvez impressione que pouco se fale sobre metas e resultados esperados.

Este fato não deve impressionar de modo algum, afinal há uma clara inversão entre a medida de quantidade de trabalho com o produto produzido. Não se trata de medir a quantidade de trabalho que remunere um produto produzido, mas de medir a quantidade de produto produzido para remunerar o trabalho feito<sup>42</sup>. É nessa díade em que a questão da qualidade desaparece, e, claro, o cumprimento da meta tampouco importa, já que parece não haver relação com a qualidade.

#### *Tipos de contratualização*

Neste tema avaliamos os tipos de contratualização que são mencionados nos artigos. As parcerias público-privadas (PPP) possuem cinco características: formada por no mínimo dois agentes econômicos, o setor público e o setor privado; os dois lados da parceria apresentam papéis distintos e possuem o direito de negociar os termos da parceria; permite contratos de longo prazo; uma das partes pode compartilhar seus valores fundamentais, como símbolos ou bens materiais; os riscos e responsabilidades são compartilhados entre os setores públicos e privados<sup>13</sup>. Dentro desse conceito amplo de PPP, existem diferentes modelos.

O modelo *Contracting in* refere-se à relação entre dois operadores do setor público, promovendo uma gestão privada dentro da configuração do setor público, sendo citado em dois estudos sobre a saúde no Camboja<sup>24,28</sup>. Este modelo se assemelha com os conceitos de economia planificada e competição administrada - *managed competition*<sup>28</sup>. A possível vantagem desse modelo estaria em garantir uma gestão alinhada com as políticas em saúde e necessidades da população, já que a tomada de decisões pelo gestor ocorre em colaboração com as autoridades públicas de saúde.

Já no modelo *Contracting out* todo o controle sobre a equipe de profissionais e o orçamento dizem respeito à contratada, lhe garantindo autonomia. Neste caso, a atuação fica vinculado ao contrato de gestão<sup>28</sup>. No Brasil, esse modelo equivale ao adotado pelas OS. Com o funcionamento de forma semelhante, o modelo de comissionamento também é pautado através de um contrato e envolve as áreas de planejamento estratégico, contratação de serviços – no caso serviços de saúde – e monitoramento e avaliação destes serviços<sup>15</sup>. O modelo *clinical commissioning group*, presente no Reino Unido<sup>21</sup>, diferencia-se do comissionamento pelo fato de ser comandado por um grupo de médicos de família e não mais por uma terceirizada. Dos 22 estudos incluídos nessa revisão, 12 deles abordam esse tipo de contratação (*contracting out*)<sup>12,14,19,20,21,22,26,28,29,30,32,33</sup> ou apenas definem a contratualização como PPP<sup>17,23</sup>. Esse achado possivelmente é justificado pelo relato frequente de que os indicadores em saúde, muitas vezes avaliados nos estudos, apresentavam melhora em relação ao modelo público usado anteriormente nos diversos países que aderiram às PPP, daí o grande número de experiências com esse tipo de contratualização. Apesar de poder apresentar benefícios, existem resultados negativos associados à contratualização como não apresentar melhorias na qualidade dos serviços de saúde e proporcionar irrisória integração com programas nacionais de saúde<sup>12</sup>.

Existe ainda o modelo *Build-rent-transfer*, específico da Turquia, onde o Estado aloca um terreno para que a iniciativa privada construa um hospital e receba o direito de

obter créditos através desse equipamento, ou seja, o setor privado realiza a construção num terreno público e depois aluga a edificação para o Estado, que fica responsável pela manutenção e reparos da estrutura. Com o término do prazo de empréstimo ao setor privado, a edificação é transferida ao Estado<sup>13</sup>.

Em relação ao modelo *carved out* citado em um dos artigos<sup>31</sup>, trata-se de uma forma em que a gestão e o risco financeiro de um seguro-saúde geral são separados de serviços de saúde mental/comportamental.

Por fim, o modelo de agenciamento é exposto no sistema de saúde da Costa Rica<sup>18</sup> e nele é cedido um pequeno controle do governo aos hospitais e clínicas através de um contrato, proporcionando descentralização do sistema.

### *Ideia de qualidade*

Dos artigos incluídos nessa revisão, 9 não definiam nenhuma ideia em relação à qualidade<sup>13,14,17,22,23,30,31,32,33</sup> e entre os que explicitavam sobre análise da qualidade dos serviços de saúde, a maioria limitava-se a se basear em métricas e indicadores. Um artigo<sup>16</sup> enumera os princípios de um sistema de saúde de qualidade – centrado no paciente, seguro, eficaz, acessível, eficiente e equitativo –, enquanto outro artigo<sup>25</sup> define qualidade dos cuidados em saúde como “*um equilíbrio ideal entre as possibilidades realizadas e uma estrutura de normas e valores.*”<sup>25</sup> Apenas 1 artigo<sup>20</sup> evidenciava um referencial teórico conceituando sua definição de qualidade baseado na avaliação proposta pelo médico Avedis Donabedian, que considera as dimensões: estrutura, processos e resultados<sup>20</sup>. Outro artigo<sup>21</sup> expôs os padrões de qualidade a partir das diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence – NICE* que também são baseadas no conceito de Donabedian<sup>39</sup>.

Fica o questionamento de como pode ser possível afirmar que a contratualização favorece o aumento da qualidade dos serviços prestados se os estudos não aprofundam o debate neste tema e não se utilizam sequer de um referencial teórico. É interessante notar que, em pese o fato de os estudos relacionarem-se com a qualidade do ponto de vista retórico, não processos de verificação da qualidade em função do tipo de cumprimento contratual. Isto chama atenção à limitação que os estudos apresentam quando, por vezes afirmam, que o cumprimento das metas garante mais qualidade aos usuários atendidos.

### *Aspectos do cumprimento do contrato de gestão*

Entre os artigos que compõem esta revisão, 4 estão incluídos no grupo que respondem diretamente ao objeto desta pesquisa<sup>19,24,28,29</sup>, que é analisar se existe relação entre o cumprimento de metas quantitativas dos contratos de gestão e a qualidade da atenção à saúde. Destes artigos, apenas um<sup>29</sup> não apresenta linha-base que permita comparação do desempenho dos contratos. Em relação à especificação quanto a existência de multas e punições, os estudos que descrevem as experiências de Bangladesh<sup>19</sup> e Costa Rica<sup>29</sup> são os que apresentam multa por mau desempenho ou redução orçamentária caso as metas estipuladas no contrato não fossem atingidas. Gridley<sup>21</sup> questiona se as necessidades de saúde seriam atendidas caso não houvesse metas e incentivos, já que não seriam vistas como prioridades.

Analisando as bonificações citadas nos contratos, apenas um artigo<sup>29</sup> não cita esse item e seu autor pondera que não ir além da meta declarada no contrato caracterizaria uso ineficiente de recursos e que uma recompensa motivaria a superar as metas estabelecidas. Os outros 3 artigos discorrem sobre recompensas de acordo com o desempenho apresentado<sup>24</sup>, bônus de acordo com a taxa de cobertura alcançada pelos serviços de saúde<sup>19</sup> e pagamento de bônus aos profissionais também a partir de seus desempenhos<sup>28</sup>.

#### *Metas do contrato de gestão*

Neste tema são avaliadas as metas quantitativas e qualitativas. Nenhum dos artigos que respondem ao objeto de pesquisa<sup>19,24,28,29</sup> apresenta metas qualitativas. Abransom<sup>29</sup> cita em seu estudo que alguns provedores consideraram que os indicadores de qualidade presentes nos contratos nem sempre eram capazes de expressar a qualidade dos serviços de saúde. Diante dessa afirmação, dificilmente conseguimos comprovar que a contratualização realmente proporciona melhora da qualidade em saúde. Se os indicadores não expressam a qualidade dos serviços porque basear os contratos apenas em metas quantitativas?

Em relação às metas quantitativas, em todos os estudos<sup>19,24,28,29</sup> abordavam a cobertura dos serviços, ações e procedimentos em saúde. Apenas um artigo<sup>29</sup> definia indicadores específicos para avaliar organização, qualidade e prestação direta de serviços.

#### *Relação entre cumprimento das metas e qualidade*

Neste tema tentaremos estabelecer relação entre o cumprimento de metas e a qualidade, incluindo a qualidade da atenção à saúde. Field<sup>12</sup> argumenta em seu artigo que é limitada a evidência de que modelos de parcerias público-privadas melhorem a

prestação de serviços de saúde, dada a dificuldade em avaliar programas complexos de prestação de serviços em oposição à avaliação de intervenções únicas ou pacotes de intervenções<sup>12</sup>. Na mesma linha de argumentação, alguns provedores da Nova Zelândia consideravam que as avaliações da qualidade focavam principalmente em processos e não nos resultados obtidos nos serviços de saúde<sup>27</sup>.

Ballaroti<sup>40</sup> conclui em seu estudo que a comparação do desempenho dos serviços no alcance de metas não seria suficiente para determinar qual serviço cumpre melhor seu papel na rede de saúde, pois o modelo de contratualizações pautado na avaliação de desempenho teria o potencial de gerar distorções e levar os serviços de saúde para direções distintas das planejadas<sup>40</sup>. Portanto, artigos comumente publicados no Brasil comparando o desempenho de serviços sob gestão pública e privada, como exemplo o estudo de Souza e Scatena<sup>20</sup> presente nesta revisão, poderiam gerar conclusões distorcidas, não proporcionando informações suficientes para afirmar qual serviço cumpre melhor seu papel. Além disso, qualquer objetivo no campo da saúde precisa de avanços coordenados em outras áreas para ser alcançado, principalmente no setor social, sendo possível apenas com gerência intergovernamental<sup>41</sup> e não apenas com base no desempenho de serviços isolados.

Neste ponto, é importante lembrar a diferença entre ‘desempenho’ e ‘resultados’ frequentemente tornados como sinônimos na literatura corrente. O desempenho está associado aos resultados de um serviço, mas certamente não se deve confundir com este último. O desempenho é uma defasagem em relação a uma métrica estabelecida cujo resultado do serviço se demonstra geralmente aquém ou (raramente) além do esperado. Assim sendo, o desempenho é uma diferença em relação a uma métrica elaborada arbitrariamente costumeiramente a serviço dos interesses do empregador<sup>6</sup>. O resultado, no entanto, é algo muito mais polissêmico. Cabe aqui apenas ressaltar que, no âmbito da mensuração da qualidade na gestão dos serviços de saúde, “resultados”, donabedianamente falando, são “processos” e, raramente, os verdadeiros resultados dos serviços de saúde (as medidas dos índices epidemiológicos) são considerados como resultados<sup>43</sup>. Pelo contrário, os procedimentos se tornam os resultados dos serviços, e, portanto, o objeto da aferição.

Isto se relaciona bem com o controle (de resultados) imposto pelas formas de contratualização. Este mecanismo representa uma nova forma de controle e que vem acompanhada do estabelecimento de sanções positivas e negativas. A especificidade do resultado como produto máximo dessa filosofia de gestão deposita nas



metas a redução do escopo administrativo, sendo estas representativas de toda cadeia de intangíveis intrínseca aos processos organizacionais, das quais a qualidade é uma delas<sup>6</sup>.

Neste diapasão, as metas dos processos organizacionais não servem necessariamente para alcançar os verdadeiros resultados dos serviços de saúde, como citado anteriormente, isto faz com que o atendimento das necessidades em saúde da população passe a ser negligenciado. Considerando a taxonomia proposta por Cecílio<sup>44:Pg119</sup>, atender ao conjunto das necessidades em saúde relacionadas a criação de vínculos afetivos entre o usuário e a equipe e/ou profissional - o que em suas palavras “significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” - estaria prejudicado, bem como, o conjunto ligado à autonomia que diz respeito à capacidade de reconstrução dos próprios sentidos de vida e no modo de viver de cada pessoa, o que é possível através da educação em saúde, por exemplo,<sup>44</sup> e que, em termos de metas destes contratos passa não ter muita significância pelo fato de não ser um “procedimento” passível de mensuração objetiva. Com profissionais cobrados por desempenho, o estabelecimento de vínculo com os usuários e propostas de educação em saúde são prejudicadas por não serem vistos como prioridade, afinal esses profissionais são cobrados para atingir as metas impostas pela contratualização com foco na oferta que os serviços podem oferecer do ponto de vista contábil enquanto as necessidades em saúde não são mensuráveis neste nível de ‘cálculo racional’ para os contratos.

Um ponto importante a ser ressaltado é a escassez de estudos sobre o cenário das contratualizações no Brasil e a avaliação da qualidade, dificultando a análise desse fenômeno no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que é relevante considerar o sistema de saúde no qual a contratualização está inserida e extrapolar os achados de outros países dissociaria o fenômeno de seu contexto.

Com todos os elementos apresentados, comprovamos que não existem evidências científicas suficientes que confirmem que a contratualização aumenta a qualidade dos serviços de saúde. Especialmente pelo fato de que as qualidades metodológicas da maioria dos estudos revisados encontram-se em nível 4 (evidências de estudos descritivos – não-experimentais – ou com abordagem qualitativa)<sup>45</sup>. Sendo o objeto de estudo dessa revisão a descoberta se o cumprimento das metas dos contratos de gestão estabelece alguma relação com a atenção à saúde, é importante conceituá-la. Segundo o dicionário da educação profissional em saúde<sup>46</sup>, atenção à saúde pode ser definida como:

‘Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS).’

Ora, por ser a atenção à saúde algo amplo que engloba além dos campos da assistência, onde estão contidos os serviços de saúde, o campo das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor saúde, fica evidente a dificuldade em relacionar mudanças da qualidade na atenção à saúde com as metas dos contratos de gestão. Ademais, vemos que os estudos se limitam a estudar os modelos de contratualização de forma restrita aos serviços de saúde e que, ainda assim, nem demonstram relação com qualidade da assistência diretamente dita.

#### *Limitações desta revisão*

Através do método de revisão sistemática integrativa, este artigo procurou sintetizar o conhecimento existente sobre o objeto de pesquisa e realizar inferências e interrelação dos resultados de forma crítica. Devido a limitação do método em focar no objeto pesquisado, muitos estudos foram identificados na busca inicial e apenas poucos estudos foram elegíveis, além da maioria dos artigos incluídos apenas tangenciar ou responder parcialmente ao nosso questionamento. Futuros estudos podem usar métodos de revisão mais precisos ou construir estratégia de busca bibliográfica para outras bases de dados.

Outra limitação é relacionada à falta de estudos encontrados sobre o objeto de pesquisa no contexto brasileiro, sendo o interesse inicial da pesquisa abordar a contratualização no Sistema Único de Saúde.

#### *Implicações para políticas públicas*

O artigo confirmou não ser possível relacionar o cumprimento de metas com qualidade da atenção/assistência à saúde, sendo improcedente, segundo os dados desta revisão, admitir que os modelos de parcerias público-privadas, semelhantes às Organizações Sociais em Saúde no Brasil e o estabelecimento de metas contratuais traz benefícios e gera aumento na qualidade dos serviços de saúde. Sendo assim, gestores públicos podem rever o processo de terceirização e a transferência da execução de atividades no campo saúde que poderiam voltar a serem desenvolvidas exclusivamente pelo Estado ou, ao menos, seria indicado que os gestores revissem a forma como os

contratos de gestão, a natureza de suas metas e como estas são pactuadas, executadas e ainda monitoradas.

Além disso, os gestores públicos poderiam fomentar e incentivar a realização de mais pesquisas que avaliem a qualidade de forma ampla, fundamentada teoricamente, considerando a saúde num contexto amplo e não se limitando à assistência apenas.

#### *Avanços desta revisão e agenda de pesquisa*

Com este artigo evidenciamos a falta de estudos no Brasil que relacionem mudanças na qualidade com o alcance de metas dos contratos de gestão estabelecidos com Organizações Sociais de Saúde. Identificamos que os estudos não avaliam a qualidade levando em consideração um referencial teórico e se limitam a avaliá-la apenas no que diz respeito à assistência à saúde, ainda que as metas estipuladas não se relacionassem com os indicadores escolhidos para análise, e não de forma mais ampla englobando a atenção à saúde.

O conhecimento nesta temática pode avançar com pesquisas que avaliem a qualidade dentro do fenômeno da contratualização no Sistema Único de Saúde. Além de pesquisas que expandam suas buscas e não restrinjam a avaliação de qualidade nos serviços de saúde.

#### **Conclusão**

Apesar da existência de estudos que abordem a transferência da administração de serviços de saúde para a iniciativa privada e de relatos de experiência que citam os contratos de gestão, a literatura científica mostra que pouco se discute sobre a qualidade. A falta da utilização de um referencial teórico nos artigos, no caso dessa pesquisa sendo citado o proposto por Donabedian, mostra a dificuldade da avaliação ampliada da qualidade e a limita a atingir indicadores pré-estabelecidos, além de distorcer o significado de “resultados” em saúde.

Dos 22 estudos incluídos nessa revisão sistemática integrativa, apenas 4 respondem ao questionamento realizado e se evidenciou que nestes estudos as metas propostas nos contratos não se relacionam com os indicadores que avaliam a qualidade, além de não existirem metas qualitativas nas contratualizações estudadas. Não é possível estabelecer relação entre metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde visto que os estudos se restringem a assistência à saúde.

Outro achado é a insuficiência de estudos realizados no Brasil, mostrando a necessidade de se estudar esse tema no SUS e ampliar a avaliação de qualidade no contexto da atenção à saúde.

### **Referências Bibliográficas**

1. Ibanez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12:1831-1840.
2. Boschetti I. *Assistência social e trabalho no capitalismo*. São Paulo, Ed. Cortez, 2016.
3. Hobsbawn E. *Era dos extremos*. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.
4. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5):2483-2495.
5. Garrido-Pinzon J, Bernardo MH. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(9):e00050716.
6. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde Soc*. 2016; 25(2):290-305.
7. Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde soc*. 2018; 27(4):1105-1119.
8. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *Mundo Saúde*. 2011; 35(3):319-331.
9. Adami NP. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul Enf*. 2000;13:190-196.
10. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 1994;10(1):80-91.
11. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M; et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2014; 48(2):335-45
12. Field E, Abo D, Samiak L, Vila M, Dove G, Rosewell A, Nathan S. A Partnership Model for Improving Service Delivery in Remote Papua New Guinea: A Mixed Methods Evaluation. *International Journal of Health Policy and Management*, 2018; 7(10): 923-933.
13. Top M, Sungur C. Sungur C. Opinions and evaluations of stakeholders in the implementation of the public-private partnership (PPP) model in integrated health

- campuses (city hospitals) in Turkey. *Int J Health Plann Manage.* 2019;34(1): e241-e263.
14. Almeida AS. The role of private non-profit healthcare organizations in NHS systems: Implications for the Portuguese hospital devolution program. *Health Policy*, 2017; 121(6):699-707.
  15. Gardner K, Davies GP, Edwards K, McDonald J, Findlay T, Kearns R, Joshi C, Harris M. A rapid review of the impact of commissioning on service use, quality, outcomes and value for money: implications for Australian policy. *Australian Journal of Primary Health*, 2016;**22**:40-49.
  16. O'Brien S, Edge N, Clark S. A strategy to reposition the South Australian health system for quality and value. *Australian Journal of Primary Health*, 2015. 22, 26-33.
  17. Barbosa AP, Malik AM. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Rev. Adm. Pública.* 2015;49(5):1143-1165.
  18. Lee T, McKee D. An Empirical Evaluation of Devolving Administrative Control to Costa Rican Hospital and Clinic Directors. *International Journal of Health Services.* 2015;45(2):378-397.
  19. Heard A, Nath DK, Loevinsohn B. Contracting urban primary healthcare services in Bangladesh – effect on use, efficiency, equity and quality of care. *Trop Med Int Health*, 2013. 18: 861-870.
  20. Souza PC, Scatena, JHG. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. *Rev. adm. Saúde*, 2013. 15(59): 79-88.21.
  21. Gridley K, Spiers G, Aspinall F, Bernard S, Atkin K, Parker G. Can General Practitioner Commissioning Deliver Equity and Excellence? Evidence from Two Studies of Service Improvement in the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2012;17(2):87-93.
  22. Heard A, Awasthi MK, Ali J, Shukla N, Forsberg BC. Predicting performance in contracting of basic health care to NGOs: experience from large-scale contracting in Uttar Pradesh, India. *Health Policy Plan.* 2011 Jul;26 Suppl 1:i13-9.
  23. Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health Aff (Millwood)*. 2011 Aug;30(8):1498-507.

24. Jacobs B, Thomé JM, Overtoom R, Sam SO, Indermühle L, Price N. From public to private and back again: sustaining a high service-delivery level during transition of management authority: a Cambodia case study. *Health Policy Plan*. 2010 May;25(3):197-208.
25. Haldiman KL, Tzeng HM. A comparison of quality measures between for-profit and nonprofit medicare-certified home health agencies in Michigan. *Home Health Care Serv Q*. 2010 Apr;29(2):75-90.
26. Ameli O, Newbrander W. Contracting for health services: effects of utilization and quality on the costs of the Basic Package of Health Services in Afghanistan. *Bull World Health Organ*. 2008 Dec;86(12):920-8.
27. Ashton T, Cumming J, McLean J. Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience. *Health Policy*. 2004 Jul;69(1):21-31.
28. Soeters R, Griffiths F. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy Plan*. 2003 Mar;18(1):74-83.
29. Abramson WB. Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica. *Health Policy Plan*. 2001 Dec;16(4):404-11.
30. Charlesworth J. Negotiating and managing partnership in primary care. *Health Soc Care Community*. 2001 Sep;9(5):279-85.
31. Feldman S. Behavioral health services: carved out and managed. *Am J Manag Care*, 1998; 4 *Suppl: S*, p.59-67.
32. Halverson PK, Kaluzny AD, Mays GP, Richards TB. Privatizing health services: alternative models and emerging issues for public health and quality management. *Qual Manag Health Care*. 1997 Winter;5(2):1-18.
33. McPake B, Hongoro C. Contracting out of clinical services in Zimbabwe. *Soc Sci Med*. 1995 Jul;41(1):13-24.
34. Senger I, Paço-Cunha E, Senger, CM. O estudo de caso como estratégia metodológica de pesquisas científicas em administração: um roteiro para o estudo metodológico. *Revista de Administração*, 2004; 3(4).
35. Campos CJG, Siqueira C. Investigação qualitativa: perspectiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 2018. (14): 30-34.
36. Leal EJM. Produção acadêmico-científica [recurso eletrônico]: a pesquisa e o ensino. *Cadernos de ensino. Formação continuada. Ensino Superior. Ano 7, n.9. Itajaí*, 2011.

37. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter.* 2007; 11(1):83-89.
38. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir. Bras.* [Internet]. 2005; 20(Suppl 2): 2-9
39. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. [Internet] Standards and indicators [acesso em: 19 dez 2020]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/how-to-use-quality-standards#measure>.
40. Ballarotti B, Corneau FG, Junqueira V, Mendes Á. Reflexões de médicos sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família sob a gestão das Organizações Sociais. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180082.
41. Kliksberg B. A modernização do Estado para o desenvolvimento social: algumas questões-chave. *Revista de Administração Pública Rio de Janeiro*, v.30, n.1, p.78-90 jan/fev, 1996.
42. Carnut L, Mendes Á. Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. *Argum., Vitória*, v. 10, n.2, p. 108-121, maio/ago. 2018.
43. Carnut L, Masseran, JAM. Entre a filosofia jurídica e a saúde coletiva: o conceito de desempenho no decreto n. 7.508/2011 vis-à-vis a integralidade da assistência à luz do pós-positivismo. *R. Dir. sanit., São Paulo* v.18 n.1, p. 37-56, mar./jun. 2017.
44. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, 184p, p. 117-130.
45. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6
46. Pereira IB, França Lima JC. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2 ed. Ver. Ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2008